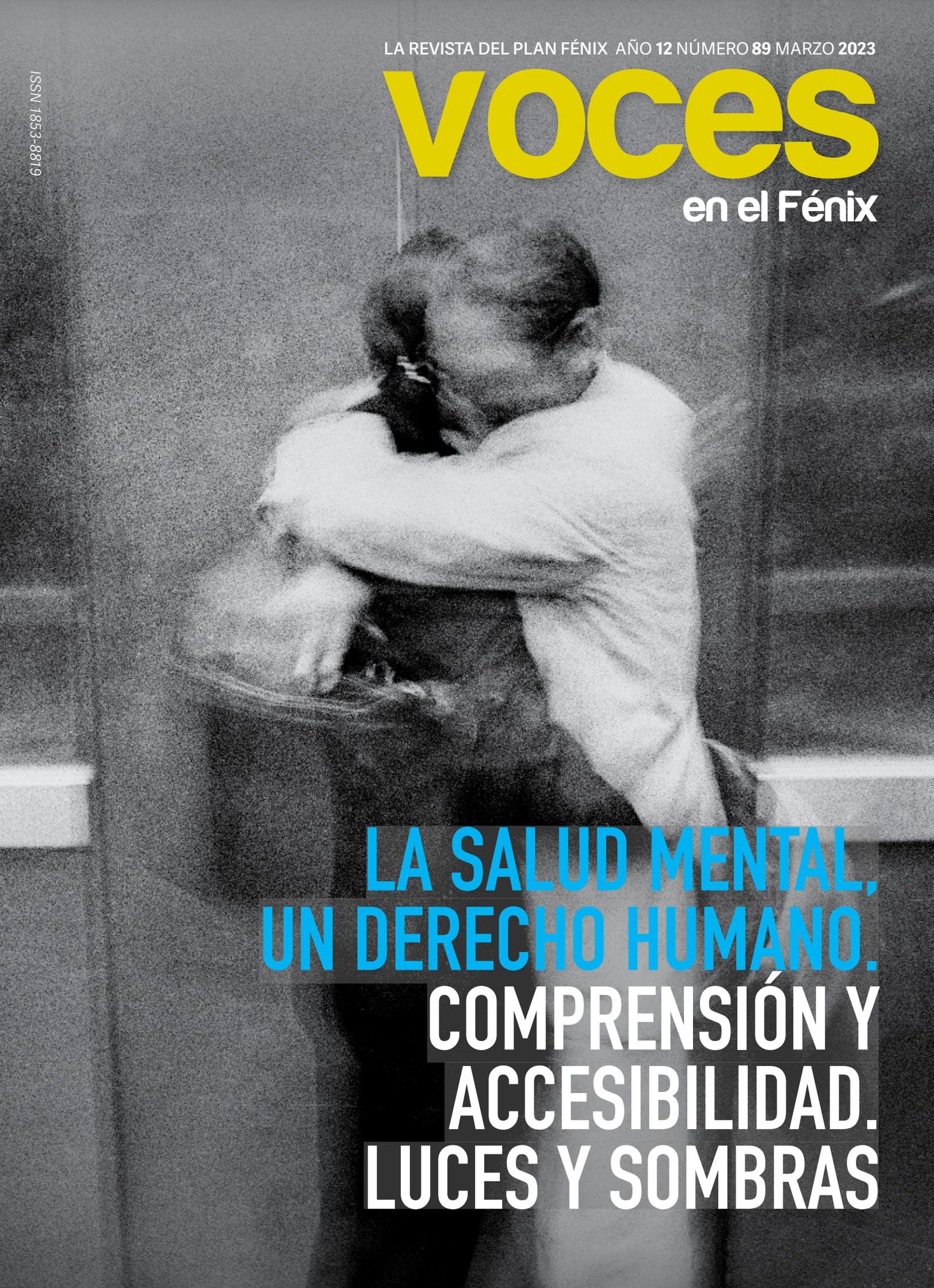


LA REVISTA DEL PLAN FÉNIX AÑO 12 NÚMERO 89 MARZO 2023

ISSN 1853-8819

VOCES

en el Fénix



**LA SALUD MENTAL,
UN DERECHO HUMANO.
COMPRENSIÓN Y
ACCESIBILIDAD.
LUCES Y SOMBRAS**

sumario

n°89

marzo

2023

SALUD MENTAL
E INCLUSIÓN

Cátedra Abierta "Plan Fénix"

SERGIO ORLANDINI CAPPANNARI Y MERCEDES PAULA GONZÁLEZ Salud mental. Comprensión y accesibilidad **6** **SERGIO ORLANDINI CAPPANNARI** La salud mental, una ilusión compleja **10** **MARÍA DE LOS ÁNGELES LÓPEZ GEIST** Salud mental: hacia una humanidad capaz de cuidados **18** **SUSANA VILLARRUETA** Pensando en salud mental **24** **MARÍA GRACIELA GARCÍA Y MARTÍN DE LELLIS** Acceso a la salud en el contexto de pandemia por Covid-19 **30** **CORINA COMAS Y JULIÁN ZAPATEL** Algunas observaciones y reflexiones en relación a las dificultades que pueden presentarse en la atención en salud mental **36** **MERCEDES PAULA GONZÁLEZ** ¿Qué papel juega la familia en la producción, sostenimiento y cuidados de las personas con padecimientos de salud mental? **42** **PAULA M. DE GAINZA** Los procesos de adopción y la experiencia en la labor interdisciplinaria en un juzgado de familia de la provincia de Buenos Aires **48** **LIC. ANDREA ORLANDINI CAPPANNARI** Sexualidad y salud mental **54** **RUBÉN ALDAY** Actividad física y salud mental **60** **KARIN ROSENFELD** Las heridas invisibles: estrés, trauma y salud mental **64** **MIGUEL JORGE LARES** Psicoanálisis y Medicina **70** **JAVIER NAVEROS** Salud mental, consumo de sustancias y trabajo **74**

AUTORIDADES UBA

Rector

Ricardo Jorge Gelpi

Vicerrector

Emiliano Yacobitti

AUTORIDADES FCE

Decano FCE

Ricardo J.M. Pahlen

Vicedecano

César Humberto Albornoz

Consejeros Docentes

Alberto Edgardo Barbieri
Inés Mercedes García Fronti
María Alejandra Metelli
Ana María Campo
José Luis Giusti
Emiliano Yacobitti
María Teresa Casparri
Andrés Flavio López

Consejeros Estudiantes

Lucille Levy
Martín Roel
Martina Sarraf
Alex Vargas

SECRETARÍA DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA, BIENESTAR ESTUDIANTIL Y DESARROLLO SUSTENTABLE

Carlos Jara

SUPLENTES

Nicolás Gutierrez
Mara Troncoso
Ezequiel Escobar
Cecilia Aguiar

SECRETARÍA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL, EMPRENDEDORES E INNOVACIÓN

Andrea Zaidel

SUPLENTES

César Humberto Albornoz
Mariana Gloria Barreña
Andrea Carolina Calello
Patricia Bonatti
Ricardo J. M. Pahlen
Walter Fabián Carnota
María Inés Barbero
Guillermo Enrique Ragazzi

SECRETARÍAS: SECRETARÍA ACADÉMICA

Gustavo Montanini

SECRETARÍA DE RELACIONES ACADÉMICAS INTERNACIONALES, NACIONALES Y MUNICIPALES

Juan Francisco Nosiglia

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

Adrián Ramos

SECRETARÍA DE GRADUADOS

Rubén Arena

ESCUELA DE NEGOCIOS Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Catalino Nuñez

SECRETARÍA DE TRANSFERENCIA DE GESTIÓN E INNOVACIÓN DE TECNOLOGÍAS

Alejandro Burgos

Consejeros Graduados

Rubén Arena
Jeniffer Cirolini
Luis Alberto Cowes
Sofía Caraballo

SECRETARÍA DE DOCTORADO Y POSDOCTORADO

María Teresa Casparri

SECRETARÍA GENERAL

Pablo Rota

SECRETARÍA DE RELACIONES INSTITUCIONALES

Omar Quiroga

SUPLENTES

Ana María Cristina Iglesias
Daniel González
María Fernanda Inza
Juan Manuel Oro

SECRETARÍA DE HACIENDA Y ADMINISTRACIÓN

Fabián Famá

Voces en el Fénix es una publicación del Plan Fénix

ISSN 1853-8819

Registro de la propiedad intelectual en trámite.



Los artículos firmados expresan las opiniones de los autores y no reflejan necesariamente la opinión del Plan Fénix ni de la Universidad de Buenos Aires.

staff

DIRECTOR

Alberto Cimadamore

COMITÉ EDITORIAL

José Miguel Amiune
Ricardo Aronskind
Alfredo Calcagno
Ricardo Koss
Oscar Oszlak
Fernando Porta
Alejandro Rofman
Mariana Vázquez

COORDINACIÓN TEMÁTICA

Sergio Orlandini
Cappannari y Mercedes Paula González

SECRETARIA DE REDACCIÓN

Wanda Fraiman

COORDINACIÓN

Paola Severino

SITIO WEB

Erica Sermukslis

DISEÑO EDITORIAL

Martín Marpons

CORRECCIÓN

Claudio M. Díaz

FOTOGRAFÍA

Sub [Cooperativa de Fotógrafxs]
ANCCOM [Agencia de Noticias de Ciencias de la Comunicación - UBA]

AUDIOVISUAL

Pablo Martínez
Nicolás Cerezo

Córdoba 2122, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires. C.A.B.A.
Teléfono 5285-6819. <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar> / voces@vocesenelfenix.com

SALUD MENTAL E INCLUSIÓN

Cátedra Abierta “Plan Fénix”
Facultad de Ciencias Económicas
Universidad de Buenos Aires

E

l abordaje de las problemáticas vinculadas a la salud y su dimensión de la salud mental en particular es muy complejo. La salud mental no se presta a los abordajes instrumentalistas, basados en la mera terapéutica medicinal o comportamental, requiere una mirada que abarque aspectos subjetivos, colectivos, culturales, económicos y sociales, entre otros.

El trastorno sanitario mental fue motivo en tiempos pasados de discriminación, hostigamiento e incluso persecución; implicaba desconocer la naturaleza humana de quien lo sufría. Aun cuando esas percepciones se superaron, persistió un pétreo clivaje entre la normalidad y la patología, expresado crudamente en la manicomialización, una suerte de dispositivo carcelario para personas que padecen diversos sufrimientos psíquicos o que se apartan de la “deseable normalidad”.

La superación de esta percepción y estas prácticas es aún hoy uno de los temas pendientes en la agenda de la SM. El reconocimiento de la diversidad no es propio de culturas maniqueas, simplistas y estigmatizantes. Se encuentra en construcción un consenso a la vez moderno y maduro que pretende abandonar la seca división entre salud y enfermedad mentales. Es prioritario un abordaje que reconozca diversidad, que genere ámbitos donde todos puedan encontrar su realización personal, que propicie la vincularidad afectiva y el reconocimiento social.

Esto demanda una especial madurez colectiva y la implementación de políticas públicas que amplíen los derechos vinculados al acceso a la atención en SM. Como en todos los ámbitos de la vida humana, los caminos no son lineales, y los avances son sucedidos por retrocesos; por esa razón, la tarea de la construcción es cotidiana y no debe ser abandonada, es un capítulo más en la construcción de una sociedad justa e inclusiva.





INTRODUCCIÓN

SALUD MENTAL.

COMPRENSIÓN Y

ACCESIBILIDAD

por SERGIO ORLANDINI CAPPANNARI
Y MERCEDES PAULA GONZÁLEZ





En el contexto actual como nunca antes tenemos registro del valor de la salud y también del temor a perderla. La pandemia se constituye en una experiencia de trauma social e individual, una transformación aún no evaluada en su totalidad porque funda un presente cambiante e inseguro, ya se hablará de A. deC. y D. deC. (antes y después del Covid). Por otro lado, estamos involucrados en una crisis de confianza político-económica, una conflictividad social en aumento, cambios en el paradigma cultural, en las comunicaciones, “saturación de datos”, el uso de tecnologías, en un universo más interconectado, informado, multipolar y en guerra. Pero también sigue presente el impacto en la salud mental colectiva del resultado del Mundial de Fútbol Qatar 2022. Una experiencia nacional, que no se olvida, manifestada por millones de testigos del esfuerzo de un grupo de seleccionados... “Nos, los representantes del pueblo de la Nación Argentina”... Y es que la identidad y la constitución mental (aun la individualizable) siempre son colectivas, sociales y antropológicas. El fútbol permitió sentir, sufrir, imaginar, pensar, soñar, jugar y gritar. El resultado del campeonato generó movilizaciones populares multitudinarias (aproximadamente 10% de la población en todo el país), mejoría de la autoestima generalizada, conciencia de unión, euforia y desbordes. Un resultado diferente “a esa altura del partido” habría provocado reacciones que por suerte no tuvimos que atravesar. La mejoría en el humor social y la autoconfianza se basó no solo en la capacidad física-deportiva en escena sino también en la preparación mental para la competencia de los representantes argentinos. Está vigente el agradecimiento nacional al psicólogo de Dibu Martínez. Primero, el jugador lo reconoce como influencia decisiva en el desempeño profesional. No es frecuente registrar la necesidad de ayuda o de la intervención de terapeutas en la vida cotidiana. Segundo, que la fortaleza mental frente al desafío y su importancia para ganar fueron reconocidas por todos los millones de asistentes y televidentes.

Desde la experiencia en el campo de la salud mental (SM) presentamos una perspectiva inclusiva, que no agota los temas y fenómenos relacionados con la SM ni su borde y contraparte dialéctica, los problemas de SM.



Proponemos la revisión de algunos de los aspectos implícitos evitando el positivismo y las certezas sobre un fenómeno biológico, espiritual, psicosocial cambiante. En nuestro medio predomina el modelo patogénico sobre la SM, por lo que es más frecuente escuchar sobre la problemática de SM más que de la salud misma, por lo que abordamos con intento propositivo perspectivas que participen en los diálogos necesarios para mejorarla. Centramos este número en lo que llamamos salud mental, que es lo que nos permite escribirnos y aprendernos, además de entendernos y diferenciarnos entre muchas funciones psíquicas. La salud mental es igual de diferente para cada uno de los lectores. La ambigüedad conceptual y superposición de términos como psiquismo, salud mental, alma, aparato psíquico, etc., en diferentes disciplinas como la filosofía, la psicológica, la sociológica, antropológica y la medicina complejizan la accesibilidad teórica y práctica en las intervenciones salutogénicas. La invitación a escribir sobre la salud mental fue contestada por los autores de este número con una generosidad y compromiso que apreciamos como un gran aporte. Aquí encontrarán diferentes dimensiones de la salud mental escritas por profesionales con amplios recorridos y participación en la praxis clínica, la gestión pública, la docencia, la investigación, la divulgación, etc. Los autores escriben desde la acción, desde la tarea cotidiana, con sus dificultades y sus anhelos. En este número de Voces en el Fénix se presentan pensamientos, experiencias, propuestas, opiniones, preocupaciones sobre y desde el trabajo en salud mental.

Un eje común de este número es el acceso a la SM en sus posibilidades abstractas y concretas; el posicionamiento conceptual, sus relaciones como generalidad particular. La

percepción que tienen los diferentes grupos sociales, las relaciones entre salud individual y global incluida la ecología y los DD.HH., imprescindibles participantes de la salud. El marco familiar cambiante a lo largo de los tiempos (espacio de producción, reproducción de padecimientos y alivios “mentales”), los procesos de adopción en la realidad jurídico-familiar con la aplicación en nuestro país de la Convención de los Derechos de los Niños y Niñas y Adolescentes (NNA). La sexualidad y la corporalidad vinculadas con la SM, temáticas centrales tanto de la salud como de la enfermedad, mitos y realidades. Lo traumatológico en lo cotidiano y lo excepcional desde el enfoque salutogénico, atención de las heridas invisibles. El psicoanálisis y la medicina, un escrito reflexivo sobre la figura del médico, lo científico, la voz del sufriente y la supervivencia de la posición propiamente médica. En el terreno asistencial se amplían las intervenciones en el medio laboral y la problemática de las adicciones cierran esta presentación con estadísticas y datos de la actualidad.

La sociedad que conformamos está en deuda con la igualdad de oportunidades en lo relacionado con la salud mental. No se cumple cabalmente el derecho humano a la salud en general ni a su componente “mental”. La banalización y postergación de lo relativo al campo de SM tienen consecuencias negativas para la convivencia social y el desarrollo en general, por lo que exigimos medidas sanitarias públicas científicas y humanitarias. La desatención de estas necesidades genera un riesgo de cronicidad en un paciente colectivo que sufre. Se hace prioritario aprovechar la enorme experiencia y tradición profesional en favor de la dignidad y equidad a la salud y para promover el bienestar general, y asegurar los beneficios de la libertad, para nosotros, para nuestra posteridad.



LA SALUD MENTAL, UNA ILUSIÓN COMPLEJA

EL AUTOR PROPONE DISTINTOS ENFOQUES PARA PENSAR LA SALUD MENTAL Y SUS PROBLEMÁTICAS, DESDE UNA PERSPECTIVA QUE SE UBICA EN EL CONTEXTO SOCIOHISTÓRICO ACTUAL.

por **SERGIO ORLANDINI CAPPANNARI**. Médico psiquiatra y Magíster en Políticas de Migraciones Internacionales (UBA, OIM). Presidente honorario del Capítulo de Psiquiatría Antropológica (APSA). Docente de la carrera de Especialista en APSA y en la Diplomatura prevención Adicciones (AAPS) y del Diplomado Salud Mental y Apoyo Psicosocial con Personas Migrantes en Latinoamérica (OIM, CONACYT, El Colef-Tijuana México). Presidente de la Asociación Argentina Promoción de la Salud. Ex supervisor programa de atención de migrantes y del equipo de Salud Mental Centro Ulloa, Secretaría de Derechos Humanos de la Nación.



La salud mental ¿es una abstracción accesible? La salud mental podría ser pensada como un constructo teórico y vivencial, una aspiración, una necesidad, un interrogante, algo “dado” y también una ilusión compleja. Decimos pensada por la tradición “mentalista” a través de la cual (nos)vemos y estamos en el mundo. Es complejo definir lo mental con el mismo sistema mental que lo definiría, no hay distancia ni espacio funcional para interpretarnos, sin riesgo tautológico. Otra dimensión y extensión tiene el término salud cuando la compartimos y deseamos en el brindis (!) pero no conocemos ni percibimos hasta sentirla amenazada o perdida, tan inherente, tan relativa, tan idealizada. Según la perspectiva y relación que cada actor social tiene con la salud mental, decantan el bienestar o el padecimiento, las responsabilidades y las demandas. La *conciencia de salud* presupone una información y una plenitud que no vivenciamos en lo cotidiano. Su extremo patológico, “la soberbia del sano”, niega la condición humana de enfermar. Paradojalmente esta autoapreciación no es infrecuente en el personal de la salud. En el campo de la psiquiatría, hablamos de la “conciencia de enfermedad” cuando distinguimos la percepción y el reconocimiento de un problema de salud. Esta distinción debería ser reconocida tanto por el/la profesional, el/la terapeuta en este caso, como por el sujeto que consulta. Se establece a través del encuentro una relación comúnmente conocida como relación médico-paciente. La revisión de esta denominación por algunos autores ha llevado a renombrarla como relación clínica dado que no siempre esa relación es únicamente con un médico/a. Los términos paciente (del latín *patiens*, que está sometido a tratamiento médico), cliente, usuario, consumidor pueden superponerse o representar diferentes posibilidades dentro del paradigma sanitario. El/la cliente ocupa los servicios de salud (tenga o no una enfermedad) y el/la usuario/a asiste a

los servicios de salud con la capacidad y derecho de “elegir” un recurso preventivo o una terapéutica. En nuestra realidad socioeconómica podemos cuestionar la capacidad de elegibilidad y/o de satisfacción en la respuesta institucional sobre nuestra salud. La pasividad que propone el término paciente contradice el principio de autonomía y la posibilidad de ser agente de la salud propia, del *homo patiens* (hombre sufriente) al *homo rebellis* (hombre rebelde), como dice Rosalba Gentile. Ahora bien, aunque existe una asimetría entre el/la profesional y el sujeto de consulta, ambos desarrollan una relación dialógica dentro de una sociedad de explotación que condiciona tanto en los escenarios laborales de los profesionales como los medios y recursos de las personas que sufren. Negar estas condiciones, alimentaría la idea positivista de una medicina de la utopía.

Las visiones reduccionistas y dicotómicas niegan el *continuum* entre la salud y la enfermedad. Todos los estados intermedios están atravesados por la política, la economía, la educación, la jurisprudencia y la cultura en su noción más vinculada con la identidad, tanto colectiva como individual. La medicina, la psicología, la neurología y la psiquiatría, entre otras especialidades, han sido las garantes clásicas de la salud mental desde una fenomenología patogénica. El desafío será superar el individualismo y la disociación mente-cuerpo occidentales, la dualidad cartesiana que incorporamos desde el modelo renacentista y profundizados en la etapa contemporánea del capitalismo. La salud mental siempre es social, compartida, referida, relacionada: con otros, con uno mismo, con otro momento propio, con los ideales, con las normas, con la cultura, etc. Es importante reconocer el peso que las diferencias e injusticias sociales, las dinámicas de poder y la vulneración de los derechos humanos tiene en el condicionamiento de la salud, las enfermedades y en los tratamientos.

Los profesionales, como determinantes (y determinados) contextuales, participamos en el ejercicio de los derechos humanos, siendo el derecho a la salud la incumbencia principal pero no única. Los principios jurídicos de igualdad y no discriminación son consustanciales con la praxis en el campo de la SM y la meta principal de la OMS, “*el goce del grado máximo de salud*”, uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. Estos derechos básicos no son derechos a otorgar a los/las pacientes o “impacientes”, son derechos a reconocer en y con ellas, ellos, elles. Esta perspectiva necesita de un conjunto de criterios sociales que aplicados propicien la salud de todas las personas.

“Las políticas y programas de salud pueden promover o violar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, en función de la manera en que se formulen y se apliquen”. “*El principio de no discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, por ejemplo, discapacidad, edad, estado civil y familiar, orientación e identidad sexual, estado de salud, lugar de residencia y situación económica y social*”, son principios reconocidos en la OMS.

La salud mental es inseparable de la salud en general y de lo social en su definición, es causa y consecuencia de la calidad de vida o del “buen vivir”, *sumak kawsay*, neologismo en lengua quechua. La hermenéutica de la salud mental constituye un reto para la apropiación y la participación entre todxs. La salud mental está tan cerca de las condiciones de vida, de la gobernabilidad y de la ecología, que la tensión y fragilidad son su condición natural. En tiempos de transición, de irrupción tecnológica, de los ciborgs, de revisión de binarismos, de movimientos migratorios masivos, de guerras, de globalización, ¿se continúa con la misma visión de salud mental tradicional? La vida en las redes sociales, lo virtual, la posverdad... ¿inician nuevas patologías mentales? ¿Cómo cuidar la salud mental?, ¿cómo recuperarla en tiempos de crisis? Por otro lado, la calidad institucional y las prácticas saludables son percibidas, apropiadas y aplicadas según pertenencias de género, según edades, origen étnico, ingresos económicos, niveles de educación, ente muchas otras variables. En tiempos de pandemia, de crisis y pobreza, la salud mental también se empobrece. Nuestro país tiene el desafío de reconocer e intervenir en el grado de salud mental que tiene la sociedad y la riqueza de su contenido. No solo no hay salud sin salud mental, tampoco crecimiento ni convivencia social que permita el bienestar sin ella. La conflictividad política y económica actual también incide en la salud mental.

En octubre de 2021 se presentó el Plan Nacional de Salud Mental 2021/2025. Este documento de gestión de salud fue el resultado del trabajo colaborativo entre los diferentes actores involucrados en el ámbito de la salud mental, junto al Ministerio de Salud de la Nación y las 24 jurisdicciones del país. El enfoque comuni-

tario de este plan, necesario participe en la salud mental, acerca a la Argentina a la tendencia mundial de políticas públicas con participación e inclusión de la ciudadanía. La aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, promulgada en diciembre 2010, avanzó en el respeto de los derechos humanos de los pacientes, pero su presupuesto no llegó a implementarse completamente ni se reglamentaron en su letra chica la realidad y necesidades que se despliegan en el terreno clínico, que es donde el conflicto con la salud se dirime. Sin el respaldo económico y las reformas en la formación de los profesionales no es posible la aplicación efectiva de la ley. Hay detractores y defensores entre los profesionales, entre los familiares y entre los pacientes. Hoy está en debate y revisión la ley, lo que sin duda constituye un ejercicio democrático. La salud mental como la pensamos necesita del diálogo, la igualdad de oportunidades y el consenso con el sistema social que la constituye. De estos debates se esperan soluciones pendientes, nuevas implementaciones presupuestarias, actualizaciones de incumbencias y responsabilidades para garantizar la protección y cuidados de todos los actores sociales del sistema de salud.

