



Emiliano Galende

Desde hace ya unos años se ha incorporado y aceptado que la prestación de cuidados de salud mental, y su tratamiento, sean prestados por un equipo de salud mental que representa a diferentes disciplinas. En la Ley de Salud Mental 26.657 esto se prescribe de modo explícito. Es decir: ya contamos con una legitimación e incumbencia legal, y también con una experiencia práctica en la formación de estos equipos en nuestro país, aun cuando al momento su presencia solo exista en algunos servicios de salud mental, especialmente aquellos de atención primaria y servicios de psicopatología y psiquiatría en hospitales generales, pero no son aun dominantes en la red de hospitales psiquiátricos y colonias. En este texto quiero hacer visible los aspectos epistemológicos y su funcionamiento en las prácticas de atención.

En diferentes disciplinas del conocimiento racional y científico ha tomado un fuerte impulso la epistemología de la complejidad. Cuando un fenómeno, natural, social, antropológico, no logra ser explicado por una causa única y una disciplina, se requiere de un conocimiento complejo que articula un conjunto de determinaciones del objeto de conocimiento y, por lo mismo, requiere de la integración de diferentes saberes y disciplinas, La complejidad del objeto de conocimiento requiere de una complejidad teórica para su conocimiento. No se trata solamente de una cuestión práctica,

sino de un problema epistemológico y del método mismo de conocimiento e investigación.

El sufrimiento mental humano es un fenómeno complejo que resulta de determinaciones múltiples: biológicas, psicológicas, sociales, culturales, tal como lo establece la Ley de Salud Mental argentina. Es bajo esta aceptación de la complejidad de su determinación que surgió la necesidad de su comprensión teórica, que requiere de diferentes saberes disciplinarios y su articulación, (más bien de su integración) en el método clínico de la comprensión del padecimiento y en las prácticas de cuidado y atención del sufriente.

Recordemos que hasta mediados del siglo XX las llamadas entonces “enfermedades mentales”, su diagnóstico, clasificación nosográfica y tratamiento, estaban regulados por la ley de Salud dictada bajo la dictadura del General Onganía que restringía estas prácticas a los médicos, asignando la incumbencia de su práctica al psiquiatra como especialista, y nombrando como “auxiliares” del mismo a psicólogos, enfermeros, asistentes sociales, labor terapistas, especialmente para las prácticas de rehabilitación. Esta legislación era entonces dominante en casi todos los países occidentales. Se asignaba la hegemonía del pensamiento a la práctica del médico psiquiatra sobre el texto psicopatológico, es decir, la interpretación de los síntomas que expresaban la “enfermedad” y asignaba al psicólogo el dialogo

psicoterapéutico, al enfermero la administración del medicamento, al asistente social los problemas sociales del paciente, la rehabilitación labor terapeuta, etc.

Esta estructura de división de tareas respondía a una comprensión propia de la medicina: el texto de la enfermedad lo constituyen los síntomas psicopatológicos (incluidos si se observan los síntomas biológicos), diferenciado del contexto familiar, social, cultural, económico, etc., que son justamente el conjunto de aspectos de la vida real del sufriente. Se ignoraba que en el sufrimiento mental no existe tal separación de un texto natural de la enfermedad y un contexto familiar, social, cultural, económico. Ocurre que el texto psicopatológico, los síntomas que lo expresan, y las condiciones sociales, económicas, culturales, constituyen un Único texto del sufrimiento ya que resulta obvio que en el conjunto de la vida real del sujeto estas instancias están integradas. En esto consiste el entendimiento de la complejidad, que no es una suma de factores sino una determinación múltiple integrada.

Ya en el Documento sancionado por la Organización Mundial de la Salud en 1953 con la propuesta de la reforma del modelo de atención basados en los servicios de psiquiatría y especialmente el Hospital Psiquiátrico, hacia un modelo de atención y cuidados de salud mental, se sostiene la necesidad del pasaje de una “medicina mental”

a un modelo “psicosocial” de cuidados y atención.

