
FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PARA PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL COMUNITARIAS: PROBLEMÁTICAS Y POSIBILIDADES*

Vicente A. Galli

1. Introducción

Esta ponencia está organizada en forma de reflexiones sobre problemáticas. Forma que elijo para cercar algunos de los muchos temas que condensa el título, sin pretensiones de algún tipo de unificación aparentemente armónica que pueda generar ilusiones de sencillez para elaborarlos y aplicarlos.

Las transformaciones en las culturas tecnológicas implican un espeso juego de interacciones sinérgicas y contradictorias entre conocimientos científicos y prácticas, producción de ideologías y transformaciones de los sujetos y los usuarios de esas prácticas; así como todo lo que de allí resulta de conflictos colectivos e individuales entre el peso de los “imaginarios sociales” anteriores y la incertidumbre y fascinación que generan las propuestas creativas y transformadoras.

Problemáticas, en la medida que son cuestiones que se tratan de aclarar y discutir, alrededor de algún eje de interrogantes. Que generalmente han sido reformuladas muchas veces a través de crisis e integrando datos nuevos, y que siguen vivos en la actualidad. Son organizaciones de problemas que exigen desarrollos conceptuales, tomas de posición y compromisos personales; que generan conflictos de poderes con los saberes hegemónicos y moti-

* Trabajo presentado en el “2º Encuentro Nacional de la Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria” y “1º Encuentro Latinoamericano de Salud Mental Comunitaria”, La Habana, Cuba, 1997.

van en los individuos que se las formulan reacciones afectivas y cuestionamientos a la propia identidad. Plantearlas como reflexiones es una mínima coherencia con el cuidado y respeto que se deben a esos asuntos, tanto como coherencia con uno de los ejes ideológicos fundamentales de la Estrategia de Atención Primaria: buscar la producción de conocimientos y la decisión sobre las prácticas útiles para las mayorías en la interacción de saberes distintos, sin predominancias autoritarias ni sometimientos alienados. Es así como aparecen las posibilidades no previstas hasta ese momento, tanto en lo que se decida hacer como en la aventura de ir desplegando los caminos que se abren a partir de esas decisiones.

2. Sobre la estrategia de atención primaria

Los orígenes del concepto de Medicina Social —en el sentido de que la enfermedad estaba relacionada con “problemas sociales” y que el estado debe intervenir activamente en la solución de los problemas de salud— se pueden rastrear en Europa a mediados del siglo pasado, con las propuestas de R. Virchow y D. Guérin, realizadas sincrónicamente con diferentes rupturas y revoluciones en el conocimiento científico. Un siglo después, en los seminarios de Viña del Mar y Tehuacán (OPS/OMS) se comenzó a estimular la revitalización del componente social en la formación médica, aunque sólo alcanzó para incluir algunos científicos sociales en las Facultades de Medicina y desarrollar marginalmente algunas cátedras de Medicina Preventiva, mientras la medicina latinoamericana seguía siendo predominantemente biologicista y hegemónica. Lo que llevó a que se impulsara el desarrollo de las ciencias sociales aplicadas a la salud por fuera de las facultades de medicina, ya que estas sólo le adjudicaban un papel marginal. Se sorteó parcialmente el problema con la creación de posgrados en los problemas de salud colectivos, en varias Universidades Latinoamericanas. El nombre de Medicina Social se adoptó en la reunión de Cuenca (1972), en la que participaron miembros de diferentes grupos nacionales dedicados a la investigación social en salud, conjuntamente con la reformulación de que los cambios debían impulsarse desde adentro de la propia medicina, en el interior de sus prácticas de prestación de servicios, de producción de conocimientos y formación de personal. A partir de allí se fueron haciendo más nítidos los bordes y las contradicciones con los enfoques de “Salud Pública” que se sometían a la expansión de la institución asistencialista centrada en la suma despersonalizada de prácticas de

corte biologista e individual, que desatiende la naturaleza social y colectiva de su objeto de estudio. Mientras que la Medicina Social acentuó la redefinición de su objeto de estudio: “el proceso salud - enfermedad” entendido como una unidad en cuyo interior se produce el movimiento y transformación de sus elementos constituyentes y que requieren para su adecuada interpretación, la aplicación del conocimiento de las ciencias que abarcan los procesos naturales y de las ciencias que tratan los procesos sociales e históricos.²

La Atención Primaria de la Salud, planteada como Estrategia, surge como postura fuerte en la reunión de Alma - Ata, en 1978 (OMS - UNICEF)³, convalidada por los representantes de todos los Estados Miembros de las organizaciones convocantes de la reunión. Los análisis, las fundamentaciones, las propuestas y las consecuencias posibles y buscadas como caminos de solución para la situación crítica de los problemas de salud que allí se enumeran, reconocen los aportes de la Medicina Social como uno de sus ingredientes fundamentales. Al mismo tiempo que estuvo apoyada en gran cantidad de experiencias prácticas ya conocidas y en desarrollo, que permitían poder fundamentar el lanzamiento del modelo como propuesta a nivel internacional.

