

VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2014.

Cambios en las prácticas en salud mental en el marco de un proceso de transformación institucional. Pensando la posición del trabajador.

Wood, Lucía.

Cita:

Wood, Lucía (2014). *Cambios en las prácticas en salud mental en el marco de un proceso de transformación institucional. Pensando la posición del trabajador. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-035/536>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecXM/7zo>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

CAMBIOS EN LAS PRÁCTICAS EN SALUD MENTAL EN EL MARCO DE UN PROCESO DE TRANSFORMACIÓN INSTITUCIONAL. PENSANDO LA POSICIÓN DEL TRABAJADOR

Wood, Lucía

Comisión Nacional Salud Investiga - Ministerio de Salud de la Nación. Argentina

RESUMEN

El presente artículo surge en el marco de una investigación -beca "Carrillo-Oñativía" 2012- cuyo objetivo central fue analizar los cambios en las prácticas de salud mental y discapacidad de los trabajadores de la Colonia Nacional Dr. Montes de Oca a partir del proceso de transformación institucional que se lleva adelante desde 2004, impulsando políticas y prácticas superadoras del modelo asilar orientadas a la rehabilitación psicosocial e inclusión social de las personas. Entendiendo a los trabajadores como actores institucionales y protagonistas directos de la transformación, en tanto son quienes vehiculizan las políticas de gestión llevándolas a la práctica (Spinelli, 2010), esta investigación pretendió visibilizar los elementos que se han modificado a partir de la mencionada reforma, respecto de las concepciones de salud mental y discapacidad intelectual, respecto de las estrategias de intervención, así como de la posición subjetiva de los trabajadores frente a su práctica. En el presente artículo se analizarán en forma particular los cambios en la modalidad de trabajo, entendida esta como componente de las estrategias de intervención; pero fundamentalmente como visibilizadora de la posición subjetiva de los trabajadores respecto del saber, y así su práctica y los otros, considerando a esta última central en la posibilidad de cambio.

Palabras clave

Salud mental, Prácticas, Reforma en salud mental, Interdisciplina

ABSTRACT

MENTAL HEALTH PRACTICES CHANGES UNDER AN INSTITUTIONAL TRANSFORMATION PROCESS. THINKING THE WORKER'S POSITION
This article arises in the context of a research -scholarship "Carrillo-Oñativía" 2012 - whose main objective was to analyze the changes in the practices of mental health and disability workers at the National Dr. Colonia Montes de Oca, from the institutional transformation process which is being developed since 2004, promoting policies and practices superadore asylum model oriented psychosocial rehabilitation and social inclusion of people. Understanding workers as institutional actors and protagonists of the transformation, and those responsible for put in practice management policies (Spinelli, 2010), this research has looked for visualize the elements that have been modified from that reform. The main focus was placed on issues regarding the conceptions of mental health and intellectual disabilities, the intervention strategies and the subjective positions of the workers in front of their practice. Particularly, in this work are analyzed. The changes in the modality of work, considered as a component of intervention strategies; but primarily as evidence of the worker's subjective position regarding knowledge their practice

and the others, considering the latter as driving force for the possibility of change.

Key words

Mental health, Practices, Institutional transformation, Interdisciplinary

El proceso de cambio en salud mental

El presente artículo surge en el marco de una investigación llevada adelante como beca de Perfeccionamiento en Salud Pública "Carrillo-Oñativía" 2012, otorgada por la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación; siendo el objetivo central de la misma analizar los cambios en las prácticas de salud mental y discapacidad de los trabajadores de la Colonia Nacional Dr. Montes de Oca (Luján, provincia de Buenos Aires) a partir del proceso de transformación institucional que se lleva adelante desde 2004.