En este nuevo paradigma surge la necesidad de un saber y una práctica de equipo interdisciplinario, se trata simplemente de reflejar en el conocimiento y en el método terapéutico la complejidad contenida en el sufrimiento del paciente. Este giro en el campo del sufrimiento mental y su abordaje terapéutico requiere de un examen más riguroso desde la perspectiva epistemológica y el método a desarrollar en las prácticas de cuidado. Como ya señalé en una editorial anterior, Salud Mental no es una disciplina, puede ser epistemológicamente entendida desde una transdisciplina y constituye un campo social específico (P. Bordieu). Cabe entonces poner en claro esta relación de la medicina con el conocimiento y las prácticas en salud mental

La medicina, que incluye a la psiquiatría como una de sus especialidades, ha sido desde siempre considerada como “el arte de curar”, más allá de los actuales y enormes apoyos de las ciencias biológicas, la genética, a física (especialmente en los diagnósticos), la energía nuclear, la matemática, y otras disciplinas. Claude Bernard en finales del siglo XIX fijó la definición de una “medicina basada en la evidencia”, para hacer una medicina racional que pueda incluirse en las ciencias naturales y basar su método objetivo de conocimiento. Este fue, y es aun, el éxito del método positivista en el conocimiento y práctica de la medicina. Los

fenómenos, en este caso los síntomas de la enfermedad, al igual que otros fenómenos de la naturaleza, deben explicarse por sus causas, esta es su exigencia epistemológica. La etiopatogenia es la base racional de la medicina, ya que la etiología de los síntomas son los que explican la patogenia, la génesis de la enfermedad. Esto tiene dos aspectos: dado que el cuerpo biológico de todas las personas que integran la especie humana presentan una identidad biológica, las normas que regulan su funcionamiento, la fisiología del conjunto de los órganos que conforman el cuerpo son internas al mismo, tienen carácter de ser universales, es decir, valen para todos los cuerpos humanos. Igualmente es posible afirmar que la verdad de la explicación causal de la enfermedad tiene también valor universal. Esta identidad biológica es la que nos permite diseñar protocolos de atención, diagnóstica y tratamiento, que tienen validez universal, pueden aplicarse a individuos de diferentes sociedades y culturas. Podemos agregar: biológicamente existe un sujeto normal, aquel cuya vida y funcionamiento responden a las normas biológicas (de allí alguien sentencio que la salud es el silencio de los órganos que forman el cuerpo, el cumplimiento de las normas de los mecanismos biológicos).

Esta epistemología positivista y este método de conocimiento causal no pueden aplicarse respecto a la salud mental y el sufrimiento psíquico. Los métodos

de la medicina no son abarcativos de la complejidad del sufrimiento mental. Desde el punto de vista de la subjetividad, los modos de significación, la conducta, la sensibilidad, la capacidad de juzgar y valorar, o siguiendo al sujeto kantiano, las facultades de pensar, sentir y valorar o juzgar, no son universales, no responden a normas universales como los mecanismos biológicos. Como enseño hace tiempo G. Canguilhem, las normas afectan al sujeto desde la sociedad, la cultura y la lengua del mundo que habita. Estas normas sociales y culturales son siempre históricas, locales, en general comunitarias. La historia, la cultura, el territorio, la sociedad, determinan la singularidad de los modos de pensar, la sensibilidad y los juicios de valor de cada sujeto. Aclaremos: las normas existen y regulan los comportamientos prácticos, los modos de significación y valoración en sentido amplio, pero cada sujeto incorpora la sociedad, la cultura, la lengua, en la estructura de su propia historia, familiar, social, comunitaria, cultural, económica, etc.

A diferencia de la identidad que rige la vida biológica, en la existencia real de las personas rige un principio de diferencia, nadie es totalmente idéntico a otro, aun habitando un mismo tiempo, una misma cultura, una semejante sociedad, una misma lengua. Esto hace que no podamos hablar de un sujeto psíquicamente normal, más allá de las semejanzas que

muestre con otros sujetos de su cultura, sociedad y comunidad, siempre estará la singularidad de su historia, de su modo de apropiación social, cultural, económica, comunitaria. Solo podemos hablar de su nivel de adaptación a las normas sociales, a los valores morales, a los significados comunes, a las reglas de comportamiento social, a los modos de vestimenta, etc. Por todo esto, en salud mental estamos obligados al “caso por caso”, es decir, respetar la historia singular de la persona en su existencia real. En resumen: el principio de identidad que rige la vida biológica, lo universal de la explicación causal y su equivalente de verdad que sostienen a la medicina, no rigen en el plano de la subjetividad, donde manda la diferencia, lo singular de cada vida psíquica, las determinaciones complejas de la vida que afectan la felicidad o el sufrimiento psíquico. Por esto la Salud Mental es parte de la Salud, pero no de la medicina en sentido estricto, La Salud como indica la Organización Mundial de la Salud (OMS) es definida como “estado de bienestar físico, mental y social”.