Desde mi perspectiva de psiquiatra, luego de años y diferentes lugares de formación y participación he aprendido la importancia no solo de la ciencia sino también del arte en la praxis clínica. Son imprescindibles las competencias comunicacionales y culturales, al decir de Campinha-Bacot, y también las competencias estructurales para conocer las funciones y relaciones entre las estructuras que participan en el sistema de salud visto como un sistema cultural y social. Las dimensiones que componen la competencia cultural son: deseo cultural, conocimiento cultural, habilidades culturales, encuentros culturales, sensibilidad cultural, necesidad social, cuidado cultural (culturalmente sensible, competente, apropiado). Cuando nuestros comportamientos, conductas, actitudes y prácticas permiten autoevaluarnos, reconocemos la diversidad cultural compartida y podemos descentrarnos de nuestras creencias culturales para escuchar la diferencia. El riesgo de sostener el etnocentrismo y suponer una superioridad cultural sobre otras culturas está más arraigado de lo que queremos aceptar. Esto aplica también en la diversidad de pensamientos, teorías y disciplinas. El etnocentrismo, tomado de la antropología, significa que un grupo cultural, etnia, religión, profesión, etc., suponga una superioridad sobre los otros. El peligro de esta actitud, pensamiento, conducta impide el aprendizaje sobre la diferencia y genera desconfianza, temor y

rechazo. Los estereotipos, prejuicios y la discriminación pueden alcanzar niveles sutiles o violentos en los intercambios sociales, tal como lo vivimos socialmente. Muchas de las problemáticas sociales están sostenidas por la no aceptación de las diferencias. En el campo de las etiologías o causas de sufrimiento psicosocial aparecen como "grietas", acoso, *bullying*, etc. La práctica asistencial puede consolidar y perpetuar el sufrimiento, subdiagnosticando o aumentando el error médico cuando se excluye lo sociocultural. Lo disciplinar, lo etnocéntrico de nuestra especialidad la psiquiatría, puede quedar retrasado de los cambios sociales cuando disociamos nuestros mitos fundantes y prácticas del devenir psicosocial. Si por la atención a lo molecular perdemos la amplitud y las redes que nos envuelven (situación que se da en las posiciones absolutistas), perdemos la multidimensión humana, rasgo creciente en el devenir histórico de la humanidad. Sería como el árbol tapando el bosque o un bosque amorfo. La interpretación del espacio interior de las personas, circuitos, neuronas, neurotransmisores versus la interpretación, el contacto con lo colectivo y cultural según las teorías o modelos de comprensión del psiquismo (o los psiquismos) refuerza los binarismos excluyentes todavía vigentes en nuestro trabajo. Las relaciones aquí mencionadas son indisolubles, constantes y constituyentes recíprocos. La intersubjetividad, unos y otros, sincronías, diferencias, tensión, todo eso y más lo relacionamos con la salud mental.

Los vínculos entre la psiquiatría y los problemas de salud mental son de tipo asistencialistas y posteriores a la enfermedad, en su debut o en el seguimiento, con pocas posibilidades preventivas en los modelos terapéuticos actuales. Tampoco hemos sabido transmitir qué hacemos, nuestros alcances y límites frente a la sociedad. Existe una representación social sobre nuestro trabajo sobrevalorada o amenazante en amplios sectores de la sociedad. Nuestra especialidad es heterogénea, rica y con gran amplitud teórica dado que incluye en su campo de estudio las afecciones moleculares, físico-químicas neuronales, las relaciones entre el psiquismo propio y el contexto. Esta epistémica camaleónica, al decir de Juan Valdez Stauber, ofrece el privilegio de contar con amplios recursos de comprensión sobre la patología y sobre la salud mental frente al malestar individual o comunitario. Desde la psiquiatría antropológica, el abordaje clínico siempre es una concepción cultural que incluye la cosmovisión tanto del paciente y su comunidad como de la originaria del profesional. Una antropología de "cercanías" inclusiva de las explicaciones,

Es importante reconocer el peso que las diferencias e injusticias sociales, las dinámicas de poder y la vulneración de los derechos humanos tiene en el condicionamiento de la salud, las enfermedades y en los tratamientos.

expectativas, experiencias y expresiones en el diálogo terapéutico. Por esa razón la salud mental es autopercebida y autointerpretada además de los diagnósticos e intervenciones externas. En la Argentina la distribución de profesionales dedicados a la salud mental está relacionada con los centros y grandes ciudades del país quedando extensas áreas sin cobertura de los equipos mínimos que se requiere para satisfacer las demandas y cuidados de la salud. Según el reporte del Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental IESM-OMS en el 2009 (que informa los RR.HH. de 10 provincias del país) las provincias con menor cobertura de psiquiatras por cada 100.000 habitantes son Jujuy, Catamarca, San Juan y Río Negro. Los psicólogos/os, en el relevamiento cuantitativo de psicólogos en Argentina 2012, según Alonso y Klinar, son más numerosos pero también concentrados en CABA, Córdoba, Neuquén, Río Negro y Santa Fe,

para este grupo hay un predominio femenino de 70 a 90% según las zonas geográficas. Esta distribución asimétrica también conlleva limitaciones serias en la accesibilidad al derecho básico de asistencia de calidad. Predomina por lo tanto una praxis profesional “urbana”, de clases socioeconómicas privilegiadas con cobertura y “cultura terapéutica”. En paralelo las desigualdades en la distribución de cobertura de recursos humanos capacitados y las condiciones económicas generales de la población empeoran la atención integral de la salud mental. Lo que constituye un factor de riesgo y vulnerabilidad socioeconómica que incide en el pronóstico de las enfermedades. Las dificultades para adquirir los medicamentos y psicofármacos específicos empeoran por los costos. Las limitaciones en las coberturas médicas, el número de sesiones autorizadas, la actualización de vademécum en todas las regiones, la cobertura y descuentos en los medicamen-

tos, etc., se suman al déficit en la atención. Todos conocemos a alguien que está tomado tranquilizantes; las palabras “ataque de pánico”, depresión, adicciones, anorexia las escuchamos en el transporte público, en los medios y en las redes sociales, es decir, se habla de la salud mental, se viven los problemas de la salud mental, se padecen, se cronifican y se perciben en la vida de relación cotidiana.

Las publicaciones de la OMS vienen alertando del incremento de las enfermedades no transmisibles y la depresión en el futuro próximo. Un estudio del 2018 publicado en *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría* evidenció un aumento de los problemas de salud mental en la población del país. La prevalencia de cualquier trastorno mental en la población general de la Argentina en mayores de 18 años de edad fue de 29,1% y el riesgo proyectado hasta los 75 años de edad fue de 37,1%. Los trastornos de ansiedad fueron el grupo de mayor prevalencia (16,4%), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (12,3%), los trastornos por sustancias (10,4%), y los trastornos del control de impulsos (2,5%). El 11,6% recibió tratamiento en los 12 meses previos y solo lo recibieron el 30,2% de aquellos que padecían un trastorno severo. Estos resultados arrojan datos imprescindibles para la planificación e implementación sanitarias y la formación de recursos humanos en salud mental. Desde las especialidades mencionadas, la patologización es frecuente. ¿Cuántas reacciones normales de salud mental son pensadas dentro de los diagnósticos y estructuras terapéuticas? La porosidad entre la salud mental y la patología mental crea una zona de tensión epistemológica, instrumental y política.

A nivel mundial, por otro lado, existe una tendencia decreciente en la elección de la especialidad entre los graduados en medicina, los que eligen psiquiatría son cada vez menos. Para los graduados en medicina las expectativas para elegir una especialidad según varios estudios se basan en el balance entre las ventajas salariales y el reconocimiento social. La vocación para la psiquiatría tiene motivaciones más profundas y combinaciones de intereses científicos y humanistas para trabajar con el sufrimiento y la angustia social e individual entre tantas patologías y no cuenta con reconocimiento económico debido.

Algunos profesionales actualizan la información únicamente a través de las revistas de psiquiatría y psicología. Un ejemplo reciente de cómo “las realidades” se imponen frente a nuestros métodos, antecedentes y principios surgidos en los hospitales, consultorios, universidades, congresos está siendo la experien-

cia colectiva de la pandemia. El fenómeno impuso una ampliación de lo virtual en la comunicación y el aumento de manera exponencial en la demanda. El trabajo psicosocial se convirtió en “trinchera” agregando a la asistencia terapéutica un compromiso mayor. Nos obligó a la actualización e incorporación y adecuación de la tecnología reuniéndonos en una red social virtual. Seguimos utilizando recursos que de otra manera no hubieran irrumpido en la práctica, como lo son las consultas online, telemedicina, supervisiones, certificados y recetas virtuales, congresos virtuales, etc. En el campo terapéutico de la salud mental, los recursos tecnológicos no eran medios de atención frecuentes en las intervenciones ni en las evaluaciones. Si existía una interconsulta con otra especialidad, neurología, endocrinología, cardiología, aquellos profesionales hacían las indicaciones o analizaban los resultados de laboratorio o las imágenes y aparatología. ¿Será que nuestro campo evolucionará hacia lo tecnológico también?

En la actualidad el componente traumático de la experiencia global de una pandemia “no psiquiátrica” alcanzó una repercusión de la que aún no conocemos su final. El del virus Covid-19 nos confronta con un extrañamiento nostálgico-social, al cambiarse brusca(mente) las relaciones con la seguridad, el conocimiento, el miedo, la muerte, con un alcance universal. Se viralizó la desesperanza, el temor y la sintomatología subjetiva en todas las sociedades. La velocidad y la autoría de nuevos contenidos e iniciativas, las nuevas relaciones con el tiempo y el espacio están cambiando las relaciones sociales y las ilusiones de completud que se tenían hasta ese momento, ahora A.deC. (antes del Covid).

Como el artículo comunica la salud mental entrafia la autoevaluación y la autopercepción, entre otras funciones psíquicas, las que condicionan las conductas y las relaciones con el entorno. En el trabajo dentro del campo de la SM me encuentro con la posibilidad de aprender y quizá desplegar mi esencia, una oportunidad y un privilegio, una acción vivencial y preposicional. Creo que compartir la vulnerabilidad con mis semejantes fortalece mi propia salud mental, acompaño y me acompañan en un camino de descubrimientos.

El “hacia dónde vamos” de nuestra generación se constituye en un acontecimiento incierto. ¿Tendremos la salud para afrontar, curar y jugar con los desafíos de los cambios constantes, adaptándonos creativamente como lo han hecho nuestros ancestros, o somos y estamos haciendo los tiempos de locura? ¿O la locura es parte de nuestra condición humana?

No solo no hay salud sin salud mental, tampoco crecimiento ni convivencia social que permita el bienestar sin ella. La conflictividad política y económica actual también incide en la salud mental.



EL ARTÍCULO ABORDA LOS PUNTOS DE CONVERGENCIA ENTRE LA SALUD MENTAL, LOS DERECHOS HUMANOS Y EL CAMBIO CLIMÁTICO EN EL MARCO DE UNA POSIBLE POSPANDEMIA.

SALUD MENTAL: HACIA UNA HUMANIDAD CAPAZ DE CUIDADOS

SALIDA
DE EMERGENCIA



Por **MARÍA DE LOS ÁNGELES LÓPEZ GEIST**. Médica psiquiatra.
Cofundadora del grupo de trabajo Salud Mental Ambiental y Urbana de la
Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).

H

ablar de salud mental en este momento histórico, saliendo de la cruel pandemia y atravesando una recesión mundial incalculable a la fecha, obliga a redimensionar la poética de las relaciones entre disciplinas, prácticas y saberes involucrados en un concepto de salud integral que abarca el ser humano, los animales y el medio ambiente.

Es indispensable anclar, fortalecer y abrazar conceptos desarrollados tanto por la Organización Mundial de la Salud: “la salud es una sola”, como por Naciones Unidas: “salud planetaria”; y conceptos más regionales como “salud colectiva” y “ecología de saberes” nacidos en América latina, de inusitado y esencial vigor.

Una dignidad incipiente

En el ámbito de la salud mental nos atañen importantes eventos y discursos que marcaron un salto abrupto en la concepción de las enfermedades mentales y de la dignidad humana en el siglo XX.

Recortaré tres: la diseminación por todo Occidente de las teorías del sujeto, incluyendo la del psicoanálisis; la Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptada por Naciones Unidas en 1948, y la aparición de los primeros psicofármacos, clorpromazina y litio, en 1949, que revolucionaron los tratamientos de las psicosis que hasta entonces no podían ser abordadas ambulatoriamente.

Las tres cuestiones dieron fin a concepciones tradicionales: las personas con enfermedades mentales dejaron de ser objetos de estudio y aislamiento, pasaron a ser consideradas sujetos de derecho, y la psiquiatría ya no requirió recurrir inexorablemente a las internaciones para tratar los cuadros más graves, abriéndose a un amplio diálogo interdisciplinario.

En forma rizomática, los derechos humanos fueron ampliando su *corpus* hasta configurar la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2007). En la Argentina, no solo la Ley Nacional de Salud Mental (26.657) incorporó los marcos internacionales sino que también el Código Civil y Comercial de la Nación en su última versión afianzó estos constructos.

El siglo XX terminó sin que se pudiera cumplir el sueño de ver erradicadas las lógicas manicomiales sostenidas en diversos ámbitos incluso fuera de los hospitales.

El siglo XX terminó, sin embargo, sin que se pudiera cumplir el sueño de ver erradicadas las lógicas manicomiales sostenidas en diversos ámbitos incluso fuera de los hospitales, y las subjetividades de la época entrelazaron la discriminación y exclusión de las personas con padecimientos y enfermedades mentales con un sinnúmero de experiencias territoriales donde la salud mental comunitaria se hizo un lugar: variaciones de las políticas de la vulnerabilidad.

Nada de la evolución del concepto de enfermedad mental y del concepto de padecimiento en el imaginario social estuvo ni está ajeno a otras cuestiones que el siglo XXI puso sobre el tapete: los procesos de desubjetivación de la mano de la irrupción masiva de la tecnología comunicacional y de plataformas incluyendo la industria de la falsa información y el diseño político invisibilizado de los datos en el Big Data: los sistemas operan a partir de algoritmos y estos suelen reproducir los sesgos cognitivos y culturales de los programadores. También, este siglo nos trajo la hipermedicalización y patologización de la vida cotidiana, la hibridación acrílica de lo humano y lo tecnológico o *biohacking*, y una ciencia olvidadiza de su dimensión y función social, cada vez más al servicio de intereses ajenos al bien común.

Además, mientras asistimos a estos avances y a la aparición de nuevas cuestiones con riesgos potenciales, para dos tercios de la humanidad los avances de la industrialización no trajeron desarrollo. Peor aún, la ONU viene señalando cómo la industrialización sin control ha dañado grandes zonas del planeta ahora desertificadas, inundadas, dañando la salud mental y física de habitantes que deben convertirse en refugiados climáticos desplazándose de sus territorios. Errancias trágicas pauperizantes y estresantes. Millones de personas que padecen las penurias provocadas por el cambio climático migran a las ciudades en busca de oportunidades de sustento y terminan inevitablemente en barrios marginales donde se les niegan sus derechos básicos. Se destaca el hecho de que las personas más afectadas por el cambio climático son las que menos participación y representación tienen en los procesos políticos y de toma de decisiones.

“Todos los seres humanos dependemos del entorno en el que vivimos. Un entorno seguro, limpio, saludable y sostenible es parte integral del pleno disfrute de una amplia gama de derechos humanos, incluidos los derechos a la vida, la salud, la alimentación, el agua y el saneamiento. Sin un entorno saludable, no podemos cumplir con nuestras aspiraciones o incluso vivir a un nivel acorde con los estándares mínimos de dignidad humana. Al mismo tiempo, la protección de los derechos humanos ayuda a proteger el medio ambiente. Cuando las personas pueden aprender y participar en las decisiones que los afectan, pueden

ayudar a garantizar que esas decisiones respeten su necesidad de un medio ambiente sostenible” (David R. Boyd, Relator especial de Cambio Climático de la ONU).

La noción de que no hay desastres naturales sino naturalizados es joven en nuestro mundo. La perspectiva de una ética del cuidado hacia el otro y hacia el planeta, también.

La Asamblea General de Naciones Unidas aprobó el 28 de julio de 2022 la resolución que avala que el derecho al medio ambiente sano sea reconocido a nivel mundial y “se convierta en garante de un planeta sano, seguro y resiliente dándole, de este modo, carácter de **derecho humano universal**”.

“No inunden el mundo hoy; no lo ahoguen mañana”; “Seguimos siendo adictos a los combustibles fósiles. Por el bien de la salud de nuestras sociedades y del planeta, tenemos que dejarlos, y dejarlos ya”, implora el Secretario General de la ONU, António Guterres, a los líderes mundiales para que aumenten sus esfuerzos en la lucha contra la crisis climática.

Buscando aprovechar la inteligencia colectiva de miles de personas de todo el mundo para hacer frente al cambio climático global, el MIT, Instituto de Tecnología de Massachusetts, creó la plataforma colaborativa Climate CoLab.

La pandemia sumó intensísimo dolor globalmente. Desarmó muchas redes comunitarias fundamentales para el sostén de una salud colectiva. Estas dos cuestiones, la trama social deteriorada y la recesión, son los condimentos esenciales para la escalada de las tasas de suicidio registradas en todas partes hoy. Ya antaño Durkheim describió bien este fenómeno, y en la crisis del 2008 se volvió a observar y estudiar. La prevención del suicidio es una prioridad internacional, como se refleja en la meta del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) de reducir la tasa de mortalidad por suicidio en un tercio para 2030.

La dignidad humana, quizá, no es solo el ejercicio de los derechos humanos sino la capacidad de ofrendar otra humanidad. Y en la práctica subjetivante de los equipos interdisciplinarios de salud mental urge la ampliación de interlocutores para una transformación profunda.

Transformar los espacios para dignificar la atención: la construcción de lugares adecuados para el alivio de los padeceres psíquicos, lejos tanto de las arquitecturas asilares como de los espacios estresados de los boxes sombríos de las guardias convencionales hospitalarias, implica diálogo inclusivo con diseñadores y arquitectos que estimulen formas de circulación dignas en la comunidad. Las viejas estructuras edilicias de los hospitales psiquiátricos convocan a los fantasmas de prácticas siniestras: dignificar la atención en salud mental requiere insertar en el seno de la comunidad recursos de pronto acceso, y



esto depende de los recursos humanos disponibles a mano, y de las instalaciones necesarias para el encuentro entre quienes padecen y quienes pueden brindar alivio y acompañamiento tanto médico como psicosocial. La transformación del espacio en salud mental incluye el diseño del acceso a las instancias de desarrollo e inclusión necesarios, sean habitacionales, educacionales, laborales o recreacionales.

Adecuar la dimensión temporal para redignificar los vínculos terapéuticos: los procesos subjetivantes requieren tiempo. La configuración de alianzas terapéuticas no es posible sin el tiempo, la regularidad y la estabilidad adecuados para el encuentro entre terapeuta y paciente. Vínculos dignos. Esto implica descolonizar la cultura de la consulta de pocos minutos cada mes impuesta por los seguros privados de salud.

La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad”.

La salud mental pública adquiere hoy una relevancia inédita: por un lado una ardua tarea de reparación y atención de los cuadros que se han multiplicado exponencialmente en la pandemia y por otro una tarea de intervención psicosocial que permita una cohesión comunitaria, sostén a su vez de los más vulnerables. Reparar, reconstituir y recrear esa trama social requiere un acuerdo ampliado intersectorial, incluyendo a los medios. Es notoria la necesidad de articulación de espacios terapéuticos grupales para la elaboración colectiva de los traumas acaecidos durante la pandemia. Ahora más que nunca se hace evidente que las profundas vulneraciones de la equidad, la libertad y el contacto con los otros devienen en padecimientos psíquicos.

Los climas humanos

El cuidado del ambiente de los niños surgió en el ámbito de la salud mental de la mano de Winnicott, quien plasmó con claridad la necesidad del bebé de criarse en un entorno cuidado, con vínculos amorosos que lo sostienen, con objetos a su servicio que le permiten explorar el mundo. Los niños necesitan un clima de paz para desarrollarse y poder relacionarse con el conocimiento de un modo liberador. Necesitan ser durante un tramo de su vida, al menos, el centro de atención de los adultos para adquirir lo que se llama confianza básica, condición que los acercará a la posibilidad de experimentar sentimientos positivos. Un creciente adultocentrismo se ha instalado en las familias jóvenes arrasadas por las consecuencias de la pandemia. También los niveles de violencia doméstica han aumentado incidiendo directamente en el clima que rodea a los niños.

Si la trama social tiene la capacidad de contener a esos padres, hay un efecto reparador en los niños. De modo que también los padres requieren un clima de seguridad ontológica para sobrevivir al estrés de estos días. El clima de seguridad ontológica es una construcción entre todos los ciudadanos en todos los ámbitos. Es un tema de salud mental público, como la construcción de la paz. Sabemos mucho de la construcción de climas de guerra, pero bastante poco de la construcción e instalación de climas de paz.

El clima social puede devenir enajenante produciendo intensísimo padecimiento mental cuando todos se consideran víctimas y nadie victimario, cuando tenemos guerras, totalitarismos y discursos de odio desterrando la solidaridad y la ternura, cuando la ausencia del cultivo de la hospitalidad y la empatía se ha conver-



tido en intolerancia rancia, cuando se desestima la memoria y lo histórico para analizar el presente. En síntesis, hay un imperativo ético de reconstrucción de lazos que nos interpela a todos. Cuidar el clima de las relaciones humanas puede ser imprescindible para aliviar los tiempos de dolor que aún tendremos.

Pero en este siglo también talla de modo cruel el cambio climático. Los bosques nos asombran con la sabiduría de sus árboles entrelazando sus raíces comunicadas a través de micorrizas para defenderse de depredadores, pero la nieve gris del Ártico y los glaciares cada vez más exiguos nos dan la pauta de la vulnerabilidad de la naturaleza que se ha vuelto par, deteriorable, finita. La Tierra implora cuidados.

Presos de una ansiedad particular por un futuro amenazante, son los jóvenes los que enarbolan las banderas del activismo ecológico, los que se relacionan entre miles y millones en las redes en un anticipo de lo que el futuro les demandará: acuerdos entre millones de habitantes del planeta para soluciones colectivas. Inteligencia colectiva.

Un estudio de la ONU en el que se entrevistó a 7.416 niños de 103 países reveló que el 88% de los niños piensan que el cambio climático y el daño al ambiente están amenazando a las generaciones futuras de niños. Estos niños ya tienen prevista una reducción de 2 años de esperanza de vida en relación a los adultos actuales.

Otra vez la ética del cuidado resulta imprescindible a veces incluso más allá de la ética de la justicia. Cuidado del clima intersubjetivo, familiar, intergeneracional, intergrupacional, interinstitucional, interterritorial, intercultural y planetario. Hasta apropiarnos de la noción del planeta como hogar, noción que nos hermana con todos.

Contradicciones epocales

“La gran mayoría de la población mundial no es sujeto de derechos humanos sino el objeto de los discursos de derechos humanos”

(De Sousa Santos).

Son muchos los autores que piensan críticamente la cuestión de los derechos humanos y plantean que el discurso de los mismos debe ser decolonizado y territorializado, que hay padecimientos que no se consideran tales desde una lectura eurocentrista. Así surgieron las epistemologías del Sur dando voz a las culturas silenciadas e invisibilizadas. El enunciado de los derechos humanos no alcanza para su consecución. Es necesario que la narrativa sobre la dignidad sea la del propio territorio.

Lo dice claramente Manuel Gándara: “Uno de los problemas del pensamiento crítico en América latina es el haber recibido modas intelectuales occidentales sin el necesario proceso de recepción creativa, que permitiera su adecuada apropiación y creara un discurso propio; en el pensamiento crítico latinoamericano hemos de reconocer la pervivencia de las huellas del sistema colonial. En este sentido es importante identificar aquellos aspectos en los que el discurso de derechos humanos sigue respondiendo a la matriz de colonialidad y a la vez buscar alternativas desde el pensamiento crítico que permitan superarlo”.

Estos entrecruzamientos entre salud mental, cuidados de los entornos humanos, derechos humanos, cambio climático y pensamiento crítico a la luz de la pandemia en vías de pospandemia, conforman una trama ineludible de dignidades a considerar que nos envuelve cotidianamente más allá de una plena conciencia sobre ella. Configuran una agenda de prioridades de valores que atravesarán nuestras conductas de igual modo que nos rodean los ya reconocidos: el hambre, el desempleo, la injusticia, la inequidad, la esclavitud en aumento, los femicidios. Todos ellos nos interpelan, y se incluyen en el ámbito del arrasamiento subjetivo. Las políticas económicas de cuidado global incluyen la creación de un fondo internacional donde los países que generan devastación en otros por alteración antropogénica del clima asuman su responsabilidad. Una justicia ambiental puede sentar las bases de una seguridad ontológica en construcción.

Una economía política de la dignidad es posible si hay conciencia de la rentabilidad de la inversión en salud mental, si los presupuestos de los Estados superan de una vez por todas el escaso 2 por ciento generalizado que suelen asignar a la temática. Según estudios, por cada dólar invertido en salud mental hay un retorno de cuatro en mejora de la salud y capacidad de trabajo. Y también será posible la recuperación de la dignidad de las políticas si las vulnerabilidades dejan de ser medidas exclusivamente por los gastos y no por los resultados de la inversión en ellas.

Una micropolítica del cuidado comunitario abrazada por todos es posiblemente la medida más efectiva de prevención en salud mental, y el esbozo de un cuidado planetario colectivo y eficaz.



Por **SUSANA VILLARRUETA**. *Lic. en Psicología. Maestranda en Maestría en Estudio Interdisciplinarios de la Subjetividad (UBA).*

LA AUTORA PROPONE REFLEXIONAR ACERCA DE LA SALUD MENTAL EN TANTO UNA TRAMA COMPLEJA, EN LA QUE TIENE UNA ESPECIAL RELEVANCIA EL ROL DE LOS VÍNCULOS SOCIALES.

PENSANDO EN SALUD MENTAL

Desde la experiencia profesional como psicóloga clínica, formada en el ámbito hospitalario, en derechos humanos y el acompañamiento psicosocial a personas migrantes y refugiadas, pensar en salud mental desde la actualidad del presente implica poder pensar en la interacción que existe entre las vivencias y experiencias de las personas y lo perteneciente a la vida social, implica pensar en el lazo social.

