

**UNIVERSIDAD DEL
ACONCAGUA**



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**TESINA DE GRADO
LICENCIATURA DE PSICOLOGÍA**

**La implementación de la ley de salud mental y el rol
del psicólogo en el nuevo paradigma.**

Alumna: Bárbara Aldana Pizarro Ortiz

Directora: Mgter Carolina Chacón.

Co-directora: Mgter. Andrea Agrelo

Mendoza, agosto de 2016

Hoja de evaluación

Tribunal examinador

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesora invitada: Mgter Carolina Chacón.

Mgter. Andrea Agrelo

Calificación:

Agradecimientos

A Dios y María Auxiliadora, por haberme mostrado el camino a seguir a lo largo de mi vida, y por el regalo de la vocación por esta preciosa carrera; el don de la vida y la felicidad.

A mi familia, por apoyarme en cada decisión y proyecto. A mi papá y mi mamá, que creen siempre en mí y permitieron que esta carrera fuera posible, siendo grandes pilares y acompañando cada paso. A mi hermana, con quien comparto además una gran amistad, que siempre estuvo ahí para sacarme una sonrisa. A mi abuela, que sé lo feliz que esta con el logro obtenido.

A mis amigos, que desde donde han estado, me acompañaron en mis logros y dificultades, y me ayudan a levantarme y a seguir.

A la Mgter. Carolina Chacón y Mgter. Andrea Agrelo, directora y co-directora de tesina, quienes me ayudaron en este último tramo; brindándome su paciencia, dedicación, motivación y aliento.

A cada persona, que estuvo presente a través de una palabra de aliento o una oración.

Resumen

La presente investigación tiene como consideración general la afirmación de que la Ley de Salud Mental es un importante avance en lo que concierne al abordaje de la salud mental.

El objetivo general fue examinar el rol profesional del psicólogo en el marco de esta ley. Investigando además, el grado de información que poseen los psicólogos sobre la misma y sus implicancias en el ejercicio profesional; conocer las prácticas profesionales específicas que se modifican, agregan, transforman en el marco del nuevo paradigma. Asimismo, visualizar obstáculos y facilitadores para la aplicación de la Ley N° 26.657 en el ámbito de Salud Pública.

Para ello, se realizó una investigación cualitativa utilizando como instrumentos de recolección de datos: entrevistas individuales semiestructurada a psicólogos que trabajan en el ámbito de la salud pública, observación del contexto, anotaciones y bitácora de campo.

Esta investigación ofrece un aporte importante para conocer cual es el rol de los psicólogos frente al paradigma actual en salud mental. Además, aporta información de la temática y permite deducir las intervenciones de los profesionales, a fin de lograr un buen desempeño en las tareas propias de un agente de la salud mental, pudiendo revisar los paradigmas y las conceptualizaciones universales acerca de la salud mental y los factores implicados.

Abstract

This research has as general consideration the claim that the Mental Health Act is an important step forward as regards the approach to mental health.

The general objective was to examine the professional role of psychologists in the framework of this law. Investigating, besides the degree of information held by psychologists thereon and its implications in professional practice; know the professional practices that are modified, added, transform under the new paradigm. Likewise, visualize obstacles and facilitators for the application of the Law No. 26,657 in the field of Public Health.

For that, it has been made a qualitative study using as an instrument of data collection: semistructured individual interviews to psychologists that are working in the field of public health, observation of the context, annotations and logbooks field.

This research offers an important contribution to know what is the role of psychologists against the current paradigm of mental health. Also, provides information on the subject and it's allow to deduced the interventions of the professionals, to achieve a good performance in the tasks of a mental health worker, may review the paradigms and universal conceptualizations about mental health and factors involved.

Índice

Título	_____	2
Hoja de evaluación	_____	3
Agradecimientos	_____	4
Resumen	_____	5
Abstract	_____	6
Índice	_____	7
Introducción	_____	10
Primera parte: Marco teórico	_____	12
Capítulo I: El campo de la salud mental: antecedentes		
históricos	_____	13
1. Concepciones acerca de la salud y la enfermedad.	_____	13
1.1 Paradigmas en las diferentes épocas.	_____	14
1.1.1 Salud y enfermedad, concepciones en		
la Edad Antigua	_____	14
1.1.2 Concepciones durante la Edad Media	_____	15
1.1.3 La modernidad y las concepciones sobre salud y		
enfermedad.	_____	16
1.1.4 Concepción actual de los términos		
salud-enfermedad	_____	17
2. El campo de la salud mental: Antecedentes históricos.	_____	18
2.1 Hitos políticos-institucionales recientes	_____	22

Capítulo II: Ley nacional de salud mental nº26.657. _____ 25

1. Normativas internacionales en salud mental y derechos humanos. _____	25
2. Principios rectores que promueve. _____	27
3. El nuevo paradigma y el concepto de salud mental. _____	35
3.1 Paradigma de salud comunitaria. _____	35
3.2 Paradigma de derechos humanos. _____	36
3.3 Paradigma frente a las adicciones. _____	37
4. Innovaciones introducidas por la nueva Ley de Salud Mental. _____	39
5. Principales críticas y resistencias a la nueva ley. _____	42
6. Ley nacional de salud mental 26.657: Desafíos futuros. _____	45

Capítulo III: La formación y práctica de los psicólogos: su adecuación al nuevo paradigma. _____ 47

1. Historia de la profesión del psicólogo en Argentina. _____	47
2. Incumbencias y competencias del psicólogo. _____	53
3. Nuevos escenarios y desafíos para la formación del psicólogo. _____	59
3.1 Artículo 33 de la ley nacional 26.657. _____	59
3.2 Nuevo escenario de los profesionales y/o técnicos en salud mental. _____	61
3.2.1 El perfil profesional del psicólogo propuesto por el nuevo paradigma. _____	62

Segunda parte: Marco metodológico.	70
Capítulo IV: Metodología de la investigación	71
1. Objetivos de la investigación.	71
2. Preguntas de investigación.	71
3. Tipo de estudio.	73
4. Tipo de investigación.	73
5. Instrumentos de investigación.	74
6. Descripción de los participantes.	76
7. Análisis de los datos.	77
8. Procedimiento.	83
Capítulo V: presentación y análisis de los resultados	84
Conclusiones.	108
Referencias bibliográficas.	114
Anexo.	130

Introducción

Los cambios y actualizaciones producidos en nuestro país en materia legislativa, nos ha colocado en un “momento bisagra” respecto a un antes y un después de la implementación la nueva ley nacional de salud mental. Conocer, describir y difundir el cambio paradigmático que estamos viviendo, es una responsabilidad y un compromiso ético que, como agentes de salud, debemos asumir.

Ante esto, surge el interés por investigar esta legislación que repercute en el ejercicio profesional, supone competencias y participaciones específicas para los psicólogos y evidencian la compleja relación entre las necesidades sociales, problemáticas emergentes y respuestas profesionales. Nos demanda como futuros profesionales a conocer e implementar con responsabilidad, el marco legal y las prácticas que de ello se derivan.

Por ello los interrogantes de este trabajo se centraron en poder examinar el rol profesional del psicólogo en el marco de la nueva ley. Investigando, además el grado de información que poseen los mismos sobre la Ley de Salud Mental y sus implicancias en el ejercicio profesional; conocer las prácticas específicas del psicólogo que se modifican, agregan y/o transforman en el marco del nuevo paradigma. Como así también, visualizar obstáculos y facilitadores para la aplicación de la Ley N° 26.657 en el ámbito de Salud Pública.

El trabajo de tesina desarrollado a continuación busca, en un primer lugar, introducirnos al campo de la salud mental y su historia; para luego poder situarnos frente a la Ley de Salud Mental, donde se analizaron los distintos paradigmas vigentes en el campo en la salud mental, realizándose una descripción de la normativa, sus fundamentos, como así también los debates que tuvieron lugar desde su promulgación.

Por último, indagar sobre la formación y práctica de los psicólogos, y su adecuación a los nuevos escenarios y desafíos frente a los nuevos paradigmas que propone la Ley Nacional de Salud Mental.

PRIMERA PARTE
MARCO TEÓRICO

Capítulo I: El campo de la salud mental: antecedentes históricos.

1. Concepciones acerca de la salud y la enfermedad.

Para delimitar el concepto de Salud mental, es necesario diferenciar cuáles son los marcos que se han dado en determinados contextos históricos sociales, políticos y culturales, los saberes, las estrategias terapéuticas, los modos de financiamiento, las configuraciones de la demanda de la atención en salud mental que condicionan el tipo de Instituciones y profesionales reconocidos como socialmente habilitados para ofrecer respuestas en la atención de la salud mental.

Estas percepciones derivan de conceptos y distinciones sociales previas, como aquellos que definen lo sano y lo enfermo de acuerdo con circunstancias socioculturales concretas que evolucionan históricamente, dando lugar de esta manera a los paradigmas como modelos de explicación de los procesos de salud-enfermedad, estableciendo lo que es legítimo como conocimiento e intervención mientras siga vigente tal o cual paradigma.

Desde una perspectiva histórica, las enfermedades mentales se han encontrado constantemente en los límites entre las interpretaciones naturalistas y sobrenaturales de la enfermedad, lo que también ha contribuido a su tardía incorporación como problema de salud (D'Agostino, 2015).

Habiendo afirmado que no es posible separar el pensamiento de las condiciones de su producción y que dentro de ello, no es dado separarlo de sujetos y movimientos o fuerzas sociales; haremos una breve

introducción al recorrido del pensamiento, cuyas conceptualizaciones de salud y prácticas abordaremos.

1.1 Paradigmas en las diferentes épocas.

1.1.1. Salud y enfermedad, concepciones en la Edad Antigua.

En la edad media encontramos dos perspectivas antagónicas en relación a la salud y la enfermedad. En la era pre-hipocrática, se destaca una concepción mágica-religiosa, siendo la salud una bendición y la enfermedad un castigo divino, por haberse alejado del camino correcto. Luego con Hipócrates, considerado como el padre de la medicina, la salud se considera como un estado natural, como el bien máspreciado, y la enfermedad pasa a ser un desequilibrio, una desviación de la norma. Las patologías, incluidas las mentales, eran pensadas como la manifestación de los cambios internos del organismo debido a las alteraciones en el medio ambiente, mientras que la curación se relacionaba con la vuelta a la naturalidad y readaptación al entorno.

Platón, además, relacionaba la salud y la enfermedad con las vicisitudes del cuerpo físico y del alma. La causa de los trastornos residía en un desorden en la organización de los cuatro elementos constitutivos del mundo material: agua, aire, fuego y tierra; las cuales se plasmaban en el alma, repercutiendo en el cuerpo físico, y exigiéndole al sujeto una reorganización continua ante las tensiones que las situaciones planteaban.

El mayor aporte en relación a la salud mental, en esta época, fue la de Galeno (130 – 200a.C) quién sintetizó los conocimientos visto hasta ese entonces, y realizó una clasificación de los trastornos de la psique, apuntando a la anatomía del sistema nervioso central; por lo que pensó

que las enfermedades mentales podían dividirse en causas orgánicas (lesiones, exceso de alcohol, cambios menstruales) o mentales (miedos, angustias). Además, sostenía que la salud anímica dependía del equilibrio entre las partes racional, irracional y sensual del alma.

1.1.2. Concepciones durante la Edad Media.

La salud y la enfermedad durante la edad media tuvieron una creciente influencia de la Iglesia Católica en Europa, ocasionando que las explicaciones sobre las enfermedades mentales fueran asociadas directamente a la ira de Dios. Las cruzadas y las aglomeraciones de las grandes ciudades, bajo condiciones sanitarias pauperizante, produjeron grandes epidemias de infecciones, con un alto índice de mortalidad (viruela, cólera). Es en esta etapa que se generan las primeras teorías que asocian las patologías a las impurezas del aire y del ambiente.

En este momento histórico, en contraposición a lo que acontecía en Europa, los árabes sustentaban enfoques materialistas para la explicación del proceso de salud, donde se mantenía la salud o se producía la enfermedad, de acuerdo al equilibrio-desequilibrio de seis principios básicos: aire puro, moderación al comer y beber, el descanso, el trabajo, la vigilancia, el sueño, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales.

Luego de la caída de Roma y la muerte de Galeno, muchos avances sobre la salud mental se perdieron y se volvió a las supersticiones; volviendo a lo que se denominó demonología, donde se utilizaba a los buenos y malos espíritus para explicar todo lo que no se comprendía (tormentas, fuego, enfermedad). Al final de la Edad Media se producían curas en grupos (con bailes denominados “la tarantela”); y los monasterios eran los lugares de tratamientos de los enfermos mentales donde el método utilizado era el exorcismo.

1.1.3. La modernidad y las concepciones sobre salud y enfermedad.

En la modernidad las concepciones sobre salud, como ausencia de enfermedad e invalideces comienzan a cobrar relevancias. Esta forma de pensamiento fue difundida por el discurso médico-hegemónico del Siglo XIX y favorecida por la dimensión biológica. El modelo tendría como características estructurales el biologismo, la concepción evolucionista-positivista y la a-historicidad, asociabilidad e individualismo de su limitación de objeto, centrada en la enfermedad; por ende las lesiones comprobables en órganos o tejidos, eran la causa central de todos los padecimientos, incluyendo a los padecimientos relacionados con la salud mental.

Es así que se definía a la salud como correlato negativo de la enfermedad, lo que durante bastante tiempo, imposibilitó concebir que este constructo pudiera tener un estatuto propio (De Lellis, Interlandi y Martino, 2014).

Debido a estos planteos, y paralelamente, a estas perspectivas médico-reduccionista, surgieron otras visiones que defendieron la idea de que la salud y la enfermedad rebasaban los límites del cuerpo físico. La subjetividad, el comportamiento individual, las relaciones sociales, la influencia de los ámbitos culturales, empezaron a ser visualizados como determinantes de los procesos de salud-enfermedad. A partir de esto, Ernest Sigerist (1941, citado en Stolkiner y Ardila Gómez, 2012) sugiere que un individuo sano es aquél que presenta un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente, hallándose ajustado a su entorno físico y social y construyendo al bienestar de su sociedad.

Desde sus inicios, el pensamiento médico social/social colectivo problematizó la concepción de salud, y por ende de enfermedad, inherente a las prácticas hegemónicas. Comenzó cuestionando las categorías sociales utilizadas hasta el momento para incorporar “lo social”

y simultáneamente, dejo de considerar la salud y la enfermedad como estados antagónicos, para poner en el centro de la conceptualización el proceso de producción-reproducción social como matriz del fenómeno, también dinámico y procesual (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

1.1.4. Concepción actual de los términos salud-enfermedad.

En 1946, se crea la Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud es definida por primera vez como “el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solo ausencia de enfermedad o dolencia” (p.1). Esta concepción logra buena aceptación y rápida difusión en el área de salud pública, ya que la salud es concebida desde aspectos subjetivos ligados al bienestar, e integrando lo mental y lo social, además de lo físico.

Si bien esta definición marcó un hito histórico en el campo sanitario, surgen, con el tiempo críticas centradas a la definición de la OMS, donde el interrogante central se relacionaba con la presencia de un “completo” y continuo estado de bienestar físico, mental y social, lo que se considera como una explicación utópica y estática. Por ello, Milton Terris (1975, citado en Stolkiner y Ardila Gómez, 2012) propone una nueva definición: “la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente ausencia de malestar o dolencia” (p.29). En esta definición se destaca la diferencia entre la salud pensaba como un estado ideal a alcanzar y el proceso de salud, como capacidad para tomar decisiones, afrontar responsabilidades y vivir con autonomía en el ámbito concreto de la vida cotidiana.

A partir de esto se entiende la salud como un proceso, que depende del bienestar relativo logrado en un determinado momento histórico-social-ambiental, que asume como premisa la mutua transformación que se produce mediante la interacción permanente entre las personas y su entorno.

Cristina Lourell (citada en Stolkiner y Ardila Gómez, 2012) menciona al respecto, lo específicamente nuevo que ha surgido de la problematización de la salud-enfermedad en cuanto a proceso social, que es plantear el nexo bio-psíquico como una expresión concreta de la corporeidad humana del proceso histórico en un momento determinado. De esta manera también se rompe con la reducción biologista y con la dualidad individuo-sociedad, considerados; ya no objetos diversos sino niveles de análisis diferentes de un fenómeno de alta complejidad. Es así, que la salud debe ser considerada como conjunto de cualidades sistémicas complejas y un fenómeno multidimensional. La inexistencia de daño morfológico, la ausencia de limitaciones funcionales, un grado alto de bienestar subjetivo, un contexto familiar contenedor, son algunas de las variables cuyas interrelaciones deben ser entendidas, siempre en conjunto, para comprender integralmente el concepto (De Lellis, Interlandi y Martino, 2014).

En cuanto a lo que respecta a la salud mental a partir de esta definición más abarcativa de salud, es que es capaz de contemplar a la persona en todos sus aspectos, se permitiría el paso de la hegemonía médica a la lucha por la salud por medio de un trabajo multidisciplinario, intersectorial, estando al servicio de la comunidad.

2. El campo de la salud mental: Antecedentes históricos.

Para comprender los factores que gravitaron en la constitución del campo de la salud mental en nuestro país, es oportuno mencionar algunas referencias históricas recientes.

En el año 1957 el gobierno Argentino crea el Instituto Nacional de la Salud Mental, cuyo objetivo era formular lineamientos de política pública

que comprendieran a las numerosas instituciones monovalentes que aun pertenecían a la jurisdicción nacional.

En el año 1958, bajo la conducción de Mauricio Goldemberg, se crea el servicio de psicopatología del Hospital Aráoz Alfaro (Evita) de Lanús. La labor de este servicio adquirió celebridad por las iniciativas de apertura de sus prácticas hacia la comunidad y el énfasis en la prevención como medio eficaz para evitar la aparición de patologías.

Durante la década del 60 y 70, se difunden las experiencias de reformas implementadas en diversas regiones de mundo; sobresale la realizada en la localidad de Trieste (Italia), la rejerarquización de las comunidades terapéuticas como dispositivos alternativos a la institucionalización y la apertura de Centros de Salud Mental en Norteamérica.

A partir del año 1967, se implementa el plan diseñado por Goldemberg, cuyo ámbito de aplicación fue Capital Federal, y en el cual se aplicaron gran parte de las lecciones aprendidas durante la experiencia realizada en el Hospital Aráoz Alfaro.