Fue, y sigue siendo, una reformulación tan radical de la redistribución de poderes y financiaciones, de las perspectivas y miradas posibles sobre la salud y el enfermar, de cuestionamiento a modos de conocimiento y de prácticas en salud, y de transformación aún en las organizaciones de los Estados, que no parece muy desatinado pensar que la mayoría de los países miembros que la firmaron no tenían mucha comprensión de su contenido, o una actitud cínica de acordar con algo que no pensaban intentar poner en práctica.⁴ Lo que tampoco es demasiado sorprendente en el orden internacional de antes y el de ahora, que en los últimos caso veinte años ha tenido enormes variaciones, generadoras de nuevos problemas (Globalización de los mercados a escala planetaria, sistema financiero internacional con gran incremento de las inversiones especulativas, metamorfosis de las cuestiones sociales vinculadas al mundo del trabajo, incremento de la desocupación, reaparición de nuevas-viejas epidemias, avances tecnológicos inusitados, globalización comunicacional, etc).

Entre las experiencias que existían desde antes que la estrategia fuera planteada como propuesta tan generalizada y las que se han desarrollado después, señalan a la A.P.S. como una posibilidad que sigue siendo válida,

quizás todavía más prioritaria, por los problemas específicos de salud y para colaborar con la reconstrucción creativa de los tejidos sociales tan seriamente perturbados y desconcertados.

La A.P.S. es una estrategia cuyos rasgos esenciales son esencialmente éticos y epistemológicos, que propone principios en lugar de actividades; áreas de acción en lugar de tareas específicas; caminos de decisión acerca de prioridades en lugar de fijar prioridades. Que compromete a toda la organización de la sociedad, con sus valores de autosuficiencia y autodeterminación, y por sus objetivos e instrumentos a:

- a.- Ocuparse de asuntos esenciales de la salud, acordados como tales con los propios habitantes de las comunidades;
- b.- Emplear métodos científicamente probados —lo que implica crítica, cuestionamientos de paradigmas, revisiones de lo anterior y de lo nuevo, investigaciones permanentes;
- c.- Métodos que deben ser socialmente aceptables y accesibles a todos;
- d.- Considerar a la salud como un bien obtenido a través de la participación activa de todos y no como medida ofrecida o impuesta,
- e.- Lograr que el costo de atención de la salud sea acorde con el lugar que la salud ocupa en la escala de valores de cada sociedad.

Si para todas las actividades de salud la estrategia tiene sentido y utilidad, para las de Psiquiatría y Salud mental comunitaria no sólo las tiene sino que es refundacional. Hacia adentro de sus propias posibilidades y hacia todo el sistema de salud y el tejido social. Porque los problemas y trastornos mentales son siempre psicosociales, muy extendidos y generadores de sufrimientos, marginaciones y altos costos comunitarios. También porque los programas de salud mental pueden disminuir la deshumanización que se incrementa en los sistemas de salud. Por último, porque ya existen los conocimientos y las posibilidades de actuar en todas esas situaciones; a las que se le van agregando permanentemente variaciones y alternativas fértiles.

3.- Sobre los conocimientos y habilidades necesarias

3.1.- Para encarar la Formación de Recursos Humanos

Habitualmente se hace referencia crítica a los modelos tradicionales de formación y actualización del personal comprometido en tareas de salud, por responder centralmente a patrones de acreditación de los médicos y exten-

derse luego a otros profesionales y técnicos. Con lo que implica de estilos autoritarios en los modos de transmisión, de conocimientos fragmentarios que se supone que los individuos pueden integrar solitariamente, de generación de expectativas e ideales que luego no encuentran desarrollos viables, de dificultad para abrirse a otras miradas sobre lo humano y para poder hacer cuestionamientos a la ubicación de las prácticas en la estructura social. También, sobre el poco cuidado por los costos emocionales personales que conllevan los sistemas de formación que generan identidades profesionales que funcionan como “recursos” intercambiables en vez de generar sujetos comprometidos con los también sujetos que esperan beneficiarse de sus prácticas, con los otros integrantes de sus equipos y con todos los que comparten los lugares de trabajo. Críticas válidas y conocidas, por lo que solamente quedan mencionadas.

También son conocidas las soluciones que se plantean y practican con resultados variables: aprendizaje por problemas y no por especialidades o disciplinas aisladas, técnicas de capacitación que reconozcan la Adultez de aquellos a los que las destina y la necesidad de participación activa de los grupos de aprendizaje y en las tomas de decisiones, construcción de sentimientos de pertenencia, interés por los problemas nuevos que se abren al solucionar los anteriores, articulación de conocimientos teóricos con experiencias prácticas, etc.