Los lazos sociales en la actualidad transitan dentro de una evolución tecnológica de la información y la comunicación, que se desarrolla en el marco de una economía de mercado, que aparte de promover el individualismo y el rendimiento económico, complejiza la vida laboral y familiar. Dicha situación produce efectos psicosociales, ya sea favorables o desfavorables en términos de la salud mental. Efectos que tienen que ver con lo que sienten y les pasa a las personas con los cambios y consecuencias que produce esa evolución, al igual que las modificaciones en los modos de vida y construcción de lazos sociales. Por lo cual debido a este contexto y más allá de singularidades psíquicas individuales existe una convivencia y una tensión permanente con la realidad exterior.

Precisamente, los lazos se construyen porque como humanos padecemos de una precariedad, en el sentido de que necesitamos un soporte social en todas las instancias de la vida, necesitamos el intercambio con y de los otros. Así es que, en caso de no encontrar ese soporte, que puede ser familiar, social o institucional, nos enfrentamos al sufrimiento interior o social que afecta la salud mental: situación que el trabajo profesional identifica en la complejidad que se establece en la relación de la realidad psíquica de las personas con la realidad exterior, en la medida que esta se transforma y cambia las condiciones de vida conocidas o esperadas.

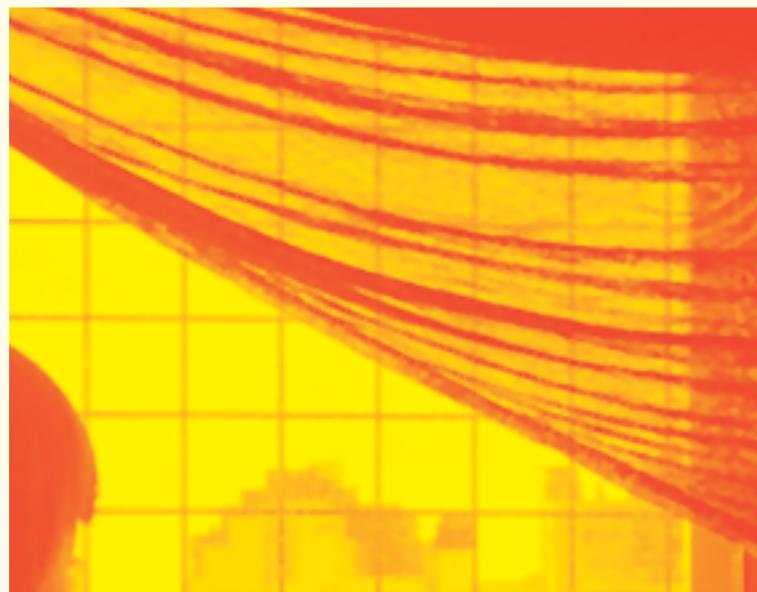
Es en este sentido que la salud mental está relacionada con la vida y con lo que se construye en ella y que hace que nos sintamos personas conectadas consigo mismas y con los otros sociales. Si se piensa la salud mental como imagen se podría decir que es una trama tejida por muchos hilos. Hilos que se pueden asociar a los modos singulares y colectivos de habitar un espacio y un tiempo, a los diferentes modos de amar, a las conexiones sociales y la cultura de la que provenimos o estamos insertos, a las diferentes formas de trabajo, a la historia y a lo familiar.

Por tanto, la salud mental en la singularidad y las variaciones subjetivas de cada persona convoca a una mirada heterogénea, que implica no solamente una mirada disciplinar tradicional y estructurada sino una mirada amplia. Lo cual significa una pers-

pectiva que involucra a la relación social y a los integrantes de la sociedad. Dicho de otro modo, influye la calidad de vida, debido a la importancia del entorno y a las influencias socioeconómicas y decisiones políticas, que nutren las relaciones con el otro dentro de la sociedad.

Puede decirse entonces que pensar y/o reflexionar sobre el concepto e idea de la salud mental se pueda realizar desde un pensamiento complejo según lo propuesto por el filósofo y sociólogo francés Edgar Morin, quien postula evitar reduccionismos y simplificaciones a la hora de analizar situaciones de lo humano. No obstante, en el imaginario social el concepto de salud mental suele estar asociado a un pensamiento homogéneo representado por el “sentido común”. Generalmente este sentido es construido a partir de representaciones imaginarias que asocian la salud mental con personas calificadas como “locos o locas” que están hospitalizadas o que padecen y/o transitan por episodios psiquiátricos, o simplemente que se salen de la “norma” socialmente aceptada.

La construcción del mencionado “sentido común” va en contra de lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera a la salud mental como parte de la salud en términos generales al definirla como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades,



puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad". Es decir que para tener una suficiente buena salud mental deben darse condiciones que favorezcan los vínculos, en situación de equidad y justicia en los distintos ámbitos de la vida.

En consonancia con lo dicho por la OMS, en el país la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su decreto reglamentario del año 2013, basada en principios de los derechos humanos, parte de la presunción de la capacidad de todas las personas, y en su artículo 3 define: "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".

Como se observa, la salud mental no se trata de personas "locas o locos" encerradas a las cuales hay que apartar o excluir de la sociedad, sino que tiene que ver con respetar lo singular de cada uno referido a lo más propio de cada uno, a la vez de ser un tema que nos involucra como integrantes de la sociedad en tanto estamos en relación con. En efecto, como personas estamos escindidos entre lo que quisiéramos lograr y a lo que accedemos,

situación que provoca sujeciones conscientes e inconscientes. Estas sujeciones se pueden notar cuando aparecen sentimientos de estar sujetos al malestar, a la pérdida de sentido o sujetos y/o determinados o expuestos a dispositivos de poder y saber. A causa de los cuales y a través de discursos y prácticas se realizan transformaciones o modificaciones que alteran los hilos de la trama de la salud mental.

El tener que enfrentar estas sujeciones y o determinaciones presentes en la complejidad de la vida ya sea laboral o familiar, en ocasiones hace que nos falten las respuestas. Al mismo tiempo, el no encontrar respuestas o soluciones produce malestar interno, que se puede expresar consigo mismo o hacia lo que nos rodea, revelando la precariedad que nos atraviesa y nos hace vulnerables. Vulnerabilidad que se puede manifestar en síntomas como la ansiedad, la angustia o situaciones más graves, que modifican la calidad de vida. Un ejemplo de ello fue la situación de pandemia Covid-19. La pandemia, individual y colectivamente, implicó enfrentarse a lo inestable de aquello que se creía estable. Hubo que enfrentar el acontecimiento y su devenir, así como también la tensión entre la vida y el encierro, tensión que atravesó el sentido común y conmovió la sensibilidad. Porque los lazos familiares y sociales que sostienen nuestra precariedad se interrumpieron o adquirieron otras formas.

Los lazos sociales en la actualidad transitan dentro de una evolución tecnológica de la información y la comunicación, que se desarrolla en el marco de una economía de mercado, que aparte de promover el individualismo y el rendimiento económico, complejiza la vida laboral y familiar.

Es por esta causa que las definiciones de la OMS y la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental promueven el vínculo social, por ser determinantes los efectos sociales en la misma. Como se ve, tener en cuenta las condiciones materiales, el respeto y el cuidado necesario en el abordaje de los efectos psicosociales, producidos en el sí mismo, en lo familiar o social en la construcción del vínculo es necesario para el desarrollo de una suficiente buena salud mental.

Al llegar a este punto, debe agregarse que estos aspectos de la construcción del vínculo social se configuran a partir del uso de la lengua con la cual nos comunicamos y construimos el lazo con los otros. En efecto, dado que el lenguaje como campo de acción e instrumento cumple una función y no es neutral, el prestar atención al uso del mismo en el vínculo social es prestar atención al impacto que su uso puede tener sobre la identidad y subjetividad de las personas. El efecto del uso de la lengua puede producir alteraciones en la salud mental y la calidad de los vínculos, tanto como lo pueden producir situaciones materiales. Vale la pena aclarar que, desde los estudios lingüísticos, diferentes autores, entre ellos Émile Benveniste, han analizado el impacto de la enunciación. Refiriéndose al cómo se dicen las cosas, es decir el cómo el locutor se apropia de la lengua y cómo a través de su alocución a otro, ya sea de manera implícita o explícita, revela su posición frente al mundo, su subjetividad en la relación con los otros.

En otras palabras, en el vínculo social, en ocasiones al hablar suponemos a la cultura como homogénea, igual a la que nosotros tenemos o transitamos. Esta situación hace que al usar el lenguaje cuando nos dirigimos a otro, que quizá no pertenece a la misma cultura en la cual nos movemos, afectemos su subjetividad. Son varios los ejemplos en ese sentido que se pueden dar y que suelen basarse en el "sentido común". Se puede mencionar el lugar otorgado históricamente a las mujeres desde una mirada jerárquica y de dominación. Se puede incluir también la adjudicación de estereotipos negativos a quienes tienen elecciones sexuales diferentes o la descalificación a las personas migrantes y a quienes se les adjudica una "raza". En todas estas circunstancias el uso del lenguaje en el vínculo social afecta la salud mental, ya que lleva implícito no solo un no reconocimiento como persona y una descalificación subjetiva, sino que afecta las capacidades a la vez que tensiona las posibilidades de elaborar sentimientos o emociones provocadas por prácticas discriminatorias que vulneran la autoestima y en muchas ocasiones el acceso a derechos.

Estas prácticas y uso del lenguaje convierten al otro, a quien va dirigido, en objeto y atacan el yo de la persona. Cuando a partir del uso del lenguaje se realizan enunciados que afectan la identidad se develan situaciones de poder, como lo describe la filósofa Judith Butler en *Lenguaje, poder e identidad*. Cuando se descalifica a partir de un enunciado, el mismo guarda la memoria de prácticas autoritarias que lo han instituido como normal. Esto se puede apreciar en las manifestaciones racistas que se suelen

La salud mental en la singularidad y las variaciones subjetivas de cada persona convoca a una mirada heterogénea, que implica no solamente una mirada disciplinar tradicional y estructurada sino una mirada amplia.



ver en lo social hacia personas racializadas, como las personas negras o no blancas o los considerados “cabecitas negras”. En estas situaciones se puede ver que si bien la “raza” es una invención, una construcción cultural basada en sistemas de creencias de superioridad, actitudes, valores, representaciones y opiniones en relación con “otro” percibido como inferior en virtud de su diferencia, el uso del lenguaje propone y tiene como base la desigualdad y el poder. Con lo cual las manifestaciones lingüísticas y las prácticas racistas manifestadas ya sea en forma verbal o no verbal, a través de gestos y/o actitudes, afectan la construcción del vínculo y también la salud mental de la persona a quien va dirigido el discurso.

Por consiguiente, junto a los cambios y transformaciones tecnológicas y sociales a las que se está expuesto dentro de la sociedad, se suman las realidades ficticias que puede construir el lenguaje. Ambas situaciones se interseccionan en el vínculo social, produciendo dominaciones simbólicas o materiales sobre las psiquis y los cuerpos. Estas dominaciones llevan a apropiaciones subjetivas, por ejemplo, cuando nos esforzamos en una productividad y rendimiento laboral que afecta los lazos sociales y los modos singulares de devenir y estar dentro de un tiempo y espacio. Por lo tanto, el malestar emocional que pueden provocar estas situaciones es parte de violencias simbólicas que menoscaban las capacidades y producen angustias que pueden manifestarse a través de síntomas corporales o emocionales, produciendo un desequilibrio en la salud mental. Cabe señalar que estas son parte de las afecciones padecidas por quienes ven, por ejemplo, restringido el acceso a un empleo por ser discrimi-

nados de alguna forma negativa, ya sea por condición sexual, migratoria o poseer un color de piel diferente o cualquier otra que no sea la aptitud laboral.

De este modo se producen cuadros de ansiedad y estrés que provocan dolor subjetivo, que disminuye el potencial de calidad de vida, considerando como se ha mencionado que las experiencias vitales se desarrollan y transforman dentro de las relaciones sociales influyendo en la salud. Por lo expuesto se puede ver, como se mencionó al comienzo, que pensar en salud mental implica adentrarse en un pensamiento complejo, por lo heterogéneo de los hilos que conforman la trama. Por lo cual pensar desde una perspectiva de promoción de la salud mental convoca al cuidado del vínculo social. Cuidado que parte de la responsabilidad de los estamentos gubernamentales, pero también de todas y todos los integrantes de la sociedad, por la responsabilidad individual y colectiva en la construcción de los lazos sociales que cada uno tiene.

Hay que hacer notar que si bien la mayoría de las personas puede tener recursos para enfrentarse a las contingencias de la vida, las transformaciones y cambios continuos nos exponen a momentos de crisis, donde el sostén social es indispensable para atravesarlos. Estas situaciones implican enfrentar angustias frente al encuentro con lo diferente. Y esto lleva a la tendencia a expulsar lo distinto, ya sea por medio del lenguaje o de actitudes tendientes a la eliminación de lo no igual. De lo cual resultan actitudes que fragmentan la trama y la posibilidad de una suficiente buena salud mental tal cual lo propone la OMS y la Ley Nacional de Salud Mental.

ACCESO A LA SALUD EN EL CONTEXTO DE PANDEMIA POR COVID-19

EL ARTÍCULO DA CUENTA DE LAS DISTINTAS BARRERAS QUE ENFRENTAN COTIDIANAMENTE LAS PERSONAS PARA EJERCER SU DERECHO A LA SALUD Y ANALIZA LOS PROBLEMAS DE ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS MÉDICOS EN UNA SITUACIÓN EN PARTICULAR COMO FUE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19.

por MARÍA GRACIELA GARCÍA. *Licenciada en Psicología y Trabajo Social. Ex subsecretaria de Derechos Humanos y Seguridad de la Defensoría del Pueblo, CABA.*

por MARTÍN DE LELLIS. *Licenciado en Psicología (UBA). Magíster en Administración Pública. Profesor Titular Regular de la Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental. Facultad de Psicología (UBA).*







El concepto de acceso universal a la salud es de un gran valor para el diseño de las políticas públicas y la gestión sanitaria.

Se basa en la aspiración a que toda persona tenga el derecho a recibir una atención adecuada a sus necesidades y sin obstáculos ni discriminación alguna, e incluye la capacidad de la persona atendida para comprender y/o aceptar las prescripciones de los servicios de salud.

Suele distinguirse conceptualmente el acceso inicial al sistema de servicios, condición necesaria para que se inicie una relación terapéutica o de cuidados, y el acceso ampliado, entendido este como la relación continua entre usuarios y prestadores durante todo el proceso de atención.

Para aproximarnos a la práctica de los servicios, es útil interrogarnos acerca de dos cuestiones fundamentales: cuáles son las trayectorias que siguen los usuarios en busca de atención, cómo y cuándo identifican una situación como de riesgo para la salud, y cómo intentan superar las barreras al acceso. Y de parte de los prestadores, qué oferta de atención disponen para los/las usuarios/as que demandan asistencia, y cómo coordinan sus tareas quienes ocupan distintos roles de conducción y de atención directa a las personas bajo tratamiento.

El acceso a servicios resulta uno de los conceptos fundamentales de la salud pública, porque permite identificar factores facilitadores u obstaculizadores, representados estos últimos por las *barreras* que puedan afectar el vínculo entre usuarios y prestadores de servicios, las que suelen clasificarse como:

Barreras económicas: que incluyen los gastos directos e indirectos para hacer frente a la atención de la salud, ya que los seguros sociales o privados pueden requerir de un pago de bolsillo o bien un copago que a menudo está fuera del alcance de la mayoría; o gastos indirectos como los medicamentos, el costo del transporte o los días de inactividad que resultan del tiempo necesario para el reposo o la convalecencia.

Barreras organizativas: comprenden las trabas burocráticas relacionadas con horarios de atención, los restrictivos criterios de admisión, las colas de espera, las carencias o límites en la autorización de prestaciones, la insuficiente disponibilidad de centros de atención o bien para obtener medicación, así como los déficits de profesionales y técnicos que atiendan la demanda. En relación a los procesos de derivación y de coordinación bajo el modelo de trabajo en red, las barreras organizativas atañen a la carencia de información necesaria para orientar la demanda de los usuarios, pues se deriva más por el vínculo informal entre los profesionales –a través de un llamado telefónico o un simple mensaje de WhatsApp– que por aquellos canales formales que suele imponer la administración sanitaria.

Barreras geográficas: manifiestas en el tiempo que puede demandar el traslado desde el domicilio o el lugar donde se encuentre el usuario hacia los centros de atención, lo cual incluye además el deficitario estado de los caminos o la baja disponibilidad de transportes utilizados para realizar este trayecto.

Barreras psicosociales: que remiten a la calidad de los vínculos, muchas veces conflictivos, que se establecen durante la prestación de servicios de salud. En tal sentido, la incomunicación o incompreensión entre las diferentes creencias y saberes sobre la salud pueden cavar distancias insalvables en la comunicación y contrariar las finalidades terapéuticas, las cuales deben basarse en una relación empática entre usuarios y prestadores de servicios.

Sostenido en una lógica paternalista y centrada en el saber profesional, el uso de un lenguaje técnico críptico y complejo, o bien la desinformación intencionada porque el paciente no puede comprender, subestiman las potencialidades del otro, y conspiran negativamente al momento de adecuar de manera flexible los procesos asistenciales.

Ciertos comportamientos percibidos como problemáticos desde el punto de vista profesional, como la baja adherencia a tratamiento, tienden con frecuencia a ser puestos bajo la responsabilidad casi total de los pacientes.

Pero muy difícilmente una embarazada que es sostén económico de un hogar con hijos pequeños deje de realizar trabajo físico por fuera o dentro del ámbito doméstico –como acarrear útiles de limpieza, fregar el piso, sostenerse erguida durante horas–, aunque el médico le indique reposo absoluto para llevar a buen término su embarazo.

También resulta muy difícil asegurarse de que en el seno de una familia se dispensen adecuadamente los medicamentos recetados si no se explica con claridad al paciente o a su cuidador para qué sirven, cuándo y cómo deben ser administrados, y si no se despejan todas las dudas en torno a los efectos inocuos o nocivos que pudiera ocasionar a la persona que los consume.

De esto se sigue, primero, que los profesionales de la salud deben reflexionar críticamente sobre sus propias acciones en lugar de focalizar principalmente la responsabilidad en los otros, y revisar cómo las prácticas asistenciales hegemónicas pueden reforzar una mayor distancia respecto de los usuarios.

Por otro lado, en muchos colectivos sociales (como las minorías étnicas, las comunidades lésbicas y las personas en situación de calle) hallamos desconocimiento o falta de información respecto del derecho a recibir atención en salud, y de su carácter irrestricto y universal. Además, aquellos migrantes indocumentados que se hallan en una condición irregular suelen plantear dificultades al momento de aproximarse a un centro de atención, por las amenazas o el riesgo de maltrato, persecución y/o estigmatización de los que pueden ser objeto.

Todas estas barreras desafían la capacidad de los usuarios y/o familiares para sortear, mediante estrategias eficaces, las barreras a la asistencia. En muchas ocasiones terminan reforzando la judicialización de la salud, a través de amparos u otro tipo de reclamos que incitan la intervención de la Justicia para recibir prestaciones que, estando reconocidas por la normativa vigente, no se hacen efectivas.

Por último, debemos señalar que las barreras no son siempre el resultado de circunstancias azarosas, sino que son a menudo administradas intencionadamente para lograr una disminución de aquella demanda percibida como una sobrecarga potencial de trabajo para el escaso personal disponible, o bien como un obstáculo para lograr el equilibrio de las cuentas institucionales, ya sean estas públicas o privadas.

Acceso a servicios de salud mental

Algunos de los aspectos que se acaban de enunciar guardan especial relevancia en torno a la atención específica de la salud mental, ya que las personas con padecimientos mentales severos siempre han sufrido importantes problemas de acceso efectivo a servicios. Esto se expresa en las *brechas de tratamiento* para los problemas mentales más prevalentes, medidas como la cantidad de casos detectados que, en el último año, no han tenido contacto con los servicios formales de salud y, por lo tanto, no han sido atendidos.

Los problemas de acceso afectan en particular a los más vulnerables entre los vulnerables: ancianos en situación de pobreza, con trastornos mentales o discapacidades cognitivas severas, quienes pueden no disponer de redes de apoyo ni sostén y, por lo tanto, más necesitan la protección social y sanitaria del Estado.

En el caso de los padecientes mentales reflejan una conexión aún más estrecha, pues la mayoría de las evidencias mundiales subrayan que los determinantes sociales negativos y la desafiliación incrementan el riesgo de alteraciones a la salud mental. Además, bajo esta condición las personas en situación de pobreza y con trastornos mentales severos encuentran mayores barreras al acceso y, cuando acceden, solo son instituciones deterioradas las que les brindan algún tipo de atención.

Se cumple así la clásica ley de cuidados médicos inversos formulada por un sanitarista inglés llamado Tudor Hart, quien señalaba hace medio siglo que la disponibilidad de asistencia sanitaria tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida: los sujetos más vulnerables no son atendidos y profundizan su vulnerabilidad, y quienes presentan menor riesgo relativo tienen más posibilidades de ser atendidos y resolver satisfactoriamente los daños a la salud.

La identificación de barreras al acceso se torna relevante para comprender y dimensionar las dificultades y desafíos en torno a la sustitución de la atención en salud mental en el hospital monovalente y su traspaso a servicios y dispositivos descentralizados, acorde con la propuesta de la Ley Nacional de Salud Mental.

A nivel normativo, y pese a que las leyes de salud mental nacionales y provinciales son potentes herramientas de cambio, no se están implementando de manera eficiente, y la falta de inversión en atención primaria dificulta que las personas con problemas mentales busquen ayuda en estos ámbitos para resolver sus problemas más urgentes.

Las prestaciones son predominantemente asistencialistas: no se alientan estrategias para la participación de individuos, grupos y comunidades en torno a la promoción y protección de la salud mental, y la prevención primaria ocupa un lugar secundario en las prioridades de los servicios especializados.

Los abordajes territoriales a cargo de centros primarios o establecimientos generales de salud presentan resistencias para readecuar su dinámica de atención y generar respuestas que sustituyan la internación prolongada, lo que refuerza al hospital psiquiátrico como núcleo hegemónico del sistema de servicios de salud mental.

Frecuentemente hallamos que se desactivan cargos por renuncias o retiros jubilatorios, pero no se reponen los mismos con la celeridad necesaria para que un servicio no se discontinúe ni se debilite en aquellas capacidades técnicas imprescindibles para garantizar una buena atención.

Otro de los problemas frecuentes atañe a las discrepancias ideológicas y teóricas que dividen a los profesionales dentro del sistema de servicios, especialmente entre psicólogos y psiquiatras. Esto se debe a diferencias fundamentales en su formación, lo cual aumenta la dificultad de hallar consensos que orienten y regulen la práctica profesional.

Los preconceptos asociados a la “locura”, con su fuerte instalación y reproducción en la sociedad, relacionan los problemas mentales más severos con aspectos tales como la peligrosidad, el descontrol, la imprevisibilidad y la irreversibilidad de las manifestaciones asociadas. Estos procesos de rotulación y estigmatización, que también están presentes en las comunidades de práctica profesional, se expresan finalmente en comportamientos discriminatorios hacia quienes necesitan ser oportunamente atendidos. Así, a menudo la mera concurrencia a un servicio psiquiátrico puede ser objeto de estigmatización porque se considera que esas demandas son de personas con graves problemas de insania o locura

Por último debemos señalar ciertos problemas que afectan la dinámica de los servicios de salud mental: la asistencia se organiza sin el reconocimiento acerca de cómo se plantea cuantitativa y cualitativamente la demanda y se cristalizan, como dispositivos congelados, encuadres terapéuticos rígidos o pautas de tratamiento que no consideran los determinantes que inciden sobre quienes pueden acceder a la consulta.

En este sentido, y como efecto de los problemas antes enunciados, se naturalizan situaciones que constituyen incumplimientos desde la perspectiva de derechos, tales como la internación indebida, involuntaria y/o de larga estadía como respuesta privilegiada, el aislamiento del paciente de su medio familiar y comunitario, o bien las escasas iniciativas de trabajo articulado con otros servicios del nivel local.

Impacto del Covid-19 sobre la accesibilidad a servicios de salud mental

La declaración de emergencia sanitaria y las medidas de aislamiento preventivo, social y obligatorio, que han sido adoptadas por el Estado nacional con el consenso de las autoridades provinciales y cuyo objetivo ha sido contener o mitigar la propagación del virus, aumentó la percepción de que la vida cotidiana está afectada por situaciones que están fuera de nuestro control y tienden a aplazarse en un horizonte incierto.

Además, las medidas de aislamiento, si bien eran necesarias, tuvieron un innegable impacto sobre la salud mental: se incrementaron las emociones subjetivas como el miedo, la frustración, el enojo y la desorganización psicológica, y se agudizaron problemas como el estrés, los trastornos preexistentes de ansiedad y/o depresión.

Por otra parte, se han quebrado rutinas organizacionales, se agudizaron los problemas vinculares por el régimen de convivencia obligada y se reactivaron conflictos interpersonales. También se han fragilizado aquellas redes de apoyo y sostén que son requeridas, en estas difíciles circunstancias, para afrontar los problemas asociados con el aislamiento forzoso.

Todos estos impactos negativos sobre la subjetividad plantean un incremento potencial de la demanda hacia dispositivos especializados de salud mental, y ponen más de relieve la importancia de coordinar y activar las redes formales e informales para dar contención, apoyo y cuidados a las personas que más lo necesitan.

Pero tras el desencadenamiento de la pandemia por Covid-19 han recrudecido los problemas de accesibilidad a servicios por tres razones fundamentales: las restricciones a la movilidad circulatoria, la escasez relativa de recursos y la baja prioridad asignada a los problemas de salud mental y adicciones ante la necesidad de atender las secuelas de la emergencia y porque las modalidades alternativas de atención remota suelen cubrir a los sectores que cuentan con mayores recursos económicos y educativos para sostener tales vínculos.

Además, las prioridades establecidas por muchos establecimientos han estado dirigidas hacia las personas con síntomas compatibles con el virus y no con aquellos que no presentan síntomas de ese orden y que, además, se presume interferirán con las labores del personal o distraerán recursos para atender una problemática que no resultaría prioritaria.