A partir de esta década comienzan a desarrollarse experiencias innovadoras de reforma institucional en las provincias de Mendoza, Entre Ríos y la provincia de Buenos Aires, y tras el fin de la dictadura, en Rio Negro y San Luis entre otras, las cuales fueron de gran importancia para promover la reforma o supresión de las instituciones asilares y establecer una línea rectora para orientar las políticas de salud mental con base territorial. Estas experiencias fueron innovadoras en cuanto a la atención de las personas con trastornos mentales; permitiendo repensar aspectos tales como: a) los servicios de salud mental integrados a los servicios generales de salud y la coordinación de los servicios de salud con dispositivos comunitarios; b) la atención de colectivos sociales vulnerados; c) el tratamiento de problemáticas de relevancia epidemiológica (alcoholismo y otras problemáticas prevalentes en salud mental); d) la disminución de camas asilares y la apertura de dispositivos de base comunitaria; e) el fomento de acciones que propulsan la inclusión

social; y por último, f) las medidas para evitar o revertir la segregación y estigmatización de las personas con padecimientos mentales.

Más recientemente, la conformación de este campo se ha visto alentado por la emergencia de diversos actores sosteniendo posturas ideológicas (asociación de usuarios y familiares, organismos para la defensa de derechos humanos, entre otros) sosteniendo posturas ideológicas, basadas en el enfoque de derechos.

En Argentina, los primeros antecedentes de capacitación interdisciplinaria en salud mental coinciden con el retorno de la democracia en los inicios de los años 80, y la institucionalización de la Dirección Nacional de Salud Mental como organismo ejecutor de las políticas públicas en salud mental.

En esta época se vivía en la sociedad un clima de entusiasmo vinculado con la recuperación de las instituciones democráticas y republicanas, así como la movilización de numerosos colectivos sociales vulnerados en sus derechos, que hallaban entonces inéditas oportunidades de expresión y participación.

En el año 1984, el informe Goldemberg (Lineamientos para un Plan Nacional de Salud Mental) formula los principios rectores de las políticas que serán adoptadas por la Dirección Nacional de Salud Mental. Se destaca la importancia de la formación de los recursos humanos que estarían en condiciones de dar respuesta a los desafíos y problemáticas emergentes.

Inspirados en la experiencia de Trieste y en otras que se llevaron a cabo en diferentes regiones de Europa y América Latina, los cursos que se organizaron y dictaron durante esa época en distintas regiones del país y durante la gestión del Dr. Vicente Galli, introdujeron en nuestro país el enfoque y las experiencias nutridas en los postulados de la interdisciplina, la desinstitucionalización y la salud mental comunitaria.

En el año 1990, en un encuentro patrocinado y convocado por la *Organización Panamericana de la Salud (OPS)*, donde se redacta la Declaración de Caracas, se plantea fundamentalmente la necesidad de

que el modelo de atención y la formación de recursos humanos promuevan el fortalecimiento y reorganización de los servicios de salud, y enfatiza la integración del componente de salud mental en la estrategia de Atención Primaria de la Salud y de los Sistemas Locales de Salud.

Dicho documento se consolida con la declaración de los Principios Rectores de Brasilia, y logra plena ratificación a los 20 años de la Declaración de Caracas, a través del Consenso de Paraná, que jerarquiza la cuestión de la formación de los recursos humanos desde una perspectiva interdisciplinaria e incorpora la visión de los derechos y la inclusión social.

Durante el año 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó a una gran cantidad de expertos, autoridades gubernamentales y otros actores sociales relevantes para la elaboración de un documento para trazar un diagnóstico de situación epidemiológica, política, legal e institucional de la salud mental en el mundo, que se vio reflejada en el informe sobre la *Salud en el Mundo 2001, salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*.

Un hito significativo de este nuevo paradigma ha sido la sanción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo a fines del 2006; ya que destacó la necesidad de que los Estados parte de las Naciones Unidas realicen acciones positivas que promuevan la adecuación del entorno y la supresión de barreras, lo cual mereció la adhesión de Argentina durante el año 2008, otorgándole valor supraconstitucional.

Además de los mencionados antecedentes mundiales y nacionales que abonan la importancia de los problemas de salud mental, debe señalarse también que la evolución de los cupos de residencias en salud mental, de financiamiento nacional, han sido variados.

Entre los años 1986 y 2005 el máximo de asignaciones de cupos han sido de 18. Sin embargo a partir del año 2005 se nota un incremento importante hasta llegar al 2014 con 104 cupos asignados para residentes de primer año.

En el año 2014, la Dirección Nacional de Capital Humano y Salud Ocupacional del Ministerio de Salud de la Nación, financió 243 becas en todo el país para profesionales del campo de la salud mental.

2.1 Hitos políticos-institucionales recientes.

Se han producido recientemente en nuestro país una serie de hitos institucionales que jerarquizan y ubican a la salud mental en la agenda pública y promueven una serie de medidas político-institucionales para implementar los cambios necesarios en todo el territorio nacional.

Estos avances son los siguientes:

- a) Iniciativas que adoptaron procesos de renovación legislativa, incorporando las cuestiones que componen la agenda de la reforma que había comenzado a implementarse en todo el mundo, expresada en la Declaración de Caracas y los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales.
- b) Formulación del Plan Federal de Salud (2014), estableciendo que la salud debe protegerse mediante acciones del estado, acciones preventivas y el logro de la mayor accesibilidad a los servicios y prestaciones necesarias tomando la estrategia de la APS como eje organizador del sistema de atención. La jerarquización de las acciones de promoción y prevención, la construcción de redes regionales que integren lo público y lo privado, el desarrollo y/o fortalecimiento de los sistemas de información en áreas estratégicas y las políticas de recursos humanos.

- c) La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental nº 26.657, que se ha constituido como un nuevo acontecimiento en el campo jurídico, político e institucional. Se presenta como una herramienta de transformación. Devela por un lado la tensión entre el viejo y el nuevo paradigma, y por otra parte, pone de manifiesto la brecha entre los aspectos normativos respecto de la práctica de las instituciones y profesionales que componen los servicios de salud mental. Basada en una perspectiva de derecho, la ley refuerza como competencias necesarias de los profesionales y sus prestaciones asistenciales y sitúa al Hospital General como recurso fundamental para realizar internaciones a cargo de equipos interdisciplinarios; además promueven la creación de una red de servicios basada en la comunidad, poniendo énfasis en la interdisciplina, la intersectorialidad y el trabajo en red.
- d) La Reglamentación de dicha ley mediante el Decreto nº 603/2013, que constituyó la tarea de consultas y redacción en conjunto con las provincias, organismos públicos y entidades de la sociedad civil, bajo la coordinación de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones y la posterior revisión del Ministerios de Salud de la Nación y la Secretaria Legal y Técnica de la presidencia de la Nación.
- e) Decreto Presidencial 457/10 de la Dirección Nacional de la Salud Mental y Adicciones, autoridad de aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental, en concordancia con los lineamientos del Plan Federal de la Salud.
- f) Plan Nacional de Salud Mental (resolución Ministerial nº 2177/2013), basado en el artículo 31 de la Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto reglamentario y atendiendo a las acciones comprendidas en la Dirección Nacional por Decreto antes aludido, cumpliendo a la necesidad de integrar en un plan nacional todas las iniciativas, proyectos y programas en la materia, articulación interministerial,

intersectorial e interjurisdiccional con las demás acciones del Ministerio de Salud en particular, y de los demás Ministerios en general.

- g) Un conjunto de normas promulgadas en los últimos quince años y que consolidan un proceso relevante de transformaciones en las prácticas de salud que comprenden, entre otras a las siguientes leyes: Ley Nacional 24.788 de prevención y lucha contra el alcoholismo, Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes; Ley Nacional 26.529 de los Derechos del Paciente; Ley Nacional 26.378 de Ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; Ley 26.934 que crea el Plan Integral para el abordaje de los consumos problemáticos.

Los postulados actuales sobre salud-enfermedad llevan, indefectiblemente, a desplazar el eje de las prácticas de la enfermedad al sujeto y a cuestionar la práctica centrada en las patologías individuales. Se propone entonces, una práctica integral que incorpora la dimensión histórica, subjetiva y social; tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares. Así como señalan Stolkiner y Ardila Gómez (2012), es la práctica que se desplaza de la “ontología de la enfermedad” al sujeto, produciendo una “clínica ampliada” que requiere de nuevos modos de gestión de trabajo en salud, de manera horizontal entre especialización e interdisciplinariedad.

Capítulo II: Ley nacional de salud mental nº 26.657

1. Normativas internacionales en salud mental y derechos humanos.

La Argentina cuenta, desde el 2010, con la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, reglamentada recientemente en el año 2013, la cual es una herramienta fundamental en materia de Salud y Derechos Humanos.

Esta ley, manifiesta que tiene por objeto asegurar “el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental” (art.1).

Y el artículo 2 de la misma Ley agrega:

Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

Es por esto que la ley se fundamenta en documentos internacionales, estrechamente vinculados al cumplimiento de los derechos fundamentales de las personas, tales son la Declaración de

Caracas (1990) y los Principios de Brasilia (2005) que afianzaron el paradigma de atención en la comunidad para superar deficiencias de la centrada en el hospital psiquiátrico y el respeto de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. La Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada en la Argentina en el año 2008, que dio impulso a este nuevo enfoque al establecer que los Estados deben garantizar a las personas con discapacidad el ejercicio pleno de sus derechos en igualdad de condiciones; y por último, el Consenso de Panamá (2010) que reafirmo la necesidad de fortalecer el modelo de atención comunitario en salud mental en todos los países de América Latina y asegurar la erradicación de los manicomios en la próxima década (Massa, 2013).

Además, también en tanto leyes, declaraciones, reglamentaciones relacionadas con la Ley N° 26.657 se encuentran: el Artículo 34 del Código Penal, Ley N° 23.592 Penalización de actos discriminatorios; Artículo 144, 482 y 152 del Código Civil; Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata; Ley N° 22.914 Ley sobre internación y egreso de Enfermedades Mentales, Artículo 99 incisos 1 y 2 de la Constitución Nacional Argentina; Ley N° 23.660 Obras Sociales; Ley N° 23.661 Sistema Nacional de Seguridad de Salud; Capítulo III de la Ley N° 26.061 Ley de protección Integral de los derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

La ley fue reconocida por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud como la más avanzada de la región y ejemplo a seguir en todo el mundo, en materia de Salud Mental. La misma brinda un marco para que las políticas en materia de desarrollo de salud mental, cumplan todos los compromisos que el país ha suscripto, en lo que respecta a derechos humanos y el cumplimiento de los estándares internacionales establecidos.

Dicho cumplimiento es obligatorio en todo el país, y asegura el derecho, de todos los que habitan el suelo argentino, a la protección de su salud mental, estableciendo puntualmente los derechos en relación al sistema de salud, tanto público como privado.

Además, incluye de manera explícita, la problemática de las adicciones, históricamente relegada incluso más allá de los límites de la salud; ya que ha sido concebido desde la óptica de la prevención del delito y ha estado abordada principalmente por las fuerzas de seguridad en un contexto judicializado.

A través de los 46 artículos de la Ley de Salud Mental se garantizan, entre otros, el derecho de las personas con padecimiento mental a vivir en la comunidad, a la intimidad, a la inclusión social, derecho a la atención sanitaria adecuada, derecho a mantener los vínculos familiares y afectivos, derecho a la no-discriminación, derecho al consentimiento informado de las medidas que le serán suministradas, derecho a la información sobre su estado de salud, derecho a la autonomía personal y derecho a la identidad. Por lo que la ley garantiza, el derecho de toda persona usuaria de los servicios de salud mental a ser reconocida como sujeto de derecho, y a que se presuma su capacidad, recibiendo la información adecuada y comprensible acerca de los derechos que puede ejercer en la relación con el sistema de salud mental.

2. Principios rectores que promueve.

En este apartado se tuvo en cuenta los Principios para la Protección de las Enfermedades Mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119, de 1991.

Principio 1: Libertades fundamentales y derechos básicos.

Toda persona tiene derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que es parte del sistema de asistencia sanitaria y social.

La/s persona/s que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a su dignidad. Además, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, contra el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.

No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental, y teniendo derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

La decisión de que una persona carece de capacidad jurídica, debido a su enfermedad mental, y que por consecuencia se designe a un representante personal, se tomará sólo después de una audiencia equitativa ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación nacional. Cuando una corte u otro tribunal competente determinen que una persona que no puede ocuparse de sus propios asuntos, se adoptarán medidas, hasta donde sea necesario y apropiado a la condición de esa persona, para asegurar la protección de sus intereses.

Principio 2: Protección de menores.

Se protegerá los derechos de los menores, disponiéndose, de ser necesario, el nombramiento de un representante legal; y si se requiere, se asignará a una persona que no sea un miembro de la familia.

Principio 3: La vida en la comunidad.

Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

Principio 4: Determinación de una enfermedad mental.

Ninguna persona o autoridad clasificará a una persona como paciente de una enfermedad mental salvo para fines directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de la misma. La determinación se formulará según normas médicas aceptadas internacionalmente, y no se efectuará nunca fundándose en la condición política, económica o social, en la afiliación a un grupo cultural, racial o religioso.

El hecho de que una persona tenga un historial de tratamiento o de hospitalización no bastará por sí solo para justificar en el presente o en el futuro la determinación de una enfermedad mental.

Principio 5: Examen médico.

Ninguna persona será forzada a someterse a examen médico con objeto de determinar si padece una enfermedad mental, a no ser que el examen se practique con arreglo a un procedimiento autorizado por el derecho nacional.

Principio 6: Confidencialidad.

Se respetará el derecho que toda persona tiene a que se trate confidencialmente la información que le concierne.

Principio 7: Importancia de la comunidad y de la cultura.

Todo paciente tendrá derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive; y que el tratamiento que se administre sea adecuado a sus antecedentes culturales. Cuando el tratamiento se administre en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá el derecho a regresar a la comunidad lo antes posible.

Principio 8: Normas de la atención.

Toda persona tendrá derecho a recibir atención sanitaria y social que corresponda a sus necesidades de salud.

Principio 9: Tratamiento.

El tratamiento y los cuidados del paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado. Además, estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

Principio 10: Medicación.

La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y con fines terapéuticos o de diagnóstico, nunca como castigo o para conveniencia de terceros. Toda la medicación deberá ser

prescrita por un profesional de salud mental autorizado por la ley y se registrará en el historial del paciente.

Principio 11: Consentimiento para el tratamiento

Sólo se administrará un tratamiento cuando la persona haya brindado su consentimiento libremente, sin amenazas ni persuasiones, después de proporcionar la información adecuada y comprensible, acerca de su diagnóstico, su evaluación y modalidades posibles de tratamiento. Se podrá administrar un tratamiento a cualquier persona sin el consentimiento informado, si la autoridad independiente comprueba que el plan de tratamiento propuesto es el más indicado para atender a las necesidades de salud del paciente, o si un profesional de salud mental calificado y autorizado por ley determina que ese tratamiento es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas.

Todo tratamiento deberá registrarse de inmediato en el historial clínico del paciente y se señalará si es voluntario o involuntario.

Principio 12: Información sobre los derechos.

Todo paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, en una forma y lenguaje que comprenda, de los derechos que le corresponden y de la manera de ejercerlos. En caso que el paciente no esté en condiciones de comprender dicha información, estos derechos se comunicarán a su representante personal.

Principio 13: Derechos y condiciones en las instituciones psiquiátricas.

El paciente que se encuentre en una institución psiquiátrica tendrá el derecho a ser respetado como persona, respeto a su vida privada, a su libertad de comunicación y de creencia o religión, a que se le brinde un medio ambiente y condiciones de vida adecuado.

En ninguna circunstancia podrá el paciente ser sometido a trabajos forzados. Dentro de los límites compatibles con las necesidades del paciente y las de la administración de la institución, el paciente deberá

poder elegir la clase de trabajo que desee realizar. Además, tendrá derecho a recibir una proporción equitativa de la remuneración que la institución psiquiátrica perciba por su trabajo.

Principio 14: Recursos de que deben disponer las instituciones psiquiátricas.

Las instituciones psiquiátricas dispondrán de personal médico y otros profesionales calificados, un equipo de diagnóstico y terapéutico para los pacientes, atención profesional adecuada, tratamiento adecuado, incluido medicamentos.

Ante esto, las instituciones serán inspeccionadas por las autoridades competentes para garantizar que las condiciones, tratamiento y atención de los pacientes sean adecuados.

Principio 15: Principios de admisión

Cuando una persona necesite tratamiento en una institución psiquiátrica, se hará todo lo posible por evitar una admisión involuntaria. La admisión se administrará como en cualquier institución por otra enfermedad. El paciente que ha sido admitido involuntariamente tendrá derecho a abandonar la institución psiquiátrica en cualquier momento a menos que se cumplan los recaudos para su mantenimiento como paciente involuntario.

Principio 16: Admisión involuntaria

Una persona sólo podrá ser admitida o retenida como paciente involuntario en una institución psiquiátrica, cuando un médico calificado y autorizado por ley a esos efectos determine que esa persona padece una enfermedad mental y considere que debido a la misma existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros; y/o que por causa de la enfermedad la capacidad de juicio está afectada, y el hecho de que no se la admita en la institución puede ocasionar un deterioro de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado.

Inicialmente la admisión de este tipo, se hará por un breve período, con fines de observación y tratamiento preliminar del paciente, mientras el órgano de revisión considera la admisión. Los motivos para la admisión se comunicarán sin demora y detalladamente tanto al paciente como al órgano de revisión, al representante personal del paciente y, si el paciente accede, a sus familiares.

Principio 17: El órgano de revisión

Será un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial establecido por la legislación nacional que actuará de conformidad con los procedimientos establecidos por la misma. Al formular sus decisiones contará con la asistencia de uno o más profesionales de salud mental calificados e independientes, teniendo presente su asesoramiento.

El paciente o su representante personal o cualquier persona interesada tendrán derecho a apelar ante un tribunal superior de la decisión de admitir al paciente o retenerlo en una institución psiquiátrica, y solicitar la intervención del órgano de revisión.

Principio 18: Garantías procesales.

El paciente tendrá derecho a designar a un defensor para que lo represente en su calidad de paciente, ante procedimiento de queja o apelación. El paciente tendrá derecho a un intérprete. El paciente y su defensor podrán solicitar y presentar en cualquier audiencia un dictamen independiente sobre su salud mental y cualquier otro informe y pruebas orales, escritas y de otra índole que sean pertinentes y admisibles.

Se proporcionarán al paciente y a su defensor copias de los expedientes, informes o documento que deba presentarse, ante diversas situaciones; salvo en caso que se considere que la revelación de determinada información sea perjudicial para la salud del paciente o pondría en peligro la seguridad de terceros.

