

Año 1  
Número 2  
Invierno 2015

# Revista de Políticas Sociales

## Políticas sociales y salud mental: atravesamientos y tensiones

### Construcción sociohistórica de la Salud Mental

*Margarita Ussher*  
Docente de la  
Licenciatura  
en Trabajo Social  
UNM  
margaussher@hotmail.com

El concepto de salud mental es ambiguo, polisémico, inadecuado quizá para designar la complejidad de procesos que implica. Su mención hace referencia a dos tipos de fenómenos diferentes (Vainer, 2014):

- La salud mental como lo opuesto a la enfermedad, definida de diferentes maneras a partir de la dimensión que se considera determinante, dando lugar a la aparición de reduccionismos psicólogos o biólogos. Entre ellos, es necesario mencionar el que considera la salud mental como producto de mercado y pone en lugar preponderante la medicalización o algunos tratamientos especializados que se transforman en mercancías accesibles sólo para algunos sectores sociales.
- La salud mental como un campo de problemas complejo, relacionado con la vida cotidiana, que debe ser comprendido multidimensionalmente. No se refiere a un individuo o a una población en particular, sino que remite al proceso de construcción conjunta del sujeto y su comunidad. Es un campo interdisciplinario que busca comprender los lazos sociales deseables que son pensados en clave de integración social y comunitaria.

Esta última perspectiva nos desafía a analizar qué tipo de lazo social se construye desde las políticas públicas, y a evaluar si esos lazos buscan la salud colectiva o generan vínculos que reproducen padecimientos. En este trabajo se realizará una brevísima mención a la construcción socio-histórica del concepto de Salud Mental, para analizar después algunos desafíos que esta noción plantea al diseño y desarrollo de políticas sociales.

Con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, en diciembre de 2010, y su reglamentación realizada el 28 de mayo de 2013, se pone fin a un largo período de luchas y tensiones que llevaron a cabo organizaciones diversas para adecuar la legislación a principios centrados en el respeto a los Derechos Humanos y a concepciones de atención y prevención de los padecimientos subjetivos con perspectiva comunitaria. Se busca avanzar en la construcción de un acceso equitativo a la promoción y asistencia de la salud mental para todos los habitantes de la República Argentina, y garantizar el respeto de los derechos de quienes sufren padecimientos severos. Las jurisdicciones provinciales van adecuando también su legislación. En la provincia de Buenos Aires, mediante la Ley 14.580 de noviembre de 2013, se homologó el marco jurídico local a la legislación nacional. Esta legislación coloca a las adicciones y al consumo problemático de sustancias en el campo de la Salud Mental, generando un importante giro en torno a las políticas públicas encargadas de su abordaje, pasando del ámbito de la Seguridad al de la Salud y Desarrollo Humano. El acento no se pone en el tipo de sustancia o conducta adictiva, sino en los sujetos y grupos vulnerabilizados que padecen y en los modelos comunitarios de atención.

Aunque las leyes no cambian la realidad por su mera existencia, marcan los caminos de una utopía y los ejes para avanzar en su construcción. Esta ley marca un hito importante que nos desafía a comprometernos en su plena aplicación, fortaleciendo un largo y trabajoso camino de adecuación de las instituciones y las políticas públicas a una perspectiva de salud íntimamente relacionada con la justicia social y las condiciones de equidad en el acceso a los recursos necesarios para una vida digna. Esto

no pone fin a la tensión entre perspectivas diferentes, pero coloca al Estado como garante del Derecho a la Salud Mental.

A partir de su sanción, surge la necesidad de lograr compromisos para actualizar la formación académica a este nuevo paradigma. Esto implica transformar planes de estudio en grado y postgrado, involucrando varias áreas disciplinares: medicina, enfermería, psicología, trabajo social, derecho, comunicación social, antropología, sociología, entre otras. El desafío es deconstruir los modelos que la Modernidad y el neoliberalismo instituyeron en los imaginarios sociales –acerca de la forma de definir y atender el padecimiento subjetivo– y transformar los mecanismos modulados por procesos sociales de exclusión y extinción social (Bialakowsky, 2006), que generaron y legitimaron dispositivos de encierro, estigmatización, medicalización, invisibilización y genocidio simbólico –y a veces efectivo– de grupos poblacionales discriminados y expulsados de toda forma de integración social. En estos procesos no han sido ajenas la ciencia y su organización en estructuras académicas (Bialakowsky, 2013).