A lo largo de las últimas décadas se han venido gestando a nivel internacional y nacional en el campo de la salud mental diferentes experiencias que impulsan cambios en la modalidad de atención, proponiendo prácticas superadoras del modelo manicomial. Este es el caso de la Colonia Nacional Dr. Montes de Oca, única institución pública nacional que atiende población con discapacidad intelectual y patologías psiquiátricas, que desde el año 2004 ha comenzado a implementar una política institucional orientada al mejoramiento de la calidad de atención, de la calidad de vida de las personas atendidas, y el respeto por los derechos humanos, proponiendo políticas y prácticas superadoras del modelo asilar orientadas a la rehabilitación psicosocial e inclusión social[i].

Como todo proceso de cambio institucional y social, el de la Colonia Nac. Montes de Oca es un proceso complejo, que implica la implementación de nuevas políticas de gestión y organización[ii], así como el cambio de las prácticas y las concepciones de los propios actores institucionales. Estos últimos cambios son los más complejos y lentos, y los más significativos e importantes para que pueda consolidarse el cambio institucional y social (Spinelli, 2011). Es así que en nuestra investigación ubicamos la importancia de analizar las prácticas de los trabajadores, en tanto permiten identificar los elementos singulares en juego que caracterizan al cambio en cada sujeto.

En el presente artículo analizaremos en particular la modalidad de trabajo, parte de las estrategias de intervención que los trabajadores despliegan, entendida en función de analizar la constitución del equipo de trabajo, la estructuración de las relaciones entre los miembros, la direccionalidad del vínculo entre los trabajadores que lo conforman, cómo se desarrolla el proceso de construcción de las estrategias, y el lugar que ocupa y el uso que se hace de los diversos dispositivos y sectores intra e inter-institucionales (Stolkiner,

2005; Elichiry, 1987).

Diversos autores (Palacios & Bariffi, 2007; Saraceno, 2003) sostienen la importancia de la búsqueda de mayor autonomía para las personas atendidas, pero a su vez nos advierten de la necesidad de revisar los modos de organización y gestión institucionales en pos de poder habilitar y crear las condiciones para otorgar mayor autonomía también a los trabajadores (Campos, 2001), entendiendo que es imprescindible dejar surgir el deseo del trabajador para poder vehicular el cambio, para que este pueda implicarse en tanto sujeto en su práctica, favoreciendo posiciones no alienantes[iii]. Se insiste en la necesidad de “desinstitucionalizar” a la institución manicomial, a los pacientes con largos años de internación, así como también las mismas prácticas y por ende a los propios trabajadores (López & Laviana, 2006). “Es imposible trabajar en la línea de la subjetivación sin revisar y actuar sobre las condiciones de objetivación que recaen sobre uno mismo” (Stolkiner, 2001, p. 7). El ejercicio que Stolkiner propone de “reflexión” sobre dichas “condiciones” de la práctica, se ve favorecido por el encuentro con otros, otros trabajadores, otros saberes, que permitan poner en cuestión lo naturalizado. Es por esto que nos interesa analizar el trabajo en equipo como posible facilitador de este movimiento.

Estrategias metodológicas de la investigación

Se trabajó con fuentes primarias a partir de entrevistas individuales no estructuradas focalizadas (Ander-Egg, 1965) a los trabajadores asistenciales de la muestra. Esta quedó conformada por 13 trabajadores que desarrollaron sus prácticas en ambos momentos institucionales (previo y posterior al 2004), buscando visibilizar la diversidad de disciplinas[iv] y de dispositivos de atención con que cuenta actualmente la institución. La recolección de datos se realizó entre junio-octubre 2012, con el consentimiento informado de los participantes.