Las medidas de aislamiento tuvieron un innegable impacto sobre la salud mental: se incrementaron las emociones subjetivas como el miedo, la frustración, el enojo y la desorganización psicológica, y se agudizaron problemas como el estrés, los trastornos preexistentes de ansiedad y/o depresión.

Oportunidades para la transformación

Veamos cuáles son estas estrategias que se han hecho más visibles, y que es necesario continuar impulsando con el marco orientador de la Ley Nacional de Salud Mental:

- a.** La implementación de nuevos dispositivos de tratamiento y/o inclusión habitacional tales como centros de día, casas de convivencia o modalidades de internación domiciliaria que garanticen sistemas de apoyo y atención personalizada.
- b.** El seguimiento de situaciones clínicas con tecnologías de atención remota ante la ausencia de camas disponibles y las dificultades para realizar los controles ambulatorios fuera del domicilio.
- c.** El fortalecimiento de los procesos de externación asistida hacia unidades de corta estancia, a escala humana y con mayor integración a las redes comunitarias.
- d.** La movilización de recursos técnicos ante la emergencia, para contener y resolver la crisis allí donde esta se produce.
- e.** La integración de los equipos interdisciplinarios afrontando un objetivo común: atender la urgencia, acompañar, sostener y cuidar.

Todas estas estrategias pueden constituirse en redes formales de servicios que, al incrementar el acceso a servicios eficaces y técnicamente calificados, satisfagan las nuevas demandas por atender las secuelas del malestar y el sufrimiento psíquico que ha desatado la pandemia.





ALGUNAS OBSERVACIONES Y REFLEXIONES EN RELACIÓN A LAS DIFICULTADES QUE PUEDEN PRESENTARSE EN LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

EL TRABAJO ANALIZA DISTINTAS CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDEN GENERAR INCONVENIENTES EN LA ATENCIÓN DE LAS PROBLEMÁTICAS REFERIDAS A LA SALUD MENTAL.



por **CORINA COMAS**. Licenciada en Trabajo Social (UNER). Magíster en Ciencias Políticas y Sociología (FLACSO). Integrante del Capítulo Psiquiatría Antropológica APSA.

por **JULIÁN ZAPATEL**. Médico psiquiatra. Integrante de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA) y de la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM).

A

l ser la mente y sus dificultades cuestiones complejas, es dado esperar que los elementos relacionados con su atención también lo sean. Pero este hecho no significa necesariamente que la atención en salud mental sea de por sí complicada.

Reconocer el proceso de atención en salud mental como complejo implica abordarlo en sus dimensiones constitutivas –el propio paciente en sus aspectos biopsicosociales, su problemática de salud mental, el sistema de salud y el contexto social– que se tornan complicadas, tanto por las características psicopatológicas del paciente como por las dificultades en el sistema de salud y la sociedad para dar respuesta a la situación.

Así podemos considerar dos áreas a tener en cuenta al momento de señalar los inconvenientes en el proceso de atención en salud mental, a saber: las dificultades provenientes del paciente y su psicopatología y las provenientes del sistema de salud.

Como veremos en el desarrollo de la discusión, el componente social se encuentra siempre en las dificultades que se presentan en el campo de la salud mental, dado que lo social se hace presente tanto en la subjetividad del paciente, en su entorno familiar y de allegados, en las redes de sociabilidad, como en la institucionalidad social actuante a través de las leyes y las políticas públicas y en *habitus* y prácticas sociales (Bourdieu) que prescriben formas de actuar posibles y aceptables en determinado contexto social.

Entre las dificultades provenientes del paciente y su psicopatología encontramos que la personalidad del paciente así como sus mecanismos de defensa y afrontamiento pueden tener un papel relevante no solo en los patrones de búsqueda de ayuda. Así, por ejemplo, las personalidades narcisistas o limítrofes, cuando experimentan un aumento de la tensión psíquica se inclinan a generar o esperar cambios en el medio para alivianar dicha tensión antes que a pedir ayuda para atemperar el sufrimiento psíquico.

Por otro lado, la sobreimplicación con el rol de enfermo representa otro ejemplo de las dificultades en la atención en salud mental. Esta sobreimplicación puede dar lugar a un patrón de búsqueda de atención viciado, que ha sido designado en los contextos de guardia hospitalaria como “frecuentador de los centros de urgencias”, “paciente reincidente” o “repetidor crónico” (Jiménez Treviño).

En otro orden, el estado mental del paciente, el tipo de cuadro psicopatológico y la afectación del juicio de realidad, tanto en los casos agudos y en las presentaciones iniciales como luego de haberse logrado la mejoría y la estabilización del cuadro, pueden constituir un obstáculo cuando el paciente en fase crónica no logra encontrar un nuevo sentido a la utilización permanente de un fármaco o de un tratamiento de apoyo psicoterapéutico a los cuales no percibe necesarios como en un principio.

Así también, la capacidad de reconocimiento de la propia enfermedad mental o al menos del significado patológico de los síntomas puede estar afectada en distintas psicopatologías, desde un rotundo no registro hasta el reconocimiento parcial de algunos de los elementos que constituyen el cuadro.

La falta de *insight* se considera un fenómeno transnosográfico, probablemente multideterminado por numerosos factores, que van más allá del cuadro en sí, como aspectos de la personalidad y trastornos cognitivos, entre otros.

Los delirios, la negación, los problemas en la teoría de la mente, la minimización de los problemas mentales se encuentran entre los fenómenos que se observan asociados a un déficit en la función del *insight*.

Desde una perspectiva sociocultural el estigma de la enfermedad mental es un problema ampliamente reconocido y estudiado. Los efectos negativos de este proceso social de miedo, incompreensión e ignorancia son evitados, en ocasiones postergando consultas necesarias, ocultando la realización de tratamientos de salud mental y hasta evitándolos, con el consiguiente riesgo de complicación del cuadro.

El paciente se debate entonces entre soportar el dolor psíquico de su patología mental en soledad o encarar un tratamiento y exponerse/asumir el estigma social.

Otro de los problemas que pueden suscitarse en el proceso de atención de la salud mental es la discordancia entre los modelos explicativos del personal de salud y los pacientes. Los modelos explicativos (Kleinman) son las teorías que el individuo y su entorno familiar enarbolan para explicar el fenómeno del padecimiento. Se hallan culturalmente determinados y constituyen una construcción que otorga un sentido a la experiencia de enfermar. De este modo brindan soporte emocional a la vivencia angustiante de la enfermedad y posibilitan conectar dicha vivencia con los valores y creencias de la propia comunidad.

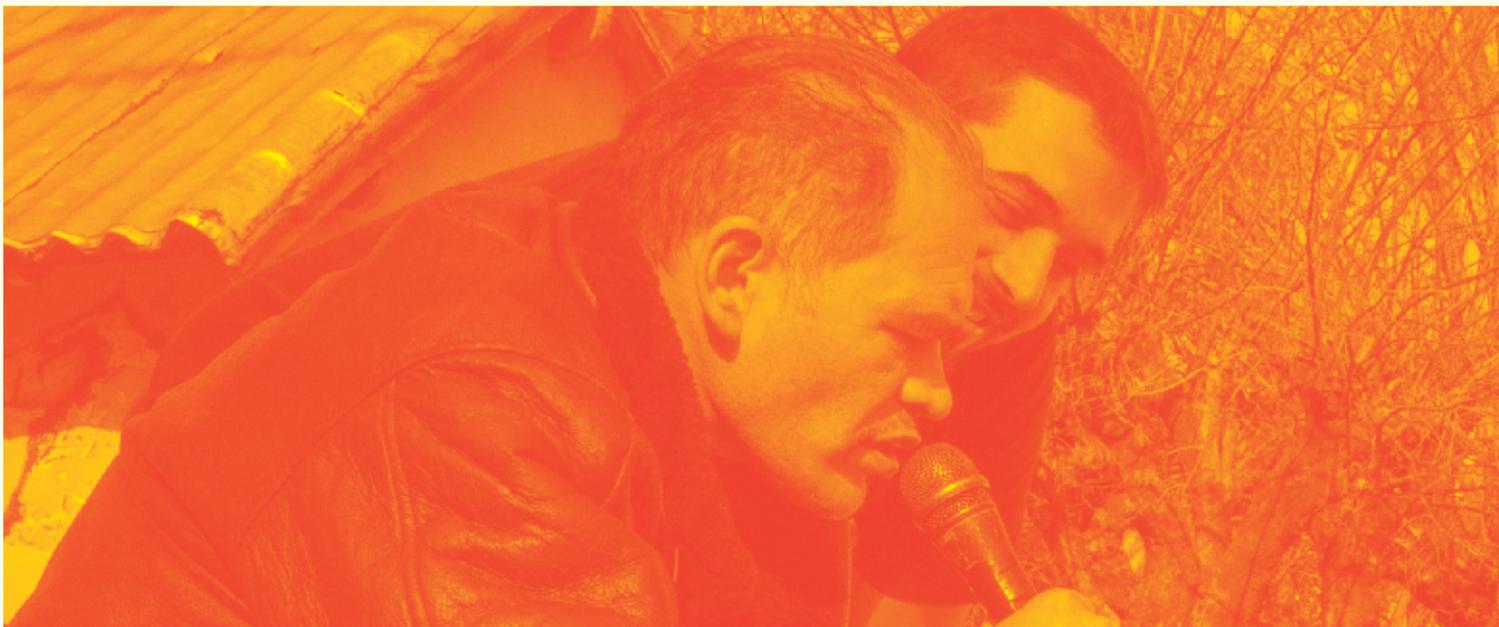
Reconocer el proceso de atención en salud mental como complejo implica abordarlo en sus dimensiones constitutivas –el propio paciente en sus aspectos biopsicosociales, su problemática de salud mental, el sistema de salud y el contexto social– que se tornan complicadas.

Cuando el modelo explicativo de un determinado individuo corresponde a una cosmovisión que no encuentra puntos de correspondencia suficientes con la propuesta terapéutica del servicio de salud mental, aparecen dificultades en el establecimiento de la alianza terapéutica y, en sus extremos, el rechazo a la oferta de atención del sistema sanitario.

En el mundo occidental, la oferta de atención en salud mental suele estar basada en la dicotomía mente/cuerpo, cuyo origen se remonta a la tradición judeocristiana y se certifica en la filosofía cartesiana. A este basamento religioso y filosófico –racionalista y materialista– se agrega el enfoque biomédico que justifica el abordaje psicofarmacológico y las distintas teorías psicológicas que han aportado las perspectivas y comprensiones diferenciadas a lo largo del tiempo de sus desarrollos particulares.

El enfoque científico así constituido desde Occidente puede, en base a las pretensiones de verdad propias del positivismo, tornarse en la práctica y en la confrontación con otras cosmovisiones un obstáculo precisamente para un abordaje científico al identificar la realidad con los modelos que intentan explicarla, cerrando la posibilidad antropológica de comprender la realidad desde la perspectiva del padecimiento.

El plexo normativo en materia de salud mental en nuestro país se integra por la Ley Nacional de Salud Mental, el Código Civil y Comercial de la Nación, los tratados y las convenciones con jerarquía constitucional (como la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, la Declaración de Caracas y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental de las Américas) y las leyes provinciales. Legislación que, basada en el paradigma de los derechos humanos y la presunción de capacidad de las personas, asegura el derecho de todos los que habitan el suelo argentino a la protección de su salud mental y establece los derechos que les asisten a las personas con padecimientos mentales en relación al sistema de salud, tanto público como privado. Sin embargo, los avances en la legislación pueden ser condición necesaria pero no suficiente para garantizar el pleno ejercicio de los derechos que la ley consagra, si ello no se acompaña de profundos cambios en la institucionalidad social y la ideología que la sustenta.



A meses de cumplirse doce años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, que prevé que un mínimo del 10% del presupuesto en salud debe ser destinado a salud mental y adicciones, hasta el momento el gasto del Estado en salud mental solo ha alcanzado el 2%. Y aun en aquellas jurisdicciones (por ejemplo la CABA) donde el porcentaje ejecutado es superior al 2%, la mayor parte se destina al financiamiento de los hospitales monovalentes, que lejos de haber sido refuncionalizados como exige la Ley Nacional de Salud Mental, subsisten perplejos (Lewcovicz) ante una realidad que los desborda.

Entretanto, la demanda de atención crece de modo exponencial, algo que se avizoraba al inicio de la pandemia Covid-19 y que las medidas sanitarias no atendieron oportunamente ante el imperativo de preservar la vida de la población por sobre otras necesidades. No obstante, lo cierto es que más allá de la pandemia el sistema de salud/salud mental solo ha implementado tímidas transformaciones en los dispositivos de atención, sea ello por la subejecución del presupuesto aludida arriba o por la burocratización de las prácticas al interior de las instituciones encargadas de la asistencia. Distintos niveles de responsabilidad que atañen a todos y cada uno de quienes intervenimos en el campo de la salud mental.

Aquí cabe señalar que nuestra práctica profesional en distintos dispositivos del ámbito público y privado (hospitales generales, hospitales monovalentes, clínicas, residencias protegidas, hogares de residencia permanente, consultorios externos, consultorio privado) nos ha enseñado que trabajar en salud mental desde una perspectiva de rehabilitación y reinserción social exige ética, formación y creatividad.

También nos conmina a ser conscientes del lugar que ocupamos como trabajadores del campo de la salud mental. Pero esta condición de trabajadores, al tiempo que acota nuestro campo de influencia en decisiones de nivel macro y mesosocial, nos abre un horizonte de infinitas posibilidades en lo microsociales, en el encuentro cara a cara con el usuario de los servicios de salud mental y su red o entorno inmediato.

De allí que sostenemos la centralidad de la formación del recurso humano en salud mental. En tanto campo en el cual abreva lo subjetivo, lo social, lo histórico y lo cultural, la salud mental no requiere de grandes desarrollos tecnológicos. Aca-so la psicofarmacología y la neurociencia podrán acercarse a ello, pero no son más que algunas de las aristas que hacen a la complejidad del campo. Disponer de fármacos de última generación que optimicen efectos terapéuticos y minimicen efectos colaterales sin dudas contribuye enormemente a mejorar la calidad de vida de los pacientes, pero no la resuelve de modo pleno. Es necesario implementar recursos desde la lógica de continuidad de los cuidados, donde el tránsito de los usuarios por los diferentes dispositivos de atención, según sus necesidades de asistencia en cada momento, preserve la perspectiva histórica del devenir de la enfermedad en el marco de su trayectoria biográfica.

Aun cuando en un contexto ideal esa continuidad debería ser garantizada por la estructura y dinámica de funcionamiento del sistema de salud, desde las intervenciones profesionales es posible generar movimientos instituyentes desde otras prácticas que pongan en acto el arte de las disciplinas: la ética, la formación y la creatividad al servicio del usuario.

Si sostenemos la transversalidad de la salud mental, la tarea asistencial no es sino intersectorial e interdisciplinaria, así como tampoco es sin la participación de la comunidad, del espacio microsocioal, del entorno inmediato del usuario como parte necesaria de la estrategia de atención.

Por ello, desde nuestra perspectiva, el acceso a los recursos, si se quiere el aspecto material del sistema de atención en salud mental, no solo refiere a la territorialidad, a la localización geográfica de las instituciones, sino también a la disponibilidad de dispositivos y programas que respondan a las necesidades de la población y, para el caso de los trastornos mentales severos en particular, que brinden asistencia psicosocial en aquellas áreas de inserción comunitaria que cada usuario en particular requiera en función de su trayectoria de vida singular.

En este punto observamos que las vacancias del sistema de salud/salud mental exceden la falta de recursos económicos, dado que aun si pensáramos de modo exclusivo en el subsistema privado no será fácil encontrar propuestas terapéuticas más allá de las clínicas para la internación de personas que transitan cuadros agudos, el tratamiento ambulatorio, el hospital de día, los acompañamientos terapéuticos y las casas de medio camino de corta/mediana estancia. Esa dificultad para innovar es quizás el principal obstáculo a la creatividad en las políticas en salud mental, pero también aquello que puede estimularla. La utopía que sirve para caminar que nos propone Eduardo Galeano.

Sin embargo, para la comunidad en general la responsabilidad por las vacancias del sistema de salud mental no se adjudica a quienes se ocupan del diseño y gestión de las políticas, tal vez porque estas son figuras lejanas a la experiencia de los usuarios y sus familias. Al no encontrar respuestas en los efectores sanitarios, es usual que los familiares acudan al servicio de justicia reclamando su intervención redentora, cual si una disposición judicial fuera en sí misma eficaz sin importar las características de organización y funcionamiento del sistema de salud/salud mental.

En ocasiones la articulación entre ambas instancias logra parir, no sin esfuerzo, intervenciones al menos orientadas a la resolución del problema que las convoca. En otras tan solo ensancha abismos burocráticos en los que discursos de distintos orígenes danzan en una disputa en la cual suele perderse el eje de la cuestión, esto es, la necesidad de asistencia de aquel que padece una problemática de salud mental.

Si sostenemos la transversalidad de la salud mental, la tarea asistencial no es sino intersectorial e interdisciplinaria, así como tampoco es sin la participación de la comunidad, del espacio microsocioal, del entorno inmediato del usuario como parte necesaria de la estrategia de atención.

Pero para construir lo intersectorial y lo interdisciplinario, para armar lazo entre las instituciones y los profesionales con la comunidad resulta fundamental dejar entrar la alteridad. Descentramiento necesario para volver a centrarnos, pero esta vez en otro lugar. Tarea que constituye un doble desafío para los agentes de salud: consolidar la formación disciplinar (ser expertos en nuestra materia) y al mismo tiempo, conscientes de la limitación inherente a los campos disciplinares, entrenarnos en la capacidad de integrar otros discursos y miradas a nuestra práctica.

Sobre ello es necesario insistir: la interdisciplina no supone el aplanamiento de las diferencias. En nosotros está el nos, lo cercano-lo familiar, y el otros, lo lejano-lo extraño. Lo que podamos hacer con ese otros del nosotros nos posibilitará o no la acción colectiva, interdisciplinaria e intersectorial, que la atención de las problemáticas de salud mental reclama.

¿QUÉ PAPEL JUEGA LA FAMILIA EN LA PRODUCCIÓN, SOSTENIMIENTO Y CUIDADOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTOS DE SALUD MENTAL?

LA AUTORA DA CUENTA DE LOS LAZOS FAMILIARES Y AFECTIVOS COMO FACTORES PRIMORDIALES PARA LA CONSTITUCIÓN DE REDES DE CONTENCIÓN INTERPERSONALES.

por **MERCEDES PAULA GONZÁLEZ**. *Médica psiquiatra del Hospital J.M. Ramos Mejía. Vicepresidenta del Capítulo Psiquiatría Antropológica de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).*







La familia es el primer agente de socialización y formación, en ella se aprenden roles, se generan dinámicas y vínculos importantes para el desarrollo de cada miembro, ya sea para fortalecer o debilitar conductas.

Desde la psiquiatría antropológica consideramos que la familia detenta un papel fundamental en el mantenimiento o en la resolución de los trastornos de la salud mental. Nos apoyaremos en el análisis de la familia de forma global y luego particular, para poder abarcar la dimensión de su función. Sin culpabilizar ni estigmatizar, lo que buscamos es la comprensión para la acción. Si podemos entender esa estructura familiar tanto en su evolución histórica como en su particularismo en el siglo XXI, podremos comprender la función mediadora de las familias en los procesos sociales y en la subjetivación de los individuos.

Los valores y normas que se reproducen o que han dejado de producirse son un dato más que relevante tanto en el abordaje de la patología en salud mental como en su posible resolución. Debemos pensar en acciones comunitarias que incluyan el abordaje familiar en los pacientes con problemas de salud mental para lograr un cambio realmente sustancial en su evolución y pronóstico.

El sistema familiar ha sido objeto de estudio fundamentalmente desde la teoría sistémica, y sus aportes nos ayudan a comprender e intentar romper el ciclo sintomático desde el interior de dichas familias. Pero para poder entender la familia de la posmodernidad hay que remitirnos a la concepción del parentesco, elemento estructurador en la antropología, y a su evolución histórica.

El análisis de la familia a comienzos del siglo XXI tiene un carácter hipotético aún. Sin embargo podemos ir delineando su cambio y su nueva impronta. Pero para proyectar debemos conocer. Y el conocimiento histórico-social y antropológico es una herramienta de suma utilidad.

En el concepto de familia del siglo XIX, al “descubrir” a la familia primitiva en el comienzo de la antropología como ciencia, el evolucionismo inventó una idea de promiscuidad y consideró que la familia modelo de aquel siglo había sido el punto final de una larga evolución de lo inferior a lo superior. Algunos antropólogos, y fundamentalmente antropólogas de comienzos del siglo XX, pudieron cambiar la orientación ideológica de la antropología y, con el trabajo de campo en la región de la Polinesia, mo-

dificaron parcialmente la concepción fundamentalista, racista y etnocida de aquellas teorías. Se pudo comprender que había distintos modelos de organización familiar y que no era legítimo hablar de evolución de la familia en el sentido de inferior a superior, sino que cada organización familiar debía ser considerada en su contexto incluyendo la estructura económica, la religión, etc., en que estaba inserta.

Históricamente la definición de familia ha cambiado desde lo estructural sin dudas y también desde la multiculturalidad. Para comprender mejor a la familia posmoderna no podemos dejar de entender los lazos históricos de la misma en cada geografía. Porque de todo ello se compone hoy aquel modelo al que recurrimos como bote salvavidas cuando ocurre un problema de salud mental en un individuo.

Desde nuestros antepasados más cercanos en la cultura occidental podemos enfatizar el funcionamiento de la familia greco-latina. Previa a ella, la organización familiar se puede encontrar en los modelos de la familia en Egipto o en la Mesopotamia. Estas culturas nos muestran rasgos de asociación de personas alrededor de lazos familiares más o menos sólidos que comienzan a resaltar con los primeros intentos de monoteísmo de Akenatón en Egipto donde las figuras familiares estaban destacadas en sus tumbas y en su producción pictórica. En la Mesopotamia solo se tiene registros de la situación familiar en el Código de Hammurabi (1750 a.C.), donde se encuentran referencias a la obligatoriedad por parte de los padres de atender a sus hijos, sobre todo desde el punto de vista económico.

A partir de allí nos remitimos a la concepción de familia en Grecia, con diferencias entre el pueblo ateniense y el espartano, por ejemplo, pero siempre con especial dedicación a la formación en los primeros años del futuro *polites*. Ser *polites* en Grecia era ser ciudadano de una comunidad. La comunidad no estaba separada del Estado. La comunidad era la que significaba al *polites* mientras que la familia solo cumplía un papel al inicio de su formación. La responsable fundamental de la educación familiar era la madre. También había nodrizas o ayas y en la clase aristocrática existía la figura del *paidagogos*, un esclavo que supervisaba la educación que se realizaba posteriormente fuera de la familia.

En la Edad Media se debe considerar a la familia en el marco de un entorno socioeconómico agrícola y de un grupo en el que

convivían varias generaciones, lo que se denomina familia extensa. La infancia no poseía el valor afectivo que ahora detenta, entre otras cosas por las altas tasas de mortandad infantil, que eran más frecuentes entre las clases desfavorecidas. La crianza adecuada de un niño dependía de si iba a convertirse en una fuerza productiva para la familia extensa en la que nacía. Según se desprende del trabajo de McLaughlin (1974), la calidad de la crianza familiar durante la Edad Media dependía de las presiones materiales de una sociedad que vivía al borde de la subsistencia y que se veía obligada a practicar el infanticidio o el aborto. En este contexto solo se puede hablar de crianza en las familias acomodadas pertenecientes a la nobleza.

Durante el Renacimiento resurge el interés del hombre por sí mismo y la recuperación del humanismo clásico aparece como un adecuado caldo de cultivo para el desarrollo de un alto interés por la crianza infantil.

Hasta ese momento no existía la locura como entidad. Sí el sufrimiento pero no la locura que comienza cuando el residuo incorregible de la sociedad se encierra en el manicomio. Desde la antigüedad las personas con problemas mentales convivían con sus familias o en la comunidad y, dependiendo de la cultura,

eran rechazadas o permanecían en las calles a sus anchas. Podían ser considerados como divinidades o como una conexión con el más allá. Cuando la locura comienza a no caber en la institución familiar se crean lugares estatales de reclusión. La creación del primer lugar de encierro data del siglo XV, con un origen religioso, pero es en el siglo XIX cuando se crean los hospitales específicos para los locos. En el siglo XX se intenta fomentar un tratamiento más humanizador y luego de la introducción de los primeros medicamentos antipsicóticos comienza a considerarse el tratamiento por fuera de estos establecimientos. En este paradigma es que el tratamiento en conjunto con la familia comienza a tener relevancia.

La familia fue parte en la modernidad de los tres ejes de institucionalización de la locura. Los otros dos eran el Estado y, como decíamos, los centros de reclusión o manicomios. Para el Estado nacional, representativo de un país hasta la década de los noventa del siglo pasado, era fundamental excluir la locura. Este Estado nacional utilizaba los manicomios como centros de exclusión de la locura. Pero en la actualidad y con un tipo de Estado técnico administrativo, no solo la locura se excluye sino que los nuevos mecanismos se basan en la expulsión tanto de

Desde la antigüedad las personas con problemas mentales convivían con sus familias o en la comunidad y, dependiendo de la cultura, eran rechazadas o permanecían en las calles a sus anchas.

Debemos constituir la red familiar como posible vehículo de lazo. Si ese lazo no existe como posibilidad constitutiva, debemos continuar en la búsqueda de alternativas en la red como ser los vínculos sociales, laborales, vecinales para no perder el andamiaje para el sostenimiento de la salud mental.



los locos como de los marginados. Pero este es un tema sustantivo que deberíamos revisar en otro momento.