Principio 19: Acceso a la información.

Todo paciente tiene derecho de acceso a la información relativa a él en el historial médico y expediente personal que mantenga la institución

psiquiátrica (teniendo en cuenta lo expresado en el principio anterior). Cuando no se proporcione la información, se debe informar de la decisión y de las razones en que se funda. La decisión estará sujeta a revisión judicial.

Principio 20: Delincuentes.

Este principio se aplica a las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones penales efectuadas en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental. En estos casos la legislación nacional, podrá autorizar a un tribunal o a otra autoridad competente para que, según el dictamen médico competente e independiente, disponga que esa persona sea internada en una institución psiquiátrica.

Principio 21: Quejas.

Todo paciente o ex paciente tendrá derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos que especifique la legislación nacional.

Principio 22: Vigilancia y recursos.

Los Estados deberán promover el cumplimiento de inspección de las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver quejas, establecer procedimientos disciplinarios o judiciales en caso que sea necesario.

Principio 23: Aplicación.

Los Estados deben difundir los principios por medios adecuados, y adoptar medidas pertinentes de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra índole, que revisarán periódicamente.

Principio 24: Alcance de los principios relativos a las instituciones psiquiátricas.

Los principios se aplican a todas las personas que ingresan en una institución psiquiátrica.

Principio 25: Mantenimiento de los derechos reconocidos.

No se impondrá ninguna restricción ni se admitirá ninguna derogación de los derechos de los pacientes, reconocidos en el derecho internacional o nacional aplicable, mientras los principios reconozcan tales derechos.

Massa (2013), dados estos principios, y las normas, declaraciones y regulaciones, enuncia que la Ley N° 26.657 propone los siguientes puntos principales:

- Implementación de los tratados internacionales de derechos humanos y de los instrumentos específicos de salud mental.
- Asistencia en la comunidad de las personas afectadas.
- Prohibición de creación de manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados, y adaptación de los ya existentes hasta su sustitución definitiva.
- Internación como último recurso de carácter excepcional y en Hospitales Generales.
- Promoción de nuevos dispositivos de atención en la comunidad.
- Catálogo de derechos, de las personas con padecimientos mentales.
- Presunción de capacidad de todas las personas.
- Abordaje interdisciplinario para abarcar los padecimientos mentales.
- Estrategia intersectorial de trabajo (social, educativo, cultural, deporte, laboral)
- Abordaje de las adicciones como problemáticas de salud mental.
- Nuevas garantías y procedimientos para evitar intervenciones innecesarias y/o prolongadas.
- Creación del Órgano de Revisión (salud, derechos humanos, organizaciones de la Sociedad Civil).

- Participación de familiares y usuarios en la determinación de las políticas de salud.
- Articulaciones Nación-Provincia.
- Reformulación de declaraciones de incapacidad, para evitar límites innecesarios a los derechos civiles de las personas con padecimiento psíquico. (p. 11)

3. El nuevo paradigma y el concepto de salud mental.

La búsqueda actual de nuevos paradigmas explicativos, capaces de rescatar los elementos que se pierden en la investigación psicológica y social tradicional, propone una perspectiva más integrada y comprometida socialmente con el ser humano (Saforcada y Sierra, 2011).

La perspectiva epistemológica, la visión del hombre, del mundo y de la realidad, han cambiado. El conocimiento del ser humano se expande, integrándose en una concepción más unitaria a partir de la comprensión de las interdependencias que existen entre el ser humano y su ambiente vital.

A partir de esto, se hace evidente la coexistencia de nuevos paradigmas en Salud Mental.

3.1 Paradigma de salud comunitaria.

El modelo médico-hegemónico, adoptado por las instituciones centradas en la visión de las personas con padecimiento mental como objetos pasivos de tratamiento y al hospital psiquiátrico como su espacio de atención, es el paradigma que se intenta dejar atrás. El modelo de

salud comunitaria, centrado en el reconocimiento de las personas con padecimiento mental como sujeto de derechos y de la organización del proceso de atención a través de una red de servicios basados en la comunidad; es el que se busca promover (Fenoglio, 2014).

La salud mental es considerada de manera integral, que implica planteos comunitarios y territoriales, considerando la des-institucionalización, los abordajes locales e involucran a la familia y las instituciones de referencia de quién se encuentra en situación de padecimiento mental.

Es por eso que el enfoque comunitario, en cuanto a sus presupuestos éticos, asumen mucha importancia, sobre todo aquellos valores que promueven el cambio social para mejorar las condiciones de vida, la participación ciudadana, la elaboración de políticas públicas que contribuyan en la disminución de las desigualdades sociales y la búsqueda en condiciones dignas de salud, trabajo y vivienda para todos. Es decir, que busca el fortalecimiento de las acciones de base comunitaria que respondan a la promoción de redes y lazos sociales.

3.2 Paradigma de derechos humanos.

Se parte teniendo en cuenta el artículo 52 del Código Civil, donde se manifiesta que todas las personas tienen la capacidad de adquirir derechos y contraer obligaciones. Incorporando principios internacionales sobre Derechos Humanos, brindando resguardo a la autonomía del paciente.

En consonancia con ello, la nueva Ley de Salud Mental tiene por objetivo asegurar el derecho a la salud mental de todas las personas del territorio de la Nación. El fin último es lograr la inclusión social, asegurando que todas las personas tengan las oportunidades y los

recursos necesarios para participar completamente de la vida económica, social, y cultural.

Se trata de poner el acento en el derecho de las personas a participar en la vida de sus comunidades desde su singularidad. De esta manera, es responsabilidad de todos los actores llevar adelante prácticas que se inscriban en la lógica de los derechos humanos y se centren en la dignidad del sujeto; entendida como la capacidad que tiene la persona de no ser objeto pasible de ser manipulado sino sujeto artífice de su propio destino.

3.3 Paradigma frente a las adicciones.

En la línea con la Ley 26.657, el Plan Nacional de Salud Mental, enmarca las adicciones en el ámbito de la salud mental.

Dentro de este campo se modifica la nominación de “adicciones” por “consumos problemáticos”, definiendo a los mismos como consumos que, mediando o no sustancia alguna, afecta negativamente en forma crónica la salud física o psíquica y/o relaciones sociales. Involucra abuso a sustancias legales o ilegales, conductas compulsivas hacia el juego, las nuevas tecnologías, la alimentación, las compras o cualquier otro consumo que sea diagnosticado como compulsivo por un profesional de la salud. (Lauriti y Villamayor, 2014).

En tal sentido, los tratamientos terapéuticos de rehabilitación, cuyos pilares son la abstinencia, el aislamiento como reaseguro de su sostenimiento y las internaciones prolongadas, entran en directo conflicto con las nuevas lógicas de abordajes. Estas están orientadas hacia la focalización del tratamiento en la restitución de derechos vulnerados y el corrimiento de la sustancia como tema central. La mirada que crea la nueva ley de salud mental en el sujeto de derecho, permite repensar

todas las prácticas clínicas desde el diagnóstico, tratamiento y supervisión, abriendo el diálogo a todos los actores sociales.

En la actualidad, según el informe mundial de la salud del año 2001 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala: “A la luz de los avances científicos y técnicos, de las reformas sociales, y de las nuevas legislaciones en el mundo, no hay motivo ético o científico que justifique la exclusión de la persona con padecimiento mental”. (p. 34)

A partir de lo antes mencionado, y de la evolución de los conceptos de salud, de enfermedad, de salud mental a lo largo de la historia; es que la Nueva Ley de Salud Mental N° 26.657, está concebida desde el paradigma de derechos humanos y de salud comunitaria; y cabe señalar el concepto de salud mental que rige la misma:

En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;

b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;

c) Elección o identidad sexual;

d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización. (art. 3).

Si bien en los últimos años, se perciben avances en el tratamiento mediático en torno a estas temáticas, a nivel general se sigue transmitiendo una imagen errónea y negativa del padecimiento mental, que afianza estereotipos, prejuicios, falsas creencias y perjudica de manera directa los derechos e inclusión social de las personas con problemas de salud mental y del entorno más próximo. Es por esto, que para contribuir y dejar atrás el viejo paradigma y los consecuentes estereotipos, es fundamental cambiar esta perspectiva, ya que todos tenemos la posibilidad de decidir sobre cualquier aspecto de nuestra vida, si contamos con los apoyos necesarios para potenciar lo mejor de cada uno. (Massa, 2013).

En consecuencia, la sanción de la ley nacional de salud mental genero mejores condiciones para la reforma del sistema de atención vigente. Es así que, tras su sanción, se analizarán los avances, las deudas pendientes y el desafío que constituye su aplicación.

4. Innovaciones introducidas por la nueva ley de salud mental.

A continuación se describirán las principales novedades que se incorporan tras la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley n° 26.657), en el año 2010, y su reglamentación en el año 2013 (Decreto n° 603).

A la luz de las transformaciones propuestas, resulta interesante destacar la posición de Fenoglio (2014) quién destaca la importancia de dimensionar el avance de la Ley y su reglamentación en relación a la legislación anterior; como así también es interesante exponer las posturas de otros autores.

El mayor avance radica en el resguardo de los derechos humanos de la persona con padecimiento mental, reconociéndola como sujeto de derecho (Fenoglio, 2014). Se hace hincapié en el conocimiento de las

normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental, como un derecho a promover y garantizar.

Gorbacz (2013) señala que la ley se refiere a la “personas con padecimiento mental” y “proceso de atención”, dejando de lado expresiones como “enfermedad mental” y “tratamientos”. Se centra en poder introducir el término “persona” para señalar que ninguna enfermedad, trastorno o padecimiento anula la condición de persona ni debe sustituirla.

Un avance decisivo hace referencia a las condiciones de internación, voluntarias e involuntarias; ya que se convierten en el último recurso terapéutico de carácter restrictivo. Por lo tanto, el procedimiento debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario. De no poder evitarse, debe promoverse el mantenimiento de vínculos y comunicación con el entorno social y laboral, salvo excepciones debidamente fundadas.

Otro avance, de efecto inmediato, reconocido tanto por Fenoglio (2014), como por D` Agostino (2015), es la prohibición de la creación de manicomios. La Ley es antimanicomial. A su vez, los existentes deben adaptarse a los principios de la ley hasta su total sustitución por los dispositivos alternativos (casas de convivencia, hospitales de día, familias sustitutas, entre otros).

Otro avance inmediato es el que establece el consentimiento informado. Se trata del respeto de los derechos humanos de los usuarios y un acto de disposición sanitaria que determina el abordaje clínico. Además, es un gran paso hacia el abandono de los modelos paternalistas en el área de la salud mental.

Tal como señala Fenoglio (2014), un avance, aunque indirecto, que aporta la ley es el proceso de atención en equipo interdisciplinario y a la democratización de las prácticas de salud. Es el establecimiento de igualdad en relación a la toma de decisiones y a la posibilidad de ocupar cargos de gestión y dirección de servicios de salud. Además, se promueve la implementación de instrucción y capacitación para que este

tipo de trabajo comience desde la formación de grado, para que los alumnos adquieran las destrezas necesarias.

Siguiendo con esta línea, y tal como señala Hermosilla y Cataldo (2012), se propone articular, consensuar y revisar con las universidades la calidad en la formación con base en el Modelo Comunitario. También se incluye el campo infanto-juvenil y adultos mayores en las acciones de formación y capacitación.

A raíz de la Ley nº 26.657, la Procuraduría General de la Nación ha tomado como tema en su agenda, y a través de la creación de la Procuraduría contra la Violencia Institucional, ha decidido involucrarse en la revisión de las condiciones de internaciones de las personas con padecimiento mental.

Otro avance se relaciona con la creación en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, de un órgano de revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios del servicio. Este es el encargado de controlar el cumplimiento y la adecuación de las prácticas a la Ley.

Lauriti y Villamayor (2014), hacen hincapié en un avance no menor, que es la incorporación de las adicciones; que deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental.

También la Ley promueve la importancia de implementar acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria que se sostenga en los principios de la Atención Primaria de la Salud, reforzando, restituyendo y promocionando lazos sociales.

5. Principales críticas y resistencias a la nueva ley.

Al lado de los avances que posee la Ley n° 26.657, persisten cuestiones pendientes en relación a la implementación concreta de dicha normativa, que implica una distancia que la separa de una legislación que se establezca de manera adecuada.(Gorbacz, 2013).

En este apartado se tendrán en cuenta los estudios realizados por los mismos autores mencionados anteriormente.

Fenoglio (2014) advierte que en primer lugar, la reglamentación del Artículo 7 de la Ley establece y asume de manera explícita lo siguiente: “los derechos establecidos en el artículo 7 de la ley 26.657 son meramente enunciativos” (p.4); entendiéndose así, que el Estado no se obliga ni asume la responsabilidad de establecer y hacerse cargo de llevar adelante las medidas y acciones concretas para que estos derechos establecidos en ese artículo se hagan efectivos. Tanto sea por intermedio de instituciones, como de controlar y regular su concreción en instituciones privadas.

En el artículo 11, incluso, la ley indica cuales son los dispositivos y acciones asistenciales. Pero son títulos de ideas generales sobre algunos de los modos y dispositivos de abordajes que podrían contener un plan de salud mental comunitaria, en relación a la atención, a la rehabilitación y a la inclusión social. Sin embargo, la ley se dispone a promover las acciones necesarias sin establecer medidas y acciones concretas para hacerlas efectivas. La Autoridad de Aplicación, en consecuencia, tampoco está obligada a que se haga realidad.

Por otro lado, también Rodríguez Biglieri (2012) menciona la ausencia de dispositivos de atención y rehabilitación de la salud mental con base en la comunidad. Ante lo cual, no se han registrado grandes modificaciones. Ha sido lenta la apertura de servicios de salud mental en hospitales generales con salas para la internación.

Las críticas vinculadas a la interdisciplina se relacionan con que no se establece con fuerza de ley, que la atención en salud mental deba realizarse a través de tal equipo interdisciplinario. Además, señalan que es un método muy fácil de promover desde lo discursivo pero muy difícil de practicar; ya que el equipo interdisciplinario es indefinido, habiendo materias que no están realmente descriptas. (Russo, 2010, citado en Cataldo y Hermosilla, 2013). Las disciplinas son enumeradas no taxativamente, por lo cual constituyen recomendaciones acerca de las profesiones a intervenir, pero no implica adhesión ni obligación al equipo.

En relación a la prevención, rehabilitación e inclusión socio-laboral, artículo 36 de la ley, tampoco establece por ley los mecanismos y acciones correspondientes a estas prácticas, sino que lo delega a la Autoridad de Aplicación.

A raíz de esto, no se han conocido demasiadas experiencias de articulación intersectorial en los territorios, que incluyan respuestas sociales y laborales adecuadas a las necesidades de personas con padecimiento mental. Uno de los reclamos más reiterados entre los trabajadores del sector, es la existencia de necesidades sociales desatendidas que impiden las altas y la inclusión social a tiempo, con el consiguiente deterioro de la salud de la persona (D' Agostino, 2015).

Hay críticas dirigidas a la imprecisión en la definición de objeto. Algunos profesionales criticaron la utilización de términos como "sufrimiento" o "padecimiento" para definir el objeto de una legislación. Por las consecuencias que puede acarrear, especialmente en el riesgo de patologizar carencias sociales. Se plantea que la definición de padecimiento mental tiene una carga polisémica que la vuelve muy imprecisa y permite ciertos deslizamientos de sentidos inadecuados.

En relación a las críticas del cierre definitivo de institucionalizaciones monovalentes, Fenoglio (2014) y D' Agostino (2015) mencionan que uno de los peligros es que clausuren los servicios hospitalarios monovalentes sin alternativas sustentables en la

red asistencial; y actualmente los hospitales generales no cuentan con las camas de internación necesarias.

Otras críticas son aquellas vinculadas a la disposición de internaciones/externaciones. Desde el sector de la medicina fue altamente criticado el artículo que hace referencia a quiénes pueden firmar una internación, determinando que se puede prescindir del psiquiatra. A lo que se respondió que un Licenciado en Psicología está capacitado para realizar indicaciones psicoterapéuticas de internación/externación de personas con causas psicológicas. Por lo cual, el mayor problema sería poder definir según cada caso, si se habla de causas psicológicas o psiquiátricas.

En cuanto a las críticas vinculadas a la viabilidad de la Ley nº 26.657; se criticó las escasas posibilidades de operacionalizarla; ya que la ley debería garantizar recursos y no simplemente enunciar. Jorge Pellegrini (2009, citado en Cataldo y Hermosilla, 2013) planteo que “una ley que utiliza el verbo promover es escasamente dispositiva y su utilización no parece una definición precisa de orden legal y de políticas sanitarias” (p.101).

Otra crítica señalada por Pérez (2014, citado en D` Agostino, 2015) en cuanto a la capacitación de profesionales, es la presencia de una formación predominantemente clínica-psicoanalítica en las carreras de Psicología de las diferentes universidades del país. Además, en lo que hace referencia a la formación de grado del psicólogo se da a nivel internacional y las producciones de autores latinoamericanos se encuentran prácticamente ausentes. También se señala que son escasos los posgrados con orientación netamente interdisciplinaria.

No aparecen referencias respecto al fortalecimiento de las estrategias preventivas y comunitarias, y la interpretación que se hace de la ley se orienta más a reforzar lo instituido que a pensar en abordajes nuevos, sin proponer modificaciones respecto al principio que-hacer profesional.

Hay escaso conocimiento acerca de los marcos normativos e instituciones que deben ser tomados en cuenta para la orientación de las políticas públicas como así también, para establecer los marcos normativos que rigen para la protección de los pacientes y también para los profesionales que brindan atención (Fenoglio, 2014).

Una crítica fundamental, también es el desconocimiento de que el principal obstáculo en el camino de construcción de la salud comunitaria se encuentra en la práctica de medicalización, y no en las internaciones.

Por último, Fenoglio (2014) añade, que la ley de salud mental no legisla ni establece disposiciones sanitarias, modos de construcción real y social de una salud mental comunitaria. Su legislación efectiva queda dentro del marco de disposiciones jurídicas que, si bien operan sobre la realidad, solo pueden alcanzar a transformar, por su propia materialidad, una franja muy específica de problemas dentro del conjunto de problemas de salud mental.

6. Ley nacional de salud mental 26.657: Desafíos futuros.

Más allá de las diferencias planteadas entre los avances y las críticas planteadas, sin lugar a dudas, la Ley de Salud Mental representa un avance respecto en cuanto a enfoques derechos, inclusión social, trabajo interdisciplinario y salud pública. Sin embargo, cabe destacar que existen algunos planteos, debates y propuestas que deben considerarse; ya que pueden mejorar el cuerpo de la ley y colaborar con propuestas para su regulación. (Rodríguez Biglieri, 2012).