Discutiendo los resultados. Cambios en las prácticas, modalidad de trabajo, y la posición del trabajador

La investigación permitió constatar que las prácticas de los trabajadores asistenciales de la Colonia Nac. Montes de Oca, aunque heterogéneas -propio de un tiempo de transición-, muestran una orientación creciente hacia el modelo de salud mental comunitaria; una concepción de la salud mental integral y velando por la subjetividad y derechos de la persona, estrategias de intervención orientadas hacia la externación e inclusión social, y una modalidad de trabajo mayormente interdisciplinaria, cobrando importancia la creciente participación e implicación en la práctica que esto genera, favoreciendo una posición más reflexiva en los trabajadores. A continuación caracterizaremos cada tiempo institucional, con el fin de poder analizar en forma contextualizada los cambios ubicados en las prácticas -en particular en lo relativo a la modalidad de trabajo-, así como posibles motivos de dichos cambios.

El **primer tiempo** analizado -desde los '70 en plena época dictatorial, atravesando por la sucesión de gobiernos neoliberales, hasta 2004-, se caracterizó por la alternancia de direcciones de variada orientación y duración, y la polarización entre lo que los propios trabajadores denominan el modelo “*puertas adentro*” y el incipiente modelo “*puertas afuera*”[v].

En este primer tiempo, la institución se caracterizó por su impronta manicomial, reflejado esto no sólo en su modelo de atención, sino también en la conservación de su organización espacial y funcional original centrada en los grandes pabellones de internación. La Colonia se presentaba como una institución total, y los efectos de

la institucionalización fueron signando a las personas internadas. Las prácticas “*puertas adentro*” de los pabellones nos mostraban la impronta manicomial propia del modelo biomédico, en tanto centradas en la enfermedad mental concebida en términos individuales y con un predominio del discurso médico en su conceptualización y atención. Las prácticas mayormente centradas en el control y disciplinamiento, así como en la atención psicofarmacológica, nos mostraban una concepción de la salud mental/discapacidad construida a partir del supuesto de peligrosidad e irracionalidad de la persona, así como de su origen predominantemente orgánico (Menéndez, 2005; Amarante, 2009). La institución se caracterizaba por una función custodial, de alojamiento, más que terapéutica; donde la objetualización a la que era reducida la persona producto de una atención burocratizada, era producto a su vez de las exigencias administrativas de la institución, así como de las condiciones laborales que dificultaban una atención personalizada -en cada pabellón, con aproximadamente 100 personas internadas, el equipo estaba constituido por 1 médico psiquiatra, 1 psicólogo, 2 trabajadores de enfermería, y sólo desde el '90 se incluye 1 trabajador social al equipo, así como un trabajador más de cada una de las restantes disciplinas-.

Las limitaciones en las alternativas de atención fueron relacionadas con las precarias condiciones laborales (escasez de personal para gran cantidad de personas internadas, fundamentalmente) y se evidenciaban a su vez en lo limitado de la oferta de dispositivos de atención, siendo la atención de internación y de alojamiento, predominante por sobre la atención de rehabilitación. Esta atención mantenía una impronta centrada en la institución y “*puertas adentro*”, aún en los espacios de rehabilitación, a través de talleres que parecían orientarse al “entretenimiento” (Saraceno, 2003) de las personas. Sin embargo aquí es donde, ya en este primer tiempo, encontramos un fuerte impulso renovador, en tanto surgen prácticas en el marco de los talleres que buscaban trabajar en lo que denominan los propios trabajadores un modelo “*puertas afuera*”, posiblemente favorecido por el ingreso de personal en sintonía con este pensamiento, así como por ser un servicio que contaba con una organización que otorgaba mayor participación y autonomía en las decisiones a los trabajadores.

Durante este primer tiempo institucional, ya centrándonos en lo relativo a la modalidad de trabajo, podemos hablar de un trabajo disciplinar o multidisciplinario más que de un “trabajo en equipo”. Los lugares físicos reflejaban lugares simbólicos de poder: un psicólogo recuerda “*cuando yo entré a la Colonia no había lugar para el psicólogo, o sea el psicólogo no entraba al pabellón...no tenías quién te recibiera, no tenías silla, era un poco...bastante inhóspito, no solo para los pacientes sino también para...digo los profesionales porque no había equipo*” (psicólogo). Las relaciones asimétricas entre las disciplinas se reflejaban a su vez en la estructura jerárquica verticalista tanto de la configuración de los equipos -el médico psiquiatra era el jefe del pabellón- así como en las decisiones que se tomaban en el pabellón.