La Organización Mundial de la Salud, a mediados del siglo xx, definió la salud como el *completo estado de bienestar bio-psico-social*. Floreal Ferrara reconoció el valor que esta enunciación implica, ya que incorporó lo biológico, lo social y lo psicológico como componentes de la salud, pero problematizó el concepto de bienestar, que hace referencia a un supuesto estado de equilibrio e inmovilidad (Svampa, 2010). Así, propone una concepción que defina la salud como un proceso de tensiones o luchas que se entablan –individual y socialmente– para enfrentar las situaciones que limitan la vida, e implica la capacidad de afrontar y resolver conflictos, incorporando una dimensión política que incluye la participación comunitaria como componente central. “El problema de la salud en nuestra Patria no es un problema aislado, es decir de la salud propiamente dicha, sino que está íntimamente ligado al modelo económico y social del país” (Ferrara, 2002).

La noción de Salud Mental está intrínsecamente relacionada con la de subjetividad a la que hace referencia. Este último concepto no remite sólo al aparato psíquico, sino que implica también la corporalidad, las condiciones culturales, sociales, económicas y políticas que sostienen la existencia humana. La subjetividad es un objeto de estudio que compromete varias disciplinas científicas y que requiere de los saberes que el pueblo construye en su praxis histórica. La psicología ha sostenido dife-

rentes perspectivas para definir el aspecto psicológico de la subjetividad: el alma, la mente, la conducta, el inconsciente, la interacción, los sujetos colectivos (grupos, instituciones, comunidades) considerados objetos de estudio y diseñando métodos específicos para construir el conocimiento o para intervenir. El nivel psicológico de existencia está relacionado con la capacidad humana de construcción de sentido, con la posibilidad de elaborar efectos de significación simbólica y afectiva en los intercambios sociales, generando un nivel de análisis diferente, relacionado íntimamente con lo biológico y lo social. En la vida cotidiana estos niveles se integran en complejas situaciones que la historia de las ciencias, el desarrollo de las profesiones y la formación académica separó en dominios disciplinares específicos (Ussher, 2014). El objetivismo como modelo de saber impregnó todas las representaciones del mundo occidental, colonizando otras perspectivas presentes en las culturas latinoamericanas. El término mental no da cuenta de la complejidad de procesos que se ponen en juego en la subjetividad humana: tiene todavía impregnado el efecto racionalista de la modernidad.

Los nuevos paradigmas psicológicos, sostenidos por perspectivas complejas, nos invitan a superar fragmentaciones y reduccionismos. Bateson, en 1972, afirmó que una parte de la red del pensar está situada fuera del cuerpo, abriendo el camino para considerar una dimensión sistémica de la existencia humana. La corriente histórico-cultural, iniciada por Vigotzky a comienzos del siglo xx, dio cuenta de la influencia social en la génesis del pensamiento y el lenguaje. Se afirma así que el conocimiento remite siempre a un sujeto colectivo, atravesado por tensiones de poder y expuesto a la dominación simbólica.

La noción de subjetividad, que la Psicología Social ha abordado desde diferentes corrientes teóricas, da cuenta de una configuración compleja que construye simultáneamente al sujeto y a la comunidad. Desde esta mirada, el Psicoanálisis se integra a una perspectiva crítica, contrahegemónica, que recupera la tradición histórica latinoamericana iniciada por Enrique Pichon Riviére a mediados del siglo xx, profundizada por notables figuras, entre las que podemos mencionar a Mauricio Goldemberg, Fernando Ulloa y José Bleger, que desarrollaron recorridos teóricos y prácticas institucionales que fueron expulsadas del mundo académico por las políticas dictatoriales, e invisibilizadas, muchas veces, en las circunstancias actuales.



La subjetividad no es un concepto homogéneo. Remite a la tensión entre distintos niveles de organización, a un ser que se muestra en acciones concretas, que piensa, desea e interactúa en un ámbito social que lo determina y al que modifica, que cambia a lo largo de su ciclo vital, que construye significados, que tiene su yo distribuido en diferentes interfaces. El sujeto se constituye como categoría central de la subjetividad, pero no se agota en él: aparece cuando el “individuo se expresa en primera persona, es decir, cuando hablando en nombre propio puede enunciar rasgos, emociones, opiniones que hacen de él un ser singular” (Galende, 1998: 112). La construcción de subjetividad se da simultáneamente en dos planos: la historia individual del sujeto y la historia social. González Rey define la subjetividad como “una configuración compleja que se produce simultáneamente en el plano social e individual” (González Rey, 2002: 178). El concepto de configuración da cuenta de un núcleo dinámico en el que se interceptan distintos procesos y organizaciones: es un sistema abierto, histórico, flexible, en cambio permanente. No hay subjetividad sin sujeto, no hay subjetividad sin la instancia históricosocial y cultural en que tiene lugar la vida, anidada en complejas redes de lazos sociales. Ana María Fernández (2007) nos invita a pensar la subjetividad desde una concepción histórica, no esencialista, en proceso de devenir permanente, instituyéndose en los diversos lazos sociales. Cada institución produce sentido y modula a los sujetos que la habitan, quienes, a su vez, la reproducen y modifican. El estudio de la subjetividad no se agota en las categorías que puede construir una sola disciplina, requiere de un análisis multidimensional e histórico.