Puede ser útil plantearse reflexivamente preguntas sobre algunas causas y carencias que hacen que esas críticas y los caminos de solución que se plantean, aunque adecuados no resulten suficientes. Es lo que se va a ir desarrollando en el escrito, que tiene como objetivo específico la capacitación para trabajar en salud comunitaria. Y, congruentemente con la estrategia de A.P.S., apuntando a señalar principios y fundamentos, ingredientes necesarios y posibilidades; más que marcar tareas o actividades específicas.

En este punto, son dos los aspectos que interesa destacar:

3.1.a. Las tareas de capacitación entendidas como “procesos de enseñanza-aprendizaje”, buscan no solo desarrollar un conjunto de conocimientos sino integrarlos con el reconocimiento y cultivo de aptitudes y dones personales. Teniendo como objetivo el momento presente y los futuros de cada uno de los integrantes de la experiencia.

En las últimas dos décadas se ha avanzado mucho en la comprensión y conceptualización de las características diversas de las inteligencias huma-

nas, lo que es una riqueza que podríamos utilizar más de lo que lo hacemos en la enseñanza. Por el peso de la tradición se jerarquizan las consideradas inteligencias académicas típicas que son las que miden los métodos habituales de ponderación del Coeficiente Intelectual: la facilidad para expresar ideas y la lógico-matemática; otorgándosele menos importancia a las inteligencias espaciales (Ej: artistas o arquitectos); las cinestésicas ⁵; los talentos de armonización; las destrezas para lo interpersonal (Cuyo núcleo es la capacidad para discernir y responder adecuadamente al humor, el temperamento, las motivaciones y los deseos de los demás); y la capacidad para lo interpersonal (Correlativa a la anterior, pero dirigida hacia la propia subjetividad, en cuanto acceso a los propios sentimientos y la capacidad de distinguirlos y respetarlos)⁶

Otros investigadores describen muchas más “inteligencias” y prefieren hablar de “imaginación crítica”, jerarquizando notablemente la inteligencia emocional infantil que todos seguimos manteniendo como venero de posibilidades de operar meticulosamente con detalles importantes con los que nos comprometemos, mientras que la abstracción opera con significados, con lo que el pensamiento “adulto” es menos comprometido y más distante. Resaltan la creatividad pasible de desarrollarse y enriquecerse en los máximos niveles de desarrollo, caracterizándola como potencialidad de autotransformación. Postulando que los maestros no enseñan sino que se reconstruyen a sí mismos, al mismo tiempo que contribuyen a que otros se reconstruyan a si mismos. ⁷

Para tareas de capacitación en salud comunitaria, no será que estos puntos de vista se hacen imprescindibles?. Tanto para decidir contenidos y modos de aproximación a ellos, como para hacer-pensando en las experiencias de terreno en las que se está permanentemente a prueba. Para observar con otras expectativas las posibilidades de despliegue de capacidades individuales no expandidas, y para incluir como tensión permanente la vitalizadora motivación de autotransformarse en el desempeño del trabajo y el aprendizaje. Metas inherentes a la comprensión del compromiso personal de quienes trabajan en psiquiatría y salud mental comunitaria, que debe poder extenderse hacia aquellos con los que se trabaja en las comunidades.

El campo de la Salud Mental, considerado en sus comienzos como extensión de la Psiquiatría, es hoy un territorio amplio de conocimientos que incluye a ésta última como una de sus zonas. Que, como todos los otros que la integran, son evaluados desde los criterios y valores globales del campo

general. El que remite en lo conceptual y operacional a la integración interdisciplinaria y multiprofesional. En efecto, deben integrarse nociones y representaciones provenientes de la antropología, la comunicación, la enfermería, la epistemología, la historia, la medicina, la pedagogía, la política, la psicología, el psicoanálisis, los servicios sociales, y la sociología. Temáticas que hay que conocer, y simultáneamente, tener vivencias integradoras con la propia experiencia como sujetos de la existencia. Lo que ubica los contenidos en las perspectivas de las ciencias humanas, que tienen referentes distintos al de las ciencias naturales (con las que predominantemente se enseña medicina). La diferencia fundamental reside en la relación del investigador o del aprendiz con su objeto de estudio: En las ciencias naturales-experimentales, la cosa, el acontecimiento o el hecho tienen existencia objetivable aunque las teorías que lo expliquen sean diversas y el experimentador funcione con distancia supuestamente no participante en el núcleo del acontecimiento que se investiga. En las ciencias humanas no son dissociables la facticidad y la interpretación; no hay facticidad independiente de creencias, teorías, valores y modos de organizar los relatos sobre la manera de representar, para percibir, aquello de lo que se está hablando y sobre lo que se está actuando. Lo que hace imposible renunciar a la especificidad de las ciencias humanas, constituidas por la coincidencia o comunidad del sujeto que estudia o investiga y/u opera con su objeto de estudio y por la inseparabilidad de hechos y valores.⁸