Las condiciones que Dejours (2013) plantea hacen a la “cooperación” (como basamento del trabajo colectivo) no parecían darse en este primer tiempo: 1) no se delimitaban espacios de deliberación formales para la construcción conjunta de acuerdos -reuniones de equipo-, así como los espacios informales, en tanto espacios de “interpretación” de las normas acordadas, parecían quedar reducidos al lugar de “queja” sobre el trabajo tanto en el propio dispositivo como en la institución, sin encontrar otros ámbitos institucionales donde poder transformar dicha queja en propuesta constructiva-; 2) por ende, al quedar limitado a la informalidad los espacios de deliberación, no se daban las condiciones de posibilidad para la

construcción de acuerdos sobre los modos operativos a llevar adelante por el colectivo en su trabajo. Es así que observamos un trabajo mayoritariamente individualizado, aislado del trabajo de los otros trabajadores, visibilizando un tratamiento fragmentado y sin muchos cambios; siendo reducidas las experiencias de articulación entre disciplinas, servicios y/u otras instituciones en el tratamiento de las personas.

La fuerte identidad disciplinar que caracterizaba las prácticas durante este primer tiempo, la vemos reflejada a su vez en la marcada división de roles que se daban en los grupos de trabajo, *“Se intentaba trabajar en equipo, pero era un como sí, era un esfuerzo hacer las reuniones porque no coincidían las horas, porque uno creía que podía trabajar solo, porque no encontraba el qué, porque cada uno tenía las funciones muy delimitadas, sí, el médico sabía lo que hacía, el social sabía lo que hacía, era más fácil la interconsulta en términos funcionales que tener que atender al mismo paciente”* (trabajador social). Las experiencias de trabajo en equipo que se mencionan coinciden en la impronta de las características personales de los trabajadores que integran el mismo, y en particular, en la figura del jefe, *“... el jefe del pabellón que era una persona (...) muy humilde, muy de valorar la palabra de los otros profesionales, que era difícil de encontrar”* (psicólogo); *“Un jefe de enfermería más proactivo a incluirlos como equipo, tiene un seguimiento de casos más amplio, que solamente la mera contención farmacológica”* (psiquiatra).

Esto nos invita a analizar la importancia de la posición subjetiva desde la que uno como trabajador ejerce su práctica, ya sea como parte o como conducción de un grupo de trabajo. Podemos suponer, que en estructuras organizativas verticalistas -como las predominantes en este primer tiempo institucional-, la posición subjetiva de quien coordina o esté a cargo de un grupo de trabajadores, tendrá una incidencia mayor en las prácticas de los mismos, en tanto ocupa un lugar de poder.

Las experiencias innovadoras en las prácticas en este primer tiempo, tenían como marco o bien la constitución de un equipo de trabajo que habilitaba dicha iniciativa *“por suerte en el pabellón (...) me encontré con un equipo de trabajo, con el trabajador social y el médico psiquiatra pudimos encontrarnos en el trabajo, poder conversar sobre los casos, y estar de acuerdo con generar algunos proyectos”* (psicólogo), o bien se ubican como iniciativas individuales. Reflejando lo instituyente de los cambios que se gestaban en la búsqueda de un reconocimiento subjetivo de las personas internadas.

Sobre este terreno es que se erige la **reforma iniciada en 2004**, proceso de cambio que a su vez nos mostraba cómo la polaridad *“adentro”/“afuera”*[vi] comenzaba a exigir nuevas perspectivas intermedias propias de los momentos de cambio. Las políticas institucionales fueron marcando, delimitando distintos períodos del proceso de reforma: un primer período signado por la apertura de los pabellones, la eliminación de los calabozos, y la refuncionalización de algunos dispositivos; y un segundo período marcado por la apertura de los primeros centros de día destinados a la atención de rehabilitación de las personas internadas, a los que les siguieron las casas y hogares residenciales, así como programas orientados a la externación[vii].

La *“apertura”* de la institución y la eliminación del *“encierro”* en los pabellones, acompañada de mejoras en las condiciones habitacionales, son ubicados como los cambios institucionales centrales de este segundo tiempo, permitiendo estos no sólo una mejor calidad de vida y nuevas posibilidades de circulación para las personas internadas, sino también para los trabajadores y sus prácticas.

La búsqueda de mayor autonomía en las personas, entendida como

parte central del trabajo en pos de la inclusión social y el reconocimiento de derechos, propia de este período, nos muestra sin embargo contradicciones al interno de algunas de las estrategias de intervención que se construyen, ya que coexisten acciones tendientes a un reconocimiento subjetivo de la persona, sus deseos, tiempos, elecciones, con intervenciones que se muestran ligadas a perspectivas pedagógicas y normatizadoras centradas en la *“enseñanza”* de “normas sociales” establecidas a las que debería adaptarse la persona. En este punto es interesante retomar los desarrollos de de la Aldea y Lewkowicz (2004) quienes señalan que en las prácticas en salud mental comunitaria encontramos dos estrategias diferentes, desde el *saber* y desde el *pensar*, en el primer caso se interviene desde el ideal, desde lo que falta para poder alcanzarlo -al modo de las estrategias normatizadoras-; mientras que las estrategias que se erigen desde el pensar, en cambio de “falta” nos ubican en términos de “obstáculo”, posibilitando la intervención como intento de respuesta frente a este. Los autores ubican la posibilidad de cambio en este pasaje desde estrategias centradas en el saber hacia estrategias centradas en el pensar, en tanto esta última posición profesional, propia de la que denomina una “subjetividad sin supuestos”, permite sostener el problema, problematizar tanto el obstáculo cuanto los propios saberes -del sujeto y del profesional, podríamos suponer- en pos de construir una respuesta, ubicándose como posición superadora de la oposición entre la resignación frente a lo instituido y la idealización.

Estrategias centradas en el pensar son las que encontramos en forma predominante entre los trabajadores del área de rehabilitación, así como en algunos otros trabajadores, que al momento de su ingreso se incluyeron en los equipos técnicos de los pabellones, donde la particularidad en ambos casos parece estar dada por el posicionamiento reflexivo frente a la propia práctica, y la apertura a nuevos saberes, acompañados de la búsqueda de construcción de un trabajo en equipo.

Respecto de la modalidad de trabajo, encontramos que en este segundo tiempo se mantiene la misma estructura organizacional en los dispositivos de internación -la figura del médico psiquiatra como jefe, seguido por el jefe de enfermería, sosteniendo la estructura del modelo biomédico-, aunque el poder se ha homogeneizado, invistiendo de otra manera la autoridad y favoreciendo una organización más horizontal (Campos, 2001). Otra es la lógica en la organización en los dispositivos de rehabilitación, donde se han incluido en cargos de coordinación trabajadores de disciplinas no médicas (trabajadores sociales, enfermeros, psicólogos -en este punto es importante destacar que el propio director es licenciado en Psicología-), dando cuenta que las funciones del “coordinador” no son equiparables a saberes disciplinares.

Es interesante notar que en las prácticas de aquellos trabajadores que desde su ingreso se encuentran en el servicio de rehabilitación, la autonomía en las decisiones sobre las estrategias de intervención ha sido en general una constante, caracterizándose a su vez por presentar estrategias con un grado mayor de creatividad que en otros espacios de atención.

En lo relativo a la modalidad de trabajo, en ambos servicios, encontramos un avance en lo que respecta a la construcción de vínculos cooperativos entre los integrantes de los equipos, en tanto se incrementó la formalización de los espacios de deliberación a partir de la programación de reuniones, favoreciéndose un trabajo centrado en temáticas asistenciales por sobre las administrativas -como ocurría en el primer tiempo-. Aunque, a partir de los relatos de los trabajadores, encontramos diferencias respecto de la modalidad de trabajo en cada dispositivo, donde en algunos casos siguen

mencionándose dificultades para lograr un *“trabajo en equipo”*. La dificultad ya no radica tanto en la ausencia de condiciones de posibilidad para el trabajo cooperativo -falta de reuniones de equipo-, sino pareciera estar orientada a cómo estas se llevan a la práctica por los propios trabajadores y en particular por la figura del jefe o coordinador. En este punto se establece una diferencia entre aquellos jefes o coordinadores que presentan una posición no dogmática frente a los saberes (Elichiry, 1987), permitiendo darle un lugar activo a los otros trabajadores, y aquellos que se mantienen en una posición más directiva.

Siguen insistiendo las características personales de quienes forman parte del equipo, jefes/coordinadores y compañeros, como elementos centrales en las posibilidades de existencia de un trabajo en equipo -cooperativo, participativo-. *“A veces según qué clase de gente sea es mejor... ha habido casos, que por suerte se fueron, que no solo no quería participar, sino también que al que quería participar lo boicoteaban vamos a decir. Por suerte esa gente duró poco”* (enfermero); *“(respecto de lo que motivó la posibilidad de un trabajo de equipo) El azar, enganchamos las personas, el modo de ser, la responsabilidad, la motivación por el trabajo”* (psiquiatra).

Respecto de la modalidad de construcción de las estrategias, encontramos experiencias disímiles entre los entrevistados, si bien en su mayoría coinciden en la posibilidad de tener una mayor participación activa en la toma de decisiones sobre la construcción de estrategias, hablándonos de una construcción mayormente horizontal, *“acá es mucho más horizontal la forma de trabajar... aparece la propuesta, puede aparecer del Psicólogo, del Médico Clínico, del Trabajador Social o del enfermero. Y a partir de esa propuesta, bueno, empezamos entre todos a “sopensar””* (rehabilitación); en algunos casos manifiestan perduran vestigios verticalistas en la organización en tanto algunas decisiones recaen en las *“cabezas”*, sin participación del resto del equipo.

El trabajo en equipo es reconocido como un trabajo más *“productivo”*, que se enriquecería con el intercambio y construcción conjunta, así como también se destaca la posibilidad de distribuir responsabilidades, donde encontramos una rotación en los roles protagónicos en función no de las disciplinas sino de los objetivos terapéuticos. *“Todo se pauta en el equipo y se pauta quién lo hace en el equipo. Hay cosas que obviamente no las hacemos todos, pero sí se pauta en el equipo. Incluso se pauta quién es el mejor profesional, desde la especialidad me estoy refiriendo, para hacer determinada cosa. Por ejemplo una visita... que antes era privativa y obligatoria del trabajador social...”* (trabajador social).

Posibles conclusiones. Pensando la posición del trabajador en relación a los cambios

Más allá de identificar en términos generales los cambios en la modalidad de trabajo, nos interesa la posibilidad de analizar los motivos subyacentes a dichos cambios, con el propósito de poder llevar adelante un estudio más exhaustivo del proceso de transformación del modelo de atención.

Los trabajadores, al indagar sobre los motivos que subyacen a los cambios, los vinculan, por una parte, con las políticas de gestión introducidas desde 2004, destacando la apertura de los pabellones y de la institución en general, la inclusión de nuevos dispositivos de atención y la refuncionalización de los existentes, así como la inclusión de nuevo personal asistencial y de variadas disciplinas, en tanto permitieron dar lugar a un cambio beneficioso en las condiciones laborales. Los trabajadores salieron del *“encierro”* y de lo que ello conlleva, así como las personas atendidas, dando lugar a que en ese movimiento nuevos significantes interpelen a ambos

sujetos. A su vez se pudo reducir la proporción de personas a cargo, dando lugar a estrategias de intervención más personalizadas y subjetivantes (Galende, 2006; Testa, 2009; Amarante, 2009). El mayor número de trabajadores, así como la diversidad de disciplinas que empezaron a configurar los equipos técnicos, dieron lugar a movimientos en el interior mismo de los dispositivos que motivaron la redefinición de la organización interna; es en este punto que es ubicada la actitud de los compañeros y los jefes y/o coordinadores como un elemento de importancia en la modalidad de organización del equipo y las posibilidades de la práctica.

El encuentro con otros discursos que comienza a darse a partir de la transformación y *“apertura”* de la Colonia -nuevas políticas, nuevas disciplinas, nuevos actores institucionales, nuevos actores sociales, nuevos elementos de la subjetividad de las personas atendidas, etc.-, empiezan a interpelar las prácticas instituidas, favoreciendo la desnaturalización de las mismas a partir de la mirada crítica de los propios trabajadores.

Se destaca la importancia de la posición de *“apertura”*, no dogmática, de los compañeros de trabajo y en particular de quienes coordinan los equipos, como condición de posibilidad para dar lugar a un posicionamiento más protagónico de los trabajadores. Es así que varios señalan que la organización de los equipos con una distribución más horizontal del saber y del poder, favorece la participación, donde la posibilidad de ser escuchado y valorado en las propuestas es acompañado de la consolidación de la confianza y los vínculos de cooperación dentro del equipo. No siendo esta condición suficiente para la implicación del trabajador en su práctica, es a su vez la problematización de su propio accionar -como actor institucional (Stolkiner, 2001)- y la puesta en juego de su deseo en su práctica, como sujeto, lo que lo favorecería.

Es en este sentido que la organización institucional y de los equipos, sería importante puedan partir de este supuesto, reconociendo tanto a la persona atendida como al trabajador como sujetos deseantes, habilitando así la posibilidad en ambos de la creación singular de sus actos.

...un cambio de carácter estructural y duradero de los procesos de trabajo requiere la producción de una nueva subjetividad del trabajador. Este proceso es difícil, complejo y doloroso, pues significa romper con los modos estructurados de trabajo y producción; y en este caso, el trabajador se va a encontrar con el mundo tal como es: caótico pero potente en las singularidades que se forman y encuentran sinergia para el cuidado en salud. El cambio en la producción del cuidado está marcado por nuevas subjetividades activas en la producción del cuidado, de un modo de trabajar en salud que tiene como centro el campo relacional... (Franco & Merhy, 2011, p. 18).

NOTAS

[i] Desde 2004 ha habido una reducción del número de camas de internación (desde 900 a inicios del 2004, a 565 en abril 2013), se han reestructurado varios de los servicios, se crearon nuevos dispositivos de rehabilitación e inclusión social (centros de día, casas y hogares convivenciales, así como programas para la externación), se incluyó mayor número de personal y de variadas disciplinas.

[ii] Reconociendo su importancia en tanto facilitador del proceso de cambio.

[iii] Favoreciendo para esto la redistribución del poder para decidir en la institución, en tanto este movimiento potenciador de la autonomía permitiría que el trabajador se implique en tanto socialmente responsable.

[iv] 2 médicos psiquiatras, 2 psicólogos, 2 trabajadores sociales, 4 trabajadores de enfermería, 2 de disciplinas vinculadas a la rehabilitación, 1 médico clínico.

[v] Dicho modelo comienza a tener presencia en la Colonia a partir de mediados de los '90, donde si bien comienzan a circular los términos de "*desmanicomialización*" y "*externación*", no se acompañan de políticas claras en ese sentido. Sin embargo los trabajadores parecen servirse del término "*puertas afuera*" para comenzar a pensar una alternativa de atención más subjetivante frente al modelo manicomial.

[vi] Esta polarización "*puertas adentro*"/"*puertas afuera*" nos muestra sin embargo cierta imprecisión en la definición de lo que es ubicado como característico de cada modalidad, dando cuenta de un debate que en ese primer tiempo se presentaba como incipiente, y que en los últimos años de reforma ha ido profundizándose -acompañado a su vez por políticas públicas nacionales que favorecieron la desnaturalización de prácticas en otros ámbitos-. Es así que en el segundo tiempo institucional encontramos prácticas que exceden la polarización mencionada, mostrando una tendencia hacia la atención "*puertas afuera*", donde esta presenta a su vez matices variados que reflejan la construcción singular de los modelos de atención, propia de un tiempo de cambio, podríamos pensar, donde lo que predomina es el ejercicio singular de revisión de las propias prácticas.

[vii] Actualmente se cuenta con siete centros de día, tres centros educativos laborales, ocho hogares, dos residencias, y un emprendimiento laboral, ubicados dentro y fuera de la Colonia. A su vez se han creado los servicios de de Cuidados Especiales, creación de la Unidad de Evaluación y Guardia Psiquiátrica, el Servicio de Atención Ambulatoria en Salud Mental, y un programa de ayuda económica y acompañamiento a la externación "Regreso al Hogar".

BIBLIOGRAFIA

- Amarante, P. (2009) Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial, Buenos Aires: Ed. Topía.
- Ander-Egg, E. (1965), Técnicas de investigación social. México: Humanitas.
- Campos Gastão Wagner de Sousa (2001) Gestión en salud. En defensa de la vida; Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Dejours, C. (2013) Tomo II. Trabajo y Emancipación; Buenos Aires: Editorial Topía.
- De la Aldea, E. & Lewkowicz (2004), I.; La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud; (inédito).
- Elichiry, N. (1987) La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En Elichiry N. (comp.), El niño y la escuela: reflexiones sobre lo obvio; Buenos Aires: Nueva Visión, p. 333-341.
- Franco, T. & Merhy, E. (2011); El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado; [versión electrónica], Revista Salud Colectiva, Buenos Aires, 7(11):9-20, Enero-Abril 2011.
- Galende, E. (2006) Consideración de la subjetividad en salud mental [versión electrónica], conferencia dictada en el Congreso Catalán de Salud Mental, Barcelona, España, febrero 2006.

López, M. & Laviana, M. (2006) Los hospitales psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria, en Pérez F. (coord.) Dos décadas tras la reforma psiquiátrica, Sevilla: ediciones AEN.

Menéndez, E.; El Modelo Médico y la Salud de los trabajadores; [versión electrónica], Revista Salud Colectiva, Buenos Aires, La Plata, 1(1):9-32, Enero-Abril 2005.

Organización Mundial de la Salud (OMS), División de Salud mental y prevención del abuso de sustancias. (1991) Diez Principios Básicos de las Normas de Atención de la Salud Mental. Principios de protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. A.G. res. 46/119, 46 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 189, ONU Doc. A/46/49.

Organización de Naciones Unidas (ONU), (2006) La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo.

Palacios & Bariffi (2007) La discapacidad como una cuestión de derechos humanos, Madrid: Cinca.

Saraceno, B. (2003) La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible, México: Editorial Pax.

Spinelli, H. (2010) Dimensiones del campo de la salud en Argentina [versión electrónica], Revista Salud Colectiva, Buenos Aires, 6(3):275-293, Septiembre - Diciembre, 2010.

Stolkiner, A. (2001) Subjetividades de época y prácticas en salud mental [versión electrónica], Revista Actualidad Psicológica, año XXVI N° 293, Buenos Aires.

Testa, M. (2009) Pensar en salud; Buenos Aires: Editorial Lugar.