Ante esto, Leonardo Gorbacz respecto a lo mencionado, señala:

La ley de salud mental no es un objetivo en sí misma. Hay que entenderla como un instrumento útil y potente, pero un instrumento en fin. El objetivo es modificar un sistema de salud mental que ha sido eficaz para excluir y encerrar personas pero absolutamente inútil para recuperar la salud y el bienestar de las personas con padecimientos mentales (...). Un sistema que además, vulnera permanentemente los derechos fundamentales.

Los trabajadores de la salud mental, especialmente los de instituciones públicas, tenemos que entender que el sistema no depende exclusivamente de nuestra aptitud profesional, y ni siquiera de las decisiones de las autoridades sanitarias. Hay otros potentes factores: la política económica, el imaginario social, el poder judicial, los medios de comunicación, la formación académica y la incidencia de laboratorios. (...)

Nuestro compromiso con la reforma de salud mental no se agota en nuestro rol profesional, sino que nos requiere como ciudadanos activos buscando incidir y modificar esos otros elementos que forman parte de la vida social y política de la que somos parte. (...).

Somos nosotros como trabajadores de la salud mental y como ciudadanos comprometidos, los que podemos hacer algo con la Ley.

(...) Esperemos que seamos más los optimistas los que, sin perder de vista la realidad y su complejidad, nos comprometamos con un cambio tan necesario como demorado. (p. 40).

Capítulo III: La formación y práctica de los psicólogos: su adecuación al nuevo paradigma.

1. Historia de la profesión del psicólogo en Argentina.

La Psicología era considerada como parte de la filosofía en la época colonial, razón por la cual lo central era el estudio del alma desde una base aristotélica-tomista; y quiénes se encargaban de difundir este conocimiento eran principalmente religiosos. A principios del siglo XIX comenzó a expandirse una escuela derivada del Enciclopedismo, “La Ideología”. Este movimiento que fue preponderante en Europa, y en menor medida en Estado Unidos, también impacto en la comunidad intelectual y científica de América, incluida Argentina, siendo sus principales exponentes Juan Crisostomo Lafinur y Diego Alcorta.(De Andrea, 2009)

A fines del siglo XIX y los comienzos del XX en Argentina, la psicología era una disciplina que estaba presente en los desarrollos de otras disciplinas y prácticas. Progresivamente la psicología procura institucionalizarse, creando las primeras cátedras en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. A la vez se creaban los primeros laboratorios de Psicología Experimental.

En 1908 se crea la Sociedad de Psicología de Buenos Aires, la primera de América Latina. La misma tenía como objetivo, estrechar vínculos, realizar investigaciones científicas, crear un ambiente más propicio para el cultivo de la Psicología, promover la reunión de congresos científicos en la especialidad, publicar un anuario y organizar actos

públicos de difusión de conocimientos. Esta institución publicó los anales del Instituto de Psicología, que fue la primera publicación específicamente psicológica en América Latina y con una finalidad únicamente científica. (Ríos y Talak, 1999, citados en De Georgi, 2013).

A partir de la década de 1940, bajo la influencia de las necesidades vinculadas con los cambios productivos, derivados de la Segunda Guerra Mundial y de otros cambios sociales, aparecieron carreras cortas o especializaciones en Psicotecnia y Orientación Profesional. (Klappenbach, 1996, citado en De Georgi, 2013).

En estos años previos a la creación de las carreras de Psicología, aunque los institutos y especializaciones en Psicología se organizaron en ámbitos estatales y en las áreas de educación y trabajo, las cátedras universitarias de Psicología se mantuvieron alejadas de estas orientaciones preservando un perfil más teórico y filosófico (Dagfal, 1997, citado en De Georgi, 2013).

En 1954 tiene lugar el Primer Congreso Argentino de Psicología organizado por la Universidad Nacional de Tucumán. Este congreso fue un evento académico de envergadura donde surgió una declaración sobre la necesidad de crear “la carrera universitaria del psicólogo profesional” a escala nacional, con un plan de estudios de cinco años de duración. Pocas semanas después, ya habían sido presentados proyectos de creación de carreras de Psicología en las Universidades de Buenos Aires, de La Plata y del Litoral.

En 1956, la primera carrera de Psicología del país es la ciudad de Rosario. En 1958 en Córdoba, dentro de la Facultad de Filosofía y Humanidades; y entre 1956 y 1959 en las Universidades de Buenos Aires, San Luis, Tucumán y La Plata.

Los planes de estudio de estas primeras carreras tenían una perspectiva acentuadamente humanística, que se combinan con los enfoques provenientes de la medicina junto con otros de perfil filosófico.

Dentro de las orientaciones profesionales, la clínica se impuso rápidamente, pasando a ser la más demandada por los alumnos. Esto era

acorde con la popularidad que adquiría la clínica como ocupación privilegiada del psicólogo a nivel internacional. En Argentina este predominio vino de la mano de una rápida expansión del psicoanálisis, que a mediados de los 60 se instaló como matriz teórica fundamental (Courel, 1999 citado De Georgi, 2013).

En 1967 se promulga la Ley Nacional 17.132, ley que regula el ejercicio de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración, en la cual se les prohibía a los psicólogos el ejercicio de la psicoterapia, el psicoanálisis y la prescripción de drogas psicotrópicas. La ley también fue conocida como la Ley de “los 3 No”. Esta ley impedía a los psicólogos ejercer la práctica clínica sin la supervisión del médico, colocándolo como su auxiliar.

Hacia principios de la década de los 70, surgen los primeros profesionales de la Psicología en nuestro país. Comienza la etapa de la Psicología Profesional (De Georgi, 2013).

A esta primera generación de profesionales, les tocó una tarea muy particular: construir la identidad profesional, en un trabajo que abarcó tanto el campo interno (para los propios psicólogos) como externo (en los distintos espacios en que empezaba a insertarse).

La crisis política, social y económica vivida entre los años 1975 a 1983 concebía a la Psicología como una ideología contrapuesta a la que el gobierno de facto intentaba instaurar. Era categorizada por los militares como “ideología exótica”, ya que no concordaba con sus ideales de “patria”, todo esto llevó a que en 1975 se cerraran las inscripciones en diversas carreras de psicología e incluso hubieron desaparecidos. La concepción por parte de los militares de la psicología era sinónimos de subversión (Klappenbach, 2006, citado en De Andrea, 2009).

En 1978, en Córdoba, se reabre el ingreso a la carrera, con un nuevo plan de estudios y con un cupo limitado de 50 alumnos. La creación de Facultades de Psicología implicó una mayor independencia institucional y académica de los estudios.

En lo que corresponde al período de desarrollo legal de los psicólogos, fue de gran preocupación para los primeros egresados, ya que había un vacío de leyes que reglamentara el ejercicio de la práctica profesional.

Si bien se iba logrando abrir caminos en distintos campos institucionales, con un especial desarrollo en el ámbito clínico, los psicólogos aparecían en el mercado de trabajo como un grupo nuevo y debían competir con profesionales ya consolidados, como los psicoanalistas médicos y los psiquiatras, quienes contaban con mayor legitimidad social y con habilitación legal para ejercer sus prácticas.

Es por esta razón que los psicólogos debieron avanzar en la búsqueda de estrategias de legitimación basadas en intervenciones concretas, ofreciendo una serie de competencias ligadas a la evaluación y al diagnóstico de la personalidad; que les permitió incorporarse al terreno de las psicoterapias de manera gradual. Resulta evidente, que esta búsqueda de un perfil clínico por parte de los psicólogos encontró resistencias importantes del lado de las profesiones ya constituidas en este terreno.

Debido a las dificultades y restricciones con las que nos enfrentamos en el campo académico y de lo legal, los psicólogos emprenden su lucha gremial e institucional en sus legítimos derechos.

En el año 1971, se constituye la Confederación de Psicólogos de la República Argentina (COPRA), cuyo objetivo principal era el de cubrir la falta de Legislación que protegiera a los psicólogos e impulsar la creación de entidades provinciales. Aunque esto duro poco, debido a que fue limitado por el gobierno de facto.

El 13 y 14 de octubre de 1974, el centro de estudiantes de la Escuela de Psicología de Córdoba, con el apoyo de COPRA, organizan el Primer Encuentro Nacional de estudiantes y profesionales de la Psicología en Córdoba, siendo sede la Facultad de Filosofía y Humanidades, con el objetivo de reivindicar a la profesión ante decisiones del gobierno, sentándose las bases para la creación del Colegio de

Psicólogos. Ante esto, queda establecido el 13 de octubre como el “Día del Psicólogo”.

Estos cambios en la formación en psicología y los debates sobre el perfil del psicólogo, sentaron las bases para que se generaran nuevas formas organizativas desde el punto de vista institucional, surgieron así instituciones cuyo objetivo principal fue la formación de pre grado y de posgrado, la reglamentación del ejercicio profesional y el logro de la independencia de la disciplina. El objetivo principal era posibilitar la consolidación del perfil profesional.

En 1977, se crea la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FEPRA), institución que viene a reemplazar y a desempeñar las funciones que ejercía COPRA.

Recién con el advenimiento de la Democracia en la década del 80, las universidades recuperaron su autonomía y avanzaron hacia su normalización. Progresivamente, las carreras de psicología pasaron a tener importancia dentro de las universidades y a buscar autonomía. Y a partir de la legalización de la práctica profesional de los psicólogos, se logra establecer instituciones de colegiaturas, que en este caso eran sancionadas con fuerza de ley.

En esta época, desde el Ministerio de Bienestar Social de la Nación se muestra su intención de modificar la Ley 17.132, por lo que se solicita la preparación de un memorándum expresando cuales debían ser las reformas que se consideraban pertinentes, en lo que respecta al ejercicio de la Psicología. Esta reforma se efectivizó al siguiente año.

Ese mismo año, 1981, el Ministerio de Cultura y Educación dicta la Resolución 1560/80 la cual expresa que es de incumbencia de los psicólogos la obtención de test psicológicos y bajo supervisión del médico psiquiatra.

La lucha de los psicólogos empiezan a ser ardua e intensa, y viendo que los reclamos eran justos, se empieza a apoyar desde la Confederación de Profesionales de la República Argentina, la Asociación Dominicana de Psicología, la Convención Nacional de Entidades

Universitarias y hasta la propia Asociación de Psiquiatras de Capital Federal, quiénes reconocen la idoneidad del trabajo del psicólogo y la eficacia de la preparación universitaria. En diciembre de 1981, el consejo de Rectores de Universidades Nacionales dictamina la Resolución 2350/80 que habla de la habilitación de los psicólogos en el área educacional, laboral y jurídica; aunque todavía es insuficiente en el área clínica, ya que todavía en este área se estaba subordinado a lo establecido por la regulación anterior.

En 1983, las universidades de Psicología volvieron a funcionar como lo hacían antes del golpe militar de 1976 y muchos docentes exiliados retornaron a nuestro país (Calo, 2000, citado en De Andrea, 2009).

A partir de esto, rige la Resolución Nacional 2.447 sobre Incumbencias de los Títulos de Psicólogos y de Licenciados en Psicología, dictada por el Ministerios de Educación de la Nación. Dicha resolución reconoce el accionar de los psicólogos en el área clínica, derogando las resoluciones y leyes anteriores que lo prohibían. (1985)

En 1999, la Federación de Psicólogos de la República Argentina dicta su propio código de Ética para todos los psicólogos del país.

En la Actualidad, Argentina marca que hay un gran pluralismo teórico y profesional. También en nuestro país la investigación va adquiriendo cada vez más auge e importancia.

La formación en Psicología con el objetivo de generar un perfil de graduado que contemple una formación amplia y actualizada en distintos campos de aplicación (Urios, Bahamonde, Marchioli y Morón, 2012).

2. Incumbencias y competencias de los psicólogos.

Como vimos anteriormente, las aproximaciones iniciales de la revisión de la formación y el entrenamiento en Psicología tiene lugar poco después de creadas las primeras carreras de grado y donde se encuentra un aumento sostenido de estudios a nivel mundial. Klappenbach (2011) señala que un grupo de esos trabajos se ha centrado en el análisis y definición de las competencias y capacidades que reúnen los psicólogos tras el entrenamiento universitario. Mientras que otra línea de investigación le ha dado prioridad a la definición de estándares de formación.

Entendemos por *incumbencias* aquello por lo cual la normativa vigente habilita a los profesionales. *Las competencias* son, por otra parte, aquellas actitudes, habilidades y contenidos en los cuales esa misma legislación, a través de las diferentes instituciones educativas, forman e instituyen, a esos mismos profesionales legitimando y legalizando ese saber hacer. (Pesino y Zorraquin, 2013).

A continuación, se nombrarán las principales incumbencias y competencias, descritas en el Anexo V de la Resolución 343/2009 dictada por el Ministerio de Educación, que señala las Actividades Profesionales reservadas a los Títulos de Licenciado en Psicología y Psicólogo.

1. Prescribir y realizar intervenciones de orientación, asesoramiento e implementación de técnicas específicas psicológicas tendientes a la promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, a la prevención de sus alteraciones y la provisión de los cuidados paliativos.

2. Prescribir y realizar acciones de evaluación, diagnóstico, pronóstico, tratamiento, seguimiento, recuperación y rehabilitación psicológica en los abordajes: individual, grupal, de pareja, familia, instituciones, organizaciones y en lo social-comunitario.

3. Prescribir y realizar acciones de evaluación psicológica, psicodiagnóstico, pronóstico y seguimiento en los abordajes: individual, de pareja y familia.

4. Prescribir y efectuar psicoterapias individuales, familiares, grupales y de pareja.

5. Realizar indicaciones psicoterapéuticas de internación y externación de personas por causas psicológicas. Indicar licencias y/o justificar ausencias por causas psicológicas.

6. Desarrollar y validar métodos, técnicas e instrumentos de exploración, evaluación y estrategias de intervención psicológicas.

7. Diagnosticar, realizar peritajes, asesorar y asistir psicológicamente, en el campo jurídico-forense, a personas en conflicto con la ley y víctimas de delitos, a sus respectivos familiares, e intervenir en los aspectos psicológicos de las problemáticas de minoridad.

8. Diagnosticar, evaluar, asistir, orientar y asesorar en todo lo concerniente a los aspectos estrictamente psicológicos en el área educacional.

9. Prescribir y realizar orientación vocacional y ocupacional, en aquellos aspectos estrictamente psicológicos.

10. Elaborar perfiles psicológicos a partir del análisis de puestos y tareas e intervenir en procesos de formación, capacitación y desarrollo del personal, en el marco de los ciclos de selección, inserción, reasignación, reinserción y desvinculación laboral. Asesorar en el ámbito de higiene, seguridad y psicopatología del trabajo.

11. Diagnosticar, evaluar, asistir, orientar y asesorar en lo concerniente a los aspectos psicológicos en el área social-comunitaria para la promoción y la prevención de la salud y la calidad de vida de grupos y comunidades y la intervención en situaciones críticas de emergencias y catástrofes.

12. Participar desde la perspectiva psicológica en el diseño, la dirección, la coordinación y la evaluación de políticas, instituciones y programas de salud, educación, trabajo, justicia, derechos humanos, desarrollo social, comunicación social y de áreas emergentes de la Psicología.

13. Dirigir, participar y auditar servicios e instituciones públicas y privadas, en los que se realicen prestaciones de salud y de salud mental.

14. Asesorar en la elaboración de legislación que involucren conocimientos y prácticas de las distintas áreas de la Psicología.

15. Realizar estudios e investigaciones en las diferentes áreas del quehacer disciplinar, a saber:

a. Los procesos psicológicos y psicopatológicos a lo largo del ciclo vital.

b. Los procesos psicológicos involucrados en el desarrollo y funcionamiento de los grupos, instituciones, organizaciones y la comunidad.

c. La construcción y desarrollo de métodos, técnicas e instrumentos de intervención psicológica.

16. Planificar, dirigir, organizar y supervisar programas de formación y evaluación académica y profesional en los que se aborden actividades reservadas al título. (anexo V)

En los últimos años, en Argentina, han comenzado a observarse cambios tendientes a la introducción de nuevas formas de concebir las prácticas en el área de salud en general, y de la salud mental en particular. Los cambios se basan principalmente en la consideración del hombre como sujeto de derecho antes que como objeto (Brissi y Dellacasa, 2011, citado en Cataldo y Hermosilla, 2013). Este cambio se manifestó con la sanción de normativas, entre las cuales se encuentra la Ley nº 26.657.

Ante esto, la tensión entre competencias e incumbencias, no solo resulta inevitable sino que es el motor de nuestra disciplina; caracterizada por tratar con un objeto de estudio que esencialmente presenta cuestiones permanentes, y al mismo tiempo, esta sujeta a los cambios sociales y culturales.

Asimismo, para la apuesta a la producción de estos cambios, será necesario introducir modificaciones profundas en el ámbito de la formación. Será necesario poner énfasis en construir, dentro de este nuevo marco regulador de las prácticas psicológicas, alternativas de saberes y de praxis que faciliten la formación de una subjetividad profesional. La ley considera al sujeto en su singularidad, y ante el nuevo paradigma que promueve se debe traducir en un sistema de salud mental con diversidad de herramientas y dispositivos (Rodríguez, 2014).

En este sentido, pensar la propia intervención en términos de derechos humanos, inclusión social, interdisciplina, como así también términos en salud pública involucra un compromiso ético, siendo necesario un perfil y un desempeño profesional acorde a las necesidades de la transformación que determinan la ley 26.657.