En los tiempos actuales, manejados solo por los flujos del capital, la locura ya es un problema de los locos y no del Estado y desde esa concepción cae la institución manicomio, con residuos nefastos que aún hoy nos persiguen en algunos rincones de nuestro país.

En la posmodernidad la salud mental como paradigma se ocupa de los padecimientos más que en la prevención de los mismos (o tal vez solo en la teoría podríamos decir que previene). A esto se suma la pérdida de lazos familiares, único recurso con el que podemos contar como sostenedor de nuestro trabajo.

Entonces, ¿con qué nos encontramos en la actualidad, bajo la globalización y bajo el paradigma de la posmodernidad? La familia no es la misma que aquella que definimos bajo el Estado nacional en la modernidad como una institución a la que se le encargaba la producción de ciudadanos donde se inscribía tempranamente la ley. Posteriormente ese mismo Estado, sobre esa marca, aplicaba distintas reglamentaciones. El padre era el que detentaba los derechos y las limitaciones a dichos derechos eran atribuidas por el Estado. La familia con sus rituales y rutinas, con la delimitación de lo exterior y de lo interior, determinaba una organización de la convivencia. La mujer, la madre, constituía el hogar como núcleo de pertenencia. Y esta funcionalidad estaba sostenida además por el discurso médico. Así el interior se consideraba vigilado y controlado.

Los vínculos familiares se saturaban de funciones y llevaban implícitas la normalidad pero también la patología. Es por eso que no es nuestra intención considerar a este tipo de familia el modelo arquetípico perdido (muchos de nosotros llevamos inscrita esa marca). Pero en la posmodernidad, luego de la globalización y de la pérdida de la función del Estado como metainstitución totalizadora de las subjetividades, la familia adquirió características totalmente diferentes en su mayoría. Así la organización familiar se atomiza y se desmembra de su función delegada y comienza una nueva concepción familiar que encierra distintas posibilidades que hacen más rico el análisis pero también producen un desafío al momento de convocarla como soporte subjetivo en el padecimiento mental.

¿Qué es hoy la familia? Como dijimos, dejó de ser el soporte subjetivo del Estado y este Estado (o mejor dicho este nuevo Estado técnico sin función instituyente) dejó de otorgarle una función constitutiva. Al caer el paradigma de aquel Estado, globalización

mediante, las características de las familias también cambiaron. No podemos decir si son mejores o peores, pero sí podemos explicar la diferencia. Familias ligadas a la individualidad, la emoción y lo privado, con desintegración de los lazos primarios de parentesco. El parentesco considerado como forma particular de memoria, como construcción de la identidad del grupo social y la explicación de las acciones del presente desde el pasado.

Hoy en día, nuestros modelos familiares son multiculturales, de familias ensambladas en su multidiversidad, familias desmembradas con, por lo menos, un miembro en el extranjero, familias uniparentales, que se convierten en un desafío pero no por eso en algo desechable cuando de trastornos mentales se refiere.

Todas ellas cumplen un papel fundamental en la salud mental. También están las llamadas nuevas familias modificadas por las técnicas de reproducción asistida (TRA) y aparece la sobrevaloración nuevamente del concepto biológico.

Desde Spencer y su máxima de que la sangre era más espesa que el agua ha pasado mucha historia y cambios en lo referente a este concepto. En la actualidad vemos revalorizarse lo genético y biológico sobre los lazos. Este hecho ha deteriorado a la familia en su función de cuidado y contención. No es lo mismo un paciente con esquizofrenia en África o en la India que en Estados Unidos, tanto desde el punto de vista de su evolución como desde su aceptación familiar.

Sin hacer juicios de valor, al tener que trabajar y convocar a estas familias, nos encontramos con una diversidad que nos desorienta. La familia actual es más libre, tal vez más compleja o caótica, pero al transcurrir fuera de la institucionalización estatal nos enfrenta a desafíos más complejos a la hora de convocarla para la elaboración de estrategias con los pacientes. La familia se considera hoy más bien una dispersión de vínculos que una organización de parentesco elemental como nos enseñaron desde la antropología con Levi-Strauss a la cabeza. Debemos constituir la red familiar como posible vehículo de lazo. Si ese lazo no existe como posibilidad constitutiva, debemos continuar en la búsqueda de alternativas en la red como ser los vínculos sociales, laborales, vecinales para no perder el andamiaje para el sostenimiento de la salud mental. Si es necesario traer a la mascota al consultorio, debemos hacerlo. Nuestra función es no contribuir al desmembramiento sino conseguir una salud mental basada en la creación y sustentación de lazos sociales y familiares (sea la familia que sea) para lograr la recuperación en un mundo regido por el individualismo.

LOS PROCESOS DE ADOPCIÓN Y LA EXPERIENCIA EN LA LABOR INTERDISCIPLINARIA DE UN JUZGADO DE FAMILIA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

EL ARTÍCULO DESCRIBE EL TRABAJO QUE REALIZAN LOS EQUIPOS TÉCNICOS PERTENECIENTES A LA JUSTICIA PARA ACOMPAÑAR A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL CAMINO DE ENCONTRAR UNA FAMILIA QUE LOS COBIJE.

por **PAULA M. DE GAINZA**. Médica (UBA). Especialista en Psiquiatría de Adultos e Infanto juvenil. Psicoanalista. Integrante del Equipo Técnico del Juzgado de Familia N° 4 de San Isidro.





El propósito de este artículo es transmitir un conjunto de experiencias y de reflexiones en torno a una de las áreas que desde 2012 compete a los juzgados de familia de la provincia de Buenos Aires, y es la adopción de niños, niñas y adolescentes.

El título alude a lo singular de un juzgado de familia, porque si bien hay un campo dogmático común, no hay una uniformidad en la dinámica del trabajo, en tanto cada equipo imprime un estilo y un modo particulares de entender y organizar la tarea.

En cuanto a los interdisciplinario, en las adopciones intervienen el Equipo Técnico del Juzgado –conformado por profesionales de tres áreas: psiquiatría, psicología y trabajo social–, los abogados y el juez, en una tarea de articulación y reflexión desde el área que cada disciplina delimita, implicando la intersección entre lo jurídico, lo “psi” y lo social.

Además, durante distintos momentos del proceso participan otros actores: asesores de menores, abogados de la defensoría, operadores de los hogares, profesionales de los servicios locales de promoción y protección de los derechos del niño, equipos externos convocados para acompañar las vinculaciones y hasta la reciente figura del Abogado del Niño.

Estando inmersos en el territorio del llamado contexto sociocultural contemporáneo, en el cual confluyen y entran en tensión los diversos discursos, saberes, leyes y políticas sobre la infancia, es crucial sostener un campo de diálogo donde mantener abierto el debate sobre las nuevas demandas, expectativas y exigencias que depositamos en los niños y las nuevas maneras de presentación e inscripción del sufrimiento infantil.

Un poco de historia

Lo que se entiende como infancia en nuestras sociedades occidentales, así como el lugar de privilegio otorgado a los niños, es resultante de un largo proceso social, político, económico y cultural. Un factor clave fue el arribo al modelo familiar centrado en la vida conyugal y otro, la transformación que se produjo hacia mediados del siglo XVII, a partir de la invención de los sistemas escolares, los que instituyeron la frontera entre el mundo adulto y el mundo infantil (Aries, 1979).

En los tiempos del Antiguo Régimen Romano, por ejemplo, el abandono deliberado de los niños y el infanticidio eran prácticas socialmente aceptadas. El padre tenía la potestad de aceptar o de rechazar al neonato, a la vez que la adopción era una práctica sumamente extendida.

Se estima que recién entre los siglos XVII y XVIII se afianzó la condena social del infanticidio y se abandonó su práctica.

Cuando la familia occidental se consolidó en torno al matrimonio se revalorizó el lugar de los hijos como frutos, a la vez que se fue desarrollando una sensibilidad respecto de la infancia, influenciada por los aportes de educadores y pedagogos.

Simultáneamente, el derecho civil fue evolucionando hasta arribar a los ideales contemporáneos de la libertad y de los derechos de los niños, los que fueron plasmados en la Declaración de los Derechos del Niño (ONU, 1959) y posteriormente en la Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989).

En nuestro país, con la reforma del año 1994, se les dio rango constitucional a diversos instrumentos internacionales y esto marcó el comienzo de una serie de modificaciones legislativas en las que se fueron reflejando los avances respecto del deber del Estado y de las instituciones en tanto responsables del amparo y el respeto de los derechos en la infancia.

En concordancia con esta evolución, la adopción es considerada en la actualidad como una respuesta del Estado para garantizar el derecho de niños, niñas y adolescentes (NNA) a crecer y desarrollarse en un medio familiar, cuando se ha comprobado que no pueden ser protegidos y criados por su familia o entorno de origen. Cabe destacar que el nuevo Código Civil de nuestro país (2015) prohíbe expresamente las guardas de hecho y las entregas directas de niños a través de escribano público.

La participación de los niños y adolescentes

Los actuales marcos jurídicos indican que la opinión de NNA debe ser tomada en cuenta en todos los procesos que los involucran y que impactan en sus vidas. Se trata de una participación que es obligatoria, cuyo eje está puesto en el niño como sujeto de derechos, y que debe ser garantizada por el ministerio público.

En nuestro medio, lo más habitual es que los NNA declarados “en situación de adoptabilidad” hayan sido separados de su núcleo de convivencia de origen por una medida de protección excepcional (dictada por el organismo administrativo competente local) y que se encuentren alojados en hogares convivenciales o en familias de tránsito. Otras circunstancias vinculadas a la adoptabilidad de la filiación son el fallecimiento de los progenitores, el abandono, la decisión de dar a los hijos en adopción o el confiarlos espontáneamente a un establecimiento de protección.

La normativa indica que los organismos e instituciones encargados de intervenir en las diversas problemáticas que aquejan a la niñez vulnerada deben trabajar para que los NNA puedan ser reintegrados prontamente al entorno familiar de origen o a sus referentes afectivos y/o comunitarios.

De manera que la adopción se plantea como uno de los proyectos posibles y como última opción, cuando no ha sido posible restituir dicho vínculo.

Así es que cuando niños, niñas y adolescentes llegan al juz-

gado de familia han existido variadas intervenciones previas, plasmadas en los textos elaborados desde las instituciones, organismos y servicios por los que los niños transitaban (escuela, servicios de salud, ONG barriales, etc.), los que siempre testimonian sobre una escena infantil interrumpida y desamparada, con exposición al maltrato, abuso y negligencia graves.

La actuación del equipo interdisciplinario del juzgado comienza con la escucha atenta de cada uno: nos ocupamos de hacer lugar a sus historias y las experiencias que atravesaron, en encuentros que involucran el diálogo, el dibujo y el juego. Vamos así conociendo sus rasgos, preguntas, expectativas, temores y necesidades específicas.

Por otra parte, se habilitan las vías de comunicación para que los chicos puedan dirigirse al juzgado por fuera de los momentos en los que son requeridos o citados. La función del juez, como instancia simbólica que ofrece un lugar de escucha, suele suscitar un gran alivio.

De ese modo se van construyendo un lazo de confianza y las condiciones para la participación de NNA en las decisiones que los implican, ya que sus expresiones son fundamentales para evaluar cada momento y avanzar en el proceso. Cabe destacar que la opinión de los chicos no es determinante de la decisión, pues no se espera que puedan revelar lo que sería mejor para ellos. Siempre corresponde a la autoridad judicial resolver sobre lo que se considera el “interés superior del niño”.

Los actuales marcos jurídicos indican que la opinión de NNA debe ser tomada en cuenta en todos los procesos que los involucran y que impactan en sus vidas.

Intervenciones, encuentros y construcciones

El trabajo en adopción implica la intervención y decisión sobre las filiaciones. La premisa que nos guía es la consideración de que la organización familiar sigue siendo el marco privilegiado para que un niño crezca y se desarrolle. El nuevo Código Civil y Comercial de la Nación Argentina (2015) legitima nuevas parentalidades, lo cual habilita la conformación de lazos familiares con distintas formas de unión: dos madres, dos padres, proyectos monoparentales, etcétera.

Ahora bien, si planteamos qué es una familia podemos responder a priori que no se trata de una mera yuxtaposición de individuos. Es entonces necesario introducir el concepto de genealogía, en tanto que en el seno del grupo familiar se articulan reglas, posiciones y lugares que conciernen a individuos, amarrados a un nombre que los posiciona y les proporciona una ubicación en el mundo (Legendre, 1997).

La adopción involucra el armado, la construcción, de una nueva filiación, lo cual requiere del reconocimiento mutuo mediante el cual se deviene hijo o hija, madre o padre. Con la enorme complejidad que implica la simultaneidad con los diversos duelos que los niños deben transitar, relacionados con la desvinculación previa, las pérdidas afrontadas respecto de los adultos del núcleo de convivencia de origen y las experiencias traumáticas vividas.

En el proyecto de armado de una nueva filiación, por un lado, están los postulantes, quienes han hecho su propio recorrido hasta llegar a ser admitidos en el Registro de Aspirantes a Guarda con Fines Adoptivos y posteriormente han sido seleccionados como la mejor opción familiar para cada chico o grupo de hermanos en particular.

Por otro lado, están los chicos, con sus historias de origen.

El encuentro entre los NNA y los adultos seleccionados requiere del despliegue de lo que llamamos el proceso de vinculación, luego del cual prosigue el inicio y desarrollo de la convivencia durante el período de guarda con fines adoptivos.

Cada proceso de vinculación conlleva una extensión en el tiempo y un ritmo que dependen del progreso de cada encuentro singular.

El trabajo con cada caso particular involucra lo artesanal, en tanto pone en juego la articulación de la legalidad que atañe al campo jurídico con el arte de escuchar y de significar. Se trata de una labor que busca entrelazar los tiempos legales y los subjetivos.

Para esto, en todos los casos, se requiere del diálogo interdisciplinario, pues hay un “no saber” que atraviesa cada proceso y que requiere del intercambio con quienes alojan a los niños, con quienes sostienen sus espacios terapéuticos, con los equipos externos que se convocan para acompañar las vinculaciones,

con los asesores de menores, los abogados, y el juez.

Cuando se trata de bebés o niños pequeños (antes de los 5 años de edad), el camino de la adopción suele darse con mayor espontaneidad, en tanto el cobijo, las caricias, el apego, los cuidados corporales y la amnesia infantil abonan a la construcción vincular.

En todos los casos es muy notable el efecto que se produce en el cuerpo, en el lenguaje y en el juego de los niños cuando se produce el alojamiento de los pequeños en el deseo de los adultos que asumen decididamente un rol parental, poniendo en juego el cuidado, la contención y el soporte emocional.

Se revierten los rasgos de repliegue y pasividad, de desvitalización afectiva e intelectual, se transforma la mirada triste y en ocasiones desconectada que podría confundirse con rasgos pseudo autísticos. En todos los casos empiezan a desarrollar sus potencialidades y florece el habla, la sonrisa y el juego.

Cuando se trata de niños mayores y adolescentes, los procesos suelen resultar más difíciles y prolongados. Lo incómodo, lo contingente, lo fragmentario irrumpe con frecuencia, reclama lecturas, articulación de respuestas para cada caso particular e intervenciones que apunten a sostener la apuesta.

La posibilidad de la interrupción del proceso siempre acecha; es la escena más temida: a veces la plantean los adultos, y otras son los mismos niños los que dicen “basta”.

Es en estos casos que solemos advertir la complejidad que implica la construcción de la autoridad ligada a la función parental. La misma se va instalando y ejerciendo en el entrecruzamiento de un aspecto fundamental que es el amoroso –proveedor de amparo y afecto– con la transmisión de las renunciaciones y las prohibiciones estructurales que organizan las relaciones de parentesco.

Este proceso pone a prueba los recursos simbólicos de los adultos para situar al niño en correcta posición, para generar enlace y leer las manifestaciones, las problemáticas, el juego de los niños y desarrollar decididamente nexos de sostén amoroso hacia el niño tal cual es.

Leer la problemática de los niños poniendo en juego un saber propio, implicado en lo amoroso, supone la asunción por parte del adulto de una posición desde la cual alojar e integrar al niño y poner en juego la transmisión de un deseo, que a su vez está marcado por la propia ubicación en la cadena generacional.

Cuando esto no se logra construir, el niño corre el riesgo de ocupar un lugar que puede resultar persecutorio, portador de un saber oculto, ajeno, extranjero.

Del lado de los chicos, se requiere de tiempo para la construcción de la confianza en el adulto, para la aceptación amorosa a ser tomado como hijo y de ese modo hacer advenir a sus padres adoptivos.

Crisis, eclosiones y anudamientos

En el transcurrir de los tiempos preadoptivos, hemos asistido a crisis y eclosiones en las que algunos chicos han manifestado a los adultos: “¿Y vos quién sos?”. “Le voy a decir al juez que esta familia no me gusta, que me busque otro papá y otra mamá, que quiero volver al hogar”.

Se trata de conflictos que acarrearán un enorme sufrimiento y que cuestionan la autoridad de los adultos sobre ellos. Con frecuencia traen a la escena la historia familiar de origen sin duelar y actualizan la cuestión del consentimiento o el rechazo del NNA a su adopción.

Se suele corroborar, del lado de los chicos, que la posibilidad de volver sobre las trazas, las marcas y los recuerdos se da recién a partir del alojamiento en un nuevo seno familiar.

También del lado de los adultos hemos escuchado planteos que

requirieron lecturas, intervenciones y toma de decisiones sobre aspectos muy delicados. Por ejemplo, el pedido de proseguir la vinculación con dos hermanitos y desistir del cuidado de uno; adultos que se enferman, que se separan durante la vinculación o que viven la presencia del niño como un extraño al que no logran alojar.

Asimismo, dentro de la propia dinámica jurídica se han planteado complicaciones que nos interpelan en la función de intérpretes y lectores de obstáculos.

Hay un tiempo procesal en el que la tarea en el juzgado concluye, cuando se logra plasmar legalmente la inclusión del o los NNA en una nueva cadena familiar.

Se puede plantear que se trata de un momento crucial, en el que se inscribe un anudamiento, allí donde proseguirá su curso y elaboración la compleja tarea de la adopción.

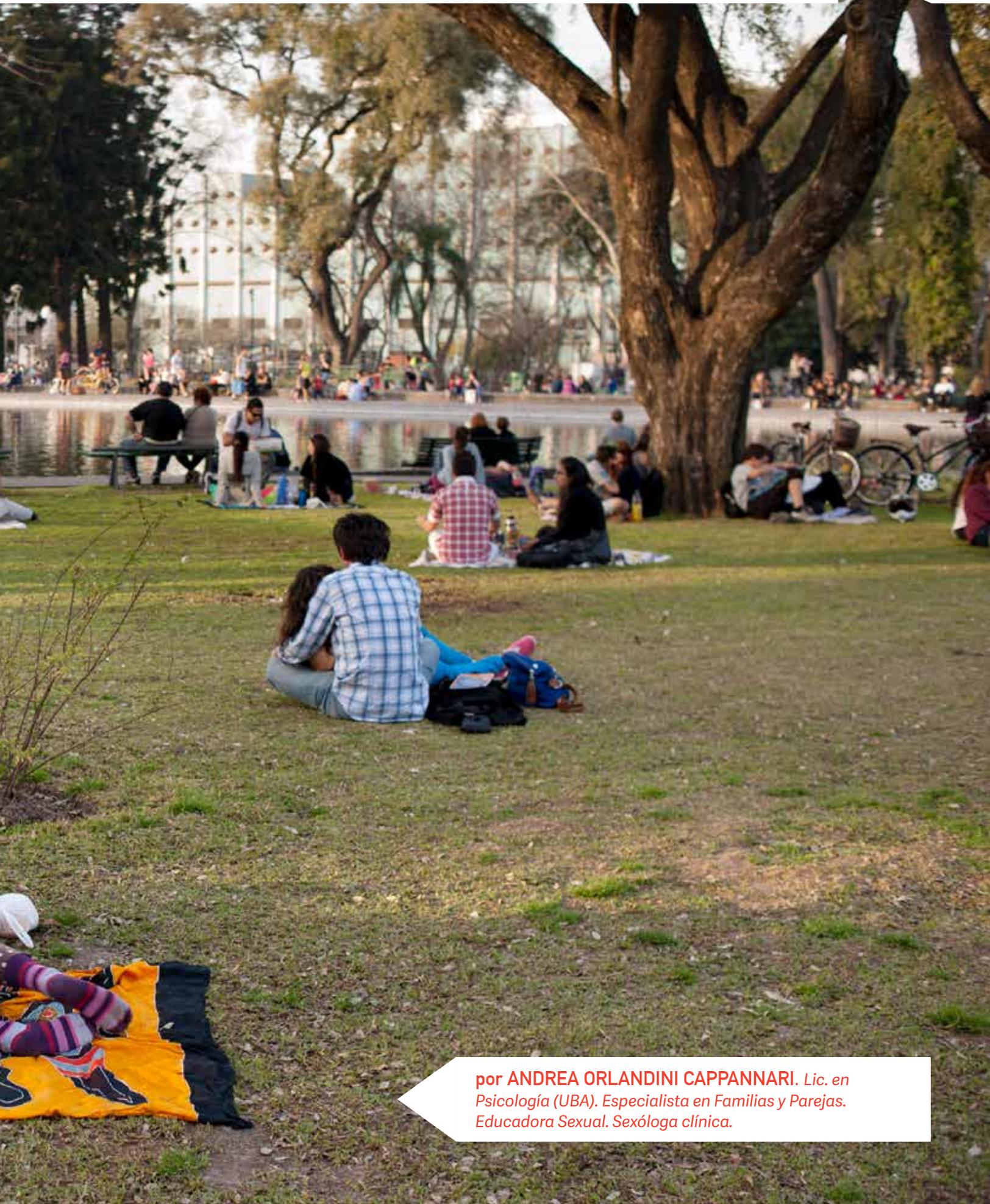
Cuando se trata de bebés o niños pequeños (antes de los 5 años de edad), el camino de la adopción suele darse con mayor espontaneidad, en tanto el cobijo, las caricias, el apego, los cuidados corporales y la amnesia infantil abonan a la construcción vincular.



SEXUALIDAD Y SALUD MENTAL

LA AUTORA DA CUENTA DE LAS DISTINTAS DIMENSIONES DE LA SALUD SEXUAL QUE INFLUYEN EN TANTO FACTORES FUNDAMENTALES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE VÍNCULOS ENTRE LAS PERSONAS EN LA ACTUALIDAD.





por **ANDREA ORLANDINI CAPPANNARI**. *Lic. en Psicología (UBA). Especialista en Familias y Parejas. Educadora Sexual. Sexóloga clínica.*

La relación de reciprocidad entre salud mental y salud sexual

Según la OMS “se define la salud mental como el estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. No es solo la ausencia de enfermedades, sino las capacidades de poder dar respuesta resiliente y creativa a situaciones difíciles, imprevistas, desde un lugar de aprendizaje y crecimiento. Entre ellas se cuentan las habilidades, atributos sociales y emocionales individuales, así como las interacciones sociales positivas, la educación y la cohesión social, entre otras.

Tener salud mental es un privilegio, implica además poder dar cuenta de nuestra subjetividad, enunciar nuestras vulnerabilidades como partes indiscutidas de amor propio y autocuidado.

Asimismo, la salud sexual la constituyen las capacidades humanas que se enfocan de manera positiva, como derecho humano fundamental, poder vivenciar, experimentar, disfrutar e intimar consigo mismo/a y con tus otros/as significativos, de manera responsable, respetuosa, sin violencias ni discriminación, aprendiendo y experimentando desde distintas pedagogías del placer. Este camino transitado dentro de una institución educativa, en mi función como responsable del Departamento de Salud, poblada de personas de todas las edades, funciones, necesidades, padeceres y aprendizajes, junto a una comunidad educativa y no educativa y acompañando a mis pacientes se aprende junto y con ellos la importancia de la red, del andamiaje social y la cultura del cuidado y la mirada.

En todo el recorrido como psicoterapeuta, educadora sexual y sexóloga, he evidenciado a lo largo de mi experiencia que dentro de la comunidad con la cual he compartido varios aprendizajes es importante el intercambio de miradas diversas y la multiplicidad disciplinaria.

Es justo ahí, junto a los niños, niñas y adolescentes (NNA), a esas docencias y familias que solicitan información, donde la escucha activa se acerca como la mejor manera de acompañar y cuidar dentro del contexto pandémico y pospandémico, en el cual cobran tanta relevancia la salud mental humana y la salud vincular, para atravesar, aprender y proyectar.

Estas sensibilidades y fragilidades trajeron consecuencias y pusieron en un primer plano la vulnerabilidad de la salud mental de nuestras infancias, adolescencias y adulteces.

Por ello planteo la importancia y necesidad de desarrollar programas conjuntos, interdisciplinarios, en los cuales la salud pública abarque la salud mental articulada a la salud sexual y vincular humana, y donde se pueda incorporar herramientas y recursos desde edades muy tempranas para poder proveer a las comunidades intervenidas estrategias y políticas de gestión concretas. Contemplamos la necesidad de poder implementar programas que integren las diferentes creencias, prácticas sexo-afectivas y donde se integre el papel de la sexología en programas de salud, en especial en las actividades de planificación familiar, la sexualidad humana sea contenido y metodología de enseñanza en las distintas profesiones de la salud, y se ofrezcan modelos de tratamientos y acompañamientos que satisfagan las necesidades prioritarias en diversos contextos socioculturales y que puedan ser adoptados por los trabajadores de la salud en general.

La salud mental no es solo la ausencia de enfermedades, sino las capacidades de poder dar respuesta resiliente y creativa a situaciones difíciles, imprevistas, desde un lugar de aprendizaje y crecimiento



Pensamos en la sexualidad como una de las áreas donde nos constituimos como humanos carentes y/o dadores de amor y erotismo.