La atención comunitaria es predominantemente una práctica social aunque integre conocimientos de las ciencias naturales. Hacer opciones de capacitación adecuadas para ella para lograr praxis específicas con fundamentación científica, ética y estética requiere desarrollos y caminos diversos a los que se tramitan habitualmente en las facultades de medicina y en la formación hospitalaria. Son distintos los modos de aproximación y relación con los usuarios cuando se lo hace donde ellos viven, trabajan, luchan, gozan y sufren, que cuando es llevado a cabo en una institución fuerte y organizada como empresa de atención, prescripción e intervención —el hospital— a la que el usuario llega extraído de su contexto y puesto en el rol de paciente o enfermo. Como tal, “materia prima” para funcionamiento institucional, aunque de alguna manera desprovisto de identidad, historia y vínculos habituales.

3.1.b. Las tareas de capacitación para salud comunitaria ¿cuidan y desarrollan

la salud de los trabajadores de la salud?

Salud, mirada desde el paradigma de interacción de sistemas, es conformación de un estado de calidad de vida para las personas, los grupos o las comunidades, en el que lo biológico funciona en relación dialéctica con el sistema ecológico, a su vez compuesto por el medio físico natural y el construido culturalmente, y el sistema social con sus características, valores y modos de construcción de subjetividad (psiquismo). Es la mirada que fundamenta la medicina social, la APS y el trabajo en comunidad. Salud y enfermedad como hechos sociales que se producen donde está la gente.

Salud Mental, utilizada ahora como definición (provisoria, enriquecible y para probar) de calidad de vida mental, como parte de la salud global, puede enunciarse como la relativa integración y síntesis de los elementos conflictivos del vivir humano (amor-odio, actividad-pasividad, vida-muerte, belleza-espanto, placer-displacer, curiosidad-inhibición, conocimiento-desestimación, creación-reiteración, solidaridad-egoísmo, etc.), que en balance dinámico y en permanente movimiento de interacción de cada persona consigo misma y sus contextos, producen, reproducen y transforman sus existencias. Donde aparecen crisis previsibles e inesperadas, se logra hacer de los sufrimientos experiencias de crecimiento, se participa activamente en los propios cambios y en los del contexto, se tienen proyectos y se labora por ellos, y el placer se busca y acepta, aún cuando aparezca donde no se lo buscó.

Si ambas definiciones pueden considerarse objetivos para los programas de Salud comunitaria, no deberían serlo también para los procesos de enseñanza-aprendizaje del personal que se dedica a ello y para los equipos ya configurados ?

Desde hace ya varios años, se viene describiendo un conjunto de síntomas en las personas que trabajan en servicios de ayuda humana, generados por las dificultades de su ocupación, con pérdida progresiva de idealismos, objetivos y energía. Se lo llamó "burn out", síndrome de desgaste o síndrome del fusible quemado. En los últimos años se comenzó a utilizar la denominación de síndrome de Tomás cuando se refiere a todos los trabajadores de esos servicios, o enfermedad de Tomás, cuando se refieren sólo a los médicos.⁹ Su manifestación cardinal es la gran caída de la autoestima; con ausencia de expectativas de mejoría, desánimo y tedio en la labor diaria, creencia de que sólo en otros lugares es posible trabajar con verdaderos fundamentos éticos y científicos. Al principio se la describía particularmente

para el personal de salud que trabajaba en lugares periféricos, expuestos a grandes exigencias y con pocas gratificaciones pecuniarias y de otros reconocimientos. Actualmente se la comienza a considerar epidémica para todo el personal de salud en Europa y EE.UU, apuntándose como causas a la repercusión de la crisis del sistema de salud, disminución del prestigio social del médico, despersonalización del encuentro médico-paciente y ubicación del médico como espectador cansado ante el acontecer sanitario que se debate en pugna entre sistemas de financiación que se discuten por fuera de sus posibilidades de intervención.

Paradójicamente, en relación con estas manifestaciones, la medicina comunitaria se perfila como una actividad más saludable, si es encarada como tarea sinérgica con los otros y con el equipo, buscadora de nuevas posibilidades y teniendo que inventar permanentemente soluciones para los problemas, que aunque sean unificables en sus generalidades son siempre distintos por ser distintas las personas y circunstancias sociales para cada situación. Lo que implica tanto una monumental tarea de revisión del estatus adjudicado a estas tareas desde los imaginarios sociales predominantes; como una adecuada valoración de la mucha mayor solidez y riqueza conceptual, de conocimientos fundamentados de técnicas, del grado de creatividad y elasticidad de roles que se necesitan para desempeñarse en comunidad. Exigencias que las prácticas hospitalarias difícilmente demandan en tal grado, y que las manicomiales restringen al máximo.