La salud mental podría ser entonces definida como la posibilidad, individual y social, de afrontar las tensiones que se generan en la trama relacional de la vida y producen padecimientos, como la capacidad de afrontar y superar los conflictos en los diferentes momentos evolutivos. La Salud Mental (con mayúsculas) podría ser definida como un conjunto de saberes y prácticas que se refieren a un campo de problemas que no es natural, es un objeto sociohistórico que no se restringe al estudio de enfermedades, sino a los valores positivos que organizan un *Buen Vivir* donde “la comunidad es el sustento y es la base de la reproducción de ese sujeto colectivo que todos y cada uno somos” (Plan Nacional para el Buen Vivir, 2009: 32).

“El daño mental es sólo comprensible en relación con los códigos simbólicos que cada sociedad, en cada momento histórico, pone en juego” (Galende, 1994: 82). Es un desafío interdisciplinario comprender los procesos sociales de producción de esos daños y generar mecanismos de reparación y transformación de las condiciones que lo originan.

## Salud Mental y políticas sociales

Considerar la salud mental de las poblaciones que son destinatarias de las políticas sociales nos lleva a considerar “procesos determinados por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos” vinculados con la concreción de los derechos humanos y sociales (Ley Nacional de Salud Mental, artículo 3).

Al analizar esta relación diferenciamos dos tipos de políticas públicas. Por un lado se pueden describir políticas específicas que asisten el daño psicosocial, promueven y protegen la salud de poblaciones determinadas, desde una perspectiva comunitaria. En esta línea, el Plan Nacional de Salud Mental señala objetivos, entre los que podemos remarcar: a) la eliminación progresiva de la estigmatización y la discriminación de los sujetos necesitados de recurrir a servicios de salud mental y adicciones, garantizando la accesibilidad a una atención adecuada, con criterios de equidad; b) la desaparición progresiva de las instituciones manicomiales; c) el diseño de estrategias para abordar adicciones y consumo problemático; d) el fortalecimiento del componente de Salud Mental en el primer nivel de atención, promoviendo vínculos saludables y solidarios que permitan planificar la atención desde el territorio (Ussher, 2013); e) la formación de recursos humanos en este paradigma, facilitando el trabajo interdisciplinario, intersectorial, y el desarrollo de estrategias interculturales; f) el diseño de dispositivos para poblaciones vulneradas por su situación etaria (niños, adolescentes, adultos mayores), por su género (mujeres en situaciones de violencia, población LGTBC) o por su inclusión desventajosa en los mecanismos de distribución social de los recursos (pobreza persistente o extrema, migrantes, desplazados de sus territorios) entre otros.

El segundo nivel de análisis es considerar la Salud Mental como componente transversal en todas las políticas sociales, analizando la dimensión salutogénica o patogénica que se puede generar en las interacciones promovidas desde ellas. Si, como afirmamos, todo intercambio institucional construye subjetividad, podríamos decir que hay intercambios promotores de salud e intercambios promotores de padecimientos subjetivos. Por ejemplo, se pueden encontrar impactos asociados a los programas asistencialistas en los que la satisfacción de una necesidad erosiona la autonomía y la autoestima por la relación que se establece entre el efector y el usuario del programa. Basta recordar, en la crisis de comienzo de siglo, escenas en las que los alimentos eran arrojados desde camiones o previa aceptación de relaciones subalternas, de dominación, con el operador de turno. El Plan Nacional de Salud Mental establece que “el componente Salud Mental y adicciones deberá estar incluido en todos los espacios de concertación intersectorial existente a escala municipal, provincial y nacional”, como una forma de considerar esta dimensión en las acciones coordinadas del Estado Nacional (Plan Nacional de Salud Mental, 2014: 33).