La sexualidad nos acompaña a lo largo de nuestras vidas y nos ofrece identidad. ¿Quiénes somos, qué somos para los otros que nos rodean? ¿A quién deseamos y extrañamos?

A su vez la salud mental es el repertorio que tenemos los humanos para registrar, conectar y articular respuestas frente a nuestro entorno: bio-psico-socio y afectivo.

¿Qué importante es poder pensar en la salud sexual de las personas en su verdadera naturaleza intrapersonal y social vincular! Una predisposición activa a vivir nuestra sexualidad depende de factores psicológicos o psicoemocionales. La depresión y el estrés son los principales causantes psicológicos en la falta de conexión y capacidad de gestión de nuestra sexualidad y erotismo.

Desde miradas más biologizantes y quizás patologizantes, observamos la estrecha articulación que se establece entre la pérdida de la salud mental, cualquier afección que afecte la salud o bienestar general y las consiguientes desconexiones y padeceres dentro del universo sexual humano.

Los factores ambientales relacionados con la pareja y su entorno tales como: la relación con el trabajo, la puesta de límites, la fatiga crónica, los problemas económicos, los conflictos de pareja no resueltos, las violencias y los pocos espacios para la intimidad influyen negativamente en la capacidad para desear, disfrutar y compartir.

Si hay estrés mal manejado (distrés), se altera la vida vincular e íntima de forma progresiva y se reproducen frustraciones, tristezas y sensaciones de ajenidad con nuestro respectivo mapa corporal y erótico, activando zonas de conflicto y distintas violencias.

La importancia de la educación sexual para todas las personas

La educación sexual da respuesta a muchos interrogantes y se ofrece como una generosa solución para los profesionales de la salud porque implica la promoción y la prevención de la salud mental, sexual y vincular. Su importancia radica en una asertiva implementación, en la vida de todas las personas y a lo largo de diferentes etapas. Superar dimensiones del recorte bio-reproduccionista-sanitarista al contemplar además aspectos socio, psicoafectivos y simbólicos. Sus distintas áreas contemplan el aporte de recursos en la apropiación de información necesaria y vital en la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y en el aporte de estrategias y herramientas a jóvenes en sus experimentaciones, conformaciones de identidades eróticas y saludables elecciones de pareja.

Se abordan las conductas de riesgo, la co-construcción de vínculos saludables y de elementos de autocuidado.

Trabajamos en equipos desde la escuela en la reproducción de sentidos frente a señales de alerta que invitan a la reflexión.

Observamos prácticas concretas que se traducen en agresión y desprecio en normas y creencias sociales profundamente arraigadas.

Es tan visible y emocionante poder intervenir y dar lugar cuando aparece la importancia de una asertiva educación sexual que visualice y reconozca las diferentes formas en las cuales se expresan las violencias y se manifiestan. El privilegio de recibir educación sexual es una estrategia específica de promoción de derechos, de la generación de espacios de reflexión y de construcción de otras formas posibles de vincularnos y de generar afectos, y de relaciones libres de violencia. Poder acompañar a nuestras juventudes en la construcción de nuevas subjetividades basadas en respeto, en cuidado personal y colectivo, trabajando también en la prevención de violencias en los noviazgos, en situaciones de trastorno de conductas alimentarias (TCA), en la detección precoz de depresión infantil y adolescente, situaciones de violencia, abuso sexual, etcétera.

La carencia de esta información traería como posible consecuencia un armado de falsas creencias, estereotipos y un posicionamiento rígido en el vivenciar una sexualidad: genital, coito-céntrica y hétero-normativa, mono-normas, orgasmo-céntricas con restricciones e inhibiciones.

En la clínica de parejas, desde una mirada sistémica-sexológica, las intervenciones estratégicas intentan des-articular lo anterior recibido, heredado mediante una re-educación sexual, re-creando una sexualidad diferente.

Es vital la de-construcción paradigmática de los cuerpos, el permiso, el placer y la comunicación. Encuentros y desencuentros, intimidad emocional y física se presentan cual danza, donde el erotismo es expresión lúdica del amor adulto.

La promoción y difusión de la educación sexual desde una perspectiva de género es una herramienta indispensable en la co-construcción de la salud sexual de personas, parejas y familias que enriquecen según la etapa del ciclo vital su universo erótico como derecho esencialmente humano.



La salud sexual vincular y la comunicación como herramienta indispensable hacia un camino de nuevos acuerdos de amor

Lo personal y vincular es político, por ello los procesos psicoterapéuticos también contemplan promover cambios estructurales de la salud mental y sexual. Poder re-pensar esos mandatos y esas posiciones donde las personas se ubican y generan entre sí malestar.

En una psicoterapia con perspectiva de género se cuestionan algunos saberes, se revisan criterios de diagnóstico.

Esta perspectiva psicoterapéutica traduce cierta sintomatología, deposita en el lenguaje y en las posiciones de poder el padecer dentro de un vínculo de pareja. En el mismo el cuerpo habla, denuncia, tiene memoria y nos narra sus propias violencias.

Dentro de sus espacios, empodera la feminidad, desprovista históricamente de relaciones simétricas y se repiensa las relaciones, no necesariamente hétero-norma y monogámicas normadas culturalmente. Hablamos de identidad, de sexualidades, disidencias y diversidad.

Lejos de patologizar las secuencias vinculares, se re-piensa maneras circulares, dinámicas de comunicación y la desarticulación

de las partes involucradas. Co-responsabilidad sexo-afectiva.

Se comparten y re-construyen experiencias de violencias: de género, vinculares, de instituciones, familiares y sexuales.

Es dentro de estos con-textos que se habilitan nuevas narrativas donde la comunicación juega un papel fundamental. Estos espacios psicoterapéuticos posibilitan mediante la circulación de la palabra que las intervenciones estratégicas intenten des-articular lo anterior recibido, heredado mediante una re-educación sexual, re-creando una sexualidad diferente.

Trabajando en el orden de la comunicación, el/la psicoterapeuta sistémica relacional, desde una mirada sexológica, se contempla la posibilidad de co-construir un puente, expresión, andamiaje, restablecimiento, re-aprendizaje de nuevas formas de amar, el propio y el cuerpo del otro. Son tiempos para compartir, donde se re-quieren nuevos posicionamientos, alternantes, primero disonantes, luego complementarios, de voces y ritmos.

Esto sería posible si ambos integrantes están interesados en re-pactar un nuevo modelo vinculado con nuevas propuestas y nuevas elecciones. Solo desde la asertiva comunicación podemos llegar a esa intimidad no intimidante que genere aperturas del respeto y la necesaria empatía validante.



Conclusiones

Una educación sexual afectiva y asertiva recibida desde la infancia o adolescencia permite entre otras cosas la apertura. Percibir el crecimiento individual del otro como enriquecedor y fuente de admiración. Dos humanos que, independientemente del género, sin estereotipos puedan seguir creciendo con diferentes ritmos. En aquellos vínculos donde se presentan disfunciones en el orden de la comunicación erótica y un desencuentro, es frecuente una salud sexual y mental con posibilidades de re-aprendizajes. Ahí donde no hubo educación sexual predominan la ignorancia, falsas creencias, una distorsión del esquema corporal y de las capacidades del sujeto para disfrutar.

Aparecen cicatrices emocionales e incapacidades para registrar, nombrar el disfrute. Voces que inhabilitan la intimidad física y emocional.

Cómo especialista en parejas trabajo con el amor y muchas veces la ausencia de salud mental y las disfunciones vinculares provienen de falsas y erróneas creencias con respecto a quiénes somos y quiénes creemos que somos para nuestros otros significativos.

La ausencia de herramientas y de recursos puede ocasionar una distorsionada relación con la imagen corporal y generar disfunciones sexuales que traen en consecuencia ansiedad, estrés y angustia individual y vincular.

Nuestro trabajo psicoterapéutico será entonces el de reconstruir un relato posible para cada una de estas personas y poder aportar una instancia de apropiación del placer, del amor y la intimidad. Como profesional de la salud sexual propongo articular ciertas prácticas para lograr disfrutar de una sexualidad saludable, equilibrada y una mejor y mayor conexión con nosotros mismos/as y con nuestros vínculos más íntimos, porque a final de cuentas lo más importante, lo que realmente cura, es el vínculo.

En el proceso de nuevas apropiaciones, el espacio terapéutico ofrecerá autenticidad, circulación de nuevos significantes. En algunas oportunidades hablamos de una posible re-educación sexual, lo que no se pudo incorporar antes, hoy se ofrece como posibilidad, opción para aportar una mirada que desmitifique y permita facilitar la transmisión de sentires, escucha, empatía, aceptación de no modelos ideales, roles, lugares de equidad, compartidos con respeto.

Una nueva posibilidad de sanear y reparar esa tan necesaria salud sexual y vincular.

Las parejas que podrán sortear los conflictos serán no las que carezcan de ellos, sino las que aprendan a resolver distancias con palabras, miradas, caricias, simetrías y complementariedades.

En palabras de Esther Perel: "El erotismo nos desafía a buscar un tipo diferente de resolución, a entregarnos a lo desconocido e inasible y a romper los confines del mundo racional".

Es por ello que educación, salud y sexualidad van tan amorosamente entrelazadas en la búsqueda de la libertad de elegir, amar y desear.



por **RUBÉN ALDAY**. Licenciado en Educación Física. Especialista en Actividad Física y Deportes. Actividad física y recreación Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Colonia "Dr. Domingo Cabred".



ACTIVIDAD FÍSICA Y SALUD MENTAL

EL ARTÍCULO DESCRIBE DIFERENTES EXPERIENCIAS QUE VINCULAN EL EJERCICIO LÚDICO Y DEPORTIVO CON EL BIENESTAR EMOCIONAL DE LAS PERSONAS.



La actividad física (AF) hace referencia a todo movimiento corporal que forma parte de la vida diaria, utilizando como motor activador y generador del gasto energético en calorías.

El cuerpo humano ha evolucionado para ser físicamente activo, por tal motivo requiere de la AF para mantenerse saludable, evitando la vida sedentaria que acarrea múltiples complicaciones para nuestra salud. Es importante tener en cuenta que la consideración y estudio del movimiento pueden ser efectuados desde perspectivas muy variadas, según sean los objetivos a determinar. En este sentido, existe una vertiente fisiológica, una vertiente psicológica y una sociológica.

Por lo tanto, la completa comprensión del movimiento humano exige una visión global del fenómeno desde aportaciones de diversos campos científicos. En este amplio espectro, que tiene como base y soporte común el movimiento, podemos encontrarnos con la AF en la cual adquiere intencionalidad para el logro de ciertos propósitos, para los cuales la participación del plano físico y corporal es fundamental. Como señala Sánchez Bañuelos (1996) “la AF puede ser contemplada como el movimiento corporal de cualquier tipo producido por la contracción muscular y que conduce a un incremento sustancial del gasto energético de la persona”.

Se instala la Educación Física como un complemento organizado y estructurado, con objetivos y formas de ejecución racionales, para el logro del desarrollo equilibrado del movimiento, con el objeto de mejorar la calidad de vida de las personas. Podemos encontrar tres ejes para el acondicionamiento físico de nuestro cuerpo: los ejercicios aeróbicos, que contemplan actividades relacionadas con la oxigenación del cuerpo. Entre ellas encontramos caminata, trote, andar en bicicleta, etc. Los de fuerza, que están referidos a la ejecución de la fuerza de los músculos contra una resistencia. Es el caso de ejercicios con mancuernas, flexiones de brazos, sentadillas de piernas, etc. Y los ejercicios de flexibilidad, que son actividades de elongación de los distintos grupos musculares.

Estas tres capacidades físicas son aconsejables para llevarlas adelante en forma regular, para lograr un equilibrio armonioso y saludable en nuestro cuerpo y mente.

A lo largo de mis más de 30 años de trayectoria profesional como licenciado en Educación Física, desempeñándome en el ámbito educativo y de la salud, he experimentado en varias oportunidades distintos desafíos para llevar a cabo la tarea de ofrecerle a cada individuo una mejora en su calidad de vida a través de la actividad física.

Mi trabajo se ha desarrollado como profesor de niñas, niños, adolescentes y adultos sujetos a situaciones de vulnerabilidad y fragilidad, dentro de comunidades en situaciones de escasos recursos. Esto me ha permitido poder visibilizar y trabajar de primera mano con la necesidad humana sin mayores intermediarios, observando la simpleza de todos los actores sociales intervinientes. Asimismo, puedo reflexionar sobre el compromiso, entrega y dedicación apasionada por la vocación de muchas personas en su rol en cada institución.

La importancia de la AF para el desarrollo y sostenimiento de la salud mental de las personas

La experiencia desarrollada en el ámbito de las escuelas rurales de todos los niveles me ha permitido observar y desentrañar los innumerables beneficios de la AF y su correlación con la salud mental.

Considero la Educación Física como una de las áreas que mejor permite el aprendizaje experiencial a través de la acción. La educación debe fomentar e incentivar la curiosidad e inquietudes para ayudar al niño y al adolescente a crecer sin perder su esencia que lo hace tan particular y en la búsqueda de su socialización a través del juego y el deporte.

Mi experiencia en escuelas rurales me ha permitido interactuar con innumerables grupos infantiles y adolescentes y observar en su gran dimensión la diversidad sociológica poblacional, donde las infancias menos favorecidas quizá no demuestren las inequidades y desigualdades en los patios como sí son más notorias en ámbitos áulicos.

Es en los contextos al aire libre con mayores posibilidades de interrelación donde el trabajo docente puede igualar las diferencias y atender de modo formativo las necesidades e intereses desde un lugar de integración de la mano de los juegos y el deporte.

Los docentes que llevamos adelante nuestra función en zonas rurales estamos desarrollando con mucha responsabilidad y compromiso esta laboriosa vocación de abordar la AF sosteniendo además en equilibrio con ciertas fragilidades y vulnerabilidades de esta población junto a la comunidad educativa.

En correlación con lo anterior, es evidente que la Educación Física en la escuela rural cuenta con grandes limitaciones respecto de las escuelas urbanas, pero también con unas bondades importantes como la accesibilidad a un medio natural, una ma-

yor exigencia con respecto a la creatividad del alumnado, al tener menos recursos disponibles y una multiplicidad y diversidad dentro del ámbito escolar, lo cual hace que la tarea y el resultado sean mucho más enriquecedores.

Relación entre educación física y salud mental entre pacientes psiquiátricos

Podemos enumerar diversos beneficios de la AF frente a las enfermedades mentales: mejora la condición física general, disminuyendo la ansiedad y otros trastornos; estimula la liberación de dopamina, endorfina, oxitocina y serotonina, dando como efecto una mejora general y una disminución de psicofármacos; promueve la estimulación sensorial, al tener que prestar atención a sus compañeros y distintos elementos utilizados para las actividades; mejora la destreza psicomotora general; fomenta la comunicación interpersonal a través de los juegos y actividades deportivas; aumenta la autoconfianza, mediante la superación de desafíos personales, y mejora la planificación de su tiempo libre, al tener que instrumentar una rutina de cumplimiento de horarios y una disciplina.

Experiencias lúdicas junto a pacientes psiquiátricos

Una de las actividades que pude instrumentar en el Hospital Doctor Domingo Cabred fue la realización de varios eventos musicales, escenográficos y teatrales que consistieron en la participación activa y entusiasta de los pacientes, donde en su tiempo libre disponían de juegos, minitorneos deportivos, representaciones y bailes. Uno de mis objetivos es el de re-crear escenas donde los pacientes sean protagonistas de sus historias, de sus cuerpos y sus deseos.

Podemos enumerar innumerables beneficios que la AF genera sobre el paciente psiquiátrico, pero sobre todo lo expresado, la satisfacción personal que presenciamos los profesionales al ver la participación activa y el agradecimiento de los mismos por las experiencias vividas a través de nuestra actividad.

Políticas sobre espacios públicos hacia la comunidad

Es profundamente motivador ser testigo y haber participado en la elaboración de proyectos destinados a un programa de salud pública dirigida hacia la comunidad.

A partir de la promulgación de la nueva Ley de Salud Mental 26.657, quienes trabajamos en salud sabemos que es de una complejidad para analizar la infraestructura otorgada para disponer y proveer a los más vulnerados los recursos necesarios que como derechos humanos necesitan poder tener y disfrutar de una calidad de vida digna.

En el Hospital Neuropsiquiátrico Doctor Domingo Cabred, donde trabajo hace más de dos décadas, he presenciado innumerables procesos de cambios y transformaciones que no siempre han sido satisfactorios para los pacientes en su calidad de vida.

Actualmente siento gran satisfacción de tener la posibilidad de elaborar un proyecto personalmente, darle lugar a la planificación de un programa que se gestó hace unos pocos años, pre-pandémicos, para poder dar lugar hoy a lo que en breve se va a inaugurar, en septiembre del presente año, y que consiste en lo siguiente: se habilitó un sendero rodeado de eucaliptos centenarios con un recorrido de aproximadamente un kilómetro donde la comunidad del pueblo de Open Door puede disfrutar y compartir junto con la institución psiquiátrica un recorrido para toda la comunidad y se dispusieron durante el anterior recorrido gimnasios al aire libre para el uso de toda la localidad. Además, en proceso se encuentran en formación otros senderos internos por todo el predio del hospital, dando lugar al primer maratón abierto al público en el mes de noviembre del presente año.

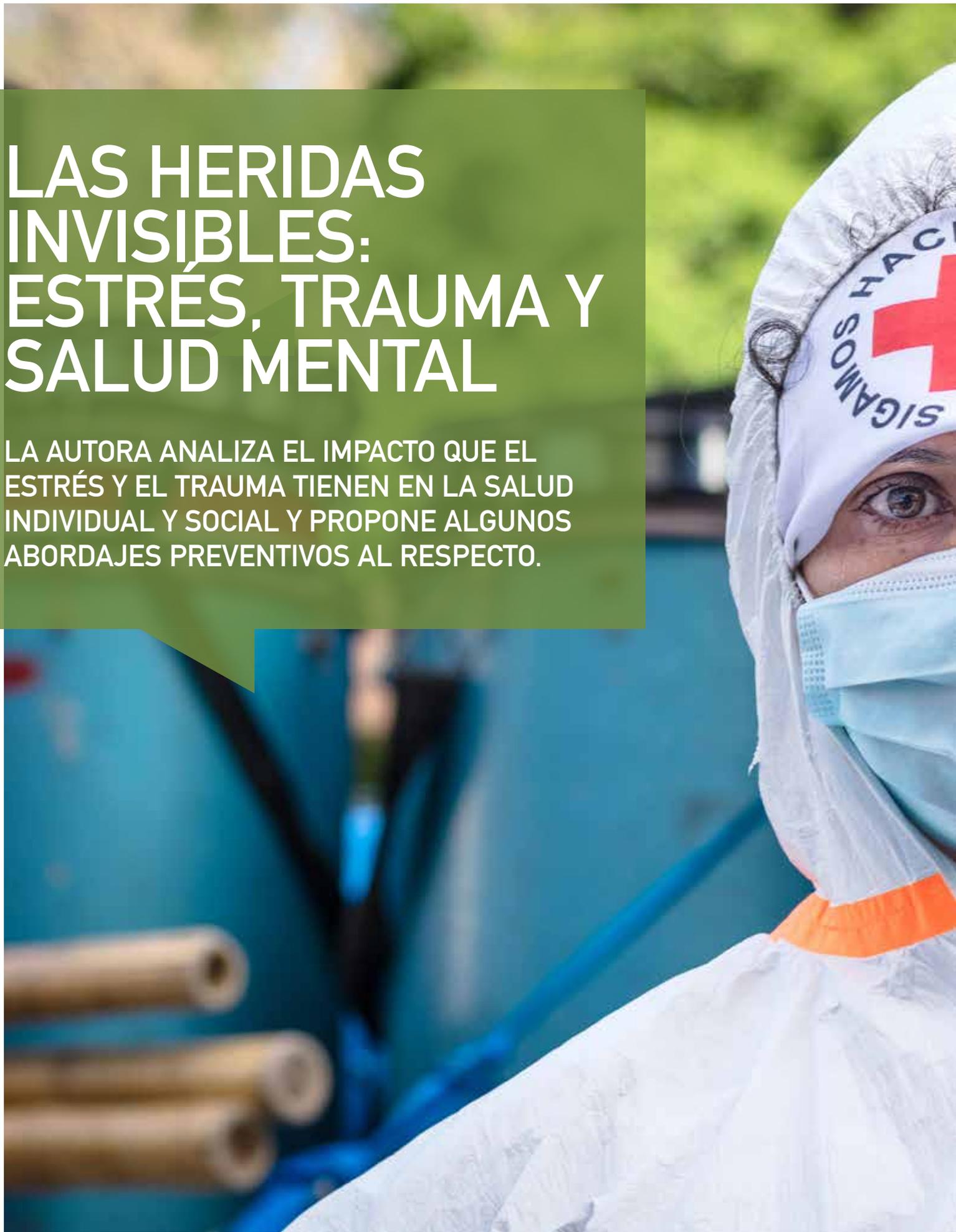
Esta concreta acción articula una política de gestión de la salud pública mental y la actividad física como posibilidad necesaria para poder habitar espacios, mejorar la calidad de vida de las personas, reducir el encierro, habitar puertas abiertas, el encuentro de las personas, que es lo que considero mi función como operador de salud y profesional de la Educación Física.

Queda mi satisfacción en haber podido participar, aportar ideas, acciones concretas de proyectos que fueron escuchados y ejecutados. De una institución de puertas adentro, con encierro, locura y ausencia de disfrute por los espacios libres, verdes, que la rodeaban, a una organización con puertas abiertas, espacios verdes compartidos junto a su comunidad.

Queda la esperanza de que se pueda continuar trabajando y colaborando en esto que considero un gran aporte para la salud mental: el movimiento junto a la naturaleza y la red social, comunitaria, nos rescata de nuestras fragilidades.

LAS HERIDAS INVISIBLES: ESTRÉS, TRAUMA Y SALUD MENTAL

LA AUTORA ANALIZA EL IMPACTO QUE EL ESTRÉS Y EL TRAUMA TIENEN EN LA SALUD INDIVIDUAL Y SOCIAL Y PROPONE ALGUNOS ABORDAJES PREVENTIVOS AL RESPECTO.





por **KARIN ROSENFELD**. Médica (UBA), psiquiatra y psicoterapeuta. Doctora en Medicina por la Universidad de Freiburg, Alemania, especializada en psicotraumatología, primeros auxilios psicológicos y cuidado del profesional de la salud.

La salud mental es parte integral de la salud, considerando a la salud como un equilibrio y estado de bienestar físico, mental y social. Además, es un derecho humano fundamental, y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. Podemos decir que no hay salud sin salud mental.

Atentados, desastres, catástrofes naturales o intencionales, violencia social y familiar, guerras, pandemia, accidentes, etc., confrontan al ser humano con sentimientos de horror y amenaza que pueden alterar su capacidad de reacción, percepción y concepción de sí mismo.

¿Cómo impactan en la salud mental las distintas situaciones a las que nos confrontamos en el mundo?

Las personas que se enfrentan a un evento crítico, inesperado, fuera de lo habitual, que puede poner en peligro su integridad física, psíquica y social, se enfrentan a situaciones que se designan como traumatogénicas, es decir que son potencialmente traumáticas. Y decimos potencialmente traumáticas porque a la situación en sí misma no le podemos atribuir el hecho de producir un efecto devastador en el ser humano. Ante un mismo suceso cada persona reacciona de acuerdo con sus recursos personales, su organización psíquica, los factores biológicos y psicosociales, sus experiencias y estado de salud, la red social, el contexto y tradiciones culturales, y si ha tenido o no traumatismos previos. Para que un evento crítico deje impacto traumático la persona debe haber vivido o sido testigo de una amenaza a su propia vida o a la de un familiar o amigo cercano, con gran impotencia y/o miedo a morir.

Podemos tomar como ejemplo la pandemia Covid-19, una situación disruptiva que hemos vivido (y aún estamos viviendo) en todo el mundo estos últimos años. Este evento comenzó como un estrés agudo y como una situación para la cual nadie estaba preparado: ni los profesionales de la salud ni ninguna estructura (social, política, económica, sanitaria, de seguridad, etc.) de los países afectados.

Además, se trata de un evento crítico distinto de cualquier otro, ya que todos estamos atravesados por igual: profesionales de la salud, pacientes, políticos, docentes, artistas, economistas, etc., todos viviendo incertidumbre, impotencia, sensación de pérdida de control, reorganizándose la vida laboral, los vínculos familiares, convivencias de 24 horas, ancianos con riesgo de contagiarse, niños y adolescentes sin sus pares, entre muchas otras situaciones.



Para que un evento crítico deje impacto traumático la persona debe haber vivido o sido testigo de una amenaza a su propia vida o a la de un familiar o amigo cercano, con gran impotencia y/o miedo a morir.

¿A quiénes puede afectar una situación traumatogénica?

La mayor dificultad de las heridas psíquicas, a diferencia de las heridas físicas, es que no se pueden ver ni tocar. Las heridas invisibles pueden pasar inadvertidas, tanto para la persona afectada como para el entorno, y si no se toman en cuenta puede dificultar tanto la atención por parte de los profesionales como el pedido de ayuda.

Los afectados son las personas directamente expuestas, o afectados directos, tanto heridos como ilesos. En general las víctimas no heridas llegan a consultar o son derivadas a los profesionales de salud mental mucho más tarde, cuando ya hay una cierta sintomatología. Esto puede observarse en situaciones de gran magnitud como una catástrofe o un atentado terrorista con numerosos muertos y heridos, donde la atención se centra primordialmente en esa población. Las víctimas no heridas en general son pasadas por alto en un primer momento, y a eso se añade que ellas mismas describen “estar bien” en comparación con lo que ven a su alrededor, por lo que no llegan a consultar hasta la aparición de angustia y malestar por la sintomatología. También hay que tener en cuenta a todos los expuestos de forma indirecta o afectados secundarios: la red social de la víctima directa (familia, amigos, colegas de trabajo, compañeros de colegio, maestros, traductores o intérpretes culturales, etc.), periodistas, testigos, observadores, etc. Así como todos los intervinientes de emergencias y catástrofes: profesionales de la salud, bomberos, policías, trabajadores sociales, operadores de centrales telefónicas de emergencias, entre otros.