La formación de personas para trabajar en psiquiatría y salud mental comunitarias, las reorientaciones de perfiles y roles profesionales que implican, las crisis de identidad y las búsquedas de proyectos que promueven, no podrían ser objeto de detenidos análisis y de trabajos en talleres? No sería la manera de autoaplicarse lo mejor de lo que se quiere utilizar con los integrantes de las comunidades a las que se va a ayudar, o con los que ya se está trabajando ?

3.2.- Sobre institucionalizaciones e Imaginario Social.

La propuesta y la necesidad de “reorientar” la psiquiatría hacia la A.P.S., y la formación de personas con capacidades disciplinarias y técnicas diversas para trabajar en Salud Mental Comunitaria es mucho más que una capacitación en prácticas específicas que se pueda transmitir y/o inculcar linealmente. Implica una tarea profunda y prolongada de revisión crítica de los fundamen-

tos paradigmáticos e históricos en los que se han venido sustentando las prácticas asistenciales hospitalocéntricas, lo que lleva necesariamente a revisar las categorías de enfermedad y/o trastornos, los caminos para constituirse en enfermo, los roles sociales de ellos, de los asistentes y de los sistemas que se estructuran en ese interjuego. Formulando de manera sintética todos estos elementos, se trata de revisar las institucionalizaciones de la cultura en las que vivimos, nos hacen y nos hacemos sujetos; en cuanto ellas son la trama valorativa y representacional con el que accedemos al conocimiento del mundo y son las que modelan los saber-hacer de las prácticas cotidianas.

Revisión crítica que va mancomunada con la formulación de praxis, concepciones y conceptualizaciones que son “alternativas” a las existentes, aunque incluyan muchas riquezas de las prácticas y conocimientos anteriores. Es lo que han venido haciendo con mayor o menor conciencia, con testimonios escritos o sin ellos, todos los grupos nacionales, regionales, zonales y disciplinarios que laboran en la construcción de formas nuevas de institucionalización para la aproximación y los modos de encarar las problemáticas de la salud-enfermedad.¹⁰

Lo que llamamos “realidad” y “racionalidad” son obra del trabajo del imaginario social¹¹, entendido como “creación incesante y esencialmente indeterminada (social-histórica y psíquica) de figuras/formas/imágenes”, y sólo a partir de éstas puede tratarse de “algo”. No puede haber teoría “pura” si por ello se entiende un punto de vista exterior a la historia y a la sociedad, o “lógicamente anterior”. Todo pensamiento sobre la historia y la sociedad - de cualquier materia que se trate - pertenece él mismo a la historia y a la sociedad. Es siempre una forma del hacer social-histórico. Lo que no impide el buscar ser lúcido respecto a uno mismo; es lo que Castoriadis llama elucidación: que “es el trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan”. Lo que va siempre ligado a búsquedas de transformación, ya que de lo contrario no hace falta cuestionarse nada porque se acepta lo existente como lo dado e inamovible.

De la tensión permanente que existe en la realidad histórica efectiva, con las crisis en la sociedad establecida y las oposiciones y cuestionamientos que genera, se puede deducir que la organización social trata de realizar los fines que se propone utilizando medios que los contradicen, suscitando expectativas que no puede satisfacer, estableciendo criterios que no puede aplicar o normas que hay que violar. La sociedad pide a los hombres que se limiten a ejecutar las tareas que se le imponen; luego cae en la cuenta de que

esa pasividad arruina los proyectos, entonces solicita participación y compromiso. Para descubrir pronto que a esas habilidades no puede soportarlas, porque cuestionan el orden existente. Son características del conflicto social permanente, productivo o paralizante, según se lo tome como posibilidades de creación y lucha o fuente de escepticismos y parálisis, respectivamente. Conflicto que también existen en el interior de cada persona, en la medida en que se entienda que el psiquismo individual es la historia de la sociedad que los generó hecha estructura psíquica pulsional y funcionante en cada vida individual, en su trabajo, en su vida cotidiana, en sus modos de existencia.

Las instituciones son en la cultura los conjuntos de aparatos ideológicos, científicos, legislativos y administrativos referidos a cada tipo de asuntos que la componen y a la manera de sus integraciones, efectivas o supuestas. Una determinada organización de la economía, una religión, tal o cual forma de organización del poder constituido, el sistema de salud predominante, la organización del trabajo, la justicia, los sistemas educativos, los perfiles profesionales, etc. , existen en la sociedad como instituciones, más allá de los lugares específicos en que se realizan las actividades. Forman parte del “imaginario social” con los efectos productivos de subjetividad y modos de ver el mundo señalados más arriba. Cambiarlos, alterar fundamentadamente los paradigmas que los constituyen, no sólo tiene que ver con la capacitación para la psiquiatría y la salud mental comunitaria, es central en el cuidado de los procesos que necesariamente deben darse en el interior de cada persona y de los grupos de los destinatarios de la capacitación.