Podemos describir algunos ejes a considerar si incluimos la Salud Mental como componente transversal en todas las políticas sociales:

- *Participación*: en sentido específico, “la participación se define como el proceso activo a partir del cual se busca incidir en las decisiones que intervienen en la organización colectiva; está atravesada por el ejercicio del poder, el compromiso, la capacidad de conducir acciones conjuntas en función de objetivos comunes” (Ussher, 2011). Al investigar el tema hemos observado que la participación protagónica en procesos colectivos es promotora de salud, enriquece el vínculo entre el sujeto y su contexto, y es un camino para superar conflictos y tensiones de intereses. Es por eso que las políticas sociales deberían generar espacios de participación genuina, donde las personas, los grupos y las comunidades puedan ser protagonistas de decisiones referidas al uso de recursos, los objetivos a desarrollar y las estrategias a implementar para superar vulneraciones de derechos.
- *Reflexividad*: “La experiencia individual sólo adquiere significado en el contexto de un sistema colectivo” (Bialakowsky, 2013: 52). El sufrimiento se resignifica cuando la persona es rescatada en su individualidad y a la vez puede referir su situación a procesos históricos compartidos. La capacidad humana de construir significados a partir de las prácticas permite hacer visibles formas de dominación y explotación que en soledad se adjudican a falencias individuales. El desafío es considerar las Políticas Sociales como praxis transformadoras de los sujetos y las comunidades.
- *La salud mental de los equipos efectores de las políticas sociales*: las políticas sociales deben incluir espacios de reflexión y formación continua para los equipos –profesionales y no profesionales– que las ejecutan (Ussher, 2013). El desgaste subjetivo que implica el contacto cotidiano con el dolor –y con la imposibilidad de lograr cambios rápidos– requiere de dispositivos que sostengan a todos los actores y eviten la burocratización y la reproducción institucional de dominaciones y exclusiones.

## Conclusiones y nuevas aperturas

¿Cómo construyen subjetividad las políticas sociales? ¿Cómo reparan el daño subjetivo que genera la vulnerabilización y los procesos de expulsión social? ¿Cómo se valoran y potencian las capacidades, resistencias y resiliencias que los sujetos y los colectivos generan frente a las condiciones concretas de existencia, en situaciones de pobreza persistente o expulsión social? ¿Es la subjetividad un punto ciego en el análisis de las políticas sociales? (Grillo, 2014) Son estas sólo algunas de las preguntas que quedan planteadas al analizar esta temática, y que deberían ser investigadas en el marco de políticas de integración social que busquen “reestructurar el funcionamiento social que genera resultados considerados injustos” (Fontela, 2014: 93). La Salud Mental es una utopía que avanza en esa construcción.

## Bibliografía

- Bateson, G. (1972): *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires, Lohlé.
- Bialakowsky, A. y otros (2006): "Familias, estallidos y modulaciones. Gubernamentalidad en los procesos de exclusión-extinción social". En Eroles, C. (coordinador): *Familia(s), estallido, puente y diversidad: una mirada transdisciplinaria de derechos humanos*. Buenos Aires, Espacio.
- Bialakowsky, A. (2013): *Coproducción e intelecto colectivo*. Buenos Aires, Teseo.
- Fernández, A. M. (2007): *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Buenos Aires, Biblos.
- Fontela, M. (2014): "Integración o inclusión social". En *Revista de Políticas Sociales*, Universidad Nacional de Moreno, número 0.
- Galende, E. (1998): *De un horizonte incierto*. Buenos Aires, Paidós.
- (1994): *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires, Paidós.
- Grillo, O. (2014): "Puntos ciegos en el análisis de políticas sociales". En *Revista de Políticas Sociales*, Universidad Nacional de Moreno Editora, número 0.
- González Rey, F. (2002): *Sujeto y subjetividad. Una aproximación histórico cultural*. México DF, Thomson.
- Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y Decreto Reglamentario 603/2013.
- Ministerio de Salud (2013): *Plan Nacional de Salud Mental*. Presidencia de la Nación.
- Plan Nacional para el Buen Vivir (2009). SENPLADES, Ecuador.
- Svampa, M. (2010): *Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político: conversaciones con Floreal Ferrara*. Buenos Aires, Biblioteca Nacional.
- Ussher, M. (2011): *Participación y subjetividad*. Tesis inédita.
- (2013): "Reinventando prácticas profesionales: del consultorio al territorio, del paciente a la situación". En Timpanaro, D. (compilador): *Construyendo un nuevo paradigma. Salud mental y Derechos Humanos*. Buenos Aires, Letra Viva.
- (2014a): "Articulación de saberes en el trabajo comunitario". En *Memorias del VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología, UBA.
- (2014b): "El equipo de trabajo en Psicología Social Comunitaria". En AAVV: *La supervisión, un lugar en el Colegio de Psicólogos*. Buenos Aires, Letra Viva.
- Vainer, A. (2014): *Psicoanálisis y salud mental*. En: <http://www.topia.com.ar>. Consulta en noviembre de 2014.