Los afectados secundarios o indirectos pueden tener las mismas reacciones que los afectados directos como si ellos mismos hubieran vivido el evento crítico.

¿Qué sucede ante la exposición a un evento traumatogénico?

Las primeras reacciones son automáticas, no dependen de la voluntad. Son ante todo reacciones adaptativas de supervivencia: luchar, quedarse quieto, hacerse el muerto, o salir corriendo.

Ante la intuición de un peligro circula, de modo reflejo, una respuesta del córtex cerebral a las estructuras del hipotálamo e hipófisis provocando la reacción de huida o combate.

A nivel físico aumenta la actividad circulatoria y cardíaca: aumenta la fuerza muscular, se acelera el pulso y la respiración. Al mismo tiempo puede disminuir la sensibilidad, la percepción del dolor: por ejemplo no se sienten las heridas, o aparece una fuerza sorprendente. Así lo relataba un paciente sobreviviente del atentado de Atocha (11M) de Madrid: “No sé cómo hice para levantar ese cuerpo inerte”; “Estaba herido, sangrando, pero no me di cuenta”.

A nivel psicológico las reacciones se manifiestan sobre todo en una modificación de los sentimientos y focalización de la atención que se puede enfocar hacia el interior o al exterior.

Puede aparecer, al focalizar la atención hacia el interior, un sentimiento de indiferencia emocional respecto del entorno: la persona puede no darse cuenta de lo terrible de la situación en ese momento (puede ser útil en situaciones donde no se puede escapar, no se toma en cuenta la realidad de lo que se está viviendo, por ejemplo en situaciones de abuso o tortura).

En cambio, los profesionales que trabajan en emergencias van a focalizar su atención al exterior, lo que les permite la correcta adaptación para realizar su trabajo.

Es importante tener en cuenta que en contextos de estrés excepcional la disminución de la sensibilidad física puede llevar a trabajar al límite sin percibir cansancio, sed, hambre, lo que

Durante la pandemia en las reacciones de estrés agudo se acentuaron síntomas de ansiedad, insomnio y miedos: a salir a la calle, a cualquier síntoma físico y a contagiar o ser contagiado. Por lo que se evitaron personas o lugares y se manifestaron dificultades para concentrarse en la lectura, entre otros.

puede interferir en las tomas de decisiones. Esto sucedió, por ejemplo, durante el pico agudo de la pandemia en la mayoría de los países: los equipos de salud trabajaron sin pausa y sin descanso muchas horas y días seguidos; en estas situaciones es fundamental asegurar descansos y cuidado desde las instituciones, que deben cuidar a los que cuidan.

Estas primeras reacciones son de estrés adaptativo, luego aparece lo que en las clasificaciones se denomina trastorno por estrés agudo: una reacción transitoria que aparece ante un estrés excepcional. Pueden aparecer reacciones como trastornos del sueño, impaciencia, problemas de concentración e irritabilidad. También reacciones de miedo y sobresalto, pesadillas, así como comportamientos evitativos de lugares o personas.

Durante la pandemia en las reacciones de estrés agudo se acentuaron síntomas de ansiedad, insomnio y miedos: a salir a la calle, a cualquier síntoma físico y a contagiar o ser contagiado. Por lo que se evitaron personas o lugares y se manifestaron dificultades para concentrarse en la lectura, entre otros.

Ante una situación traumatogénica, además de todo lo descrito anteriormente, se produce un quiebre de las creencias personales y de la visión que cada uno tiene del mundo, de sí mismo y de los demás.

Se desafía la necesidad natural del ser humano de ver el mundo como un lugar previsible, ordenado, controlable, donde nos consideramos invulnerables. El mundo de pronto se convierte en un lugar impredecible, inseguro. Aparecen sentimientos de impotencia con rabia, vergüenza, culpa, enojo. Se pierde la con-

fianza en el ser humano, en el mundo, en las instituciones (“Yo ya no creo más en Dios”; “La justicia no existe”). Con las pérdidas –muerte de familiares o amigos, exilios, migraciones, etc.– aparecen el duelo y la tristeza.

Surgen preguntas que no tienen respuestas. ¿Por qué? ¿Qué pasó? ¿Qué me está pasando? Estas preguntas se las hacen tanto los afectados directos como los familiares y los profesionales que intervienen en la atención.

Todas estas reacciones, descritas aquí de manera somera, son a priori respuestas adaptativas. Puede aparecer un gran malestar, sensación de pérdida de control, incluso de “volverse loco”, pero lo que sucede en este período inmediato-post inmediato al evento es natural ante una situación que no lo es.

Por lo antedicho, preferimos hablar de reacciones en lugar de hablar de síntomas. En general, en las semanas posteriores al evento traumatogénico tanto la intensidad como la frecuencia de las reacciones disminuyen de manera progresiva. Ahora bien, si se mantienen en el tiempo, se cronifican y empeoran en lugar de ir disminuyendo, entonces hablaríamos de síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

Para evitar la cronificación de las reacciones es sumamente importante la intervención, cuanto antes y a nivel preventivo, de los profesionales de salud mental correctamente formados. Cuanto más cronificadas y duraderas sean las reacciones, más afectarán y repercutirán en la personalidad, el ámbito familiar, social, laboral, etc. y más posibilidades habrá de desarrollar un Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).

La perspectiva salutogénica

En este sentido es indispensable fomentar un cambio de paradigma en el enfoque de la salud mental y la prevención: la focalización en la salud y la salutogénesis. No hay duda de que el paradigma patogénico ha proporcionado una poderosa forma intelectual, científica y práctica para comprender y tratar la enfermedad. La perspectiva salutogénica, concepto desarrollado por A. Antonovsky en los años setenta, enfoca y se pregunta sobre la génesis de la salud, sobre los recursos personales y la resiliencia individual y colectiva.

Dentro del marco biopsicosocial la visión salutogénica se concentra en los factores saludables de los individuos. En este sentido se ha demostrado que estimulando los recursos personales y sociales mejoran las respuestas de afrontamiento y la resistencia al estrés.

En este contexto hay que tener en cuenta factores personales de resiliencia y/o vulnerabilidad como por ejemplo si la persona cuenta con una red de apoyo familiar y/o social; si ha tenido traumatismos previos o situaciones actuales estresantes como mudanzas, duelos, divorcios; considerar los valores y creencias culturales, espirituales o religiosos de la persona y su grupo familiar, cuánto tiempo están durando las reacciones, entre otros factores.

¿Qué traumatismos vivieron las generaciones anteriores? ¿Qué impacto han tenido? ¿Qué legados salutogénicos se transmitieron? Los estudios actuales sobre mecanismos de transmisión y epigenética investigan la influencia del ambiente y los modos de vida sobre la expresión de determinados genes y hasta qué generación puede alcanzar esa transmisión transgeneracional.

Las primeras intervenciones psicosociales inmediatas y post inmediatas son indispensables y son la primera etapa de la atención: están dirigidas tanto a los afectados directos como indirectos. Estas intervenciones tempranas cumplen una función preventiva, ayudan a disminuir las reacciones psicofísicas y detectar si hay personas que necesitan ser derivadas para un seguimiento y/o tratamiento más allá de la intervención precoz. En esta primera etapa de intervención, la verbalización, poder ordenar y narrar lo vivido, la psicoeducación y la introducción de técnicas de control de estrés permiten comprender que las reacciones que se presentan en esta etapa post inmediata son “normales” como respuesta y adaptación ante un evento que es “anormal” (inesperado, incontrolable, inaceptable, inevitable) y

que deberían disminuir paulatinamente en las semanas subsiguientes.

Muchos afectados refieren alivio cuando se les explica qué es lo que les está pasando y el porqué de sus reacciones: la comprensión, a través de la información y la normalización de las reacciones, no solo genera alivio sino que también reduce el estrés. “Ah... entonces no me estoy volviendo loco”. Así lo expresaba un paciente refugiado de Albania al que atendí en Cruz Roja Alemana. También profesionales de salud que estuvieron en la emergencia del atentado de Atocha del 11M de Madrid, con quienes realicé grupos de intervención post inmediata, percibieron el alivio que brinda la comprensión: “Me ha generado alivio y me ha ayudado mucho comprender lo que me estaba pasando”. Quienes trabajamos en prevención debemos prestar atención también al cuidado de grupos y poblaciones. Para esto, es fundamental la formación sobre conceptos básicos de estrés y trauma para los responsables de medios de comunicación (radio, TV, periódicos, etc.), así como para docentes, políticos y demás formadores de opinión. Saber qué términos son más convenientes para una comunicación resiliente, cómo utilizar las imágenes (la repetición de imágenes puede llevar a la retraumatización), cómo informar correctamente, qué preguntas y comentarios son más favorecedoras en un contexto traumatogénico, entre otras cuestiones.

Un manejo desfavorable puede llevar a empeorar el estrés y perjudicar la resiliencia social e individual.

“Podría empezar una nueva vida, expliqué, si naciera de nuevo, o si alguna enfermedad acabara con mi mente, haciéndome olvidar todo por completo...”. Así expresa el deseo de olvidar lo vivido el protagonista del libro *Sin destino*, del escritor Imre Kertész, premio Nobel de Literatura y sobreviviente de campos de concentración nazi.

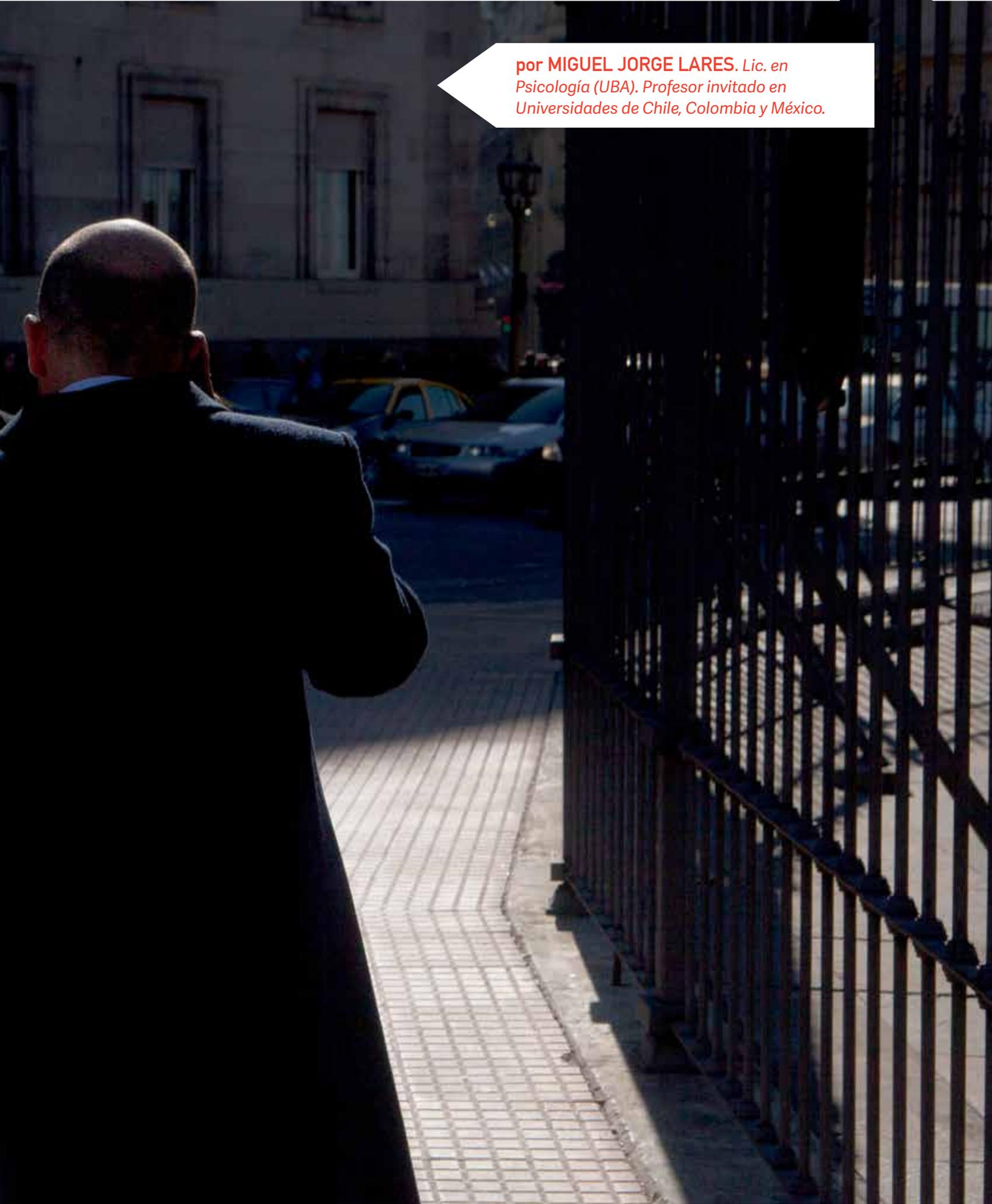
No se puede olvidar una situación traumatogénica vivida, y no se trata de olvidarla: nuestro rol como profesionales de la salud es ayudar a cómo recordar. Ayudar a que se pueda transformar la herida psíquica en una cicatriz indolora. Y aunque algunas reacciones puedan reaparecer o acompañar toda la vida, que ese evento crítico pueda ser recordado como una parte de la propia biografía, que pueda evocarse sin ser constantemente revivido. Las intervenciones tienen como objetivo mejorar el bienestar y la calidad de vida: ayudar a disminuir las reacciones psicofísicas, recuperar la confianza, la autonomía y el significado de la vida.



EL AUTOR DESCRIBE CIERTAS
CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS SEGÚN
LA PERSPECTIVA DEL PSICOANÁLISIS Y LAS
VINCULA CON EL POSICIONAMIENTO QUE HA
TOMADO EL SABER CIENTÍFICO.

PSICOANÁLISIS Y MEDICINA

por **MIGUEL JORGE LARES**. *Lic. en Psicología (UBA). Profesor invitado en Universidades de Chile, Colombia y México.*



H

ay tres profesiones imposibles: gobernar, educar y analizar.

Gracias a que se ocupa de lo que no anda, el psicoanálisis es una profesión aún más imposible que las otras. El psicoanálisis se ocupa muy especialmente de lo que no anda. La diferencia entre lo que anda y lo que no anda es que la primera cosa es el mundo. El mundo indudablemente gira, en su función de mundo, anda. Y solo los imbéciles creen estar en el mundo. Para las personas no hay un mundo que sea uno y el mismo. Más bien cada individuo está en su propio y significativo entorno, del cual, a duras penas, a veces se anoticia.

Para cada persona hay tres fuentes de sufrimiento: el propio cuerpo, la naturaleza y los otros. Tres dimensiones que representan tanto un enigma como lugares hasta cierto punto inaccesibles. ¿Qué abordaje posible tenemos en ese cuerpo que habitamos y que nada tiene de natural? Un cuerpo que se constituye en un país foráneo, que es el del lenguaje de aquellos que primordialmente nos han asistido.

En rigor, vivimos en estado de exilio. Exiliados de nuestro propio cuerpo, de la naturaleza y de los otros.

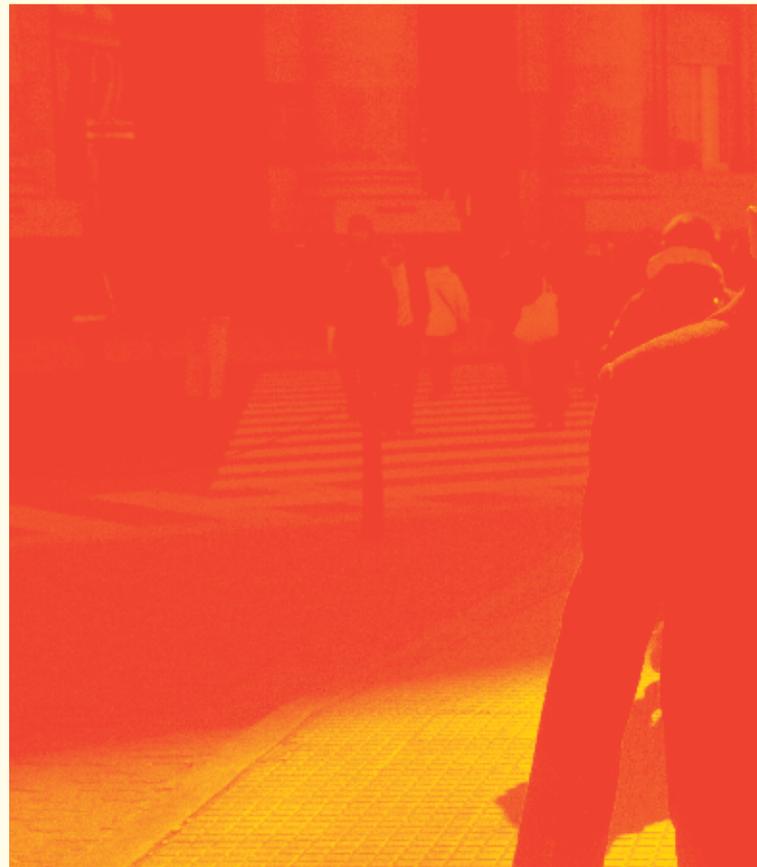
Es en ese mismo sentido que se hace patente la imposibilidad de estar en un mundo. Solo estamos en ese mundo que es el de cada quien, que es una patria en la cual siempre somos extranjeros y sobre el cual, vuelta a vuelta, experimentamos una discordancia radical.

Quienes se dedican al psicoanálisis se ocupan justamente de esa radical discordancia. Eso es con lo que los analistas se enfrentan en el consultorio y contrariamente a lo que muchos creen, los analistas se enfrentan mucho más que los científicos a lo que no anda. Los analistas solo se ocupan de eso, por lo tanto están más forzados a padecerlo y a poner el lomo. Para esto hace falta que estén fuertemente acorazados contra la angustia.

¿Qué es lo que está en la base de aquello que, para cada quien, no anda? El lenguaje y los efectos que el lenguaje genera para los seres hablantes, lo cual hace que las personas porten un saber, que no es tanto el que se acumula en las bibliotecas como aquel llamado inconsciente y que es totalmente inadecuado para la supervivencia humana.

Ese saber es tan inadaptado que incluso los animales arrancados de su mundo e insertados en el artificio humano también lo padecen.

Son los animales domésticos, “enfermos de personas”, desarreglados por esa radical alteración. Animales que presentan el instinto perturbado por su contacto con los seres hablantes. Como si el saber inconsciente de los hablantes deteriorara gravemente el saber del instinto animal. Un instinto que en su estado salvaje, en su propio entorno, es infinitamente más adecuado que el humano. A fines del siglo XIX brilló un famoso entomólogo y poeta, lla-



mado Jean-Henri Fabre. Se lo conoció justamente como “el poeta del microscopio”.

Fabre escribió una serie de textos conocida como *Souvenirs Entomologiques*, obra en nueve volúmenes publicada entre 1880 y 1905 que por el gran valor literario de sus descripciones fascinó a toda una generación de intelectuales y artistas tales como Luis Buñuel, Salvador Dalí y Jacques Lacan.

Fabre demuestra en *Souvenirs...* cómo una garrapata, una araña o un escarabajo se orientan por un saber muy preciso que les permite la supervivencia.

Un saber de bichos que en modo alguno podría resultar explicativo transportarlo al ser humano. Aun cuando la ciencia y el capitalismo en sus respectivos programas parecen proponerlo, manifiestamente no hay ningún saber instintivo en lo humano, más bien lo que constatamos es que las personas no ven más lejos que la punta de su nariz. Al contrario que en los insectos, al sujeto parlante, respecto de cualquier saber animal, el lenguaje le cava un agujero. Agujereamiento que no tiene retorno.



Lo que agujerea toma la forma de una demanda que parte de la voz del sufriente. La voz de quien sufre por su cuerpo o por sus pensamientos y que solicita sanación.

Para esa demanda de cura que parte de la voz del sufriente siempre ha habido una respuesta. Incluso antes que Freud descubriera el inconsciente y revelara que el yo no es dueño en su propia casa, existía la medicina antigua, que si siempre dio en el blanco fue por las palabras. El personaje del médico, desde los orígenes, había mantenido una gran constancia en sus atributos.

En la práctica de la antigua medicina había un acompañamiento doctrinario y no científico, e incluso cuando la doctrina invocase a la ciencia, eso no volvía más científica la doctrina médica.

En este sentido, hasta la mitad del siglo XX, las doctrinas científicas invocadas en la medicina eran la recuperación de alguna adquisición científica, pero con un retraso no menor de veinte años. Si uno considerara la historia de la medicina a través de las épocas, el gran médico era una persona de prestigio y autoridad.

Y esto funcionó así hasta que la medicina entra en su fase científica.

En lo sucesivo, surge entonces un mundo que exige condicionamientos necesarios en la vida de todos, en tanto la presencia de la ciencia incluye a todos en sus efectos.

El médico moderno comienza a enfrentarse con problemas nuevos y esto en la medida que se le empieza a exigir que sirva no tanto a la demanda de los pacientes como a las condiciones de un mundo científico.

Al estar dotado de inesperados poderes de investigación y de búsqueda, el médico pierde prestigio y autoridad, esos baluartes de la medicina antigua y doctrinaria. El médico pasa a ser uno más en los equipos de científicos, diversamente especializados dentro de las diferentes ramas de la ciencia.

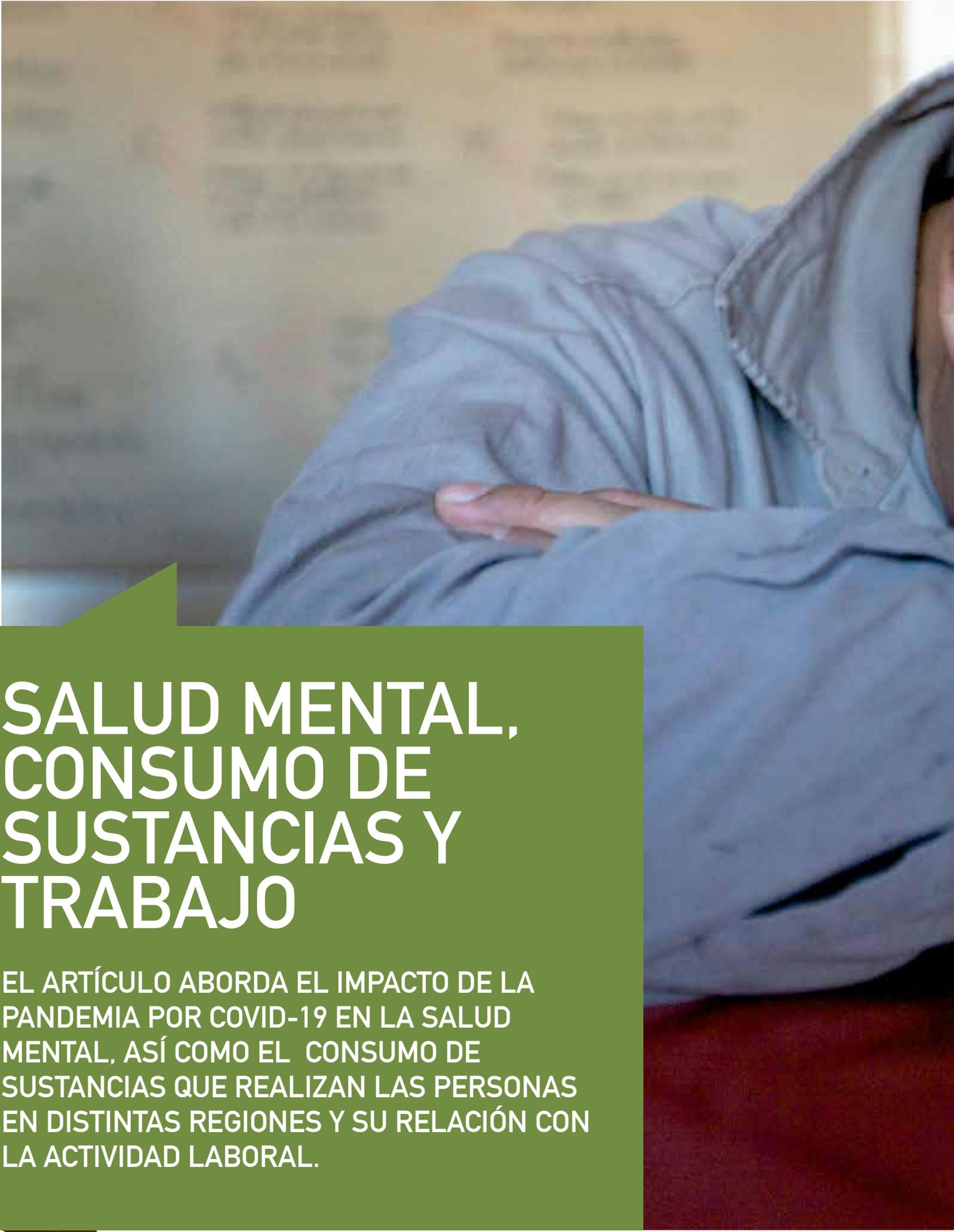
A la medicina, desde un campo exterior a su función, principalmente desde la organización industrial, se le proporcionan los medios y al mismo tiempo las preguntas para introducir medidas de control cuantitativo, gráficos, escalas, datos estadísticos que se ponen al servicio de esa alianza matrimonial que se ha constituido entre la ciencia y la economía de mercado.