Si todo lo que se presenta en el mundo social-histórico pasa por la urdimbre de lo simbólico, aunque no se agote en ello, es por el lado de esa urdimbre en la que hay que buscar la articulación entre el imaginario y las instituciones. A lo simbólico lo encontramos, en primer lugar, en el lenguaje. El individuo tiene ante él un lenguaje ya constituido, al que por más que le asigne sentido particular a una palabra o a una expresión, no lo puede hacer con absoluta independencia de lo que ya “esta ahí”. El individuo se encuentra con un orden significativo ¹² que lo precede, con el que puede hacer muchos juegos y variaciones creativas, y aún condensar significaciones de las que no tiene conciencia. Pero no puede utilizar o crear lenguajes privados, sin quedar por fuera de lo que a los otros hombres los une y comunica entre sí.

Las instituciones no se reducen a lo simbólico, pero sólo pueden existir en él, y constituyen cada una su red simbólica. Que consiste en atribuir

significaciones (representaciones, órdenes, intimaciones o incitaciones a hacer o no hacer, consecuencias) a determinados significantes. Lo que es también adjudicarles valor, generando vínculos más o menos obligatorios para el grupo considerado. Aunque también, por sus conexiones virtualmente ilimitadas, los significantes trascienden siempre las vinculaciones rígidas y pueden conducir a lugares inesperados. Es la capacidad poiética de lo imaginario, que es lo que permite que haya transformaciones y creaciones de simbolismos —instituciones— nuevas. Aunque se edifique sobre y con las ruinas de los edificios simbólicos precedentes.

Revisar los orígenes históricos y simbólicos de las institucionalizaciones existentes¹³, y fundamentar con acciones específicas y conceptualizaciones adecuadas las nuevas que se van creando, suele ser visto como lujo de intelectuales. Hay mucho para reflexionar sobre esto, ya que aparece como obstáculo predominante para encarar ese punto básico de la capacitación, en lo que tiene de relación intrínseca entre la observación crítica de lo social-histórico constituido con las transformaciones y conmociones interiores que promueven los cambios institucionales, en cuanto generan cambios en los símbolos de ideales y valores con los que los sujetos de la cultura construimos nuestras identidades, el sentimiento de sí, la autoestima y los proyectos de vida.

3.3.- Sobre problemáticas epistemológicas actuales y cambios de paradigmas

Nos acercamos al siglo XXI con cantidad de conjunciones, descentramientos, coincidencias y disyunciones entre paradigmas científicos, estéticos, culturales y terapéuticos. Con implicaciones mutuas entre esos paradigmas con la subjetividad, la acción social y la vida cotidiana¹⁴. Proponiéndose entender los desarrollos contemporáneos como procesos generativos inmersos en la historia sociocultural, con características de multiplicidad y diversidad. Para los que es necesario utilizar ópticas de diferencia, descentramiento, de alternativas y de fluctuaciones, que aparecen junto a los aspectos auto-organizativos, el cambio y la incertidumbre.

Las preguntas sobre el origen de los cambios en las ciencias y en la cultura no encuentran un principio metodológico ni fundamentos científicos previos que los expliquen. La ciencia y la cultura son procesos constructores de y contruidos por procesos sociales.

Ciencia y vida estaban separadas, sin lugar para el sujeto en la ciencia

clásica, que funcionaba excluyendo al observador, porque perturbaba sus axiomas cartesianos: la cientificidad como mundo de la observación del objeto, lo subjetivo como mundo de la filosofía, la literatura, el arte o la psicología. Ahora, estamos en un período de énfasis en el observador-constructor-actor en las ciencias humanas, y aún en la físicas, que resalta el problema del sujeto, su relación con el objeto y con la ecología, tanto la natural como la creada por obra de los humanos, incluyendo en ellas la ecología de las ideas.

Se rescata la raíz lingüística indoeuropea *sky*, en las que se originan las palabras ciencia, pero también esquizofrenia, tanto como la raíz *sun*, de la que se derivan sistema y sinfonía. Lo que expande los paradigmas de complejidad para el conocimiento, opuestos a los de simplificación por fragmentación que se utilizaban antes. Cuestiona las relaciones de orden y desorden, que se los veía como opuestos. El orden era clasificable, el desorden, caos que no se podía incluir en las predicciones. En la actualidad, el caos, el desorden y las crisis son consideradas información compleja. El mundo es así rico en evoluciones impredecibles, con relaciones no lineales entre causas y efectos, que generan grandes movimientos dinámicos. El desorden no aparece como obstáculo, sino que se lo considera estimulador de procesos de auto-organización. Se integran historicidad y azar, con el determinismo, las crisis inesperadas y la complejidad ecológica, lo que lleva a respetar las particularidades regionales de las culturas e historias, para la planificación en actividades humanas, incluyendo también las que tienen que ver con la subjetividad, la acción social y los sistemas de salud. La complejidad de los problemas empuja hacia transformaciones intelectuales que nos habiliten para pensarlos. Es tiempo de creatividad, de la restauración de los elementos singulares, de lo local, de la apertura de nuevas potencialidades; de encontrarse siendo partícipe de la construcción de los relatos históricos. Es una de los caminos para intentar actuar como protagonistas de nuestras vidas, que necesariamente debe incluir la reflexión sobre como los diseños sociales, microsociales, las etnias profesionales y los imaginarios sociales nos troquelan como sujetos, aunque no determinan de manera estática todas las posibilidades de autotransformación grupales e individuales de las que disponemos.

La estrategia de APS y las prácticas comunitarias en salud vienen realizando lo anotado en los párrafos precedentes, y han colaborado para que esos desarrollos de la sociología del conocimiento y la epistemología entendida como historia de las ideas se estén desarrollando así. Desarrollos que recursivamente legitiman sus producciones y hallazgos en niveles concep-

tuales globalizables, y al mismo tiempo, aplicables como valores y principios, más que como modos de acción acotados y normados rígidamente. Desinstitucionalizaciones de los paradigmas de “enfermedad mental” y de sus modos de administrarla socialmente (Rotelli et al. Ver nota 10); comprensión de la continuidad y coincidencia entre los procesos psíquicos de los considerados normales y los considerados enfermos, a partir de las series complementarias, la teoría del inconsciente, los mecanismos de defensa y la valoración de los síntomas como modos de expresión de los trabajos de restitución con los que el psiquismo busca compensar traumas y daños previos y actuales, que pueden ser elaborados (Psicoanálisis); la comprensión de las tramas vinculares familiares y/o de instituciones menos nucleares, sus circulaciones simbólicas y producción y repetición de estereotipias patógenas o salutíferas (Sistémicos); la apertura de espacios de interrogación a partir de nuevas perspectivas en el conocimiento de la intimidad de los intercambios sinápticos (Psicofarmacología); son sólo algunos de los múltiples espacios de conocimientos de los que disponemos, y que en articulación desplegada en los lugares donde la gente vive, han aportado multiplicidad de experiencias que positivamente demuestran superior eficacia que su utilización restringida y descontextualizada, basada en la simplificación de las complejidades de los seres humanos y sus instituciones.

4. A modo de terminación... abierta

Las expectativas que pueda haber tenido el lector sobre encontrar en este escrito un programa para la Formación de Recursos Humanos para Psiquiatría y Salud Mental Comunitarias, seguramente quedan defraudadas. Porque es un conjunto de reflexiones sobre problemáticas que pueden considerarse como propuesta de básicas - aunque no excluyentes de otras muchas - para hacer esos Programas, que necesariamente deben ser regionales, y, dentro de ellos, localizados y acotados según las necesidades, el personal con el que se cuente, sus capacitaciones previas y marcos referenciales, las características propias de cada lugar en el que se trabaje, sus urgencias, prioridades, pautas sociales y culturales, modos de financiación y prospectivas comunitarias. Si para otras propuestas de salud la AP puede considerarse puerta de entrada al sistema, para Salud Mental y Psiquiatría no es así. La máxima excelencia profesional, ductilidad y elasticidad, capacidad de adaptación y creatividad, deben estar en estas formas de prestaciones.



Hacer opciones de capacitación para lograr prácticas efectivas con fundamentación científica, ética y estética compromete y conmociona los referentes profesionales habituales. Elegir a profesionales y técnicos para renovar sus conocimientos y habilidades, buscar y seleccionar a personas jóvenes para formarlos desde el comienzo en las prácticas comunitarias, son problemáticas muy específicas que deben ser resueltas en cada lugar y por cada grupo; sin desmedro de pautas y cursos generales que se pueden organizar integrando grupos distintos.

Las reflexiones planteadas, buscan integrarse desde distintos ángulos sobre algunas problemáticas. Por eso los productos obtenidos al seguir los caminos elegidos tiene reencuentros con formulaciones que pueden aparecer como redundantes, si no se perciben los matices diferenciales en los puntos de partida para cada camino.

Los contenidos de los programas, las tareas de nivelación, las posibilidades de construir saberes prácticos y reflexionar sobre ellos, descubrir y estimular las mejores capacidades de cada uno para cada conjunto de destrezas y habilidades, el respetar las diferencias y hacer de toda esa suma una integración solidaria de esfuerzos y entusiasmos, corresponde a los actores directos de las experiencias. No se puede programar en general.

Si las categorías diagnósticas habituales deben ser revisadas para las prácticas comunitarias, si hay que poner las nociones de enfermedad entre paréntesis mientras se revisa como se han construido y se siguen los caminos por los que las personas llegan a su “existencia-sufriente consigo mismos y los demás”, si se va encontrando que en esos caminos hay muchas formas de intervención, de creación de vida y sentido, que cambian los destinos aparentes o determinados por las institucionalizaciones anteriores... si todo eso es así, los programas específicos de capacitación deben hacerse y reinventarse permanentemente en cada lugar o región. Todos los conocimientos y disciplinas son imprescindibles, sólo que hay que tamizarlos e integrarlos en el paradigma de la complejidad, con actitud lúdica e investigativa, cuestionadora y , al mismo tiempo, confiada en las capacidades de autotransformación que todas las personas disponen, y que son las que los trabajadores de salud mental deben catalizar en las poblaciones y personas a las que se dediquen.

Notas

² Mercer, Hugo, LA MEDICINA SOCIAL EN DEBATE. *Cuadernos Médicos Sociales. Centro de Estudios sanitarios y sociales*. Nro. 42, diciembre 1987. Rosario, Argentina. [Trabajo utilizado como referencia para todo el párrafo.]

³ ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD. OMS/UNICEF. Alma-Ata 1978. Ed. OMS.Ginebra.

⁴ En la Argentina se estaba en la época más intensa del Terrorismo de Estado, impuesta por el gobierno militar de facto (1976-1983), apoyado por los grupos financieros predominantes, con anulación de los derechos ciudadanos de democracia y justicia.

⁵ *Cinestesia*: La variedad de sensaciones productoras y resultantes de los movimientos espontáneos, reflejos y voluntarios, contracciones musculares y articulares, esfuerzo, atención y resistencia. Tienen una extensión muy vasta, contribuyen a dar la sensación vital del cuerpo e intervienen en las percepciones de los sentidos como elementos de acomodación y adaptación.

⁶ Howard Gardner. MULTIPLE INTELLIGENCES: THE THEORY IN PRACTICE. New York, Basic Books, 1993

⁷ Caspi, Moshe. Educador israelí. Profesor de Psicología y Educación en nuevos métodos de enseñanza. Consultor de las Universidades de Oxford y Harvard. *Página 12*. Bs. As. 20-VII-97

⁸ Testa, Mario. SABER EN SALUD - LA CONSTRUCCION DEL CONOCIMIENTO. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1997

⁹ Por identificación con el protagonista de "LA INSOPORTABLE LEVEDAD DEL SER" de Milan Kundera. Ver "LA ENFERMEDAD DE TOMAS Y EL SINDROME DE DESGASTE", Martín Pérez J., Rodríguez, J.M. en "Medicina Clínica". Barcelona, 1990

¹⁰ Lo anotado en el punto 2.- sobre Medicina Social es un ejemplo de ello. De la misma manera, se pueden seguir las elaboraciones de la Reforma Psiquiátrica Italiana y sus derivados (Ver DESINSTITUCIONALIZACIÓN: OTRA VÍA (LA REFORMA PSIQUIÁTRICA ITALIANA EN EL CONTEXTO DE LA EUROPA OCCIDENTAL Y DE LOS "PAISES AVANZADOS", de Franco Rotelli, Ota De Leonardis y Diana Mauri, en Rev. Asoc. Española de Neuropsiquiatría. Vol VII. Nro 21, 1987; las producciones de los grupos latinoamericanos que trabajan en Salud y/o Salud Mental comunitaria; los cambios sobre la concepción de la enfermedad y el sufrimiento mental generado por el psicoanálisis; las producciones de muchos grupos sistémicos en el mismo sentido; los fundamentos histórico-sociales de las "comunidades terapéuticas", etc.

¹¹ Castoriadis, Cornélius. L'INSTITUTION IMAGINAIRE DE LA SOCIÉTÉ, Ediciones du Seuil, París, 1975. [obra de la que hay pasajes en *El imaginario social*. Colombo Eduardo (Comp.) Tupac Ediciones. Montevideo, 1989.] Autor al que tomo de referencia para el párrafo.

¹² "Significante", "significado", "significación", están usadas en sentido lato.

¹³ Ejemplo: La integración ideológico-técnica de la estrategia militar con la que se inició el proceso de secularización de los sistemas asistenciales, con las organizaciones religioso-caritativas que las precedieron en esas responsabilidades. De la enfermedad como efecto del pecado, a la enfermedad como el "enemigo" contra el que hay que luchar, llevándolo al campo de batalla más apropiado, con mayor "dotación" de "armas" y "personal": el hospital.

¹⁴ Schnitman, Dora Fried. CIENCIA, CULTURA Y SUBJETIVIDAD, en *Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad*. Paidós. Buenos Aires. 1994. (Capítulo de referencia para este acápite).