La existencia, siguiendo a Heidegger, pensar y entender al ser, requiere de la consideración singular de toda existencia. El texto psicopatológico de cada sujeto, los síntomas en los que se expresa su malestar, requiere revisar y entender las determinaciones múltiples de su existencia, qué sociedad habita, qué cultura, qué clase social, qué lugar ocupa en el ingreso económico.

Ya K. Jaspers a comienzos del siglo XX, en su valiosa obra *Psicopatología General* (1913) enunciaba que en el sufrimiento mental había que diferenciar dos modos, el de origen y causalidad biológica (demencias, psicosis tóxicas, retrasos mentales, lesiones, etc.), que llama “procesos patológicos”, cuya causa es evidenciable como quería Claude Bernard, de aquellos sufrimientos ligados a la biografía de cada sujeto, las vicisitudes de su vida, los conflictos atravesados, los acontecimientos sufridos, los recursos psíquicos para enfrentarlos.

Por las razones enunciadas entendemos que el equipo interdisciplinario de Salud Mental, más allá que esté integrado por profesionales de diferentes disciplinas, no asume su tarea solo desde su saber disciplinario. No se trata de un médico psiquiatra que hace un diagnóstico psicopatológico, prescribe algún psicofármaco, confirma un diagnóstico diferencial de que se trata de un sufrimiento mental sin causas neurológicas o biológicas; un técnico que realiza un diagnóstico social; un psicólogo que encara una evaluación psicológica o asume un análisis o psicoterapia; un enfermero con entendimiento para el cuidado y seguimiento del paciente, etc. Se trata de saberes disciplinarios, pero también de percepciones, intuiciones por experiencia, capacidad de sintonía afectiva con el paciente, que se conjugan para la comprensión de la situación del sufriente. Cada miembro del equipo problematiza los diferentes puntos

de vista de cada disciplina, los roles posibles de cada uno, las prácticas definidas por la estrategia terapéutica. En este contexto el equipo establece en conjunto un diagnóstico de la situación del paciente, planifica un tratamiento posible, decide en que tarea práctica va a intervenir cada miembro del equipo, no necesariamente ligada a su disciplina. No se trata solamente de una articulación de las disciplinas de origen de cada miembro, se trata de una integración de saberes para una estrategia y una práctica planificada. Está claro que esta integración de saberes y experiencias, tiende a limitar el poder de cada disciplina en diagnosticar y tratar, a favor de construir un saber del equipo que define una estrategia de tratamiento coherente del diagnóstico de situación del paciente que han acordado. El objetivo es que la práctica que realice cada miembro del equipo con el paciente sea a la vez resultado de esta integración previa de saberes ya definida.

Lógicamente, la necesidad de esta atención por un equipo de salud mental es imprescindible en los casos de trastornos mentales severos (psicosis, depresiones mayores, adicciones, neurosis con síntomas graves, etc.), mientras que las neurosis comunes (conflictos actuales, depresiones, trastornos de ansiedad, etc.) pueden ser atendidas individualmente por los miembros del equipo. Esto tiene una razón: sabemos que es en las personas con trastornos severos quienes

con mucha frecuencia el daño social o cultural es dominante en la vida del paciente: además de los síntomas psíquicos actúan el desamparo social, la pobreza, la falta o precariedad de vivienda, la ausencia de familia continente, la migración, y exige que la atención de su sufrimiento incluya recursos sociales, habitacionales, estrategias de inclusión social y laboral, etc. En aquellos países que han avanzado con la reforma en salud mental (y está incluido en nuestra Ley de Salud Mental) los presupuestos de la atención no deben ser solamente del sector Salud, sino que deben comprometer recursos de otras áreas del Estado (trabajo, vivienda, ingreso económico, subsidios, dispositivos de integración social, etc.). Sabemos que la carencia o insuficiencia de estos recursos han llevado a gran número de pacientes a la internación asilar y la cronificación. Sabemos también que los hospitales psiquiátricos públicos que alojan a estos pacientes son sostenidos por los presupuestos del sector Salud cuando en la gran mayoría de los casos se trata de necesidades sociales. Resulta lógico que frente a una política que privilegia un modelo de atención integral en los Servicios del primer nivel y hospitales generales, se acepte que es el área social del Estado quien debe financiar los recursos necesarios para que la persona con sufrimiento psíquico pueda permanecer en la comunidad. Solo la integración de equipos de salud mental para el cuidado y la atención de estas personas

pueden garantizar los recursos necesarios para la recuperación e integración social de estas personas. Así lo prescribe la Ley 26.657 de Salud Mental y es necesario que quienes trabajamos en este campo nos comprometamos con el avance de su cumplimiento.

Emiliano Galende

Noviembre 2021