Hemos tenido la oportunidad de escuchar de primera mano, a través del relato de una médica psiquiatra argentina acerca de su experiencia en un centro de salud de Boston. Nos comentaba sobre un requerimiento mensual para los profesionales respecto de tener que dar cuenta frente a un auditor contable sobre la diferencia entre ingresos y egresos. En esa misma auditoría se le hace saber al profesional el costo que implica para el centro de salud las horas de su práctica y la correspondencia o no con los ingresos económicos que genera su desempeño.

El mundo científico vuelca en manos de la medicina un número infinito de productos o agentes terapéuticos nuevos, químicos o biológicos, solicitándole al médico, cual si fuera un distribuidor, que los ponga a prueba con sus pacientes.

De la mano de ese poder de la ciencia que se ha generalizado y que es también un poder que las personas toman para ir a pedir salud, el registro de la relación médica con la salud se modifica. En ese contexto, la voz del sufriente, en su particularidad, queda omitida, silenciada, devaluada. La dimensión de la demanda de las personas tiende a quedar soslayada. Lo cual es un problema no solo para el paciente, sino sobre todo para la medicina, porque es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo donde está la única posibilidad de supervivencia de la posición propiamente médica.

Así como Freud inventó la teoría del fascismo antes que este apareciese, del mismo modo treinta años antes inventó lo que debía responder a la subversión de la posición del médico por el ascenso de la ciencia. A saber, el psicoanálisis como praxis.



SALUD MENTAL, CONSUMO DE SUSTANCIAS Y TRABAJO

EL ARTÍCULO ABORDA EL IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA SALUD MENTAL, ASÍ COMO EL CONSUMO DE SUSTANCIAS QUE REALIZAN LAS PERSONAS EN DISTINTAS REGIONES Y SU RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD LABORAL.



por **JAVIER NAVEROS**. Médico especialista en Psiquiatría. Magíster en Neurociencias, con formación de posgrado en terapia sistémico-relacional. Director general de ADSUM Salud Mental y Adicciones. Miembro fundador y presidente de la Asociación Argentina de Promoción de la Salud.

Desde principios del 2000 se vislumbraba un crecimiento en la afectación de la salud mental de las personas. En 2001 el Reporte Mundial de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicaba que trastornos mentales, muchos de ellos de larga duración e incluso crónicos, eran el componente individual de mayor costo en salud.

Evolución en los últimos años de la situación de la salud mental y consumo de sustancias

Previo a recibir el impacto psicosocial de la pandemia, el escenario global ya era desafiante en lo que a salud mental y consumo de sustancias se refiere. Desde principios del 2000 se vislumbraba un crecimiento en la afectación de la salud mental de las personas. En 2001 el Reporte Mundial de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indicaba que trastornos mentales, muchos de ellos de larga duración e incluso crónicos, eran el componente individual de mayor costo en salud: 1 de cada 4 personas desarrollará uno o más de estos trastornos en el transcurso de su vida y 5 de cada 10 de las causas principales de discapacidad y muerte prematura a nivel mundial se deben a condiciones de salud mental.

En 2010 el costo global de los trastornos mentales fue de U\$S2,5 trillones, proyectando un incremento a U\$S6 trillones para 2030. La depresión costaba más que las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes combinados.

En Davos, en 2014, el Foro Económico Mundial destacaba la importancia del impacto de la salud mental en la salud integral instalando el lema: No hay salud sin salud mental. Luego en 2018 señalaron que los trastornos de salud mental estaban aumentando en todos los países del mundo y podrían costarle a la economía global hasta 16 billones de dólares entre 2010 y 2030 si no se abordaba la falla colectiva en la respuesta a esta problemática.

Las proyecciones de la OMS estimaban para 2020, sin considerar los efectos de la pandemia, que las condiciones de salud mental serían responsables del 15% de las discapacidades a nivel mundial, y la depresión unipolar por sí sola sería responsable del 5,7% de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALYs) y que el 50% de las causas principales de discapacidad y muerte prematura a nivel mundial se deberían a condiciones de salud mental, incluyendo la depresión, el consumo de alcohol, la esquizofrenia y los trastornos compulsivos.

Para el 2030 estimaba, sin considerar el impacto de la pandemia como un estresor global, que la depresión sería la segunda causa de incapacidad en el mundo. A llegar el 2020 publicó en su informe anual que 1.000M de personas tienen un trastorno mental. Señalan a la depresión como una de las principales causas de enfermedad y discapacidad.

Según un estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina, realizado en el marco de

la Encuesta Mundial de Salud Mental (World Mental Health Survey Initiative OMS/Harvard), publicado a fines de 2018, se evidenció un aumento de los problemas de salud mental en la población del país. La proporción de mayores de 18 años de la población general que en algún momento de su vida ha experimentado cualquier trastorno mental fue de 29,1%. Mientras que a nivel global se planteaba en el año 2000 que 1 de cada 4 personas padecía un trastorno de salud mental, en la Argentina encontrábamos en 2018 que la proporción era 1 de cada 3 personas.

Los trastornos mentales representan no solo una inmensa carga psicológica, social y económica a la sociedad, sino que también aumentan el riesgo de las enfermedades físicas, no solo por una relación estadística, sino por factores etiológicos y fisiopatológicos interdependientes. Los trastornos mentales y neurológicos son responsables del 13% del total de los DALYs que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo. Los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, los déficits de memoria, las problemáticas interpersonales, las dependencias a sustancias o a actividades en perjuicio de la salud y otros hábitos de vida no saludables, entre otros, son demandas asistenciales crecientes, únicas o asociadas.

La problemática de salud relacionada con el consumo de sustancias viene en aumento. En 2020, al presentar su informe global con datos de 2018, la UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) señala que el consumo global aumenta a pesar de que el Covid-19 tiene un impacto de gran alcance en los mercados mundiales de drogas. Con una población mundial de 7.292M, informan que el cannabis fue la sustancia más utilizada en todo el mundo durante el 2018, con un estimado de 192M de personas consumidoras. Los opioides, sin embargo, siguen siendo las drogas más perjudiciales con 58M de consumidores, ya que, durante la última década, el total de muertes relacionadas con su consumo aumentó un 71%. Informan 27M de consumidores de metanfetaminas y estimulantes, 21M de consumidores de éxtasis y 19M de consumidores de cocaína. El consumo de drogas aumentó mucho más rápidamente entre los países en desarrollo durante el período 2000-2018 que en los países desarrollados. Las personas adolescentes y adultas jóvenes representan la mayor parte de quienes consumen drogas, mientras que las y los jóvenes son también los más vulnerables a los efectos de las drogas porque son quienes más consumen y sus cerebros están todavía en desarrollo. Si bien sigue siendo difícil evaluar el im-

pacto que han tenido las leyes que han legalizado el cannabis en algunas jurisdicciones, es de resaltar que su consumo ha aumentado en todos estos lugares tras la legalización. El cannabis sigue siendo la principal droga que pone en contacto a las personas con el sistema de justicia penal, pues está vinculado con más de la mitad de los delitos relacionados con drogas, de acuerdo con datos de 69 países que abarcan el período entre 2014 y 2018.

Las personas con desventajas socioeconómicas corren un mayor riesgo de sufrir trastornos por el uso de drogas. La pobreza, la educación limitada y la marginación social siguen siendo factores importantes que aumentan el riesgo de trastornos por el consumo de drogas, y los grupos marginados y en situación de vulnerabilidad también pueden enfrentar obstáculos para obtener servicios de tratamiento debido a la discriminación y el estigma.

En el informe publicado en junio de 2022, haciendo referencia a 2020, UNODC reporta, con una población mundial de 7.753M de personas, que 284M de personas de 15 a 64 años usaron drogas en todo el mundo ese año, evidenciando un aumento del 26% respecto de la década anterior. Los jóvenes están usando más drogas, con niveles de uso hoy en día en muchos países más altos que la generación anterior.

En nuestro país en 2006, la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación (Sedronar) publica los resultados de la Encuesta Nacional en Población General del Observatorio Argentino de Drogas, sobre consumo de sustancias psicoactivas en población nacional de 12 a 65 años. A continuación, los resultados de personas con consumo de sustancias psicoactivas en el último año: tabaco 34,7%, alcohol 62,9%, marihuana 6,9%, cocaína 2,6%. El consumo detectado de pasta base-paco, éxtasis, inhalantes y estimulantes sin prescripción médica (PM), menos del 1% para cada uno; los tranquilizantes sin PM 1,2 por ciento.

El Observatorio Argentino de Drogas estudió el impacto económico y señaló que el costo total atribuible al consumo de drogas en la Argentina para el año 2006 fue estimado en 9.685 AR\$M, lo que corresponde a cerca de \$267 per cápita considerando a la población total en 36.260.130 personas según censo 2001. La magnitud relativa del problema representa un 2,93% del PBI. En 2016 el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) de la Universidad Católica Argentina (UCA) publica un estudio donde señala que en el conurbano bonaerense, en asentamientos informales, identificaron entre jóvenes de entre 17 y 25 años

mayor incidencia de alcohol y de drogas (2,9% y 2,5%, respectivamente, comparado con CABA y otras áreas metropolitanas. Solo en cuanto a alcohol el resto urbano del interior presenta mayor incidencia) y mayor incidencia de adicciones severas 4% (comparado con la Ciudad de Autónoma Buenos Aires y resto del país). El 11,3% presenta consumo problemático de alcohol (de los que consumieron el último mes). El 43,7% probó alguna vez (36% presenta consumo intensivo –diariamente o varias veces por semana–). Evidenció un 32,7% de consumidores de marihuana, un 8% de consumidores de cocaína, un 3,3% de consumidores de pasta base o paco y un 2,7% de consumidores de otras sustancias. 6 de cada 10 conocen de algún lugar de recuperación. Solo el 7% de quienes consumen participaron alguna vez en tratamientos de recuperación. 7 de cada 10 no tienen cobertura de salud. La encuesta de hogares urbanos informa que 3,4% padecen adicciones severas de las cuales el 2,5% es el alcohol la sustancia con mayor presencia y el 1,9% restante consume drogas ilegales.

El último estudio en nuestro país fue realizado por el ODSA de la UCA y muestra la frecuencia de consumo en población de 18 a 29 años entre 2019 y 2020 durante el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO). La frecuencia de consumo ocasional (consumo de alcohol al menos alguna vez al año hasta una vez por semana) y frecuente (consumo de alcohol dos veces por semana o más) en jóvenes disminuye 51,0 (40%) durante el primer tiempo del ASPO, sin embargo, en el tercer trimestre del 2020, la frecuencia de consumo de alcohol ocasional supera los valores del tercer trimestre del 2019.

El alcohol y otras drogas, tanto lícitas como ilícitas, suelen estar involucrados y predisponer a accidentes, tanto viales como en el hogar o en el trabajo. Pueden estar relacionados con la violencia y con situaciones de inseguridad. El riesgo del accidente no solo afecta al adicto o alcohólico, sino también a sus compañeros de trabajo, al empleador, al sistema de seguros, a la cobertura de salud, a la familia y a la comunidad.

Después del Covid

A fines de 2021 la OMS informa un incremento del 36% en las dificultades para dormir, de un 32% en las dificultades para comer, un aumento de los problemas relacionados con el consumo de sustancias de un 12% y un empeoramiento de las condiciones crónicas de un 12%. En el primer año de la pandemia de Covid-19, la prevalencia global de ansiedad y depresión aumentó en un 25%, según un informe científico publicado por la OMS en marzo de 2022. Una de las principales explicaciones del aumento es el estrés sin precedentes causado por el aislamiento social durante la pandemia. Vinculado a esto estaban las limitaciones en la capacidad de las personas para trabajar, buscar el apoyo de sus seres queridos y participar en sus comunidades. La soledad, el miedo a la infección, el sufrimiento y la muerte de uno mismo y de los seres queridos, el dolor después del duelo y las preocupaciones financieras también se han citado como factores estresantes que conducen a la ansiedad y la depresión. Entre los trabajadores de la salud, el agotamiento ha sido un desencadenante importante de trastornos de salud mental.

La pandemia ha afectado la salud mental de jóvenes y que corren un riesgo desproporcionado de comportamientos suicidas y autolesivos. También indica que las mujeres se han visto más afectadas que los hombres y que las personas con condiciones de salud física preexistentes, como asma, cáncer y enfermedades cardíacas, tenían más probabilidades de desarrollar síntomas de trastornos mentales.

A fines de 2021, la situación había mejorado un poco, pero hoy en día demasiadas personas siguen sin poder obtener la atención y el apoyo que necesitan para las afecciones de salud mental preexistentes y las nuevas. Al no poder acceder a la atención presencial, muchas personas han buscado apoyo en línea, lo que indica una necesidad urgente de hacer que las herramientas digitales confiables y efectivas estén disponibles y sean fácilmente accesibles. Sin embargo, desarrollar e implementar intervenciones digitales sigue siendo un desafío importante.



Salud mental en el trabajo

El impacto del trabajo en la salud mental es innegable al igual que el de la salud mental en el trabajo.

En un nivel básico, en el contexto laboral, tener un bienestar general próspero y buenas experiencias a lo largo del día comienza con obtener los conceptos básicos del compromiso de los empleados correctamente: el bienestar profesional. El bienestar es multidimensional e incluye elementos sociales, financieros, comunitarios y físicos. Las organizaciones pueden apoyar el bienestar general de los empleados a medida que ajustan sus políticas, lugares de trabajo, incentivos, reconocimiento y programas de desarrollo acordes a los desafíos crecientes sobre el futuro del trabajo.

Los programas de promoción de la salud reúnen recursos fundamentales para reducir factores de riesgo y para proponer factores de protección para la salud. Además, involucran dispositivos de detección precoz de riesgos y patologías, lo que posibilita el manejo temprano de alertas y su resolución o manejo reduciendo así al máximo las consecuencias negativas de las mismas.

En 2010 la OMS lanzaba sus lineamientos de lugares de trabajo saludable en el cual señalaba la importancia de considerar el entorno psicosocial de trabajo. Este modelo es la base hoy de la certificación nacional en calidad de programas de promoción de la salud en el trabajo de la Asociación Argentina de Promoción de la Salud (AAPSALUD) y de organismos de certificación y acreditación internacional como el Centro Global de Lugares de Trabajo Saludable (GCHW).

Desde 2013, año en que Canadá comienza a implementar su estándar de salud y seguridad psicológica en el lugar de trabajo, han ido incorporándose diferentes normativas y recomendaciones para gestionar los factores psicosociales en el trabajo y proteger así la salud mental de los trabajadores, seguidas en otros países. En la Argentina aún no tenemos estándares recomendados ni requerimiento legal específico, aunque la legislación contempla la identificación, eliminación y remediación de todos los

riesgos para el trabajador en el contexto laboral y por lo menos una resolución los nombra de forma específica.

Muchos empleadores implementan sistemas de gestión. La Organización Internacional de Estandarización (ISO por sus siglas en inglés) normaliza procesos de las organizaciones. La norma ISO 45001 se trata de la primera norma internacional que aborda la seguridad y salud en el trabajo (SST). Ofrece un marco claro y único a todas las organizaciones que deseen mejorar su desempeño en materia de SST. Se dirige a los máximos responsables de las organizaciones y pretende crear un lugar de trabajo seguro y saludable para los empleados y para cualquier persona que acceda a las organizaciones. Para lograrlo, es crucial controlar todos los factores que puedan dar lugar a enfermedades, lesiones y, en casos extremos, la muerte, mitigando para ello los efectos adversos en el estado físico, mental y cognitivo de las personas. Dentro de la suite 45000 encontramos la ISO 45003 de 2021, la cual proporciona orientación sobre la gestión de los riesgos psicosociales y la promoción del bienestar en el trabajo. La misma comprende requisitos y brinda orientación sobre la planificación, implementación, revisión, evaluación y mejora específica de la gestión de riesgos psicosociales en el sistema de gestión de la SST.

Byung-Chul Han señala que vivimos tiempos en los que el exceso de productividad nos está conduciendo a una sociedad llena de individuos agotados, frustrados y deprimidos. No necesitamos el “opresor externo” sino que ya están presentes en la cultura actual las prácticas que definen una modalidad en la que el “modo de ser un buen trabajador” emerge y eso sucede confundiendo performance y productividad con esfuerzo, fatiga y agotamiento. La sociedad de la fatiga o del *burnout*. La nueva edición de 2019 del Clasificador Internacional de Enfermedades (CIE-11 o ICD-11 por sus siglas en inglés) de la OMS da cuenta de esto clasificando el *burnout* y definiéndolo como el resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido manejado con éxito. Caracterizado por tres dimensiones: sentimientos de agotamiento de energía o cansancio, mayor distancia mental del trabajo o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados al trabajo, eficiencia profesional reducida y falta de realización. Desarrollar una cultura de salud y seguridad psicológica en el lugar de trabajo procura constituir ámbito que protege el bienestar psicológico preservando la salud mental de daños negligentes, imprudentes e involuntarios. El programa de gestión integral de factores psicosociales en el trabajo debe estar inscripto dentro del plan de promoción de la salud de la compañía y estar sistemáticamente articulado con el plan de salud, seguridad ocupacional y ergonomía de la organización. Asimismo, el trabajo integrado con las áreas de recursos humanos, el liderazgo, los representantes de los trabajadores, entre otros, es fundamental. Los ejes de la gestión integral de factores psicosociales en el trabajo recomendados por la Universidad Simon Fraser en Canadá, Centro de Investigación Aplicada en Salud Mental y Adicciones (CARMHA) en 2018 fueron los siguientes: cultura organizacional, soporte psi-

cológico y social, claridad de expectativas del liderazgo, civilidad y respeto, demandas psicológicas, crecimiento y desarrollo, reconocimiento y recompensa, involucramiento e influencia, gestión de la carga de trabajo, compromiso, balance, protección psicológica y protección de la salud y la seguridad física.

La salud y la seguridad psicológica se basa en la gestión adecuada de los factores psicosociales, así como también en prevenir y abordar los problemas complejos en el lugar de trabajo. A continuación, los más relevantes:

Estrés laboral: partiendo de la interacción entre el trabajador y (la exposición a los riesgos en) su entorno laboral, el estrés relacionado con el trabajo se experimenta cuando las demandas (exigencias) del medio ambiente de trabajo exceden la capacidad de los empleados para hacerles frente (o controlarlas). Se trata de un conjunto de procesos psicológicos, que incluyen mecanismos emocionales (sentimientos de ansiedad, depresión, inseguridad, apatía), cognitivos (restricciones en la percepción, concentración, creatividad y en toma de decisiones), fisiológicos (mecanismos neuroinmunoendócrinos) y conductuales (abuso de sustancias, violencia, etc.), que surgen como reacción a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, la organización o las interacciones en el trabajo.

Incidentes críticos: implementar protocolos de intervención ante la ocurrencia de incidentes críticos es fundamental para prevenir los efectos diferidos del estrés agudo (ej., estrés postraumático) tanto en aquellos directamente afectados por el mismo como a los que han sido afectados de forma indirecta.

Violencia laboral: prevenir y abordar la violencia y el acoso y, en la medida de lo posible, mitigar el impacto de la violencia doméstica en el mundo del trabajo, así como también los factores que aumentan las probabilidades de violencia y acoso, incluyendo los peligros y riesgos psicosociales, es el foco del Convenio 190 y la Resolución 206 de la Organización Internacional del Trabajo de 2019. La Argentina puso en vigencia el mismo en febrero de 2022.

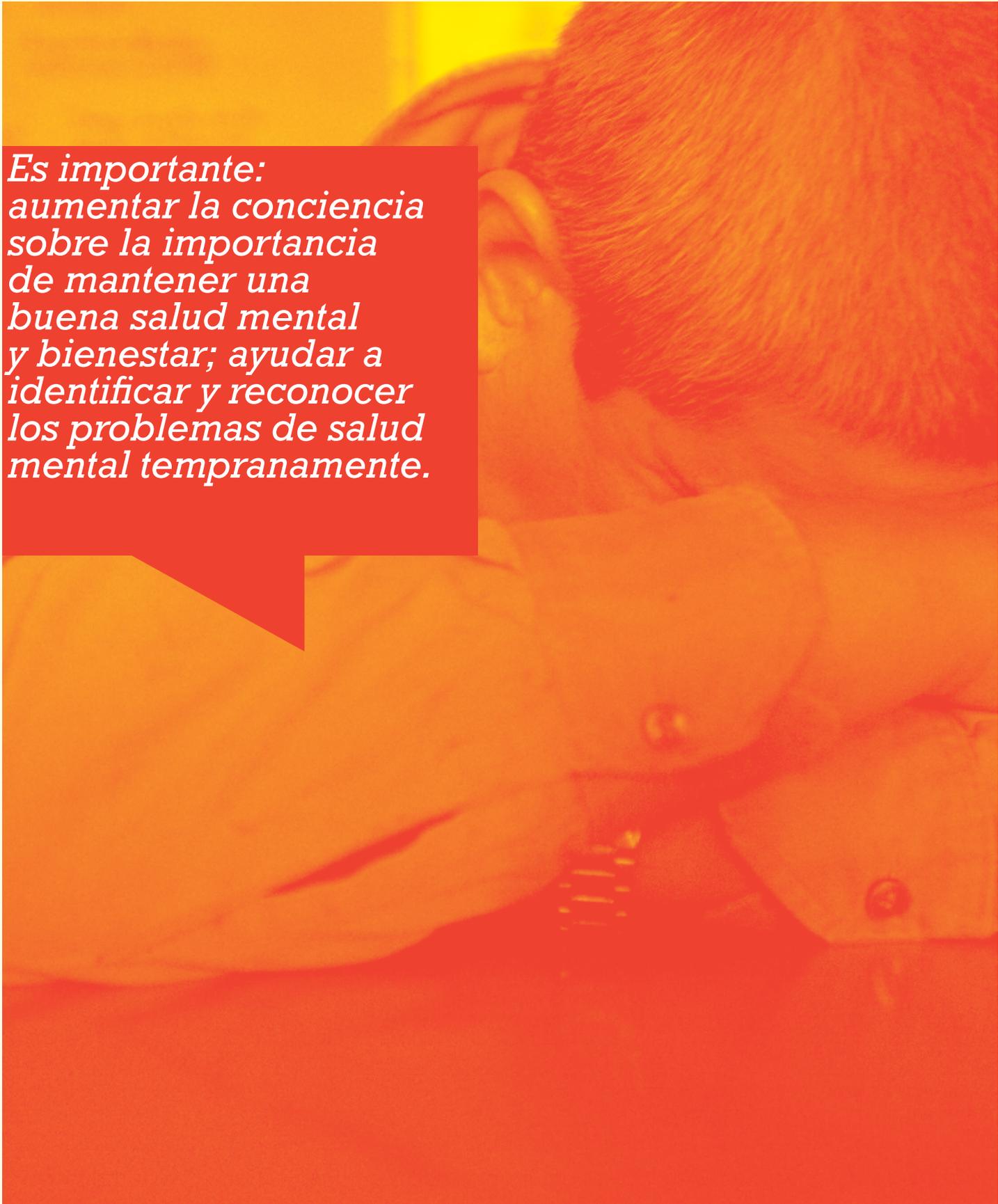
Consumo de alcohol y drogas: es fundamental invertir en la prevención y el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de alcohol y/o drogas en el trabajo. Las personas intoxicadas sufren más accidentes laborales que el resto de los trabajadores y aumentan el índice de frecuencia y el índice de gravedad. Otros beneficios incluyen la reducción de los conflictos interpersonales, de los accidentes relacionados con intoxicaciones, tanto viales, domésticos como en el trabajo, incluyendo muertes y sobredosis.

Neuroseguridad: implementar formas de evaluación, protección y entrenamiento de las funciones ejecutivas (atención, memoria, distractibilidad, planificación, etc.) involucradas en el hacer cotidiano del trabajador y especialmente en tareas críticas para la salud y la seguridad en el trabajo.

En nuestro país no encontramos dentro del baremo de enfermedades profesionales listadas ninguna enfermedad relacionada con la afectación de la salud mental de los trabajadores por un agente de tipo psicosocial. Este año comenzamos a encontrar jurisprudencia que ubica el estrés y el *burnout* como enfermedad profesional, por lo cual los empleadores deben demostrar que han realizado acciones de prevención en ese terreno y en algunos casos plantean la responsabilidad de las aseguradoras de riesgos del trabajo y de los empleadores por dichas afectaciones.

Muchas personas van a trabajar cuando no están bien. El presentismo se refiere a la pérdida de productividad que ocurre cuando los empleados no están funcionando plenamente en el lugar de trabajo debido a una enfermedad, lesión u otra condición. Aunque el empleado pueda estar físicamente en el trabajo, es posible que no pueda realizar plenamente sus funciones y es más probable que cometa errores en el trabajo. Aunque no se rastrea como el ausentismo, se ha estimado que los costos del presentismo son mayores en términos reales, ya que los empleados que sufren de condiciones a largo plazo ven caídas persistentes en la productividad. Es común en la mayoría de los lugares de trabajo, aunque es un tema del que no se habla con frecuencia. Es importante: aumentar la conciencia sobre la importancia de mantener una buena salud mental y bienestar; ayudar a identificar y reconocer los problemas de salud mental tempranamente, así como también los apoyos disponibles; reducir el estigma asociado con desafíos de salud mental para acompañar y ayudar a los colegas a sentirse seguros, buscar ayuda y poder plantear cualquier problema de salud mental abiertamente; alentar a la gente para priorizar su propia salud mental y la de sus colegas, así como también sentirse empoderados para tomar medidas para abordar cualquier problema y prevenir el agotamiento; y promover el bienestar emocional estimulando prácticas para que todos los colaboradores mejoren la salud física y mental.

Todo esto permitirá desarrollar desde el trabajo recursos de protección y resiliencia individuales, de equipo, de la organización y que esto genere impacto positivo en las familias y en la comunidad, promocionando la salud mental.



*Es importante:
aumentar la conciencia
sobre la importancia
de mantener una
buena salud mental
y bienestar; ayudar a
identificar y reconocer
los problemas de salud
mental tempranamente.*

<https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar>