

INCLUSIÓN MENTAL HACIA LA DEMOCRATIZACIÓN DE SABERES

A 10 AÑOS DE LA SANCIÓN DE LA LEY 26.657

VOLUMEN II

YAGO DI NELLA (ED.)

Yago Di Nella, Benedetto Saraceno, Daniel Navarro, Roxana Amendolaro, Virginia Buscaglia, Virginia López Casariego, Alfredo Kraut, Nicolás Diana, Mariana Sabina Baresi, Ana Cecilia Garzón, Celeste Romero, Javier Ignacio Frías, Silvio Oscar Angelini, Anahí Larrieu, Soledad Abella, Lucrecia Cabrea, Gabriela Franco, Sergio Sosa, Romina Urios, Dulce María Pallero, Daniela Alvarez, Valeria Dimitroff, Elena García, Alejandra Parisse, Mariana Figueiras Gamarra

TOMO II

COLECCIÓN
TEXTOS UNIVERSITARIOS

13

OO COPALQUI
OO EDITORIAL

Di Nella, Yago (Ed.) (2021): *Inclusión mental. Hacia la democratización de saberes*. Colección: Textos Universitarios. Volumen II, Tomo II. Número 13, Barcelona. Copalqui Editorial.

CDU: 001, Ciencia y conocimiento en general. Divulgación de la ciencia. 159.9, Psicología. 003, Ciencias sociales en general. 17, Ética. Moral.

I. Psicología. II. Salud Mental. III. Inclusión social.



Ilustración de la tapa: Daniel Walter Vasiloff
www.danilovasiloff.com.ar

Diseño y maquetación: Pablo Casals

ISBN: 978-84-939783-1-0

Edición: 1a Ed. 2021

Cantidad de ejemplares (impresión promocional): 90

© Yago Di Nella

© Copalqui Editorial, 2021.

Carrer Rabassa 27 2n 1era, 08024 Barcelona, Espanya

www.copalqui.org

Obra bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0.Unported license. Licencia Completa y permisos más allá de la cobertura indicada pueden consultarse en:
www.copalqui.org

Impreso en: Associació d'Acció Social i Cultural Adalquí



 COPALQUI
EDITORIAL



ÍNDICE

TOMO I

Dedicatoria	1
Presentación del Volumen II	3
Un Prólogo implicado	
La discusión final sobre la LEY en primera persona. La salud mental y sus destinos en el Senado de la nación	9
<i>Yago Di Nella</i>	
A modo de Introducción	
Discurso del Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud en el Congreso de la Nación Argentina	21
<i>Benedetto Saraceno</i>	
Notas	36

PRIMERA PARTE. PREHISTORIA DE LA NORMA

CAPÍTULO 1. Encuentro del Movimiento Social Antimanicomial y Robert Castel	39
<i>Daniel Navarro</i>	
1. Introducción	39
2. Robert Castel	41
3. Las raíces del pensamiento de Castel	42
4. El trabajo de Castel	44
5. Castel y Foucault	46
6. La metamorfosis de la cuestión social	48
Epílogo	49
Encuentro del Movimiento Social Antimanicomial y Robert Castel. 27 de septiembre de 2002, Centro de Estudios Franco Argentino.	50
Palabras de apertura por parte de Daniel Navarro	50
Palabras del Profesor Robert Castel	50

Preguntas de los asistentes	54
Notas	63
Bibliografía	64
CAPÍTULO 2. El enfoque de derechos en lo mental de la salud (comunitaria): planteos pretéritos a la sancion de la ley nacional como aporte a las políticas públicas	65
<i>Yago Di Nella</i>	
1. Introducción: El derecho a la salud	65
2. La salud mental como derecho: La APS como eje en la necesidad de adecuación de las políticas públicas en un mundo convulsionado	67
3. Algunas ideas generales para una propuesta de política pública en lo mental de la salud	74
3.1. Para una estrategia sanitaria coherente con nuestra constitución nacional	75
3.2. Principios generales para una política salubrista y con enfoque de derechos en lo mental de la salud	77
4. El auxilio ético del enfoque de derechos en las políticas públicas de salud comunitaria con énfasis en lo mental	80
Anexo normativo	83
Notas	87
CAPÍTULO 3. Medicina y Derechos Humanos	91
<i>Daniel Navarro</i>	
Notas	110
CAPÍTULO 4. Ley 26.657: caracterización de una norma amparada en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos	111
<i>Yago Di Nella</i>	
1. Antecedentes: el contexto del texto	112
2. Instrumentos normativos de salud mental	117
2.1. Normativa internacional	117
2.2. Normativa nacional	124
3. La jurisprudencia internacional y nacional en salud mental	125
3.1. La jurisprudencia internacional	126

3.2. Precedentes jurisprudenciales del derecho nacional	136
4. Experiencias previas en la materia	138
4.1. Occidente	139
4.2. La experiencia en Argentina	141
5. El debate al momento de su sanción. argumentos, apoyos y reticencias a la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657	144
Notas	149
Bibliografía consultada	152

SEGUNDA PARTE. UNA NUEVA LEGALIDAD. DEL ENFOQUE DE DERECHOS Y SUS CONSECUENCIAS

CAPÍTULO 5. La ley nacional de salud mental y los desafíos del cambio de paradigma 155

Roxana Amendolaro - Virginia Buscaglia - Virginia López Casariego

1. Prólogo	158
2. Desafíos y alcances de la Ley de salud mental y derechos humanos	158
Haciendo un poco de historia	158
Historia más cercana: la convención, un cambio de paradigma	159
¿Un cambio de paradigma?	160
Por un paradigma de igualdad y no discriminación	161
Situación actual: en diciembre hemos parido la Ley	161
Funciones del estado: los alcances de la Ley	162
Posibles respuestas, transitorias y parciales, a la cuestión del respeto a la voluntad de las personas usuarias de los servicios de salud mental	164
3. Cómo trabajamos en INADI la temática de la salud mental: la perspectiva de igualdad y no discriminación	166
Notas	169

CAPÍTULO 6. Salud mental, concepciones y paradigmas: derechos retóricos a derechos eficaces. hacia un cambio de modelo 173

Alfredo J. Kraut y Nicolás Diana

1. Introducción	173
2. Un primer paso	177

3. Un bloque de derechos y obligaciones	180
3.1. Los principios, Caracas y Brasilia...	180
3.2. Contexto de la legislación de salud mental	183
4. Alcance de la reforma	188
5. Diálogo de fuentes en salud mental	191
6. Objetivos, principios y ámbito de validez y eficacia de la ISM	193
7. Autoridad de aplicación. Órgano de revisión	197
7.1. Autoridad de aplicación	197
7.2. Órgano de revisión	199
8. El CCCN, internación y capacidad	203
9. A modo de colofón	211
Notas	216

CAPÍTULO 7. Algunos ejes estratégicos para una política pública en salud mental en el marco de la Ley Nacional 26.657

Yago Di Nella

1. Introducción	236
2. Enfoque de derechos	237
3. Red nacional, jurisdiccional y local de atención	239
4. La Ley y su sujeto. la capacidad como presunción	241
5. Inclusión sanitaria de lo mental	243
6. Intersectorialidad	245
7. Atención post-manicomial de la salud (salud mental y adicciones)	248
Notas	252

TOMO II

TERCERA PARTE. LA INTERDISCIPLINARIEDAD COMO EJE CENTRAL

CAPÍTULO 8. La interdisciplinariedad en el marco de la ley de salud mental 26.657: la democratización de los saberes	257
<i>Yago Di Nella</i>	

1. Interdisciplina como espacio democrático	258
2. Modelos fallidos de interdisciplina	259
2.1. (pseudo) Interdisciplina confusional	259
2.2. (pseudo) Interdisciplina esquizoide	260
2.3. (pseudo) Interdisciplina autoritaria	262
3. Algunas pautas para un equipo interdisciplinario eficaz	263
4. Asistir o atender / tutela o inclusión: diversas formas de entender lo interdisciplinario: el caso extremo del llamado “paciente social”	266
5. Abordaje del problema de la accesibilidad a los servicios: la brecha de atención desde la estrategia de una interdisciplinariedad ampliada	270
6. La interdisciplinariedad es intervencionista: más sobre lo mental en la salud pública.	271
7. Interdisciplinariedad circular: el saber horizontalizado	274
7.1. Apuntes sobre el concepto de equipo	275
7.2. El principio de la circularidad interdisciplinaria	276
7.3. Emergentes grupales en el quehacer del equipo interdisciplinario	281
Notas	285

CAPÍTULO 9. ¿Quién tiene derecho a los derechos? Aportes para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos

Mariana Sabina Baresi - Ana Cecilia Garzón

1. Introducción	289
2. Contexto de la experiencia	290
3. ¿Por qué problematizar las restricciones a la capacidad jurídica?	292
4. Dimensión legal de la capacidad jurídica y prácticas que contextualizan la tarea del equipo de evaluaciones interdisciplinarias de la DNSMyA	294
4.1. Aportes de la LNSM para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos	295
4.2. El soporte de la CDPD para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos	296
4.3. Experiencias de referencia para la valoración de apoyos para el ejercicio de derechos	298

5. La propuesta metodológica de trabajo del equipo de la DNSMyA	300
6. Propuestas para la elaboración del sistema de apoyos	303
7. Novedades legislativas en el país y la región vinculados a la capacidad jurídica	306
7.1. Reglas generales en torno a la capacidad jurídica del actual código civil y comercial	306
7.2. Avances legislativos en la región	310
8. Desmontando la normalización y sus las lógicas opresivas	312
9. Conclusiones	314
Notas	316
Bibliografía	320
Anexo: Instrumento de relevamiento para la elaboración del sistema de apoyos para la toma de decisiones. Instructivo	324

CAPÍTULO 10. Algunas consecuencias psicosociales psicojurídicas de la ley 26.657 (impacto en las buenas prácticas)

Yago Di Nella

1. Algunas reflexiones psicosociales en torno a la Ley 26.657	329
2. Algunas reflexiones psicojurídicas sobre el rol de la administración de justicia en torno a la Ley	336
3. Las transformaciones que introduce la Ley 26657 en la dimensión psicojurídica de los dispositivos institucionales (consecuencias del enfoque de derechos)	340
4. Algunas inquietudes sobre el problema de la fiscalización	349
5. Algunas consecuencias psicopolíticas: importancia de la sociedad civil en el paradigma de salud mental comunitaria	351

CAPÍTULO 11. Consideraciones sobre el riesgo cierto e inminente. A diez años de la ley de salud mental

Celeste Romero - Javier Ignacio Frías

1. Introducción	359
2. Riesgo como categoría superadora	360
3. Riesgo como categoría clínica	360
4. Riesgo como categoría situacional	361

5. Riesgo como categoría individual	361
6. Riesgo de daño, cierto e inminente	362
7. Conclusión: hay riesgos y riesgos...	363
Notas	364

CAPÍTULO 12: Consideraciones sobre los conceptos de peligrosidad y de riesgo cierto e inminente. Implicaciones para las medidas de seguridad

Silvio Oscar Angelini - Anahí Larrieu

Resumen	365
1. ¡Es un peligro!	366
2. Tomando riesgos	368
3. Tomando medidas	369
4. Final con riesgos	370
5. Referencias bibliográficas	373
6. Leyes, decretos y fallos	373

CUARTA PARTE. EXPERIENCIANDO LA LEY: 10 AÑOS DE UNA LUCHA QUE CONTINUA

CAPÍTULO 13: Pateando puertas, abriendo ventanas, tendiendo puentes. La ley nacional de salud mental y los diversos ámbitos de aplicación.

Soledad Abella – Lucrecia Cabrea - Gabriela Franco – Sergio Sosa

1. Primeros embates (2010-2015): labor parlamentaria, el proyecto llega al congreso	378
2. Capacitaciones y sensibilizaciones	384
3. Informes sobre condiciones de internación	387
4. Prisma (programa interministerial de salud mental argentino)	389
5. Salud mental, reparación de víctimas de terrorismo de estado	393
6. Una experiencia en terreno: equipo móvil de salud mental comunitaria (concepción del Uruguay, entre ríos)	397
7. Nuevos embates contra la LNSM (2016-2020)	400
7.1. Derogación de la resolución 2015	400
7.2. Intento de reforma de la reglamentación de la Ley	401
Notas	408

CAPÍTULO 14: “Proyecto Revinculación”. Restitución del derecho a vivir en comunidad para personas con padecimiento mental en situación de internación prolongada **411**

Romina Urios –Dulce María Pallero – Daniela Alvarez – Yago Di Nella

1. Planteamiento del problema	411
2. Acerca de la problemática	412
3. Acerca de la obligación del estado	413
4. Los destinatarios	414
5. Objetivos	416
5.1. Objetivos generales	416
5.2. Objetivos específicos	416
A. Etapa diagnóstica	416
B. Etapa de intervención	417
C. Etapa de egreso del dispositivo	417
6. Metodología	418
6.1. Acciones clave para el cumplimiento de los objetivos	418
6.2. Dispositivos	419
7. Conclusiones, recomendaciones y discusión	423
7.1. Síntesis cronológica de las tareas desarrolladas	423
7.2. Implementación de los tiempos y dificultades encontradas	424
7.3. Logros	425
7.4. Análisis de los resultados e impacto	426
7.5. Equipos	428
8. Puntuaciones finales	429
9. Post Scriptum (Sobre la Cátedra Libre Marie Langer de Salud Mental y DD.HH.)	430
Notas	433
Bibliografía	436

**CAPÍTULO 15: Centro de Salud Mental Comunitaria
“Dr. Franco Basaglia” (Servicio de externación.
Hospital Interzonal Especializado en Agudos y
Crónicos “Dr. Alejandro Korn”, provincia de Buenos Aires)** **439**
Dimitroff Valeria - García Elena - Parisse Alejandra

1. Introducción	439
2. Historia	440
3. Nuevas prácticas en salud mental	441
4. Proyecto revinculación	442
5. Metodología de trabajo	445
6. Encuadre desde el cual se trabaja	447
7. Estadística	449
8. Funcionamiento en contexto de pandemia	450
9. Reflexiones finales	451
Notas	452

**CAPÍTULO 16. “Honrar las Vidas”. Experiencia de
adaptación a la Ley 26657 en un Hospital General Nacional** **453**
Mariana Figueiras Gamarra

1. Introducción	453
2. Diagnóstico situacional	455
3. Realización del proyecto	457
4. De los dispositivos	458
4.1. La guardia interdisciplinaria: un sueño que se hacía realidad	458
4.2. El dispositivo de consultorios ambulatorios intensivos	461
4.3. El grupo de optimización de la autonomía	461
4.4. Otros dispositivos	462
5. La resistencia: un relato personal	463
6. Conclusiones inconclusas	466

CAPÍTULO 17. Prisma: una experiencia instituyente **469**
Mercedes Rattagan

1. De donde partimos	469
2. Una propuesta posible: programa interministerial de salud mental argentino (prisma)	472

3. La realidad	474
4. Manos a la obra	478
4.1. Dispositivo de crisis	479
4.2. Dispositivo de tratamiento psico comunitario:	480
4.3. Dispositivo de integración socio cultural:	481
5. Capacitacion	482
6. Dificultades y obstáculos	483
7. Para finalizar	484
8. Últimas reflexiones	485
CAPÍTULO 18. La adecuación de las universidades a la Ley nacional de salud mental	487
<i>Roxana Amendolaro</i>	
1. Introducción: Contexto general que plantea la Ley nacional de salud mental N° 26.657.	489
2. Recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, art. 33.	491
3. El nuevo plan de estudios de la licenciatura en enfermería de la universidad nacional del Comahue.	493
4. Cuidados enfermeros en salud psicosocial.	496
5. El dispositivo que dispone: el dispositivo de cátedra y lo que dicen las/os estudiantes	499
Notas	503
EPÍLOGO	
CARTA ABIERTA: Un recorrido personal por el problema de la democratización de los saberes (la implementación efectiva del enfoque de derechos para la inclusión mental)	507
<i>Yago Di Nella</i>	
ANEXO DOCUMENTAL AL VOLUMEN II	
Consenso de Panamá	525



TERCERA PARTE

LA INTERDISCIPLINARIEDAD COMO EJE CENTRAL



CAPITULO 8

LA INTERDISCIPLINARIEDAD EN EL MARCO DE LA LEY DE SALUD MENTAL 26.657 LA DEMOCRATIZACIÓN DE LOS SABERES¹

Yago Di Nella

Ley 26.657

CAPÍTULO VI

Del equipo interdisciplinario

ARTÍCULO 13.- Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

1. Interdisciplina como espacio democrático

Es importante referenciar el marco conceptual y referencial de este componente nodal de la Ley Nacional y del campo de la salud mental en su conjunto, para luego sí pensar sus anomalías y sus deformaciones, que no son más que distorsiones surgidas de resistencias a la democratización del saber.

Cuando nosotros decimos “interdisciplina” no nos referimos a las profesiones académicas estrictamente, por eso nuestro equipo de Fiscalización ha incluido a familiares y es nuestra expectativa que en algún momento incluyamos (ex)usuarios, al igual que lo hizo el equipo de APS. El día que incluyamos usuarios y familiares en cada equipo de la Dirección Nacional, estos estarán completos. Hasta entonces, sepamos que están sin su integración final.

Hemos tenido muchas resistencias en el Ministerio para que se acepte esta perspectiva. “¿Quieren la inclusión de familiares en todos los programas?” Nos preguntaron con sorna. Argumentarlo es más fácil de lo que parece, alcanza con el texto de la Ley Nacional, pero no vuelven sino silencios socarrones. Convengamos, que es más sencillo convencer a las autoridades de la inclusión de un psicólogo o un psiquiatra, que de sumar a un familiar.

Vayamos a un ejemplo de su productividad. El equipo de Fiscalización sabe lidiar muy bien con un aspecto de esto, que tiene que ver justamente con que la interdisciplina se juega cuanto mayor es la amplitud de saberes que están aportando a una evaluación. Y esto lo podríamos aplicar a cualquier programa. Por ejemplo, la idea con la que estamos trabajando en el programa de Promoción de la Salud respecto de cómo difundir la Ley de Salud Mental, la idea de cómo hacerla conocer a toda la población, surgió de una usuaria, ella insistió en esa necesidad, dentro de todo el complejo entramado de personas que trabajan en nuestra Dirección. Y la idea que ella acercó -y que acompañamos con placer- consiste en empezar por los/as niños/as, que los que difundan la Ley de Salud Mental a nivel comunitario sean quienes están en edad escolar. Estamos trabajando en un modelo de transmisión de la Ley desde la niñez y pensamos que sus capacidades de replicación en sus hogares son mayores a las de los adultos. Y más aún hacia la comunidad, en general.

Entonces, cuando hablamos de interdisciplina nos estamos refiriendo a todos los saberes intervinientes y trabajamos bajo la presunción de que cuánto más saberes intervinientes hay, más saber circulante existe en el equipo.

Ahora bien, ¿cómo hacer para que estos saberes sean

operativos, para que sirvan, para que circulen, para que brinden realmente un servicio distintivo?

Bueno, esto nos lleva a un componente: un trabajo interdisciplinario lo es si tiene cómo expresar el saber de cada disciplina. Se trata de operativizar la función democratizante del dispositivo interdisciplinario.

Voy a poner un contraejemplo para ver esto más claro. El lugar en donde se dice que hay interdisciplina y no la hay es aquel en el cual no hay reunión de equipo: por ejemplo, en un juzgado. El juez dice *“yo tengo un equipo interdisciplinario”*, bueno, ¿cómo opera? Bueno, los peritos le acercan el informe y él decide. Bueno, eso de interdisciplinario no tiene nada. Es un *“chamuyo”*. Simplemente tiene un grupo de técnicos que le acercan dictámenes. Nada de inter, nada dialogal, nada de democracia.

Se llama interdisciplina a un espacio donde distintos saberes se reúnen, dialogan y producen un nuevo saber colectivo. Entonces, lo primero a considerar cuando a ustedes les dicen que hay un equipo interdisciplinario es observar lo siguiente: casi al nivel del análisis institucional, lo primero a evaluar es si se reúnen ¿Cuándo se reúne este equipo interdisciplinario? ¿Tiene acta de reunión ese equipo interdisciplinario? ¿Cómo van acordando? ¿Cuál es la mecánica de acuerdo? ¿hay tolerancia para la expresión de las disidencias?

2. Modelos fallidos de interdisciplina

Hay tres típicas falsas ideas de interdisciplina. Nosotros le hemos puesto nombres, los cuales que intentan conceptualizar y designar los errores más típicos en los que se cae y recae, de modo que lo siguiente procura objetivar estos diversos fenómenos que se suscitan en equipos que no logran trabajar de un modo democratizante/ado y consustanciado con el respeto a cada saber.

Deben verlos como modelos ideales, y es dable esperar que en la práctica estos errores o distorsiones aparezcan como fenómenos superpuestos o sucesivos, pues se trata de procesos grupales e institucionales dinámicos y fluctuantes.

2.1. (pseudo) Interdisciplina Confusional

La interdisciplina confusional tiene por característica común que no puede precisarse qué hace cada quien. El lugar donde más la hemos visto es en el gabinete psicopedagógico, o sea en el ámbito educativo. La falsa interdisciplina *“confusional”* consiste en que todos

los profesionales hacen cualquier cosa; el gabinete de escuela suele ser así tal cual, el psicólogo ayuda a dar de comer a los pibes, el trabajador social se ocupa de los pibes que no tienen guardapolvos, el auxiliar educativo lo escucha cuando se angustia y el maestro o la maestra va a la casa si el pibe no va o se ausenta mucho. Esto no es interdisciplina. Interdisciplina es que cada disciplina aporte su saber. Lo “*confusional*” es que todos trabajan de cualquier cosa y no hay especificidad del saber.

También suele ocurrir en los juzgados y, en los hospitales psiquiátricos, ni les cuento. El enfermero medica, el psiquiatra pasa un rato y charla con dos o tres que le caen mejor, las “chicas de psicología”, hacen talleres para rellenar el tiempo libre de los llamados “pacientes” (convengamos que una persona que lleva años manicomializado, ya no lo es²). El mundo manicomial es esencialmente confusional, de modo que es casi normal este tipo de funcionamiento. El psiquiatra pasa a la mañana temprano y pregunta qué pasó, las enfermeras le responden para que no moleste “no pasó nada”; se va, y quedan estos enfermeros medicando, el psicólogo va y habla con los pacientes, no los trata tampoco, olvídense del DNI, de la inclusión social, todo eso, no. El trabajador social está en otro sitio, en lugares llamados a la antigua, como ser “servicio social”, no trabaja con la sala, ni con los internados. Este es el modelo, más claro no puedo ser, porque si algo hay *confusional*, es el *régimen manicomial*.

La característica que permite identificar este modelo confusional de interdisciplina es que nadie sabe qué es lo que sabe hacer el otro, ni qué es lo que tiene que hacer cada uno. No hay precisión respecto de la función de cada quien. Escucharán frases como “todos hacemos todo”, incluso disfrazado de compañerismo “nos arreglamos entre nosotros, nos ayudamos, somos muy compañeros”. Suele además vender la confusión general de roles y funciones técnicas positivamente, “*nos ayudamos, somos amigos, trabajamos juntos, nos juntamos afuera, hay una gran camaradería*”. Eso está muy bien pero no si es una interdisciplina en la que cada uno hace cualquier cosa.

2.2. (pseudo) Interdisciplina Esquizoide

El segundo modelo es prácticamente el inverso a éste, y le llamamos modelo “esquizoide”. El otro día recibimos un informe de un grupo interdisciplinario esquizoide. Les voy a contar cómo es:

“Informe interdisciplinario”:

1. “*Presentación del caso*”, y cuenta alguien lo que se sabe de la historia del caso y sus fenómenos más relevantes;

2. *"Informe del psiquiatra"*: el informe psiquiátrico, donde básicamente se cuenta la historia de administración psicofarmacológica y las reacciones conductuales sobrevinientes;
3. *"Informe del psicólogo"*: el informe del terapeuta;
4. *"Informe del trabajador social"*: el informe del TS sobre su situación socio-ambiental;
5. *"Síntesis final"* del agente penitenciario Fulano, quien solito con su alma, concluía de lo que entendía que decían los otros...

¿Se entiende? Así el agente penitenciario de turno del día (se trataba de un equipo del Servicio Penitenciario, que estábamos interviniendo desde el Ministerio de Salud en el marco del naciente Programa PRISMA) debía entregar el informe al juez competente con una mínima síntesis, porque después de todo, algo habría que concluir de todos esos pedazos... Entonces hacía su propia conclusión. Y a eso le llamaban *"informe interdisciplinario"*.

El segundo componente que todo equipo interdisciplinario debe tener es que sus valoraciones deben ser comunes, deben ser consensuadas, que cada uno haga su aporte específico, claro, pero no puede ser que un informe interdisciplinario consista en la sumatoria simple de muchos informes disciplinarios.

Lo que hace que un informe sea interdisciplinario es que haya ahí el aporte de distintos saberes sobre una misma situación y caso y esos saberes circulen y entren en sincronismo. Diré además algo obvio: se trata de un solo ser el o la evaluado/a. Esas miradas disciplinarias no pueden ser lugares aparte, estancos, asincrónicos, desconectados entre sí, sin la más mínima comunicación.

Nosotros por eso forzamos -hasta cierto punto (aunque no hemos necesitado tanto forzamiento)- que el equipo se siente y se ponga de acuerdo sobre el informe. Al menos que se siente a hablarlo, a intentar llegar a acuerdos básicos. O en todo caso, se debata y se llame a terceros y se trabaje sobre los desacuerdos, pero con el objetivo de producir un informe único del caso. Un informe interdisciplinario y toda labor profesional en general, puede tener disidencias, lo que no puede ocurrir es que sean informes a razón de uno por profesión. Eso habla de la falta de diálogo, no de desacuerdo.

Volviendo al ejemplo del PRISMA, esos informes que nos trajeron a nosotros no nos servían para nada, porque además decían todas cosas contradictorias, incluso sobre la descripción del caso, no solamente sobre las inferencias clínicas sobre el mismo. No concordaban ni en el diagnóstico, ni en el tratamiento, ni en el pronóstico... para qué quiero eso. Y para peor, qué hace otra profesión, la del abogado puesto en juez, con esa esquizoidia interdisciplinaria. Solo puede cometer errores.

2.3. (pseudo) Interdisciplina Autoritaria

Hay un *tercer modelo de interdisciplina fallida* y esta falsa interdisciplina no lo es porque sea confusa en la forma que se presenta, ni porque sea un modelo esquizoide en el que cada disciplina opera sola, al hecho de ver muchos profesionales que opinan, todos por aparte.

Esta tercera tiene que ver con el modelo verticalista, le llamamos "*modelo autoritario*". ¿En qué consiste el autoritarismo? En que hay una disciplina que se arroga las decisiones sobre las otras opiniones, es decir que el informe o decisión no resulta de un consenso, de un acuerdo, de un diálogo entre las disciplinas en la obtención de un resultado, sino que consiste que un grupo de disciplinas opina y otra decide unilateralmente.

El caso prototípico de esto es el juzgado, donde el juez que nada sabe, pero nada nada nada sobre lo comportamental y de la salud mental, recibe las pericias, cual si fueran opiniones y decide sobre ellas con lo que entiende por su "razón, o su "sentido común": Un conjunto de *prejuicios* más o menos reconocidos, más o menos clasistas, más o menos sobredeterminados por su historia y (sub) cultura, más o menos no elaborados. En la mayoría de los casos sin siquiera conocer al sujeto. Eso es un modelo autoritario de ejercicio de interdisciplina y, a nuestro entender, no es interdisciplina. Es cierto que hay jueces que se comportan, excepcionalmente, como esta descripción, y son muy respetuosos del saber técnico. No se sientan aludidos entonces.

Que lo referencie a ese tipo de organismo, no significa que le sea de toda exclusividad. También puede ocurrir en cualquier otra institución: en una escuela, en un hospital, en cualquier instancia donde intervenga un equipo interdisciplinario. Aun así, el lugar donde es más fácil de visualizar es en el juzgado o en instancias organizaciones de formato vertical extremo.

Para que haya interdisciplina tiene que haber un modelo organizativo que incorpore esos saberes y el mecanismo de decisión debe ser democrático, por supuesto, apostando por las vías de consenso, promoviendo la producción de acuerdos en todo lo que sea posible. Si no hubiera producción de consenso en todo caso, lo que hay que hacer es convocar a otro equipo interdisciplinario que trate de aportar luz sobre esa disidencia. Pero resolver la falta de consenso con una decisión autoritaria no es una forma muy acorde a la interdisciplina, más bien es la suspensión unilateral del trabajo interdisciplinario.

Todos los equipos tienen disensos y justamente en eso está su riqueza: todas las profesiones están igualadas, están en pie de

igualdad, en términos de su aporte a la elucidación de un caso o tema. Pero ese pie de igualdad no quiere decir que todas las disciplinas opinan igual de todas las cosas. Se supone que si están opinando de un tema vinculado a la obtención de un DNI de una persona no tienen todos la misma opinión, hay disciplinas que tienen más *expertise*; de análogo modo no todos tienen el mismo saber adquirido en su profesión si deben opinar acerca de la medicación de un paciente, hay alguien que tiene mayor *expertise* sobre esto, como el médico, el enfermero, etc. Si un equipo interdisciplinario está debatiendo sobre el grado de incorporación de la normativa en su subjetividad, igualmente podemos concluir que no todas las disciplinas tienen la misma *expertise*. Por eso ese equipo debe contemplar la especificidad de los saberes en ese debate. Pero esa especificidad de saberes no equivale al ejercicio de la autoridad como forma de resolver, sobre todo si la propuesta de intervención carece de fundamento. Esa autoridad no puede ser unívoca y no dialogal, debe ser argumentada y explicativa desde la especificidad de esa disciplina interviniente.

Se dirá que finalmente el resultado de una decisión recae sobre quien tiene la firma, como es el caso del juez. En efecto pero, ¿cómo llega a esa decisión? ¿Resulta de un profeso dialogal interdisciplinario o de una intuición personal desprovista de la escucha a las argumentaciones del equipo? No es suficiente apelar a la responsabilidad institucional, porque ello no implica desvincular al equipo en su carácter de tal, ni mucho menos volver no vinculante cada una de las aseveraciones, lecturas y dictámenes de las profesiones intervinientes.

3. Algunas pautas para un equipo interdisciplinario eficaz

Otro aspecto que quiero remarcar es, ya superados los tres modelos fallidos, cuáles son las pautas básicas para que un equipo interdisciplinario pueda desarrollarse; no diría ser exitoso, pero por lo menos ser eficiente.

Hay una primera cuestión que ya la planteamos y tiene que ver con la mecánica de funcionamiento: la **reunión de equipo** es el elemento componente sustancial inquebrantable para que haya trabajo interdisciplinario. Esa reunión debe contener algunas características básicas:

- a) debe ser sistemática, en frecuencia, ritmo y organización;
- b) debe ser totalizadora (o sea, implica la participación de todo el equipo, sin exclusiones u omisiones de categorías de personal o de tipos de miembros);

c) debe ser soberana, esto es, lo que allí se acuerda rige, hasta tanto se revea en el mismo espacio;

d) debe ser democratizante, en el sentido legislativo, esto es de respetar el derecho a la palabra y al disenso, pero además de entender que todo lo que se habla en ese espacio debe ser comprendido y abordado, y todo aquello que se habla por fuera del espacio, al contrario, no tiene entidad ni soberanía sobre las decisiones que establece el dispositivo de reunión.

En segundo lugar, si es que ese equipo no quiere estar siempre volviendo sobre los mismos asuntos, debería ir haciéndose un registro de la labor, o sea ir volcando en actas los acuerdos que van siendo alcanzados, de modo tal de ir creciendo (sobre todo porque en los equipos suele haber mucha rotación de miembros). Para ir avanzando (por supuesto que cualquier acuerdo puede ser revisado), no podemos estar revisando todo el tiempo lo ya trabajado y acordado, por la falta de escritura y estar siempre sobre lo mismo.

Si se establece una mecánica de reunión y un registro de lo actuado y acordado se accede a un tercer paso fundamental y además fundacional del quehacer: el establecimiento de **Protocolos de Actuación**. Estos pueden determinar más o menos perdurablemente funciones dentro del equipo, la acreditación de prácticas esperables, etc. Se pueden ir consignando así los acuerdos que se van alcanzando en el marco de las reuniones de equipo, de modo de ir haciendo cada vez más anticipable y predecible la labor de todos los miembros del conjunto interdisciplinario.

En el Ministerio de Salud les gusta usar la palabra “protocolo”, no sé si es el término más adecuado o el más esquivo; digo esquivo porque no es solamente un protocolo de actuación lo que pretendemos forjar, sino un mecanismo que resuelva los conflictos propios del trabajo interdisciplinario.

Hemos conformado hace unos meses un equipo de Protocolización, yo les digo un poco en sorna las “protocológas” (son todas mujeres) y tienen un arduo trabajo sobre todo porque estamos trabajando en el ámbito de la subjetividad, en el cual es difícil establecer pautas universales.

Toda vez que estamos regulando el campo de la singularidad, hay esquemas en los que las personas no entran: es una situación tan particular, tan especial, que es difícil pensarla en términos universales. Así y todo están haciendo un esfuerzo y estamos tratando de ir protocolizando las distintas prácticas. Esta semana nuevamente prometieron -porque me lo prometieron la anterior y la anterior-, entregar un protocolo de atención de urgencias para todos los niveles de atención, por ejemplo, que es muy importante como podrán

comprender. Estuvieron trabajando en relación a un protocolo vinculado a ideación suicida; está ahí listo para salir, está justamente en la etapa legal de la protocolización. Hay otro protocolo de actuación muy importante que trasciende a todos los equipos y que tiene que ver con qué se espera de la Atención Primaria, y así.

Esto nos va brindar un marco de trabajo para todos los dispositivos y programas, pero es importante que vayamos contemplando siempre esa misma idea de que los protocolos están hechos para pautas generales, pero siempre cuando nos movemos en el campo de la singularidad, los protocolos nos quedan chicos, no se completan, tienen que contestar a esa dinámica que tiene la aplicación de cualquier *protocolo argentino*.

En cuarto lugar, todo trabajo interdisciplinario debe incorporar la visión del usuario que se atiende. Si no está la **visión del usuario**, entonces sólo está la visión del equipo. Y ahí volvemos al enfoque de derechos. El enfoque de derechos no quiere decir que uno tiene que estar de acuerdo con la visión del usuario, pero lo que no puede hacer es borrarla. Todo informe implica en el marco del enfoque de la interdisciplina y de la incorporación de los saberes, la visión del usuario. Y si se llegó a obtener la visión y mirada del familiar, también debe incorporarse. Sucede que no siempre esto es posible, prácticamente, pero, cuando es posible, por supuesto que contribuye a un mejor informe.

Eso no quiere decir que el equipo tenga que acordar con la visión del usuario, con la visión del familiar, pero un informe interdisciplinario que se precie de tal debe incluir la mirada y visión de los otros, sobre todo de aquel del que estamos hablando.

Un quinto elemento que quiero traerles y que hablaría de una interdisciplina madura y seria: Todo el **informe interdisciplinario debiera poder leerlo el usuario** y debe ser redactado de tal modo que el usuario pudiera leerlo, porque de hecho algún día lo va a leer, porque es su información. Habrá casos en crisis psicosocial o psicopatológica en los cuales no es recomendable, pero es en ese momento, no en otro donde sí ya tenga la capacidad y la posibilidad de leer y comprender un texto sobre su persona. La información que se dio a través del informe es del usuario, -aunque en ese momento no podamos compartirla con él porque por su estado de salud, como dicen los Principios de Salud Mental de la ONU- habrá una interdicción temporal hecha en función del cuidado de la salud del paciente, en el momento de la crisis, pero pasada la crisis lo puede leer. Por lo tanto, todo informe debiera pensarse en términos de informar al usuario.

4. Asistir o atender/tutela o inclusión: diversas formas de entender lo interdisciplinario. El caso extremo del llamado “paciente social”

Hay una cuestión más que quiero trabajar con ustedes respecto al “trabajo interdisciplinario” y es que nosotros entendemos el trabajo en interdisciplina de lo mental, pensando en los efectores de salud mental, única y estrictamente. Se tiene que romper la autorreferencia que supone “lo mental” como “lo psi”. Esa correspondencia la debemos superar y deconstruir. Un poco es lo que se hace aquí, al menos en parte, a través de la inclusión de los familiares y usuarios en los equipos, pero también hay que pensarlo en torno a las profesiones ajenas a lo psíquico, como la sociología, la antropología, la comunicación social (y podría seguir). El ejemplo que me surge más a mano para eso es el que les planteaba sobre el Programa de prevención de consumo abusivo de Alcohol: las peleas con las cerveceras pasa por instancias legales, comunicacionales y digitales o audiovisuales, más que en el propio saber psi.

El tema de las otras disciplinas intervinientes en el campo de la salud mental como la economía, la vivienda, el ambiente, el derecho de familia y civil, la agricultura de subsistencia, la economía social y así sucesivamente constituyen parte nodal del entramado que sobre-determina la vida manicomial. Esto es algo que nosotros tenemos que empezar a trabajar en términos de la ampliación del espectro disciplinario de este campo: hacer salud mental es hacer inclusión social, como dice nuestro slogan. Por lo tanto, quedarse con las disciplinas del campo de la subjetividad es harto insuficiente.

Entonces, somos necesarias todas las disciplinas mencionadas (y otras más, sin duda) y no sólo las clásicas que operan en el campo, sea la psiquiatría, la psicología, la enfermería, el trabajo social. Otras disciplinas -llamémoslas nuevas- surgidas en los últimos decenios, como el acompañamiento terapéutico, la musicoterapia, la terapia ocupacional, etc., están haciendo importantes aportes al modelo de la inclusión social. Pero insisto en un aspecto globalizador: No sólo quiero hacer referencia a la necesidad de una interdisciplina de lo sanitario, sino que tenemos que avanzar hacia una interdisciplinariedad que se proyecte mucho más allá de las profesiones y saberes técnicos propios de lo sanitario.

Estos elementos nuevos aportados por saberes extra-sanitarios (donde subrayo a las organizaciones civiles de ex usuarios y familiares) es realmente una llave para poder trascender la mirada estrictamente asistencial, por no decir asistencialista, que tiene hoy el campo sanitario. La mayor garantía que tenemos para salirnos de las

prácticas tutelares en salud mental, del asistencialismo vía encierro indefinido, no está tanto en las disciplinas de la salud, pues hemos sido formados para el paradigma tutelar de suplantación de la capacidad del sujeto por la del sistema que lo asila. Los médicos, los psicólogos, los trabajadores sociales, hemos sido formados para asistir, no para incluir, esto es lo que quiero decir. Los abogados han sido formados para repetir códigos, lo cual es aún peor. En ese punto entonces, la garantía que tenemos de expandir la interdisciplina, no está en estas disciplinas de formación preeminentemente asistencial, sino en otras, en las que todavía no se contaminaron: las que por su formación de grado no están pensadas desde la asistencia social, psicológica, etc. Eso no es garantía evidentemente, pero genera un nuevo aire. También los familiares pueden adoptar una postura o un pensamiento más bien asistencial e, incluso, los usuarios (en algunos casos) tienen un pensamiento más asistencial todavía que esas profesiones. Esto puede ocurrir, pero es indudable que, en la medida que el equipo se abre hacia nuevos horizontes de saberes, sus prejuicios tienden a difuminarse o, cuanto menos, a ponerse en evidencia.

No se trata de pensar en *asistir* sino en *atender*, y ese es el cambio que nosotros tenemos que introducir, pasar de la palabra *asistir* a la ética de la *atención*. Ese es el cambio que tenemos por dar en términos de políticas públicas. Y dejo al pasar un vocablo asociado a ello: La Ternura.

El día que nosotros podamos hablar de *atender*, -y ahora vamos a avanzar sobre este vocablo-, en vez de pensar en *asistir* y que podamos pensar en *personas*, en vez de hablar de pacientes, habremos superado la ideología tutelar. Mientras que hablamos de *paciente* cada vez que hablamos de un sujeto con problemática mental, estamos en el paradigma asistencialista. Mientras hablamos de *asistir* o de *dar asistencia* seguimos en la época asistencialista³. Cuando decimos "*atender*", estamos diciendo atender la necesidad de una persona, no necesariamente esa necesidad es sanitaria, bueno, por supuesto que muchísimas veces sí, pero muchísimas veces, no.

El ejemplo extremo de esta deformación profesional es la categoría "*paciente social*": es el ejemplo más extremo de cómo alguien que no lo es, y resulta "*pacientizado*", se sigue tratado *asistencialísticamente*. "*Paciente social*", para los que no lo saben, se le llama a la persona que está internada en un hospicio pero que tiene el alta médica. Entonces le llaman "*paciente social*" ¿Por qué? Bueno, porque su condición social de falta de vivienda, de falta de trabajo, de falta de integración comunitaria o de servicio sanitario cercano a su lugar de proveniencia, son las razones (en general, asociadas) que le impiden salir del hospicio.

Entonces se le llama “paciente social” como eufemismo del encierro indefinido sin causa sanitaria. Pues no, no es paciente si tiene el alta. Es un virtual secuestrado. Sucede que resulta muy áspero decirlo y aceptarlo, pero el eufemismo tampoco ayuda en nada a modificar la situación. Es una categoría mentirosa y dañina, porque pone en una mente, en el sujeto, el problema. Entonces se dice “*es un paciente social*” como si fuera problema de él que esté ahí. La categoría “*paciente*” justamente asigna al sujeto el problema. Cuando no es su problema que él esté ahí. La razón por la que ese sujeto está ahí es porque el Estado no le generó las herramientas, no lo protegió, no cuidó de sus derechos ni le brindó los apoyos sociales que le hubieran permitido regresar a la comunidad: es el Estado el responsable de que esté ahí. Entonces el paciente ahí es el Estado: el sujeto ha tenido tal paciencia que el Estado lo dejó ahí depositado. En definitiva, es la indolencia del aparato estatal y la falta de empatía del poder político con injerencia en el tema y no su carácter de paciente lo que determina la continuidad de la internación.

Pero no es exclusiva responsabilidad de la autoridad de la política pública. Esta categoría de “*paciente social*” además de ser dañina, permite que los equipos terapéuticos esquiven su (parte de) responsabilidad. Por ejemplo, con esto que señalaba del Hospital Esteves en la anterior clase⁴, le llamaban “*paciente social*” a todas esas personas que no tenían DNI, porque -decían muy serios y seguros- ellos no están ahí para sacar el DNI a nadie. “*¿Yo estudié psicología para sacarle el DNI a los tipos? No*”. Entonces lo seguían tratando psicoterapéuticamente, analizaban sus conflictos internos, pero no se podían ir a la casa no tenían DNI. Desde su rol, los psiquiatras lo seguían medicando y en algunos casos, aplicando electroshock, y en otros casos podían seguir con otras prácticas casi igual de abusivas, para que la persona, porque la veía muy agitada y ansiosa (entre nosotros, su desesperación por irse era la agitación, porque no tenía DNI, insisto). Pero ellos no están ahí para sacar DNI, y como nadie lo hace, deviene por tanto en *paciente social*.

¿Por qué las personas internadas no tienen DNI? Porque cuando ingresan a la institución se lo quitan para cuidárselo ¿No es así? Es para cuidárselo (risas). Entonces este pseudo-concepto de “*paciente social*” no sólo es dañino, sino que marca la ideología tutelar con la que el Estado trata a esas personas, a las que justamente no pueden defenderse, porque con ninguno de ustedes se habría hecho lo mismo.

Si yo me baso en la estimación que hizo el equipo epidemiológico, el 21% de la población mayor de 15 años tiene algún trastorno mental o adicción. ¿Cuántos somos acá? ¿80? Quiere decir que 15 a

20 de nosotros tenemos algún problema mental o adicción, si este grupo tuviera el mismo promedio de padecientes que la población, en general. Yo tengo la tesis de que los efectores de salud mental están por encima del promedio de la población, pero pongámosle que estuviéramos en el promedio. Si es así unos 20 de aquí tienen algún trastorno mental o adicción. Hay algunos que se auto-proponen en el grupo de los 20, hay otros que miran raro al compañero que está al lado. ¡No queda bien! (risas). Yo no tengo problemas en asumir una adicción que me tiene muy compungido, mi adicción es mi compañera de vida (auditorio: suspiro).

Entonces, lo que quiero significar con esto: 20 de acá tenemos algún trastorno mental o adicción, pero estamos acá reconocidos por el Ministerio de Salud como personas capaces y dotadas de su saber para ejercer una función pública. Lo que quiero significar con esta idea de que ustedes estén aquí en un hospicio ministerial... no en un hospicio, perdón (risas), que estén aquí y no en un hospicio, no es el trastorno que tienen, sino que cuentan con una red que haría imposible que estén internados indefinidamente. Podrían llegar a estar 24 horas en una urgencia, pongamos que migran a un viaje para una función y hacen una crisis en el aeropuerto y se les interna en el hospicio ¿Cuántas horas estarían? ¿Dos horas, tres horas? ¿Cuánto estarían ahí? Ese tiempo nomás. Pero pongamos que estuvieran en el distrito o en la jurisdicción más manicomial del país, lo mismo, no quedarían internados ahí y menos crónicamente. Entonces, lo que hace que otras personas sí estén ahí, no tiene nada que ver con su patología, nada, y vuelvo al inicio por este punto: lo que hace que nosotros sí podamos intervenir desde lo posmanicomial es desterrando esas falsas ideas del paciente crónico como un destino "natural".

Lo del "*paciente social*" es una falsa idea: es manicomial la idea de nominarlo paciente, en primer lugar, porque no es un paciente. Es un tipo al que se le vulneran los derechos, y donde se llama o se dice "*paciente social*" debiera decir "*privación ilegal de la libertad*". Esa es la categoría que corresponde a un tipo que es re/de/tenido, recluido en un hospicio porque no tiene casa, vivienda o porque no tiene un equipo que lo trate, porque no tiene un familiar que lo contenga o por lo que sea. Se llama *privación ilegal de la libertad*.

Mientras nosotros aceptemos la categoría "*paciente social*", le estamos cargando al sujeto el problema y, en segundo lugar, estamos aceptando la ideología tutelar.

5. Abordaje del problema de la accesibilidad a los servicios. La brecha de atención desde la estrategia de una interdisciplinarietà ampliada

Ahora bien, este grupo de personas que están hospiciadas, que están asiladas, sin embargo, son un pequeño sector de la población que debemos atender, que es la más vulnerada sin duda. Nuestro país, según el estudio que hizo el equipo epidemiológico⁵, tiene alrededor de 6.000.000 de personas afectadas. Evidentemente la solución manicomial no es una solución para 6.000.000, la solución manicomial es para 10.000 o, a lo más, 20.000 personas y, por lo tanto, la atención del resto de la población que es inmensamente mayor (casi es insignificante 20.000 respecto al total de 6.000.000) debe encontrar otros dispositivos, ¿no? Esta atención del resto de la población son 1.700.000 alcohólicos, 1.600.000 depresivos, alrededor de 500.000 personas con diversas formas de psicosis y así podríamos seguir... Esta categorización, estos 6.000.000 deberán recibir un modelo de atención que nos vuelva a la idea de red nacional de prestación. La red nacional es el objetivo de nuestro proyecto institucional de largo plazo. No se sustenta únicamente en nuestro ideario. Lo plantea taxativamente el decreto que crea la Dirección Nacional, que dice que hay que crear una red nacional⁶. Pero sobre todo lo consideramos fundamental porque es el objetivo que le da eficacia y eficiencia a ese proyecto.

Nuestro objetivo es atender a los 6.000.000, no solamente sacar del hospicio a los 10.000 o 20.000. Sacar del hospicio a los 10.000 o 20.000 es sólo un objetivo concentrado a la población más vulnerable. Pero el sustento de nuestra acción, es lo que va a dar realmente el mejorar la atención y la accesibilidad a los servicios de todo el conjunto de lo que padecen en algún momento de su vida. Por ello es que hablamos de un fin postmanicomial y no (estrictamente) anti.

En efecto, la brecha de atención nos informa cuántas personas llegan a los servicios de salud y reciben al menos una atención en el último año y cuantas no, ni siquiera eso, que ya es paupérrimo. Esa brecha es altísima, el tema de consumo abusivo de alcohol es donde se da con más fuerza, porque es la problemática más naturalizada culturalmente en nuestro país. Está por arriba del 70%; en la depresión está en el 50% y algo, un poco menos. La única patología o cuadro que está por debajo del 50% de la brecha de atención, es decir que es menos de la mitad de las personas, es en la psicosis, todas las demás están por encima del 50%. Es decir que de todas las demás problemáticas de salud mental, incluyendo las adicciones, más de la mitad de la población ni siquiera llega a un servicio una

sola vez al año, no es que no reciben atención, sino es que ni siquiera llegan a los servicios. Pero entendamos esto: esa brecha señala antes que nada la insuficiencia de la función psi en salud mental, porque su achicamiento requiere del trabajo social y comunitario, en general ejercido desde otras disciplinas. La brecha se reduce con intervención comunitaria profunda y permanente, en:

- El trabajo de acercamiento de la comunidad hacia los servicios;
- Su recíproca, el trabajo por una apertura de acercamiento de los operadores y técnicos de los servicios de salud mental hacia la comunidad (eso que llamamos un tanto socarronamente “salir del consultorio”)
- La detección temprana de padecimientos;
- La observancia de conflictos intrafamiliares;
- La derivación de situaciones de consumo a instancias tratamentales;
- El auxilio de las personas que apoyan y sostienen a quienes están impedidos, en su estado de desesperación y cansancio subjetivo;

Y así sucesivamente.

6. La interdisciplinariedad es intervencionista: más sobre lo mental en la salud pública

La reducción de la brecha de atención es entonces el objetivo final de nuestra política. El objetivo en el que nosotros nos concentramos presupone un intervencionismo. Porque esto no deja de ser una voluntad política de intervenir positivamente en la restitución de derechos. Hacer APS es intervencionista. No es desde la espera que se hace APS. Recuerden que desde el año 1988 para acá este Ministerio de Salud de la Nación no tenía una instancia gubernamental con rango siquiera de Dirección para pensar una política pública de salud mental: superar esa instancia de negación de la especificidad y necesidad del componente de lo mental en la salud pública nacional llevó veinte años... Nada menos. Generar política pública desde otro punto de vista, realmente, implica una revolución en cuanto al pensamiento típico tradicionalizado del Ministerio. Un Ministerio que pensaba a la salud mental como una oficina, no como una política pública. El Ministerio que pensaba a la salud mental como un depósito de personas que no servían en otros organismos o dependencias. Así se pensaba el tema. Seamos honestos: este lugar era un depósito,

así como lo es el mismísimo manicomio. En general, psiquiatras sin funciones y psicólogas (eran todas mujeres) haciendo algo dentro del sentimiento permanente de estar arrumbadas. Las otras disciplinas directamente eran inexistentes.

Yo no les puedo explicar las cosas que me encontré cuando ingresé a la oficina: había una persona de profesión psiquiatra que decía ir de 7 a 7,30 horas. Llegaba a las 8, no había más que dos personas de carácter administrativo y ya se había ido el tipo; preguntaba entonces:

- ¿Cómo puede ser?
- No, es que llega muy temprano, me replicaban... (risas)

Ellas también se reían luego de decirlo. Estos son detalles que no vienen al caso de esta exposición, pero sí me gustaría introducir un asunto: introducir salud mental como política pública⁷ llevó un esfuerzo por parte de todos. Un esfuerzo previo a los compañeros y compañeras que ya estaban, que tuvieron que soportar todo tipo de maltrato, de vejaciones y demás. Lo que rescato del aspecto de resistencia que forjaron muchos colegas que estuvieron aún antes de la creación de la Dirección y resistieron los embates del ninguneo por parte del Ministerio y del Estado en general. Y también la necesidad, a partir de la creación de la Dirección, de consolidar un proyecto que fuimos colando en los intersticios de la estructura estatal sanitaria, siguiendo los planteos que hace Eduardo Tato Pavlovsky, nos fuimos metiendo por las hendiduras, abriendo puertas que estaban cerradas desde hacía tantísimo tiempo. En muchas de esas puertas, cuando las abrimos nos sacaron a patadas. Eso pasó, pero en otras puertas entramos y nos preguntaron quiénes éramos y en otras puertas nos hicieron pasar y nos ofrecieron café. Todo eso pasó y entonces nos pusimos a trabajar con los que nos dieron café, obviamente, no vamos a trabajar con los que nos sacaron a patadas. Todo eso pasó, hacia adentro del Ministerio y en los otros Ministerios también. De todos modos, fue un trabajo de orfebres porque además de buscar las puertas susceptibles de aceptarnos, procuramos enviar personas aptas para ingresar y ser siquiera toleradas. Así fue como enviamos a ingresar a algunas puertas ministeriales, a personas especializadas en APA, otras en abogacía, en lo psi, en lo social, y así análogamente. Por ejemplo, para explicar por qué necesitábamos recursos humanos específicos para armar un Equipo de Fiscalización de los tratamientos y las internaciones (sobre todo, las involuntarias), busqué el abogado más serio y rancio, ese que ni chistes acepta ni hace, y fue una elección exitosa. Se volvió con un sí. Podría haber ido simplemente mi secretaria con un expediente abierto explicando, pero no hubiera sido tan eficaz como procedimiento.

Esto también es ejercitar la interdisciplina. Saber cuál ha de tener mejor *performance* en un momento dado de intervención. La estrategia que nosotros a su vez estamos llevando adelante en el marco de esta situación inaugural de implementar la Ley Nacional es ¿cómo organizar en conjunto con las instituciones afines como la Defensoría General de la Nación, la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, el INADI, la llamada “Curaduría” (nombre fulero, si los hay), los demás dispositivos del Ministerio que están trabajando con nosotros como Epidemiología, el programa de Municipios Saludables (y así sigue la lista), cómo empezamos a trabajar con estas otras instancias de modo tal de incluir el componente mental en TODAS las políticas públicas? Con algunos nos cuesta más, con otros menos.

He contado algunas anécdotas en referencia a eso, por ejemplo al Plan Nacer⁸, siempre la rescato porque es muy graciosa. Ellos vinieron con lo que era *antes* salud mental. Frente a eso nosotros tratamos de proponerles otra noción de lo que es mental, y que sigue hoy en debate. Ahora estamos en el debate de cuál de esas prestaciones se pagan, cuáles son *deseables* (un eufemismo para dejarlas como opcionales); entonces, claro, por ahí viene a nosotros una gran complejidad. Para algunos de ellos bien posicionados en la primacía de lo fisiológico y anatómico, *obligatorias* son las típicas del cuerpo, *deseables* son las mentales y ahí vamos otra vez con los estigmas. Se deben pagar las del cuerpo y si sobrara algo de dinero, pues bien, que hagan algo de eso de lo mental... Así comenzó la discusión... Fue el punto de partida de los tipos. En esa discusión estamos ahora⁹.

Traigo aquí a colación este ejemplo de discusión aun no resuelta porque justamente está en la falta de una mirada amplia del ser humano (como es la que tiene nuestra Ley Nacional), negando además su complejidad e integralidad, la que lleva a estas personas a presuponer a lo mental como epifenómeno de lo corporal. La interdisciplina como herramienta tiende a desnaturalizar estas obtusas miradas, prejuiciosas además, porque no se sostienen científicamente, y sepan que para sostenernos en esa función inter, es preciso sea desde una más absoluta democracia de saberes disciplinarios, porque en donde establecimos una verticalidad disciplinaria, ya perderíamos autoridad y sustentación del argumento, se cae la racionalidad misma del sujeto como ser socio-bio-psíquico¹⁰. La interdisciplina en ejercicio democrático es, entonces, el artefacto ideal contra los prejuicios provenientes de cada saber disciplinario.

7. Interdisciplinariedad circular: el saber horizontalizado¹¹

Comenzamos el presente capítulo con una idea directriz: hemos reinterpretado la interdisciplinariedad, no como una multidisciplinariedad de profesiones, sino como un espacio transicional entre saberes en el marco de un espacio democratizado de dialogo entre estos saberes. No solo incluimos las profesiones, pues dimos ingreso a los saberes que emanan de las distintas prácticas y espacios ajenos al académico. Hemos optado entonces por tomar la interdisciplinariedad en un sentido amplio que implica considerar las distintas fuentes del saber, como el que proviene de los vínculos del padeciente y de ellos mismos, en tanto sujetos de intervenciones en lo mental.

¿Por qué sería necesario contar con los distintos saberes?
¿Qué agregan al saber técnico?

Una primera repuesta al tema se refiere a la posibilidad de trabajar en la atención de distintas problemáticas que tienen que ver con la salud de las personas, intercambiando y haciendo integrar las distintas visiones, las distintas formas de abordar el tema, las distintas prácticas provenientes de los distintos lugares donde esto se atiende, desde donde se atiende esta problemática, desde la convivencia comunitaria cotidiana. Esto es, la contención de las personas con padecimientos alberga un saber popular que excede en mucho el saber técnico. Incluye una dimensión del saber que no proviene de las disciplinas que se estudian en las universidades, de las profesiones, como por ejemplo puede ser la práctica concreta de sostenimiento y apoyo social efectivo de las personas con discapacidad psicosocial. En cierto tipo de problemáticas, como puede ser simplemente la atención que se hace en las instituciones, con los distintos niveles de inserción social, algunos trabajadores lo hacen como operador, otros como personal de seguridad, en la cocina, en la limpieza, otros trabajan incluso como personal de mantenimiento edilicio. Desde estos distintos lugares se van a aportar distintas formas de ver, de pensar y de abordar al sujeto de intervención.

Se dirá que es demasiado complejo poner a toda esa gente -todos los trabajadores- en relación, es decir, a cohabitar en un espacio común. Entonces, si así fuera el inconveniente, estamos ahora ante otro tipo de dificultad, ya habiendo saldado que es superador incorporar todas las miradas. Se trataría de refundar un dispositivo donde todos sean parte, sean escuchados y tomados en consideración. El tema ahora es cómo se hace para que resulte de esto *un equipo*.

7.1. Apuntes sobre el concepto de Equipo

El concepto de equipo va a ser una de las cuestiones fundamentales al momento de instaurar un modelo de trabajo interdisciplinario. Si no hay un funcionamiento de equipo, suceden los fenómenos que vimos descritos páginas atrás: confusionalidad, escisionismo, verticalismo. Vimos además que para trabajar desde la interdisciplinariedad cada oficio o profesión que integra disciplina en primera instancia, debe interrogarse sobre cómo circula el saber. La cuestión del poder es, en consecuencia, un problema importante y define qué y cómo se entiende el trabajo interdisciplinario.

Ahora bien, si se quiere evitar estar cayendo en los fenómenos de distorsiones es preciso neutralizar la tendencia a fijar el poder de decisión en las disciplinas hegemónicas: El derecho, en la administración de justicia; la medicina, en el sistema de salud, y así sucesivamente. Entonces, cómo evitar esa tendencia a la hegemonización. Cómo plantear un aprovechamiento funcional y operativo de todos y cada uno de los saberes, y adoptar una forma de abordaje que vaya haciendo parte a cada espacio de saber, es decir, a cada forma de abordaje sobre el sujeto de intervención.

Ahora vamos a pensar el problema desde un ejemplo muy concreto y propio de la normalidad cotidiana de un servicio cualquiera de salud mental. Si se está atendiendo una crisis que ha llegado al servicio, el espacio de saber que debe protagonizar su abordaje proviene de aquellos que tienen formación en ese menester. Se debe organizar la atención desde aquellas personas que efectivamente tienen formación y expertise. Pero se acerca alguien desde otro saber, el del familiar o amigo, y brinda un dato sustancial proveniente de su conocimiento experiencial sobre el sujeto. Qué tranquiliza o qué estabiliza a la persona en crisis. Puede ser: Una palabra justa, un objeto transicional, una particular forma de acariciarle, una muestra especial de ternura, una forma de manifestarle que no está sola, que tiene ese apoyo externo que necesita, etc. La intervención entonces gana en muchas formas: es menos invasiva, es más eficaz, es menos iatrogénica, no tiene menos efectos secundarios. Si el espacio de saber es expulsado, por no ser técnico profesionalizado se pierde el mismo, y en consecuencia las intervenciones serán más drásticas: sujeción, psicofarmacología o incluso electroshock.

Es la capacidad de ampliar la mirada, de escuchar cada saber y de aprovechar esos conocimientos adquiridos (en la formación y experiencialmente) de cada integrante del equipo lo que define la capacidad del mismo para afrontar la diversidad de problemas que aborda cotidianamente. El dispositivo que los reúna y los ponga en interacción tiene la clave del proceso.

Cada tipo de problemática presupone una disciplina que la protagoniza, dentro de ese enfoque interdisciplinario. Si la problemática aparece como la necesidad de hacer un tratamiento psicológico entonces la disciplina o el espacio de saber que se hace cargo de eso es quienes pueden sostener un dispositivo de tratamiento (por otra parte y complementariamente, desde el marco legal vigente, esto es muy preciso, para distinguir y diferenciar). Si, en cambio, de lo que se trata es de favorecer formas de contención psicosocial en el domicilio de convivencia comunitaria, el espacio que se hace protagonista de esto no va a ser el del tratamiento, ni el correspondiente al abordaje de la persona en crisis, sino de aquellos que están más capacitados para hacer una intervención vincular en el territorio. De este modo, tenemos en este ejemplo tres tipos de actividades donde el protagonismo disciplinar varía sustancialmente. Ahora bien, en el modelo falso de interdisciplina, el verticalizado, el saber hegemónico se arroga la sabiduría para supervisar todas esas prácticas, algunas de las cuales directamente desconoce en su especificidad. El falso modelo confusional, como hemos visto, tiene por característica un abordaje cruzado, o sea, donde las disciplinas que intervienen no son las más aptas para cada actividad, sino que lo hace cualquiera, según criterios ajenos a su sapiencia y expertise. Y, por último, en el modelo esquizoide de falsa interdisciplina cada miembro del equipo interviene sin la más mínima articulación con el otro, en un abordaje mono-disciplinar y sin acuerdo alguno sobre la estrategia a seguir.

7.2. El principio de la circularidad interdisciplinaria

Planteado el problema, nos queda por pensar cual es el antídoto para un abordaje que se aparte de estas distorsiones e inconsistencias. Bien, el artificio para una interdisciplinariedad eficaz es lo que llamamos **circularidad** del espacio interdisciplinario. No es un descubrimiento nuestro. Proviene del recorrido de la *Escuela Argentina de Psicoanálisis*¹² en los años 1960 y posteriores décadas. La posibilidad de favorecer mediante un dispositivo idóneo de intercambio, una adecuada (mínima, al menos) circulación de los saberes donde todas las disciplinas podamos tener voz constituye la calve del ejercicio interdisciplinar.

Esto presupone superar el narcisismo intradisciplinar, en primera medida: la tendencia a que cada disciplina se vea a sí misma como *la* que sabe. Cuando esto ocurre, entonces el operador cree que sabe porque es el que está en contacto, el psicólogo cree que sabe porque es el que sabe sobre la psiquis y sus procesos internos, el médico cree que sabe porque supone que todos somos un cuerpo

y la familia cree que sabe porque es quien crió a la persona. Todos creen que saben: el problema cuando ese saber es obturante, cuando presupone que nada puede aprehender de los otros saberes, que son innecesarios y superfluos. Cómo hacemos para hacer compatibles esos saberes y para no creer que sólo desde un lugar, el propio, deba ser atendido el sujeto. Volvemos así al inicio del presente capítulo: la cuestión de por qué trabajar interdisciplinariamente. Lo hemos respondido desde tres tipos complementarios de respuesta:

1. El enfoque de derechos (multifactorialidad)
2. La integralidad del sujeto (como ser socio-bio-psíquico)
3. La teoría de la complejidad (refutación de la causalidad unívoca lineal).

Si aceptamos estos 3 argumentos por la necesidad de la interdisciplina, entonces no queda lugar para el *narcisismo disciplinario*. Trabajamos interdisciplinariamente porque el problema que atendemos es complejo, no es pertenencia de una disciplina. En materia de salud comunitaria (y de lo mental como componente), la razón por la cual consideramos epistémica y metodológicamente que el trabajo interdisciplinario es necesario, es porque el tipo de problemas que abordamos lo requiere. Así de sencillo.

Desde la perspectiva legal, además, no constituye una opción. Me remito al efecto a la cita que encabeza el presente capítulo.

Quien dice que ha optado por trabajar sola o solo, entonces se ha salido del marco legal. Antes incluso de plantear el problema metodológico que introduce. Vayamos a un ejemplo, nuevamente. Cuando decimos que para hacer un tratamiento integral en términos de la llamada *Salud Mental* se requiere trabajar con el sujeto, claro, pero además con el grupo familiar que lo contiene (o no), con el grupo de pertenencia o de pares, con el ámbito del trabajo si lo tiene, con sus grupos secundarios donde hace deportes, se recrea o hace ocio... ¿todos ellos no serán parte del abordaje? ¿No será acaso por esto que sistemáticamente termina en episodios de crisis e internación? Superar el narcisismo monodisciplinar implica entonces en ese caso articular un abordaje con otras profesiones que intervengan en el caso. Pero no solamente entre las profesiones, porque esa visión de la interdisciplina no deja de ser parcial y hasta elitista, incluso. Debe incorporar también a aquellos que brindan el sostenimiento cotidiano y la contención permanente del sujeto. Por lo tanto, no hacemos interdisciplinariedad porque "nos gusta", sino porque es necesario, imprescindible, para que la atención refleje una atención del problema en general y de la persona como *ser integral*.

La interdisciplinariedad es una necesidad técnica en materia de

salud mental, sin lo cual se vuelve quimera la idea de poder hacer de la atención una atención integral de la persona. El concepto de integralidad intenta reflejar que ningún fenómeno o problemática en términos de salud (mental) es un problema que se puede sobre determinar unívocamente. Si aceptamos que no podríamos remitir ninguna problemática de salud a una sola cuestión, a un solo problema, entonces el narcisismo disciplinar se cae por simple gravedad, como cascada. A esto apunta el concepto de vulnerabilidad psicosocial: *"el grado de fragilidad psíquica que la persona tiene por haber sido desatendida en sus necesidades psicosociales básicas"*¹³. Luego profundiza algunos campos de esa fragilización por insatisfacción de las necesidades psicosociales: *"seguridad afectiva, económica, protección, educación, tiempo de dedicación, como así también comida, agua potable, trabajo y acceso a servicios de salud"*. No constituye una descripción totalizadora, sino a modo de ejemplificación. Esta cobertura de necesidades presupone un abordaje integral, es tan evidente como irrefutable.

El planteo del concepto de vulnerabilidad psicosocial se asienta en la idea de que cualquier estado de sufrimiento remite a una serie de condiciones históricas que han llevado a la fragilidad actual. Esa actualidad se direcciona explicativamente a un pasado de vulneraciones. Nunca se referencia estrictamente a la dimensión del sujeto, ni a su componente intrapsíquico o biocorporal. Creer que un problema de salud mental es solo un tema médico o que está solamente en su psiquis, sin contemplar su contexto o su entorno, es y será una deformación profesional del narcisismo disciplinario.

Desde dónde pensamos la interdisciplina entonces, se dirá. Es muy sencilla la respuesta: la interdisciplinariedad la pensamos desde una concepción integral del sujeto, la que establece la misma ley. No es una ocurrencia ni una opcionalidad del quien escribe estas líneas. Volviendo a las consideraciones ya planteadas, al paso, que hacen posible esa **circularidad interdisciplinar del equipo**, plantearemos algunos presupuestos generales:

1- Reconocimiento de cada discurso disciplinar: Trabajar en articulación con los distintos saberes del campo sanitario, implica que en cada lugar donde participemos podamos intercambiar con los otros saberes. En efecto, la clave del trabajo en equipo va a estar en cómo nos hacemos comprensibles y podemos -recíprocamente- entender al otro, así como reconocer hacia dónde apuntan sus intervenciones.

2- Ningún saber es la Verdad: Si se está hablando al otro del equipo y se propone cómo hacer con tal o cual intervención, desde una forma de atención que compatibilice con lo que

estoy haciendo desde mi profesión, esto implica de entrada la posibilidad de correrse de cualquier perspectiva universalista y de poder salirse del eje de la verdad. 2- En una frase: hacer interdisciplina requiere salirse de la idea “yo tengo la verdad, la posta”. Las formulaciones del tipo “de mi lado la verdad; del tuyo la ignorancia” impiden todo ejercicio básico de interdisciplinariedad, mucho menos circular.

3- *Tolerancia*: trabajar interdisciplinariamente con aquellos que representan o que son compañeros de trabajo, no resulta en general de un grupo homogéneo ni de una misma cosmovisión. Digamos que quienes integran un equipo, por lo común, nos tocan. Más allá de los breves momentos de *ilusión grupal* (descritos magistralmente por Ana María Fernández) en los cuales se borran o difuminan las diferencias, en favor del sentimiento de bienestar del equipo, en general se convive en la disidencia. Los grupos humanos son unidades conflictivas, y aquello que los distingue es cómo gestionan esa tensión propia de la conflictividad. Las divergencias emergen ineludiblemente. Es muy difícil capturar el mecanismo discriminador y ejercer una funcionalidad compartida de tolerancia al otro, pues en general nosotros estamos muy poco educados para compartir. El tema de la integralidad del saber sobre lo mental choca con otra cuestión muy propia de la sociedad occidental que es entender el campo laboral como un escenario de *competencia*, competencia que puede llegar a convertirse en *rivalidad*, donde ya el otro no es un compañero de trabajo, sino un contrincante. El ejercicio de tolerancia entonces constituye un factor nodal para instalar un proceso de democratización del saber en un campo de intervención cualquiera.

La interdisciplinariedad circular es una propuesta de tramitación de las tensiones propias de ese encuentro entre seres humanos que es un equipo de trabajo, sin solucionarlo por el eje del poder, ni de las hegemonías de los miembros, ni de otra forma cualquiera de verticalismo. Para que la interdisciplina resulte un episodio de integración de las distintas dimensiones y aspectos de la persona a ser abordada, se debe trabajar también circularmente. Digo algo elemental. ¿Por qué lo planteo? Porque por lo común observo que no se prevé el dispositivo para que eso sea posible. ¿Cómo trabajar en equipo si cada uno trabaja por su lado, sin un espacio de encuentro? Para trabajar en equipo es necesario que el equipo se reúna, un descubrimiento ya centenario pero que sigue sin hacerse carne en la mayoría de las instituciones. Para que la interdisciplina resulte un episodio de integración de las distintas dimensiones y aspectos de la persona

a ser abordada, se debe trabajar también circularmente. Digo algo elemental. ¿Por qué lo planteo? Porque por lo común observo que no se prevé el dispositivo para que eso sea posible. ¿Cómo trabajar en equipo si cada uno trabaja por su lado, sin un espacio de encuentro? Para trabajar en equipo es necesario que el equipo se reúna, un descubrimiento ya centenario pero que sigue sin hacerse carne en la mayoría de las instituciones. Que se reúna el equipo, que pueda compartir cada miembro lo que le sucede en su tarea, que cada uno de ellos pueda disenter, además. La posibilidad de tener un espacio de intercambio es la primera regla, si no hay intercambio en el equipo, no hay interdisciplina.

Hay una segunda cuestión, ese espacio de intercambio debe ser un espacio de democracia discursiva; porque si el espacio de intercambio prioriza algunas voces y acalla otras, no es escuchada una parte de los saberes, no hay interdisciplinaridad circular. Eso no quiere decir que cada palabra sea atendida como verdad por el resto del equipo, no, eso debe discutirse, pero el espacio de expresión tiene que estar.

El espacio de encuentro interdisciplinar, además de ser democrático, debe crear las condiciones de posibilidad de que este equipo, como equipo técnico (técnico en el sentido de que cada uno aporta sus técnicas) intente hacer un abordaje integral con esas diversidad, de técnicas e intervenciones, en una forma tal que, al menos, no sean contradictorios.

Para que esto sea posible se requiere un presupuesto: la llamada conducción del abordaje la debe hacer el equipo, o sea, el seguimiento y la estrategia debe surgir de ese dispositivo de encuentro, la reunión de equipo. Si se enarbola una disciplina, como conducción, desde cualquier forma de asignación de poder, entonces las contradicciones serán ineludibles. Y no puede advenir sino el conflicto de intereses. Este equipo que dirige la atención, en términos de atención integral, debe tener a su cargo la conducción del tratamiento, la cual se debe pergeñar y sostener desde el espacio de encuentro, como espacio de acuerdo estratégico.

Hay una última cuestión para posibilitar la formación de este espacio estratégico transicional. Este equipo debe tener un espacio de asesoramiento o co-visión externa permanente. Debe tener una instancia en donde tener su propio espacio de control, que obviamente lo hace una persona más habilitada, que tenga experiencia, una trayectoria que desde algún lugar pueda dar cuenta de los procesos que ocurren en los equipos, que tenga una visión desde fuera. Desde esa instancia se irán haciendo efectos correctores, se señalarán distorsiones, se explicitará lo no dicho, etc., posibilitando que esa

estructura circular de funcionamiento tenga una lectura como efecto de contrastación desde afuera de los propios sentimientos y tensiones propios del conjunto de personas que integran ese espacio. La experiencia nos indica que es necesaria cierta regularidad, pero también es cierto que frente a determinados problemas no está mal “*supervisar*”, cuando uno empieza a ver que los problemas se repiten, que las dificultades en el abordaje empiezan a ser insistentemente las mismas o se empiezan a captar tensiones desbordantes. La supervisión no tiene ninguna cuestión de sanción de ningún tipo, si no de poder ver desde otro lugar, desde afuera, qué sucede en el equipo, qué efectos correctores se pueden hacer.

Estas dificultades encontradas que relatamos arriba en el quehacer cotidiano del ejercicio de la interdisciplina, solo se dan porque estamos intentando trabajar interdisciplinariamente. Si no hay una búsqueda al respecto y cada quien opera independientemente, se da el fenómeno del silencio de los cementerios; no hay conflicto, pero tampoco hay equipo.

7.3. Emergentes grupales en el quehacer del equipo interdisciplinario

Hace unos más de 25 años trabajo en instituciones totales (sean o no de salud mental). Agrego a ello mi formación en el tema, la cual procuro sea permanente. Las dificultades que aparecen en todas estas funciones del equipo interdisciplinario pueden diferir, pero la central, la más común y casi constante, es el problema de generar y sostener un espacio genuino de intercambio. Tener un espacio de intercambio (comúnmente llamado “reunión de equipo”) es el eje central de una mínima funcionalidad. Cómo se utilizan los espacios, ya es un segundo asunto, pero consecuente, del primero. En este sentido, hay determinados fenómenos típicos, dentro de los cuales algunos son más frecuentes que otros:

- *La ausencia*: Un fenómeno típico, muy típico, es la ausencia, la falta, cuando un miembro o varios faltan sistemáticamente. Juan Carlos Domínguez Lostaló lo llama “el miembro fantasma”¹⁴. Cuando esta situación se naturaliza es que comienzan las distorsiones en la estructura y funcionalidad del equipo. Si no es posible reunir al equipo, hay que pensar qué pasa con el mismo. Pero en definitiva, no se permitan hablar de un equipo de trabajo donde no hay un espacio de intercambio y puesta en común.

• *El detenimiento*: Otro fenómeno grupal típico del funcionamiento de un equipo es cuando en las reuniones siempre se está en lo mismo. Se habla mucho, aunque los temas giren por las mismas vicisitudes. No hay variación ni progresividad. La situación se vuelve un tanto decadente, esta modalidad termina en un clima de cierta pesadez. No poder avanzar sin duda representa un detenimiento. Suele remitir a un obstáculo en el equipo que trabaja, irresoluble (al menos desde los recursos de los que dispone el grupo).

• *La primarización*: Otra cuestión que se suele manifestar en el espacio de intercambio y con la dificultad que trae sostenerlo, es no poder escuchar al otro. La imposibilidad de escuchar, muchas veces tiene que ver con la superposición permanente o de cruces o incluso conflictos dentro del grupo. La dificultad o imposibilidad de escuchar suele ser indicador de un desborde de ansiedad. Se expresa en incidentes entre dos o más miembros de un equipo hablando a la vez, que no se pueden escuchar, más allá de las dificultades personales que cada uno pueda ver en el otro. Eso ocurre en todos los grupos humanos, por supuesto. Pero referido al equipo de trabajo, cuando esto ocurre, cuando se da la situación de imposibilidad de escucharse la recomendación siempre es, en primer lugar, no abordarlo como un problema personal. Seguramente esas personas reaccionan así porque de algún modo están ligadas cuestiones primarias con secundarias, o sea, su afectividad y su tarea. El objetivo allí entonces es secundarizar lo primario del vínculo.

Estos fenómenos descriptos solo a título de ejemplificación¹⁵, son indicadores de la necesidad de supervisar. En efecto, constituyen un emergente, al decir del grupalismo vernáculo.

Respecto a la cuestión de la que partimos en este acápite, la circularidad democrática que presupone el trabajo interdisciplinario, una de las dificultades típicas que aparece en este espacio para sostenerlo como democrático. Es la posibilidad de escuchar: no se plantea mucho... No digo entender, solamente poder escuchar. Al menos en una primera etapa, instaurar un espacio de intercambio donde los miembros del equipo puedan escucharse. Después ya podremos integrar lo que escuchamos con lo que pensamos. Luego integrar estas ideas con lo que hacemos: que un operador y un profesional puedan hacer una intervención conjunta. Pero este es un punto de llegada. Para poder trabajar en forma democrática tenemos que tener una consigna general básica: ningún saber proporciona por sí la verdad ni la solución de nada, pues estamos ante fenómenos ultra complejos, por si fuera poco en el orden de lo humano.

Nos ha sucedido, por ejemplo en el neuropsiquiátrico, que una persona que ve al paciente una vez cada un mes o cada dos meses (y ni el nombre le conoce), pretenda dirigir el tratamiento, frente a personas que tienen una relación cotidiana; nos ha pasado que intentan tomar la conducción de un tratamiento que había sido abandonado y, cuando se enteran que está siendo tratado desde otro lugar, lo convocan al paciente bajo la idea de que *“se lo quieren quitar”*. Algo más cosificante no he visto en el hospicio. Se quejaban al grito de *“es MI paciente, no te metas”*. Este tipo de episodios repercute obviamente en el atendido, porque este tironeo más allá de que se entere o no de las discusiones, en algún punto es sentido, de alguna forma le llega: el sentimiento de ser objeto del otro.

Cuando la conducción del tratamiento aparece como un episodio de poder y se personaliza, es difícil que se instaure la posibilidad misma de encarar un proceso de autonomización. En efecto, ni puede esperar un proceso de generación de mayor autonomía desde un vínculo terapéutico de cosificación.

En las supervisiones aparecen además otras cuestiones: el problema de los rumores, las quejas, el pasilleo, los amores y odios, los miedos, las fantasías, las escenas temidas, etc. No hay que escandalizarse por la aparición de estas vicisitudes, pues hacen al dinamismo grupal de cualquier equipo. La diferencia es si se ocultan, se acallan, se evaden o se explicitan. En éste último caso, hay probabilidad mayor de elaborar, en los otros solo se los puede sintomatizar.

El trabajo interdisciplinario es más difícil que trabajar en soledad, pareciera. En qué se supone es más difícil: aparece como más difícil en el sentido de que se debe someter a reglas con un sinnúmero de divergencias, para a las cuales se requiere tolerancia y paciencia.

Las personas que han sido formadas en el individualismo disciplinario les resulta incómodo obedecer, o siquiera respetar las otras voces sobre una determinada estrategia de intervención. Para descentrarse de la propia mirada, este profesional tiene que aceptar que es superador escuchar a los otros, esperar que los otros hablen, bancarse el desacuerdo, que sea expresado cara a cara, poner sobre la mesa los disensos. Es fácil compartir una intervención cuando -previamente- hay comunión de ideas; el problema es compartir un espacio de intercambio donde abundan los disensos. La disidencia o el desacuerdo es justamente la oportunidad regia de crecimiento de un equipo. Digámoslo así, la gestión del disenso es el factor de pasaje a la adultez grupal de un equipo dado.

No es la única ventaja poder sostenerse en la tarea, aún en la disidencia, ponerla en tensión y seguir trabajando. La posibilidad de

trabajar en equipo permite que los miembros del mismo no se lleven a la casa toda la carga que recibe en el lugar de trabajo. Si se va produciendo mucha ansiedad, mucha angustia (y cuando los miedos son muy fuertes), las inseguridades requieren un corte, un final, para que toda esa tensión no invada la vida completa del sujeto. Cuando las personas del equipo no tienen espacios de expresión -en el intercambio grupal-, se enfrentan a este tipo de problemas de lo *callado* y entonces lo sufren. Generalmente ese padecimiento profesional tiene dos formas de expresión: a) la salida o b) la enfermedad. La imposibilidad de intercambiar, de expresar lo que se siente y de poder elaborarlo, lo que produce son estos dos tipos de fenómenos: o se explota (en general, toma forma de agresividad manifiesta, de violencia o violentación) o se implota (donde predomina la somatización, pero puede ser también en lo comporta-mental). Es ahí que adviene el fenómeno de las “carpetas médicas”. El antídoto a las implosiones y explosiones es todo cuanto hablamos aquí, sobre la necesidad imperiosa de una tramitación grupal de la tarea y sus tensiones.

El organizador estructurante de un equipo debiera ser la tarea, tal cual nos lo enseñara un tal Enrique Pichón Rivière. Cuando la tarea no es ese organizador fundacional de su dinámica, emergen sus substitutivos:

- Las disputas de poder
- El miedo
- La abulia
- El burocratismo

Estos no deben ser reprimidos sino comprendidos como fenómenos sintomáticos y deben ser leídos y reconducidos en términos de la necesidad de mayor intercambio grupal desde la citada circularidad.

Notas

1. Este capítulo surge en su texto original de la capacitación dictada en dos encuentros por el Director Nacional de Salud Mental, Lic. Yago Di Nella, durante Julio de 2011, en torno a los ejes de gestión de la DNSMyA. Se han realizado algunos pequeños agregados para su contextualización y se han hecho aclaraciones a través de notas al pie, las cuales, obviamente, no constituyen parte del texto original.
2. En la introducción y los capítulos 1 y 2 del presente volumen se trabaja este problema. Un “paciente” es un sujeto de intervención sanitaria por una afección, donde las intervenciones son eminentemente terapéuticas, frente a una crisis de conllevó una medida de internación (sea involuntaria o no), pero si transcurre el tiempo prudencial que ameritara este abordaje de la crisis y sigue luego viviendo en la institución total, por la razón social que fuere, ya no está allí en el carácter de “paciente”, evidentemente.
3. Se trabaja sobre esto en el capítulo 1 del Volumen I de *Inclusión Mental*.
4. Ejemplo desarrollado en el capítulo anterior.
5. En el capítulo 5 del Vol. 1 se encontrará una síntesis de dichos estudios: “Algunos aportes de la epidemiología de la salud mental con enfoque de derechos: hacia la construcción de un nuevo paradigma”. Allí se resumen las estadísticas nacionales sobre la epidemiología, pero en clave de la normativa 26657 ya vigente en ese momento.
6. Desarrollado en el capítulo 7 del volumen 1 de *Inclusión Mental*: “Ideas y acciones para una política nacional de salud mental y adicciones”.
7. Trabajamos esto historizando el tema en el capítulo 1 Vol 1 ya citado y desde la perspectiva estructural y legal, desde el capítulo “el enfoque de derechos en Salud (Comunitaria)” en el presente volumen. Ha sido agregado sobre el concepto mismo de “lo mental en la salud pública” por la necesidad de dar más sustento al enfoque, que esta obra intenta al menos esbozar.
8. Experiencia relatada páginas atrás.
9. Terminó a fines del 2011 con la inclusión de un 60 % aproximadamente en las prácticas sustantivas y el resto entre las deseables (habíamos iniciado el debate casi en 95% dentro de esta última categoría), gracias a la intervención de un equipo de enorme tarea bajo el liderazgo de la lic. Lucía Pomares, a quien agradezco su apoteótica lucha por el reconocimiento de “lo mental” en cada prestación del Plan Nacer, nuestra Quijota en ese antro del MMH.
10. El concepto lo incorporo de la obra de Juan Carlos Domínguez Lostaló, quien invierte la conocida idea de lo “biopsicosocial”, pues

explica que es esa secuencia está inserto todo el ideario del MMH, pues presume como epifenómeno lo psi respecto de lo bio, y luego a lo socio, respecto de lo psi. Siguiendo las obras de Freud, Wallon y luego Pichón Riviére, nuestro Juanca subraya la idea de tres conjuntos en intersección, con igual importancia e incidencia en la vida subjetiva y comunitaria, donde incluso introduce la dimensión ambiental, dentro del (sub)conjunto socio. Preferimos esta visión integralista y factorial, a la clásica que verticaliza esas dimensiones, sancionando (sin mucho argumento, más bien por la fuerza dada en su hegemonía) la primacía de la anatomía y la fisiología.

11. El acápite que sigue parte en su texto original de una clase dictada el 12 de julio de 1999, en la Fundación ASER, entidad de la ciudad de La Plata. En esa oportunidad se me solicitó relatar los fenómenos grupales que se dan en el espacio interdisciplinario, en función de las experiencias realizadas en un Hospicio, con la participación de estudiantes y profesionales de más de 10 carreras de grado y tecnicaturas. La hemos reprocesado, al efecto de hacerla compatible con el presente capítulo, pero siempre procurando respetar su textura original.

12. Se trabaja su aporte a la intersección salud mental – derechos humanos en el cap. 3 (Vol 1): “Necesidad de incorporar y/o profundizar la perspectiva de derechos humanos en la formación profesional de los agentes de salud mental”. Sobre las razones de su virtual expulsión y desaparición simbólica en los centros de formación académica, lo hemos abordado en el libro “Dispositivos Congelados: Construcciones de subjetividad profesional desde un enfoque de derechos”.

13. Esta definición fue extraída en su formulación original acuñada por Juan Carlos Domínguez Lostaló en el ámbito de la ONU, más precisamente en el ILANUD. En el libro que escribimos juntos allá por 1996 y 1997 se trabaja el término acabadamente: “¿Es necesario encerrar: el derecho vivir en comunidad”. Luego fue profundizado su estudio en una investigación realizada en el marco de la UNLP cuyo informe final fue publicado bajo el título “Desarrollo humano en comunidades vulnerables: el método de clínica de la vulnerabilidad psicosocial”, donde se aplica el concepto al campo de la intervención comunitaria.

14. En el amanecer de mi ejercicio profesional, allá por 1995, llevamos adelante un proyecto de desmanicomialización en una sala del Hospital Neuropsiquiátrico Alejandro Korn, de Melchor Romero, (Partido de La Plata, provincia de Buenos Aires, Argentina). Su función era de supervisor institucional. El ejemplo del miembro fantasma asolaba al equipo. Ahí fuimos advirtiendo, explicitando y elaborando este y otros fenómenos grupales aquí solo nombrados, como simple relato

de algunas sintomatizaciones observados desde la lectura grupalista propia del psicoanálisis argentino. No se consigue en otros pagos y solo se advierte –como supo decir Bion- experiencialmente.

15. Nos debemos un trabajo aparte de conceptualización de estos fenómenos, no en el sentido teórico, que ya tiene buen desarrollo en tantos autores del movimiento grupalista argentino, sino más bien desde el punto de vista metodológico y práctico.