Por esto mismo, es conveniente recordar lo Principios Generales acordados por los países miembros y asociados del Mercosur (1997) en el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.):

- **Respeto por los derechos y la dignidad de las personas:** Los Psicólogos se comprometen a hacer propios los principios establecidos por la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Guardarán el debido respeto a los derechos fundamentales, la dignidad y el valor de todas las personas. No participarán en prácticas discriminatorias. Respetarán el derecho de los individuos a la privacidad, confidencialidad, autodeterminación y autonomía.
- **Competencia:** Los Psicólogos se comprometen a asumir niveles elevados de idoneidad en su trabajo. Reconocen las fronteras de sus competencias particulares. Proveerán aquellos servicios y técnicas para las que están habilitados por su formación académica, capacitación o experiencia. Tendrán en cuenta que las competencias que se requieren en la asistencia, enseñanza, y/o estudios de grupos humanos, varían con la diversidad de dichos grupos. Los Psicólogos se mantendrán actualizados en el conocimiento científico y profesional, relacionado con su ejercicio, reconociendo la necesidad de una educación continua. Harán un uso apropiado de los recursos científicos profesionales técnicos y administrativos.
- **Compromiso profesional y científico:** Los Psicólogos se comprometen a promover la Psicología en cuanto saber científico. En su trabajo, asumirán una responsabilidad profesional de un constante desarrollo personal, científico, técnico y ético.
- **Integridad:** Los Psicólogos se comprometen a promover la integridad del quehacer científico, académico, y de práctica de la Psicología. Al informar acerca de sus antecedentes profesionales y curriculares, sus servicios, sus honorarios, investigaciones o docencia, no harán declaraciones falsas o engañosas. Se empeñarán en ser sumamente prudentes frente a nociones que degeneren en rotulaciones devaluadoras o discriminatorias. Se empeñarán en ser conscientes de sus sistemas de creencias, valores, necesidades y limitaciones y del efecto que estos tienen sobre su trabajo. En su accionar científico profesional

clarificarán a las partes acerca de los roles que están desempeñando y funcionarán según estos.

- **Responsabilidad social:** Los psicólogos se comprometen a asumir su responsabilidad profesional y científica hacia la comunidad y la sociedad en que trabajan y viven. Este compromiso es coherente con el ejercicio de sus potencialidades analíticas, creativas, educativas, críticas y transformadoras. Los psicólogos ejercen su compromiso social a través del estudio de la realidad y promueven y/o facilitan el desarrollo de leyes y políticas sociales que apunten, desde su especificidad profesional, a crear condiciones que contribuyan al bienestar y desarrollo del individuo y de la comunidad.

El documento de la Asociación de Unidades Académicas en Psicología (AUAPSI), acerca del título de Licenciado en Psicología (2007), establece las áreas sobre las cuales se aplican los conocimientos y competencias profesionales de la Psicología: Área Clínica; Área Educacional; Área jurídico-Forense; Área Laboral- Organizacional; Área Social-comunitaria, Área Sanitaria; Áreas emergentes (psicología política, psicología económica, psicología del tránsito, psicología de la Actividad y del Deporte, psicología de las emergencias y catástrofes), entre otras.

El documento, manifiesta que el psicólogo es un profesional con los conocimientos científicos necesarios para analizar, interpretar y explicar el comportamiento humanos y las dimensiones y procesos del psiquismo. Posee competencias básicas para efectuar psicodiagnóstico y psicoterapias, para diagnosticar, evaluar e intervenir en los ámbitos individual, grupal, social, institucional y comunitario; en todo aquello que pone en riesgo la salud y la calidad de vida de las personas.

Por consiguiente, observamos las consideraciones respecto de la formación del psicólogo y la importancia de que el perfil profesional sea capaz de considerar las problemáticas sociales y culturales a partir de los nuevos escenarios sociales.

3. Nuevos escenarios y desafíos para la formación del psicólogo.

3.1 Artículo 33 de la ley nacional nº 26.657.

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental implica una oportunidad inédita para revisar las concepciones y prácticas que se orientan a la formación de los recursos humanos en el campo de la salud mental (De Lellis, 2011).

Pueden mencionarse algunos lineamientos que sirven como punto de partida para pensar las políticas de recursos humanos, y dotarlas de un mayor grado de adecuación a lo que plantea la presente Ley:

- a) Profundizar el conocimiento de marcos teóricos y tecnológicos que doten de mayor pluralismo la perspectiva de la psicología y fortalezcan la inserción competente en distintos planos de intervención (individual, familiar, institucional y comunitario).
- b) Incentivar una perspectiva sanitaria que recomponga todo proceso de Salud/enfermedad/atención, comprendiendo ello las acciones protectoras y/o promocionales y los distintos niveles de prevención específica: primaria, secundaria y terciaria.
- c) Desarrollar un abordaje epidemiológico que permita a los profesionales actuantes orientar la definición de prioridades y la formulación de políticas públicas para actuar poblacionalmente sobre las problemáticas sanitarias.

Si se apuesta a la producción de los cambios que antes mencionamos, será central y necesario introducir modificaciones en el ámbito de la formación.

El artículo 33 de la ley 26.657 establece:

La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

En virtud de la importancia que existe en las implicaciones que la Ley 26.657 tiene, es necesario analizar la formulación de una política de recursos humanos en salud mental. Dado su rol rector y regulador, establece responsabilidades importantes a los poderes públicos por asegurar, junto con las universidades, la formación continua de los recursos humanos que ya se desempeñan en el sistema de servicios, pero también proponer medidas que permitan orientar la calidad de formación de los profesionales en el nivel de grado y posgrado.

Dos son los aspectos específicos que la ley contempla en su articulado y que remiten a la responsabilidad del estado nacional en relación a la formación de recursos humanos:

a) Con respecto al propio artículo 33, el decreto reglamentario aclara además, que en cuanto a la conformación de los equipos interdisciplinarios, la autoridad de Aplicación deberá revelar aquellas profesiones y disciplinas vinculadas al campo de la Salud Mental y desarrollar acciones tendientes a fomentar la

formación de recursos humanos en aquellas áreas que sea necesario, y regularizar la acreditación de la misma en todo el país.

b) Teniendo en cuenta el Artículo 41:

El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;

b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;

c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley. (art. 41)

Es decir, se deben promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios de la ley. Tales como apertura de iniciativas de formación grado y posgrado, regulación de profesionales y técnicos, adecuación de contenidos de grado y posgrado, acreditación de especialidades, realización de capacitaciones en servicio en áreas o temáticas claves, entre otras.

Esto ubica a la capacitación como campo privilegiado de intervención, generando reformulaciones en el campo del saber.

3.2 Nuevo escenario de los profesionales y/o técnicos en salud mental.

La Ley de Salud Mental constituye el desafío de desarrollar nuevos dispositivos académicos imprescindibles para lograr su adecuada

implementación. Para lograr una capacitación y evaluación de técnicos y/o profesionales vinculados al campo de la salud mental desde una perspectiva interdisciplinaria, con eje en la atención primaria de problemáticas psicosociales emergentes, emergencias y catástrofes, infancia, tercera edad, entre otros. Es decir, capacitación y evaluación de los agentes que intervendrán en una variada gama de prestaciones comprendidas en el sistema de servicios de salud.

Ante esto, se necesita que los técnicos y/o profesionales de la salud mental se capaciten siguiendo las pautas establecidas por la nueva legislación y las políticas que de ella se desprenden; tomando en consideración los ejes de enfoque de derecho, inclusión social, interdisciplina y salud pública; formándose así, dentro del nuevo paradigma, para poder tener la posibilidad de instalar la salud mental como temática transversal a todo el sistema de servicios de salud.

De esta manera, no solo se necesita capacitación en cuanto a los contenidos teóricos, técnicos y metodológicos, sino que también, en cuanto a aspectos valorativos, aptitudinales y al desarrollo de habilidades profesionales necesarias para llevar adelante este nuevo tipo de intervenciones. Esas son piezas claves para el éxito de la reorientación de los servicios de salud (De Lellis, 2011).

3.2.1 El perfil profesional del psicólogo propuesto por el nuevo paradigma.

La formación de los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, odontólogos, enfermeros) se ha profundizado desde un modelo de la enfermedad y desde una concepción centrada en el ejercicio liberal (Martínez & Vannini, 2015). Este fenómeno produce un sesgo en el mercado de trabajo, pues genera una sobreoferta de profesionales que

no reúnen las competencias básicas para desempeñarse desde una perspectiva socio-sanitaria.

Las nuevas circunstancias plantean retos, no solamente porque requieren aprendizajes nuevos, incluso porque demandan rasgos, actitudes y conductas de características éticas y morales de parte de los profesionales en función de los cambios del entorno; en función del nuevo paradigma. Tras la legislación de la Ley Nacional de Salud Mental, es de suma importancia el interés en cómo repercuten en el ejercicio profesional; en como suponen competencias y participaciones específicas para los psicólogos y evidencian la compleja relación entre necesidades sociales, problemáticas emergentes y respuestas profesionales (D' Angostino, 2015)

Se requiere un desarrollo y una aplicación acorde entre el marco regulatorio de las incumbencias y competencias del psicólogo que aborden las representaciones sociales de la salud mental; los principios de no discriminación; la capacidad jurídica; el modelo social de la discapacidad; la perspectiva de género; la revisión de discursos hegemónicos sobre adicciones; la participación comunitaria; los colectivos sociales vulnerados; la accesibilidad; los dispositivos sustitutos de establecimientos monovalentes; los adultos mayores; la interdisciplina; la intersectorialidad; la relación salud-justicia; la comunicación y salud mental; la revisión de los procesos de patologización y el uso inapropiado de medicamento; la gestión; la epidemiología; la realidad local; los determinantes sociales; la promoción de la salud mental; el enfoque comunitario y la clínica de la subjetividad; el abordaje de consumos problemáticos y las intervenciones en la infancia.

Reforzando la idea de la impronta social del rol profesional del psicólogo, se hace énfasis en que la psicología surge a partir de emergencia sociales, vinculadas a las necesidades históricas, planteando la identidad del psicólogo como ser social.

Asimismo, teniendo en cuenta lo que el Artículo 43, de la Ley de Educación Superior N°24.521 menciona:

Cuando se trate de títulos correspondientes a profesiones reguladas por el Estado, cuyo ejercicio pudiera comprometer el interés público poniendo en riesgo de modo directo la salud, la seguridad, los derechos, los bienes o la formación de los habitantes, se requerirá que se respeten, además de la carga horaria a la que hace referencia el artículo anterior, los siguientes requisitos: a) Los planes de estudio deberán tener en cuenta los contenidos curriculares básicos y los criterios sobre intensidad de la formación práctica que establezca el Ministerio de Cultura y Educación, en acuerdo con el Consejo de Universidades; b) Las carreras respectivas deberán ser acreditadas periódicamente por la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria o por entidades privadas constituidas con ese fin debidamente reconocidas. El Ministerio de Cultura y Educación determinará con criterio restrictivo, en acuerdo con el Consejo de Universidades, la nómina de tales títulos, así como las actividades profesionales reservadas exclusivamente para ellos.

Y lo propuesto por la Resolución 343/2009 de Educación Superior del Ministerio de Educación, se aprueban los contenidos curriculares básicos (CCB) que deberán ser cubiertos obligatoriamente por las carreras correspondientes a los títulos de Psicólogo o Licenciado en Psicología, por ser considerados esenciales para que el título sea reconocido con validez nacional.

Los contenidos alcanzan aquello que a nivel conceptual y teórico es considerado imprescindible, y las competencias que se desean formar. Toda carrera de Licenciatura en Psicología, debe asegurar que los contenidos específicos que se defina en su Plan de Estudios sean adecuados para garantizar la formación correspondiente al perfil definido. Los CCB se organizan para su presentación en forma de áreas, que constituye un ordenamiento operativo. Este listado está orientado a explicitar los contenidos curriculares mínimos que deben ser considerados en las distintas currículas de la carrera de Licenciatura en Psicología.

El Plan de Estudio debe contemplar una formación generalista con pluralismo teórico y perspectiva multidisciplinaria, que posibilite la posterior especialización del egresado.

La formación académico-profesional del Licenciado en Psicología o Psicólogo comprende dos instancias graduales y secuenciales: la primera está orientada a la adquisición de conocimientos y capacidades básicas e instrumentales de la disciplina; y la segunda tiene por objetivo la integración de conocimientos, su profundización académica y la aplicación a las distintas áreas de práctica profesional. La estructura del Plan de Estudio, por lo tanto, deberá contemplar estas dos instancias.

La Carrera debe contemplar tres áreas de formación, sin perjuicio de la flexibilidad e integración curricular que determine cada Unidad Académica.

- a) *Área de Formación Básica.* Conocimiento de los procesos básicos de la conducta humana: biológicos, psicológicos y socioculturales y de sus características en las diferentes etapas evolutivas y desde los distintos enfoques teóricos, considerando la historia de la Psicología y la metodología de la investigación.
- b) *Área de Formación General y Complementaria.* Asignaturas y actividades curriculares de otras disciplinas, tendientes a la formación integral.
- c) *Área de Formación Profesional.* Formación en los distintos campos de aplicación profesional del ejercicio de la Psicología; a partir de los conocimientos teóricos, metodológicos e instrumentales para la evaluación, diagnóstico, tratamiento, pronóstico e intervención psicológica, que permitan el reconocimiento y delimitación de distintas entidades psicológicas y psicopatológicas desde diferentes concepciones teóricas

Los campos de aplicación son: Clínica, Educacional, Jurídico-Forense, Laboral-Organizacional, Social-Comunitaria, Sanitaria y Emergentes: Psicología Política, Psicología Económica, Psicología del Tránsito, Psicología de la Actividad Física y del Deporte; Psicología de las Emergencias y Catástrofes, entre otras.

Por esta razón, podemos mencionar a continuación cuál es el rol del psicólogo dentro del nuevo paradigma planteado por la Nueva Ley Nacional de Salud Mental, propuesto a partir del artículo 33 de la misma, y teniendo en cuenta los “Lineamientos para la adecuación de los Planes de los Estudios” en relación a la Licenciatura en Psicología y lo que ella le implica:

- Comprender a la salud /salud mental desde una perspectiva de salud integral que incorpore la promoción, prevención y asistencia en los dispositivos clínicos y comunitarios.
- Comprender la necesaria integración de las dimensiones clínica y comunitaria en las prácticas de salud comunitaria.
- Fortalecer las incumbencias fundamentales en el ejercicio de la profesión.
- Integrar las perspectivas disciplinarias (históricas, socioeconómicas, culturales, biológicas) para un abordaje integral de la salud mental y respetuosa de los derechos humanos y sociales del hombre.
- Comprender el alcance de las normativas que componen el sistema internacional de los derechos humanos.
- Reconocer e interpretar el rol profesional frente a representaciones, prácticas y políticas atravesadas por estereotipos, prejuicios y estigmas con implicancias en el plano de la salud/salud mental, que se traducen en conductas discriminatorias y/o manifestaciones de violencia institucional.
- Analizar críticamente los métodos de clasificación diagnóstica y la tensión existente entre categorías generales y el contexto de las personas para promover estrategias integrales y abordajes interdisciplinarios que eviten procesos

de patologización y medicalización generando instancias integrales que consideren la subjetividad.

- Caracterizar y aplicar herramientas para intervenir en las problemáticas específicas de salud mental en los adultos mayores desde el enfoque de la promoción de la salud y la participación comunitaria.
- Incorporar prácticas, estrategias y herramientas psicológicas de intervención e dispositivos sustitutos de las instituciones monovalentes.
- Desarrollo de habilidades que le permiten respetar la posición activa de los consultantes y orientar la resolución de problemas en redes naturales de pertenencia social.
- Conocer los aspectos políticos, legales e institucionales que rigen el sistema de servicios de salud y las condiciones que contribuyen a garantizar la cobertura y la accesibilidad a toda la población.
- Conocer herramientas actualizadas de gestión nacionales, jurisdiccionales y locales que orienten la implementación de las políticas públicas de Salud Mental, regulan el ejercicio profesional y promueven la sistematización de las prácticas institucionales.
- Problematizar el tratamiento que los medios de comunicación realizan sobre los temas de salud mental y su impacto en los procesos de inclusión/exclusión social y de estigmatización/desestigmatización.
- Comprender la intersectorialidad como modalidad de integración entre el estado y la sociedad civil que mejora los procesos de gestión y fortalecimiento de las redes sociales en los procesos de inclusión social a partir del abordaje comunitario y territorial.
- Reconocer contextos/condiciones que favorecen el ejercicio de buenas prácticas en psicología y los que pueden promover prácticas que vulneren derechos en salud mental.
- Conocer la normativa vigente y los procedimientos institucionales que garantizan el ejercicio de la capacidad jurídica de las personas con padecimiento mental.

- Conocer las responsabilidades y prácticas de los profesionales que se desempeñan en las instituciones sanitarias y judiciales que intervienen en la evaluación y el desarrollo de sistema de apoyo.
- Interpretar los principios deontológicos que regulan el ejercicio profesional, conceptos y aplicaciones relevantes de la ética social y su aplicación a la bioética en el campo de la salud mental.
- Conocer las diversas concepciones sobre adicciones, sus determinantes socio-históricos y las pautas de desempeños de dispositivos existentes para atender los problemas prevalentes de salud mental en el sistema servicios de salud.
- Reconocer la discapacidad como problemática socio-sanitaria, identificando las dimensiones a incorporar en un diagnóstico multidimensional e interdisciplinario y diseñar intervenciones que contemplen evaluación de barreras y sus efectos en el desarrollo de capacidades.
- Incorporar la perspectiva de género integrada al enfoque de derechos, incluyendo la cuestión de identidad d género y sus expresiones.
- Comprender que las prácticas profesionales deben basarse en el respeto de la diversidad cultural y la desnaturalización del etnocentrismo, así como los prejuicios y estereotipos asociados a conductas de discriminación, xenofobia y/o racismo.
- Identificar concepciones y prácticas hegemónicas sobre adicciones, sus efectos criminalizantes y estigmatizantes sobre los sujetos y las comunidades. Comprender las determinaciones socio-históricas del consumo de sustancias legales e ilegales.
- Conocer el las problemáticas sanitarias más relevantes del país, para poder actuar en la resolución de las mismas.
- Elaborar y utilizar herramientas que promuevan el empoderamiento colectivo y la participación comunitaria para el diagnóstico y solución de las problemáticas de salud

mental de las comunidades, y la promoción de la autonomía de las personas en su relación con el sistema de salud.

La inclusión de la Psicología en tales prácticas profesionales ofrece una oportunidad inmejorable para la integración de una actitud de carácter preventivo y comunitario, en la cual, pueda visualizarse con claridad la importancia que adquiere el rol de psicólogo en las instituciones públicas y privadas, integrados al equipo interdisciplinario y en distintos niveles de acción, desde la promoción hasta los niveles más específicos de prevención.

Asimismo, se van a ir enfatizando las exigencias en la formación y se van a reconocer ampliamente la complejidad de la disciplina psicológica. Porque la Psicología, siempre en esta cuestión, es al mismo tiempo una ciencia social y una ciencia natural, es ciencia y es profesión, praxiología tanto como sensibilidad social y construcción teórica, exige conocimientos matemáticos tanto como responsabilidad ética en la investigación y en la actividad profesional. (Klappenbach, 2011).

SEGUNDA PARTE

MARCO METODOLÓGICO

Capítulo IV: Metodología de la investigación

1. Objetivos de la investigación.

Objetivo general:

- Examinar el rol profesional del psicólogo en el marco de la Ley Nacional N° 26.657.

Objetivos específicos:

- Conocer el grado de información que poseen los psicólogos sobre la Ley de Salud Mental y sus implicancias en el ejercicio profesional.
- Conocer las prácticas específicas del psicólogo que se modifican, agregan y/o transforman en el marco del nuevo paradigma.
- Visualizar obstáculos y facilitadores para la aplicación de la Ley N° 26.657 en el ámbito de Salud Pública.

2. Preguntas de investigación.

¿Cuáles son las Leyes y normativas vigentes que están directamente ligadas a la implementación de la nueva ley de salud mental?, ¿Qué prácticas propone el nuevo paradigma de la nueva Ley de Salud Mental?, ¿Cuáles son las prácticas específicas del rol del psicólogo que se modifican, agregan y/o transforman, a partir de la implementación de la ley?, ¿Cuáles son los facilitadores y obstáculos para la aplicación de la nueva ley de Salud Mental N° 26657?

Enfoque.

El presente trabajo de investigación tiene como consideración general la afirmación de que la Nueva Ley de Salud Mental es un importante avance, desde una perspectiva de implementación en el abordaje de la salud mental desde diferentes paradigmas; ya que las ideas generales sobre algunos de los modos y dispositivos de abordaje podría contener un plan de salud mental en relación a la atención, a la rehabilitación y a la inclusión social.

La ley 26.657 está concebida desde el paradigma de salud comunitaria, de Derechos Humanos e introduce la temática de Adicciones, en contraposición al modelo médico-hegemónico; y busca fortalecer la respuesta del sector salud mediante la ejecución de intervenciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en el campo de la salud mental en la comunidad con el objeto de eliminar las brechas financieras, de tratamiento, de formación y de información.

La misma, asegura el derecho de todas las personas a la protección de su salud mental, y establece puntualmente los derechos que le asisten a aquellas personas con padecimientos mentales en relación al sistema de salud. Además, incluye de manera explícita, la problemática de las adicciones, que históricamente quedaba en manos de la justicia o la policía.

Por lo tanto, se buscará un aporte para todos los profesionales en la Licenciatura en Psicología.

3. Tipo de estudio.

Según Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2006) se trata de un estudio descriptivo de alcance exploratorio. Se busca explorar el impacto de la implementación de la nueva Ley de Salud Mental en las prácticas profesionales de los licenciados en Psicología, en el ámbito de la Salud Pública.

4. Tipo de investigación.

Se lleva adelante un tipo de investigación cualitativa. Según Hernández Sampieri et al. (2006), este tipo de investigaciones utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación durante el proceso de interpretación.

Se procederá a la recolección de datos, para obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes; y tras el análisis de los mismos, nos permitirá sensibilizarnos con el entorno que implica la Ley Nacional nº 26.657; como así también poder identificar informantes que aporten datos para poder compenetrarnos con la situación de investigación.

5. Instrumentos de investigación.

- Se realizaron entrevistas individuales con un formato semiestructurado, en el cual las preguntas estaban organizadas a partir de un *guion* de entrevista (ver Anexo I) pero la secuencia, como su formulación, fueron variando en función de cada sujeto entrevistado.

La Entrevista se puede definir como una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información de otra o de un grupo (entrevistado o informantes) para obtener datos sobre un problema determinado, donde se presupone la existencia de dos personas y la posibilidad de interacción verbal (Gómez, Flores y Jiménez, 1996). La entrevista identifica o hace confluir en el psicólogo las funciones de investigador y profesional; ya que la técnica es el punto de interacción entre la ciencia y las necesidades prácticas. La entrevista, específicamente la cualitativa, se caracteriza por ser más íntima, flexible y abierta (Hernández Sampieri et al., 2006).

El objetivo era profundizar sobre las perspectivas de los participantes acerca del rol del psicólogo frente a la Nueva Ley Nacional 26.657, que se indagaron a través de categorías basadas en tres ejes principales: conocimiento que poseen sobre la Ley de Salud Mental, las prácticas psicológicas actuales en relación a la misma, y los facilitadores y obstáculos para la aplicación de la ley, con el fin de poder realizar comparaciones y posibles contrastes, de manera que se pueda organizar conceptualmente los datos y presentar la información siguiendo un patrón o regularidad emergente.

- Observación del contexto

Este instrumento implica adentrarnos profundamente en situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones (Hernández Sampieri et al., 2006).

A fines de la investigación llevada a cabo, este instrumento sirvió para comprender procesos, vinculaciones entre personas y sus situaciones, experiencias o circunstancias, los eventos que suceden al paso del tiempo y los patrones que se desarrollan. (Miles, Huberman y Saldaña, 2013; citado en Hernández Sampieri et al., 2006).

Además se observó el ambiente físico en el cual los Licenciados en Psicología realizaban sus prácticas profesionales, teniendo en cuenta tamaño, distribución, señales, accesos, sitios con funciones centrales, como así también las impresiones de la investigadora.

- Anotaciones y bitácora de campo.

Según Hernández Sampieri et al. (2015) este instrumento tiene la función de documentar el procedimiento de análisis y las reacciones del investigador durante el proceso de investigación, y contiene anotaciones sobre los métodos utilizados, sobre ideas, conceptos, significados, categorías e hipótesis, anotaciones en relación a la credibilidad y verificación del estudio.

Durante el proceso fue útil; ya que surgieron interrogantes, ideas e hipótesis y conceptos en relación al problema planteado de investigación, como así también, para organizar los procesos de análisis de las categorías.

6. Descripción de los participantes.

La unidad de análisis de este trabajo de investigación esta conformada por un grupo de Licenciados en Psicología, donde la variable que se tuvo en cuenta para seleccionarla, es que se encuentren trabajando en diferentes instituciones o área de salud mental en el ámbito de la Salud Pública; como así también la expresión de conformidad para participar en la investigación.

La muestra fue de 9 psicólogos, los cuales trabajan en diversas instituciones públicas y poseen diferente cantidad de años de ejercicio profesional:

Profesional	Años de ejercicio profesional	Institución de Trabajo
Menos de 8 años de profesión.		
S1	2 años	Infanto-juvenil (Rodeo del Medio).
S2	3 años	Escuela H. Güemes (Luján de Cuyo).
S3	4 años	Centro Integrador Comunitario (Ciudad).
S4	8 años	Infanto-juvenil (Godoy Cruz).
S5	8 años	Infanto-juvenil (Rodeo del Medio).
Más de 15 años de profesión.		
S6	15 años	Infanto-juvenil (Rodeo del Medio).
S7	16 años	Poder Judicial (Área de Mediación).
S8	18 años	Poder Judicial (Área Psicolaboral).
S9	23 años	Centro de Salud (ciudad).

Durante la selección de la muestra y toma de entrevistas, se trato de contactar con profesionales que trabajen en el área de salud mental en los Hospitales Monovalentes de Mendoza (Hospital Carlos Pereyra y Hospital El Sauce); pero tras reiteradas intenciones de lograr este propósito y no poder acceder al espacio para realizar las entrevistas con los profesionales, se decidió analizar los datos ya obtenidos hasta el momento.

7. Análisis de los datos.

Cuando todas las entrevistas fueron realizadas, se analizaron estableciendo dimensiones y categorías conceptuales de análisis.

Las categorías o sistemas categoriales dan su nombre al conjunto de los sistemas de observación que estamos describiendo y se caracterizan por construir verdaderos modelos en los que se concreta la explicación dada de un fenómeno. (Gómez et al., 1996)

En metodología cualitativa, los datos recogidos necesitan ser traducidos en categorías con el fin de poder realizar comparaciones y posibles contrastes, de manera que se pueda organizar conceptualmente los datos y presentar la información siguiendo algún tipo de patrón o regularidad emergente.

La categorización consiste en la segmentación en elementos singulares, o unidades, que resultan relevantes y significativas desde el punto de vista de nuestro interés investigativo. Esta categorización se realiza por unidades de registro, es decir, estableciendo una unidad de un texto registrado por algún medio (usualmente grabado), por lo tanto es textual y a la vez conceptual. (Hernández Sampieri et al., 2015).

Por consiguiente, las categorías pueden constituirse utilizando una palabra de una idea que sea similar en otras ideas, o creando un nombre

en base a un criterio unificador, logrando que al final del proceso todas las ideas estén incluidas en alguna categoría.

El análisis de los datos para la presente investigación se realizó ordenando la información en 3 categorías, basadas en *tres ejes principales*: 1- conocimiento que poseen sobre la Ley de Salud Mental, 2- las prácticas psicológicas actuales en relación a la misma, y 3- los facilitadores y obstáculos para la aplicación de la ley. A su vez, algunas de estas categorías tenían una subcategoría; lo que permitió tener una visión general sobre cada una de ellas, pudiendo así comprender de manera más eficaz las mismas.

Categoría	Definición Teórica	Definición Conceptual	Definición Operativa
Eje I: Información sobre la ley 26.657			
Paradigma (Pg)	Conjunto de realizaciones científicas universalmente reconocidas, que durante un tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica.	Modelo de explicación de los procesos de salud-enfermedad y salud mental.	El psicólogo puede nombrar los diferentes paradigmas: Comunitario, de Derechos Humanos, y frente a las Adicciones.
Salud Mental (SM)	No es solo ausencia de trastornos mentales. Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OMS).	Proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (LNSM).	El profesional puede expresar los diferentes componentes que configuran la definición de la Salud Mental.

<p>Modalidad de Trabajo (MT)</p>	<p>Conjunto de métodos que se siguen en una investigación científica, un estudio o una exposición doctrinal.</p>	<p>Conjunto de operaciones específicas que permiten conocer la manera o secuencia con la que deberán sujetarse dichas operaciones.</p> <p><i>INTERDISCIPLINA:</i> Un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente.</p> <p><i>INTERSECTORIALIDAD:</i> El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud.</p> <p><i>CONSENTIMIENTO INFORMADO:</i> Declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a su estado de salud; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;</p>	<p>El profesional pueda mencionar las siguientes áreas de trabajo: psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y campos pertinentes.</p> <p>El profesional pueda mencionar que las prácticas profesionales se orientan al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.</p> <p>El profesional exprese que en sus prácticas profesionales hace uso del consentimiento informado.</p>
---	--	---	--

		<p>y por último, las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.</p> <p><i>INCLUSIÓN SOCIAL:</i> Coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, como así también la inclusión laboral y de atención en salud mental comunitaria.</p>	<p>El profesional pueda mencionar algunas acciones de inclusión social en sus prácticas profesionales: Consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.</p>
<p>Leyes y Normativas (L-N)</p>	<p>Preceptos dictados por una autoridad competente. Exige o prohíbe algo en consonancia con la justicia y para el bien común de la sociedad en su conjunto.</p>	<p>Documentos internacionales, leyes, declaraciones y reglamentaciones relacionadas con la LNSM.</p>	<p>El profesional enuncia la Declaración de Caracas, los Principios de Brasilia, Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, Consenso de Panamá, 34 del Código Penal, Ley N° 23.592; Artículo 144, 482 y 152 del Código Civil; Conferencia</p>

			Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata; Ley N° 22.914, Artículo 99 incisos 1 y 2 de la Constitución Nacional Argentina; Ley N° 23.660; Ley N° 23.661; Capítulo III de la Ley N° 26.061.
Eje II: Rol profesional del psicólogo.			
Prácticas del Ejercicio Profesional (PEP)	Constitución social que identifica a quienes ejercen ciertas actividades, utilizando herramientas determinadas que le permiten aprender y explicar el mundo o su alrededor.	Rol que se desempeña en relación a los conocimientos psicológicos.	El psicólogo menciona las prácticas específicas que se modifican, agregan y/o transforman con la sanción y reglamentación de la LNSM 26657.
	- <i>Primeras prácticas profesionales (1PP)</i>		El entrevistado enuncia aquellas tareas que se pedían al psicólogo al momento histórico de egresar. Tareas como ayudante de los psiquiatras, psicodiagnóstico, terapias, investigaciones, áreas específicas(laboral, orientación vocacional, educación, entre otras)

<p>- <i>Modificaciones o no de las prácticas profesionales (M-PP)</i></p>			<p>Tareas actuales en las que se puede desarrollar el psicólogo en comparación con las primeras prácticas realizadas. Tareas como ayudante de los psiquiatras, psicodiagnóstico, terapias, investigaciones, áreas específicas (laboral, orientación vocacional, educación, entre otras).</p>
<p>Recomendaciones Profesionales (RP)</p>	<p>Acción y consecuencia de sugerir algo o brindar consejo.</p>	<p>Sugerencias, consejos de los psicólogos hacia otros psicólogos en relación a las prácticas del ejercicio profesional.</p>	<p>Sugerencias por parte de los psicólogos para los futuros egresados acerca de las prácticas profesionales.</p>
<p>Eje III: Facilitadores y obstáculos para la aplicación de la ley 26.657.</p>			
<p>Facilitadores (Fc)</p>	<p>Aquello que proporciona la ejecución de algo o la consecución de un fin.</p>	<p>Avances de la nueva ley de Salud Mental.</p>	<p>El profesional pueda mencionar aquellas condiciones que facilitan la aplicación de la nueva ley en su espacio laboral.</p>
<p>Obstáculos (Ob)</p>	<p>Situación o hecho que impide el desarrollo de una acción.</p>	<p>Críticas y resistencias a la nueva ley.</p>	<p>El profesional pueda mencionar aquellas condiciones o hechos que impiden la aplicación de la nueva ley en su espacio laboral.</p>

8. Procedimiento.

Primeramente, se acordó una reunión con el profesional de las diferentes instituciones, para informar el objetivo de la investigación y la modalidad de trabajo; y se les pidió su consentimiento para efectuar la entrevista.

Cuando todas las entrevistas fueron realizadas, se las analizó, y se realizó una descripción de cómo se encontraban cada una de las categorías y subcategorías en cada participante.

Esto se realizó a través de un Análisis de Contenido de cada entrevista efectuada, considerando determinadas categorías. Esto se llevó a cabo para poder indagar y describir sobre las categorías anteriormente mencionadas. Luego se arribará a las conclusiones pertinentes.

El análisis de las entrevistas consistió en poder seleccionar segmentos textuales del discurso de los participantes, relevantes y significativos para la investigación; agrupándolos en unidades de registro (categorías) constituidas en relación a los objetivos de la investigación; y así poder constatar las similitudes y diferencias entre las mismas.

A su vez, se pudo confrontar la información obtenida, entre aquellos psicólogos que llevan menos de 8 años de ejercicio profesional con aquellos que llevan más de 15 años de ejercicio profesional.

Al finalizar con el proceso de investigación, se llevará a cabo el paso de una devolución oral o escrita, según la institución lo requiera, sobre los resultados obtenidos con el instrumento utilizado a cada una de las personas que participaron.

Capítulo V: Presentación y análisis de los resultados

La Nueva Ley de Salud Mental introduce cambios en la forma de comprender, abordar y trabajar en el área de salud mental. Estos cambios requieren de modificaciones en el paradigma desde el cual se venía trabajando en este campo, del cual los profesionales formaban parte. Es así que los términos que en ella se reflejan deberán entenderse siempre en el sentido de que debe velarse por la salud mental de toda la población.

Ante esto, el objetivo general de la presente tesina fue poder examinar el rol profesional del psicólogo en el marco de la nueva ley. Investigando, además el grado de información que poseen los mismos sobre la Ley de Salud Mental y sus implicancias en el ejercicio profesional; conocer las prácticas específicas del psicólogo que se modifican, agregan y/o transforman en el marco del nuevo paradigma. Como así también, visualizar obstáculos y facilitadores para la aplicación de la Ley N° 26.657 en el ámbito de Salud Pública.

A continuación se presenta el análisis de contenido a partir de los 3 ejes propuestos.

Eje n° I: Conocimiento sobre la ley de salud mental.

Paradigmas

Los paradigmas con los que los profesionales abordan e intervienen son centrales a la hora de aplicar los procedimientos en la práctica cotidiana. Los datos obtenidos a partir de las herramientas utilizadas, nos reflejan que del total de los profesionales entrevistados, solo tres mencionan no conocerlos. El resto pueden **reconocer el paradigma comunitario y el de derechos humanos**; pero ninguno de los participantes incluye la temática de las Adicciones, siendo que esta problemática, la ley la incluye de manera explícita, ya que históricamente quedaba en manos de la justicia, más allá de los límites de la salud.

Con respecto al paradigma comunitario informan:

*....“tener en cuenta el **contexto** en el cual vive y la **historia del sujeto**” (S3), ...“El paradigma actual que entiende que **la persona es “producto” por así decir de construcciones sociales, culturales, económicas, etc.**, y que esta atravesado por todo y hay que abordar la Salud Mental desde todos estos aspectos” (S6).....un enfoque que hace que todos los profesionales de la salud **salgamos de las cuatro paredes del consultorio**, salir al encuentro y también poder brindar nosotros servicios en otras circunstancias.”... (S9). Por último, ante la pregunta sobre el conocimiento de los paradigma se expresa “hay una **vertiente práctica en relación a lo comunitario**, en tratar de generar **estrategias y formas de abordar al paciente** que tengan que ver **lo menos posible en lo que se hace en relación***

a la internación, en cuanto a los hospitales monovalentes, y se empieza a **trabajar más en lo que hace a la comunidad del paciente y poder insertarse y trabajar con otros dispositivo**” (S4), haciendo hincapié a la metodología de trabajo de intersectorialidad más que a lo que implica el paradigma.

Con lo que respecta al paradigma de Derechos Humanos los participantes refieren:

*“... es importante a nivel de los **derechos del paciente**, ya que ellos ahora tienen **voz y voto en cuanto a su tratamiento y pueden elegir**” (S4), “... es un paradigma que deja de lado el pensamiento **del paciente** como objeto para que sea considerado una **persona con derechos...**” (S6), otro participante dice “**respetar el derecho de todas las personas de acceder a un trabajo** y que durante las entrevistas o proceso de selección sean **tratados dignamente...**” (S7).*

A partir de lo mencionado, se puede inferir que los participantes reconocen que la Ley 26.657 propone un cambio de paradigma, que implica una práctica integral que incorpora la dimensión histórica, subjetiva y social; tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares.

Salud mental

Teniendo en cuenta que a partir de la sanción de la nueva ley, la salud mental debe ser entendida como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y

sociales de toda persona”, en el marco de la vida en comunidad (art. 3, ley nº 26.657).

En lo que respecta al concepto de salud mental, los profesionales dieron como atributo esencial a la nueva definición la expresión “**más abarcativa**” y “**más integral**”. Pensar la salud como un concepto integral permite comprender que existen varios factores que la componen e intervienen, conforme lo indica la ley.

Además, se pudo inferir que a medida que aumentan los años de ejercicio profesional, se puede contemplar más el cambio que se ha realizado en la nueva definición de Salud Mental que implica el actual paradigma. Sólo un participante menciona que no recuerda el concepto del da la Ley.

Al respecto refieren “... apunta a que **se conozca más la historial del paciente**, no solo centrado en la patología, sino tener en cuenta **el ambiente, el entorno y lo familiar.**” (S1), “... creo que se adapta a la persona, la **persona no solo es mente o no solo es cuerpo, o no solo es su familia, o su contexto, es todo eso y cada de estas cosas están unidas** y se influyen unas a las otras [...] nos dice que tenemos que tener en cuenta a todas estas partes de la personas para tratar su Salud Mental...”(S3), “... toma **lo cultural, lo económico, lo social**, todos los aspectos en los que está inserta una personas con **trastorno mental**” (S4), “...tiene en cuenta **varias aristas de la vida de la persona** y de la salud mental de cada persona...”(S8), “es **una mirada integral de la persona** y nos invita a la **comprensión de todo lo que es. Tener en cuenta su contexto, su historia, y sus derechos...**”(S9).

Cabe rescatar, que solo dos participantes pueden hacer un análisis más profundo en relación a la definición de salud mental que propone la Ley 26.657.

*“Es una definición que hace un cambio, es un trabajo que se viene gestando hace muchos años, con respecto a que busca la **desmanicomización, a desligarnos exclusivamente con la psiquiatría para algunas temáticas.** La diferencia es el énfasis en lo puesto, a ver como que, con respecto a la Psicología, **no queda solo en lo psíquico, en lo intrapsíquico,** sino que trata de ampliarse también al resto de los condicionantes en relación al pacientes, y la pata más fuerte a nivel de **Derechos Humanos,** en cuanto a lo que respecta a la **autonomía y derechos del paciente** de considerarlo como lo que es, una persona...” (S4).*

*“... es considerada la **Salud Mental como un proceso** y que **integra al sujeto en todos sus aspectos.** Evidencia el cambio de paradigma o a lo que se busca **llegar dejando de lado el modelo hegemónico;** ya que como te decía tiene en cuenta que la salud no es un equilibrio, es **un proceso;** y da la oportunidad de entender que hay **padecimientos que son solo por un momento,** que puede sanarse el sujeto y que de esta manera **no se lo etiquete para siempre** con una patología en particular” (S6).*

Se puede observar que la Ley de Salud Mental, propone entender al padecimiento mental como todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, incluyendo trastornos y/o enfermedades, como proceso complejo determinado por múltiples componentes, en conformidad con lo establecido en el artículo 3° de la Ley N° 26.657; pero los psicólogos entrevistados siguen utilizando los términos de “*trastorno mental*”, “*enfermedad mental*”, “*discapacitados*”; lo que nos lleva a inferir que todavía hay términos, que culturalmente no están incorporados en las prácticas de los profesionales.

Modalidad de trabajo

También, la Ley promueve la importancia de implementar acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria que se sostenga en los principios de la Atención Primaria de la Salud, reforzando, restituyendo y promocionando lazos sociales.

En cuanto a la metodología de trabajo se menciona en su gran mayoría, la **interdisciplina** como condición para atender al sujeto en su integralidad.

*“... trabajar en **interdisciplina**.”(S3), “...generar estrategias y formas de abordar al paciente que tengan que ver **lo menos posible en lo que se hace en relación a la internación**, en cuanto a los **hospitales monovalentes**, y se empieza a trabajar más en lo que hace a **la comunidad** del paciente y poder insertarse y trabajar con otros dispositivo, para que lo último sea la internación” (S4), “... que se aleje de los hospitales monovalentes, que se tenga en cuenta el **contexto**” [...]“También considerar a los niños como **personas con derechos**, o sea, yo que trabajo acá, con niños, tener en cuenta lo que ellos dicen, respetar si hay algo que no quieren, explicarles también con palabras que entiendan.” (S5) “Salir del consultorio, para trabajar en equipo, en **red**, en **territorio**, con **referentes locales**.” (S6) “... **la Inclusión** que es fundamental en todos los ámbitos de la persona” [...] “...relación con **la inclusión, y el consentimiento informado**.” (S7) “... **la interdisciplina, el trabajo en equipo, el consentimiento informado**.” (S8) “... equipo interdisciplinario, el consentimiento informando también.” (S9).*

La observación de los datos arrojados por las herramienta de investigación, nos hace pensar que esto es así, ya que todos los entrevistados mencionan que en las instituciones donde trabajan, lo hacen con esta modalidad.

A su vez, se pudo observar que los profesionales que llevan más años 15 años de ejercicio profesional, a diferencia de los que llevan menos de 8 años, nombran el consentimiento informado, la intersectorialidad y por último, la inclusión social.

El artículo 27 de la ley estudiada menciona la prohibición de crear nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados; y que en el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos en la ley hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Con respecto a esto, se puede indicar que los profesionales más jóvenes hacen hincapié a lo que respecta a este tema:

*“Sé que una de las metas de ley era **cerrar los monovalentes** (...) los hospitales psiquiátricos” (S2) “una de las intenciones es cerrar los monovalentes.” (S3) “crear formas de abordar al paciente **que tengan que ver lo menos posible** en lo que se hace en relación a la internación, **en cuanto a los hospitales monovalentes**”(S4) “que sea adecuado el lugar donde se trabaja, que se **aleje de los hospitales monovalentes**” (S5).*

[Leyes y normativas](#)

Otros de los aspectos a investigar tiene relación con las transformaciones en la legislación normativa, que marcan una orientación en la estructuración del campo, incidiendo en las prácticas de los equipos

de salud y en los operadores judiciales, como también resitúa a los usuarios y su grupo de referencia como sujetos de derecho.

Los participantes nombran: “...**derechos del niño y los del paciente...**” (S3) “...**declaración de Caracas, los Principios de Brasilia, Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, Alma-Ata, y muchas más**” (S4) “**Derechos del paciente, internaciones, respeto por los pacientes, por las personas con discapacidad. Derechos del niño y del adolescente...**” (S5) “...**niñez y adolescencia, derechos de personas con discapacidad, la conferencia de alma-ata, los principios de 1991, la declaración de caracas, los derechos del paciente**” (S6) “**Discapacidad, código civil nuevo**” (S7) “...**derechos de niños, niñas y adolescentes, derechos del paciente, derechos de las personas con discapacidad, el código civil también, los principios, no recuerdo el nombre, pero están especificados en la ley, la declaración de Caracas y Alma-Ata**” (S8).

Ante esto, lo que respecta al conocimiento de los documentos internacionales, leyes, declaraciones y reglamentaciones relacionadas con la Ley Nacional de Salud Mental, los profesionales reconocen que hay una gran cantidad de legislación que integra la ley. Nombran la Declaración de Caracas, los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad, Alma-Ata, los Derechos de los Pacientes y los Derechos de los niños, niñas y adolescentes, como los de mayor relevancia. De la muestra total, S1 menciona “*no las conozco*”, mientras que S2 y S9 dicen “*no las recuerdo*”.

En resumen a lo que respecta al primer eje de investigación, se puede inferir que en general los participantes, han sido informados sobre la Ley de Salud Mental. En sus respuestas, se deja ver que las distintas instituciones a las que pertenecen han comunicado sobre la normativa a

estos profesionales, por lo menos en una ocasión; incluso han podido participar de otras instancias donde la ley ha sido tema de discusión. Aún así, los profesionales no han elaborado un análisis crítico acerca de la misma.

Asimismo, se observó que una vez que se reglamentó la Ley Nacional de Salud Mental, en el 2013, se ofrecieron varios espacios para conocerla y discutirla, pero que actualmente esos espacios han mermado, tanto dentro del ámbito laboral de los participantes como fuera del mismo. Lo que respecta a S1, S2 y S3 podemos hipotetizar que hay recibido escasa información durante el cursado de la carrera, ya que estos sujetos son los que muestran menor conocimiento, en relación a los paradigmas, metodologías de trabajo como así también a la definición de salud mental que propone la Ley; y que por los años de ejercicio profesional se infiere, al momento de la reglamentación de la ley, se encontraban dentro de la institución educativa.

Cabe resaltar que si bien, no todos los entrevistados, pudieron mencionar los paradigmas o la metodología de trabajo, reconocen que la ley es un gran avance, una herramienta para la construcción de un nuevo paradigma a lo que refiere a la salud mental; y que viene a dar legitimidad a las prácticas que efectuaban en las instituciones donde se desempeñan. Además se puede agregar que aquellos participantes que llevan menos de 8 años de ejercicio profesional se han incorporado a sus ámbitos laborales, donde las estrategias de abordaje como la interdisciplina, ya formaba parte del procedimiento de trabajo.

Resulta importante señalar el artículo 29 de la ley trabajada:

Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema. (art. 29)

Y en el artículo 33 se hace la siguiente mención: *“Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país”*. Lo cual, tras el análisis mencionado, se observa que hasta el momento de la investigación, estos artículos no se cumplen de manera adecuada en las instituciones donde se desempeñan estos profesionales.

Eje II: Rol profesional del psicólogo.

Prácticas profesionales

La lucha de los psicólogos por el reconocimiento de la idoneidad del trabajo profesional y la eficacia de la preparación universitaria, a lo largo de la historia, fue ardua e intensa.

En lo que respecta al objetivo sobre el rol profesional del psicólogo en el marco de la nueva ley se pudo observar, que los entrevistados reconocen que se han efectuado modificaciones y se han agregado prácticas profesionales a lo largo de la historia del rol profesional.

Primeras prácticas

Como primeras prácticas profesionales, si bien una parte de la muestra hace menos de 8 años se ha recibido, pueden reconocer que las

mismas eran meramente el proceso psicodiagnóstico y el consultorio, con la supervisión de profesionales médicos o psiquiatras.

Al respecto mencionan: **“Asistencial, en recursos humanos, centros de atención primaria, hospitales. En prácticas que estén cerca de la comunidad.”** (S1) **“ámbito público, dando talleres, trabajo en grupos orientación vocacional”** (S2) **“...antes los psicólogos solo podían trabajar con los médicos psiquiatras, o sea bajo su supervisión”** [...] **“Y lo que hacían era psicodiagnóstico”** (S3) **“... teníamos una función diagnóstica, solamente podíamos “ser los asistentes de los psiquiatras” porque antes ellos firmaban.”** (S4) **“La clínica era lo principal, y en la formación psicoanalítica y algo de los comunitario, pero más orientado al trabajo en grupo y poder trabajar en equipo. También se empezaba a ver o tener más fama, lo laboral, yo hice un posgrado en Psicolaboral.”** (S5) **“Psicodiagnóstico, y solo eso. Era el psicotécnico el psicólogo, el auxiliar del médico.”** (S6) **“...diagnostico, manejo de grupo, dar talleres, eso básicamente”** (S7) **“Psicodiagnóstico básicamente, no te llamaban para otra cosa”** [...] **“Tenias pacientes porque te los derivaban del trabajo, o algún que otro médico, para decir si tenía o no alguna patología y listo.”** (S8) **“...la gente no sabía mucho que hacíamos o cual era nuestra tarea, solo decían y pensaba que tratábamos locos”** [...] **“...solo podías trabajar bajo el brazo de los psiquiatras”**[...] **“...psicodiagnóstico y consultorio”** (junto a un psiquiatra) (S9).

Del mismo modo, se puede identificar que los psicólogos que llevan más tiempo de ejercicio profesional limitan las primeras tareas del psicólogo al psicodiagnóstico y bajo la tutela de la psiquiatría; mientras que los que llevan menos años de ejercicio profesional pueden ampliar el espectro de prácticas. Esto puede deberse a que esta franja no conozca sobre la historia del profesional psicólogo.

Modificaciones o no de las prácticas profesionales

Los participantes distinguen que las prácticas hoy en día de los psicólogos se ha extendido y que su tarea se puede desarrollar en diferentes ámbitos.

Los participantes expresan: “...hoy el psicólogo **ocupa un gran lugar**” [...] “...la gente quiere ir al psicólogo, antes eso era horrible para una persona ir o que te pidieran que fueras al psicólogo, y las personas también demandan más cosas por parte de nosotros hoy.” (S2) “**Hospitales, clínicas, en recursos humanos. Estar cerca de la comunidad. En la parte laboral, en colegios, haciendo pericias, psicodiagnóstico, trabajo con grupos, talleres en orientación vocacional**” (S3) “...he visto **más cambios en cuanto a lo que hace en relación al país, en relación a sus cambios, a la realidad.**” [...] “... en poder trabajar esos aspectos también con el paciente, que por ahí antes no se tenían tan en cuenta, **tenemos autonomía**” (S4) “... podemos trabajar en el área de **recursos humanos**, donde muchas veces , se requiere más , o es el jefe, un psicólogo más que un Licenciado en Recursos Humanos, en el ámbito educativo, en barrios, hospitales generales, en **emergencias, en lo ambiental**” (S5) “Podemos estar en **hospitales, centros de salud, equipo de recursos humanos, en situaciones de riesgos, en las empresas, el trabajo con los grupos, en las comunidades, en las escuelas, es muy amplia la gama de prácticas actuales y las especificaciones.**” (S6) “... un psicólogo puede ocupar un **rol directivo.**” (S7) “...se puede coordinar áreas” [...] “...podemos trabajar en comunidades, en política, y mucho más” (S8) “...se han agregado y se intentan modificar algunas que hacíamos” [...] “...como de modificación, creo que se intenta cambiar esto de un psicólogo quieto, callado dentro de un consultorio, expectante por así decir, para poder ser parte de la comunidad y tener un rol activo” (S9).

Ante, lo expresado por los psicólogos en las entrevistas junto con las anotaciones de la bitácora de campo se puede mencionar, que los profesionales frente a las modificaciones de las prácticas no las relacionan exclusivamente a la implementación de la ley, donde se menciona que se deben promover prácticas tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas; sino que las asocian más al desempeño del psicólogo, en lo que respecta al recorrido profesional y personal. A partir de esto, señalan que el rol del psicólogo en sus prácticas actuales es tenido en cuenta, cumpliendo un papel activo y con igualdad de condiciones en relación a otros profesionales de la salud, dentro del área en el cual trabajan.

De esta manera, se reconoce que se han ampliado las facultades y las responsabilidades de los psicólogos en el marco del nuevo paradigma.

Como facultades se aluden: poder desempeñar el rol profesional *“...en más ámbitos y no realizar exclusivamente psicodiagnóstico o clínica”* (S3), *“... poder **trabajar con autonomía**, de manera independiente”*(S5). *“...el derecho a recibir igual remuneración a otras profesiones de la salud mental”* [...] *“...un salario justo por los servicios brindados...”*(S7). *“...podemos ejercer nuestra profesión en **varios ámbitos**, tenemos más voz y voto en relación a los abordajes que hacemos en conjunto, antes lo que decía el médico era palabra santa, hoy no es así, **se ha reconocido más nuestro papel.**”*(S9)

Como responsabilidades dentro de lo que implica el rol del psicólogo en el nuevo paradigma, se menciona como denominador común la

formación cotidiana, estar en conocimiento en cuanto al campo científico, nuevos ámbitos de desempeño y prácticas profesionales; y tener en cuenta la ética profesional. Del mismo modo, se menciona como obligación generar un compromiso más social del psicólogo, teniendo en cuenta los derechos del paciente, y de trabajar interdisciplinariamente, tanto en ámbitos públicos como privados.

Es importante resaltar esto último, ya que se ha hecho mención de una diferencia en las prácticas entre ambos ámbitos de actuación. El artículo 6 de la ley dice: *“Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley”*, siendo así que en lo privado también se tiene que tener en cuenta y adoptar estos nuevos cambios que se están gestando y el nuevo modelo para trabajar.

Ante este señalamiento se menciona: *“Entiendo que esto, esta teniendo más auge en lo público que lo privado, pero todo psicólogo debería conocer y dedicarse en sus prácticas, tanto en lo público como en lo privado, a trabajar desde estas nuevas propuestas de salud mental, de hecho **no nos tenemos que olvidar que nosotros somos agentes de salud mental**; que hay profesionales que parecen que se han olvidado por así decir, es decir no olvidarnos que somos **psicólogos y agentes de salud**.”* (S4). *...“quiero recalcar que hoy tenemos una gran responsabilidad y que debemos **actuar de la misma manera en lo público y en lo privado**.”[...]* *“Porque conozco varios psicólogos, que en el ámbito privado sus terapias, sus tratos con los pacientes son excelentes, la transferencia que se logra entre paciente y psicólogo es muy buena, pero en lo público veo que son distintos, que el trato con los pacientes es distinto, que la metodología de trabajo es distinta también y para mal lamentablemente. Entonces para mí, es importante saber entender y comprender que las personas, son todas personas y que sus derechos son los mismos, sea en el ámbito en el que se lo trate.”*(S5) Por último, *“...yo porque **trabajo en una institución pública y los cambios se ven, pero en el ámbito privado es***

diferentes, y ahí sino buscás vos tu avance o crecimiento, te estancás.”(S9).

Resulta también importante mencionar con respecto al rol del psicólogo, y con lo que respecta a la ética del mismo, lo que señalan los siguientes participantes:

“... hay que **tener cuidado porque hay muchas prácticas que no son validas**”(S2); “Te podría decir que lo malo que veo, es que **veo psicólogos que están incorporando prácticas o cuestiones que no tienen que ver con la psicología y que prestan a confusión de cual es el rol del psicólogo; son prácticas muy solicitadas socialmente como **constelaciones familiares**, bueno todas estas, y que no son las funciones del psicólogo y las cuales desvirtúan a todos los otros**”(S7), “... hay que **cuidar el prestigio de la profesión** y de los otros profesionales porque un psicólogo se dedique a constelaciones familiares, o lo del enagrama, esas prácticas, que no son propias de los psicólogos, y que desvalorizan la profesión.”(S8)

Por consiguiente, es conveniente recordar, ante lo presentado hasta ahora, los Principios Generales acordados por los países miembros y asociados del Mercosur (1997) en el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.). Los cuales son el Respeto por los derechos y la dignidad de las personas, Competencia, Compromiso profesional y científico, Integridad y Responsabilidad social; ya que el documento, manifiesta que el psicólogo es un profesional con los *conocimientos científicos necesarios para analizar, interpretar y explicar el comportamiento humanos y las dimensiones y procesos del psiquismo*. Posee competencias básicas para efectuar psicodiagnóstico y psicoterapias, para diagnosticar, evaluar e intervenir en los ámbitos individual, grupal, social, institucional y comunitario, en todo aquello que pone en riesgo la salud y la calidad de vida de las personas.

Recomendaciones

A partir de lo recorrido por cada Licenciado en Psicología en su trayectoria profesional, proponen las siguientes recomendaciones a los futuros psicólogos:

*“Que se animen a **hacer prácticas ad honorem** e ir insertándose en el medio laboral en la medida que se posibilite”(S1)“...**disfruten de la profesión** y que siempre se animen a más, que cada uno elija una línea, **un ámbito donde se sientan cómodos y que les guste y que nunca se dejen de formar e informar** de lo que pasa en la sociedad.” (S2) “Animo, porque a veces no es fácil conseguir trabajo”[...] “no dejen de **informarse y de capacitarse.**” (S3)“...**conocer lo legal** que implica nuestra profesión”[...] “...**no olvidarnos que somos agentes de la salud**”[...]“los psicólogos no somos omnipotentes, no estamos solo y que muchas veces cuando creemos lo contrario eso puede ser peligroso y daña al paciente.” (S4) “**Que no trabajen solos**”[...] “...que se animen a ir a esos espacios nuevos, **que supervisen** cada vez que tengan dudas, que **la práctica cotidiana no se desprenda de lo ético y de lo legal**”[...] “...que no se olviden que enfrente siempre tienen una persona que tiene derechos y nosotros también somos actores que van a permitir ese cumplimiento, y no lo contrario.” (S5) “**Bregar por trabajar en el ámbito donde se sientan más cómodos**” (S6) “...**salen con una buena base de la universidad**”[...] “...**las instituciones y las residencias son muy importantes para el acompañamiento de este procesos de aprendizaje en acción**”[...] “...dan una visión distinta a que si salís y atendés un consultorio ahí no más.”[...] “...no hay que olvidarse que trabajamos con personas, y que ellas tienen derecho a ser tratadas como tal.” (S7) “Que se sigan formando,*

tanto profesionalmente como éticamente[...] *“si pueden trabajar en equipo mejor,”* (S8) *“Que no se queden estáticos”*[...] ***“se sigan especializando en algún área o varias que sea de su interés”*** (S9).

Los que llevan más trayectoria profesional, mencionan lo importante del conocimiento sobre lo que sucede en la sociedad, la capacitación constante, donde las instituciones y las residencias son muy importantes para el acompañamiento de los procesos de aprendizaje en acción. Todo esto, haciendo hincapié en que el futuro psicólogo cumpla un rol activo en la sociedad; que la práctica cotidiana no se disocie de lo ético y lo legal. Recordar que la tarea del psicólogo se desarrolla con personas, las cuales tienen derechos y que como actores sociales y agentes de salud mental, deben cooperar en el cumplimiento de los mismos.

Igualmente, para la apuesta a la producción de estos cambios, será necesario introducir modificaciones profundas en el ámbito de la formación. Poner énfasis en construir, dentro de este nuevo marco regulador de las prácticas psicológicas, alternativas de saberes y de praxis que faciliten la formación de una subjetividad profesional. La ley considera al sujeto en su singularidad, y ante el nuevo paradigma que promueve se debe traducir en un sistema de salud mental con diversidad de herramientas y dispositivos. Es decir, lograr una formación en Psicología que genere un perfil de graduado que contemple una formación amplia y actualizada en distintos campos de aplicación.

El análisis de las modificaciones que fueron surgiendo respecto al rol de los profesionales y efectores de Salud Mental desde la promulgación de la ley, y anteriormente, permiten formular ciertas hipótesis respecto a la necesidad de formación de un profesional activo y comprometido con respecto a la restitución de derechos, realizando las intervenciones desde un enfoque socio-bio-psicológico y humanizador que restituya al sujeto en su condición de tal como ser integral.

Asimismo, los psicólogos mencionan: "... creo que es bueno poder seguir **indagando sobre la ley, conocerla y ver nuestras prácticas en relación a la misma.**"(S1), "... considero que podemos poner al servicio nuestra profesión y **ser flexibles a cada realidad, a cada sujeto.**"(S2), "... yo creo que **son pocos los psicólogos que quieren trabajar fuera de lo clínico o del consultorio,** o son pocos los que también deciden informarse"(S3). Por otro lado, "... **hay mucho para seguir creciendo,** pero si en cada institución, tanto en lo público como en lo privado, **se trabaja interdisciplinariamente, con el consentimiento del paciente, se puede llegar a avanzar mucho.**"(S4); "...creo que es poca la gente que puede, o quiere, salir de esto, tanto psicólogos como médicos u otros trabajadores de la salud, pero no todos tienen la flexibilidad o el deseo de querer hacerlo" (S5); "...creo que **las nuevas generaciones tienen mucho para enseñar** a los que ya nos hemos recibido hace bastante, porque es como que nos hemos institucionalizado por así decir." (S6), "...te podría decir que lo malo que veo, es que veo psicólogos que están incorporando prácticas o cuestiones que no tienen que ver con la psicología y que prestan a confusión de cual es el rol del psicólogo" [...] "y que no son las funciones del psicólogo y las cuales desvirtúan a todos los otros."(S7). "...creo que salimos preparados de la facultad, pero también implica un plus personal de cada uno para seguir formándose.."(S8), y por último, "**Los de mi generación, los más viejitos,** por así decir, creo que no estamos preparados. No por capacidad laboral o de conocimientos, pero muchos, como que tuvieron su consultorio y ya se quedaron ahí, han hechos cursos, talleres pero sobre técnicas ponele o formas clínicas, pero **no se han capacitado sobre temáticas actuales pocos son los que han trabajado en ampliar sus herramientas**" [...] "**Pero las generaciones nuevas,** por así decir, tienen **una mente más amplia,** ya saben que son varios los ámbitos de actuación del psicólogo, y que las tareas y técnicas son amplias. Por lo tanto **creo que ellos están mejor para afrontar esta nueva etapa...**"(S9).

Es así que, los entrevistados aseguran que los psicólogos están en condiciones de afrontar el nuevo paradigma; pero depende de la ética y la responsabilidad de cada uno en poder hacer lo mejor por las personas en el ámbito de la salud, y en especial en salud mental, como el campo de acción del psicólogo, tanto en el medio privado como el público.

Hasta el momento se han analizado dos ejes. Primero en relación al grado de información que poseen los Licenciados en Psicología sobre la Ley de Salud Mental y sus implicancias en el ejercicio profesional; en segunda instancia el rol profesional en el nuevo paradigma.

Cabe destacar nuevamente, que si bien los psicólogos han tenido contacto con la Ley Nacional de Salud Mental, al momento de la investigación no hay efectuado un análisis crítico de la misma, y si bien realizan prácticas adecuadas, la misma no es atribuida a la implementación de la ley sino a los encargados o coordinadores de áreas, lo cuál nos indica que solo estarían actuando según lo propuesto por la ley, por directrices de los mismos, y no por una elección propia, por así decir. Incluso una vez terminada la entrevista formal, algunos psicólogos manifestaban “*que poco sé de la Ley*”, como así también preguntaban a la investigadora, sobre otros psicólogos o entrevistas realizadas, para contemplar si la situación en la que se encontraban frente a la temática era la misma que otros profesionales.

**Eje III: Facilitadores y obstáculos para la aplicación de la ley
26.657.**

Facilitadores para la aplicación de la ley.

Por último, en cuanto al tercer eje, se tratan los obstáculos y facilitadores para la aplicación de la Ley en el ámbito de Salud Pública, desde la consideración de cada profesional en su ámbito y experiencia laboral.

A saber acerca de los facilitadores para la implementación de la ley, indican:

*“..hay apertura por parte de los psicólogos y flexibilidad para el cambio”(S1) ...“el privilegio o el cambio de mirada, a una mirada positiva, sobre los psicólogos o hacia los trabajadores de la salud mental.” (S2) “...creo que de a pocos se van haciendo cosas, para mí la creación de los CIC y de los centros comunitarios en los barrios es uno de los mayores avances, ya que una de las intenciones es cerrar los monovalentes.” (S3) “... depende de cada equipo, de cada profesional y el campo en el que se desarrolle su gestión.” (S4) “Los espacios de formación en las prácticas” (S5) “...a mi consideración mientras los equipos y encargados, o agentes de salud cambien el paradigma, ahí se harán las diferencias, desde lo micro a lo macro.” (S6) “Hay mucha gente que venía trabajando desde esta perspectiva, todo psicólogo no veía a su **paciente** como número... **lo veía como sujeto**” (S7) “Creo que a nivel laboral, o sea de prácticas profesionales, se ha venido trabajando de esta manera, asique a mi consideración ese **es un gran facilitador***

*porque a veces a nivel de infraestructura o de institución se puede cambiar y se puede ofrecer lo mejor de lo mejor, pero si a nivel de mentalidad o de pensamiento no cambiamos es imposible dar lugar a los nuevos paradigmas.” (S8) “...las prácticas que realizamos creo, porque más allá de la ley, **se venía trabajando en interdisciplina**, por ahí lo humano, el recurso humano, **las ganas de los profesionales** para ayudar a los pacientes con sus recursos profesionales” (S9).*

De esta manera se puede observar que los que llevan más de 15 años de ejercicio profesional mencionan como el mayor facilitador, la modalidad de trabajo, la cual tiene muchos puntos en común con la que propone ley 26.657. En cambio los que hay ejercido su rol por menos de 8 años pueden mencionar la apertura por parte de los psicólogos y los coordinadores de equipo en el cual trabajan.

Obstáculos para la aplicación de la ley

Como obstáculos, los entrevistados hacen las siguientes referencias:

*“... **recursos humanos**, en cuanto a lo que es contratos, hay personas, pero no se abren los contratos, los lugares”[...]**que no se abra un espacio para otras profesionales** sino que siempre se les pide a los mismos y están en muchos lugares, y no pueden cumplir con sus responsabilidades en todo.” (S1) “...como esta la provincia y el país, sin **presupuesto**, no se puede hacer infraestructura, y tampoco se puede contratar al **personal** necesario.” (S2) **“La falta de presupuesto”**[...] **“...la falta de compromiso** de los agentes de salud para cambiar el enfoque o paradigma de sus practicas” (S3) “... políticas públicas de*

salud”[...] “...en lo que es cuestiones culturales, sociales económicas especialmente, no hay plata” (S4) “La actitud de los psicólogos para conocerla, la responsabilidad por hacernos cargo de lo que nos corresponde.” (S5)...“**el trato entre colegas y entre otros equipos de salud**”[...] “...el modo de tratarnos, si pensamos que uno es mejor porque lleva más años de profesión u ocupa tal puesto, porque también eso se contrapone, hay incoherencias con la salud mental.”[...]“...también se hace desde la facultad, **poder revisar si cuales son las prácticas que se hacen mal**, ya que muchas veces se ve que las prácticas que realizamos van contra la ley; por ejemplo pensar hacer un “caso” en una escuela, hacer 300 técnicas, dejar en la escuela un informe que solo le corresponde al niño o a la familia. Esas cosas que ha que revisar, al igual que uno que elije una práctica porque es fácil o porque solo hago un caso y listo.” (S6) “Todavía no esta armado todo el equipo, el lugar físico, **los circuitos de derivación** para realizar lo que propone la ley eso hace que la ley pierda su sentido original y se transforme en una **burocracia** más.” (S7) “...lo que **hace falta son políticas publicas o presupuesto para llevar a cabo esto**” (S8) “...el **cambio de paradigma y en la mentalidad de los profesionales para permitir el cambio.**” (S9)

La falta de presupuestos y de políticas públicas sobre salud mental, es lo que prima en el discursos de los entrevistados; ya que sin estos no se puede realizar los cambios propuestos por la ley; sin presupuesto no se puede cumplir con los cambios de infraestructura, con la contratación del personal necesario, para llevar a cabo las medidas propuestas. Al mismo tiempo se menciona la falta de compromiso de algunos psicólogos por conocer la nueva reglamentación o los nuevos enfoques de salud mental, el trato negativo entre colegas y entre otros equipos de salud, como así también la adquisición de prácticas que no corresponden al rol del psicólogo, que también colaboran a que la ley pierda su sentido original y se transforme en una burocracia más.

Resulta vital y necesario, generar un gran colectivo social que fundamentalmente incluya a la comunidad, las personas asistidas y sus

familiares; los trabajadores y profesionales de la salud, las organizaciones estudiantiles universitarias, científicas, sociales y culturales, para generar un sistema de salud, y de salud mental, que permita que la creación de una psicología que se base en la valoración de la construcción y la transformación crítica, a través de una relación dialógica y participativa entre los psicólogos y la comunidad, el sujeto, las instituciones focalizando el interés en la aplicación de los avances de la ciencia al servicio del cambio social y de a mejoría de la calidad de vida. De esta manera la Ley de Salud Mental N° 26.657 encontrará un marco apropiado para avanzar en un efectivo proceso de implementación de políticas que hagan posible revertir la inequidad y promover un mayor bienestar para las personas con padecimiento mental.

Por esta razón, *los profesionales* entrevistados como lineamientos para la trasmisión de la Ley Nacional N° 26.657 y lo que en ella se propone, *sugieren*:

- Abrir espacios dentro de las instituciones (reuniones de equipos o formaciones para los profesionales) o fuera de la institución de trabajo (facultades y colegio de psicólogos) que permitan acercar a los agentes de la salud mental los principales cambios introducidos por la Legislación Nacional sobre las prácticas cotidianas.
- Poder realizar proyectos en base a lo que propone la ley. Teniendo en cuenta la institución en la que se trabaja como así también, el enfoque con el cual se trabaja o sobre las prácticas que se realizan.
- Todos los psicólogos, como así también los profesionales de la salud mental o las instituciones, cuenten con un ejemplar de la Ley Nacional.
- Trabajar desde una mirada integral, tanto lo que implica al paciente como lo que implica al profesional.

- Dictado de conferencias, aunque sea 2 por año, abierto a todos los profesionales de la salud y especialmente a los de salud mental para poder trabajar e implementar la Ley a las prácticas profesionales.

CONCLUSIONES

La presente investigación es el producto de un largo proceso de trabajo, en el cual se revisaron y fueron tenidos en cuenta documentos e investigaciones sobre la Ley nº 26.657 y el rol profesional de los psicólogos, como así también los aportes de todos los profesionales entrevistados en reconocimiento de su trayectoria y experiencias.

Pensando en el proceso de reforma del campo de la salud mental, que va desde el modelo médico-hegemónico al modelo comunitario y de derechos humanos; con la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental, nuestro país comenzó a transitar un nuevo camino. Esta ley introdujo actualizaciones que implican un avance en la perspectiva de la salud mental, donde el desafío más importante que se presentó es revisar los paradigmas junto a las nuevas conceptualizaciones, y a partir de esto las prácticas de los profesionales o actores implicados, para devolver la salud mental al seno de la sociedad.

Es así que el objetivo de la presente tesina fue poder examinar el rol profesional del psicólogo en el marco de la nueva ley. Investigando, el grado de información que poseen los mismos sobre la Ley de Salud Mental; como así también, visualizar obstáculos y facilitadores para la aplicación de la misma en el ámbito de Salud Pública.

Los datos obtenidos a través de esta investigación, han demostrado que los participantes, poseen información sobre la Ley de Salud Mental. De ahí que reconocen que la ley es un gran avance, en materia legislativa y una herramienta para la construcción de un nuevo paradigma a lo que refiere a la salud mental.

Además, se observó que los psicólogos piensan la salud mental de manera integral, considerándola desde su aspecto social y desde la importancia de los derechos del paciente, permitiendo entender a los mismos como sujetos de derecho. Es así que, se describieron algunas formas de abordaje en este campo, que implican planteos comunitarios, abordajes que integran e involucran a familiares y a otros actores significativos para quién se encuentre atravesando un padecimiento mental; marcando que este tipo de intervención, implica un dominio de herramientas para el trabajo interdisciplinario.

Ante esto, se contempló que los profesionales conocen la nueva normativa pero no han elaborado un análisis profundo sobre la misma; si bien se hicieron mención de algunos de los aspectos que la integra, los mismos no reflejan el espíritu de la Ley N°26.657; ya que si bien se enuncia el mayor objetivo de la ley que es asegurar *“el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental”* (Ley 26.657, art. 1); con respecto a las modalidades de trabajo como son la interdisciplina, la intersectorialidad, el consentimiento informado y la inclusión social, se pudo observar que no son mencionadas en su totalidad por los profesionales.

Otro avance que no es mencionado por los psicólogos, es que la ley incluye la problemática de las adicciones, dentro del ámbito de la salud, la cual anteriormente era tratada desde lo judicial. Así mismo, solo es mencionado por una minoría, lo concerniente a que la ley, es una ley antimanicomial.

Con respecto al rol del profesional, se hace hincapié en la importancia de la formación del profesional para lograr una capacitación y evaluación de técnicos y/o profesionales vinculados al campo de la salud mental desde una perspectiva interdisciplinaria y con eje en la atención primaria en problemáticas psicosociales emergentes, emergencias y catástrofes, infancia, tercera edad, entre otros. Es decir, capacitación y evaluación de los agentes que intervendrán en una variada gama de prestaciones comprendidas en el sistema de servicios de salud. De este modo, se reconoce que el psicólogo tiene un compromiso más social, teniendo en cuenta los derechos del paciente, y de trabajar interdisciplinariamente, tanto en ámbitos públicos como privados. Es así, que también se necesita una formación en cuanto a aspectos valorativos, aptitudinales y al desarrollo de habilidades profesionales necesarias para llevar adelante este nuevo tipo de intervenciones que garanticen un abordaje de la salud mental que contemple su complejidad, sus múltiples dimensiones y tenga en cuenta sus componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos, y psicológicos.

Para lograr estos cambios, será necesario poner énfasis en construir, el perfil de un profesional activo y comprometido con respecto a la restitución de derechos, realizando las intervenciones desde un enfoque socio-bio-psicológico y humanizador que restituya al sujeto en su condición de tal como ser integral.

Del mismo modo, los entrevistados aseguran que los psicólogos están en condiciones de afrontar el nuevo paradigma; además mencionan que en sus prácticas actuales sus aportes profesionales son tenidos en cuenta, y poseen igualdad de condiciones en relación a otros profesionales de la salud, dentro del área en el cual trabajan. Igualmente aseguran que esto depende de la ética y la responsabilidad de cada uno en poder hacer lo mejor por las personas en el ámbito de la salud, y en especial en salud mental, como el campo de acción del psicólogo.

Es a partir de la reflexión constante sobre el rol del psicólogo, como así también de otros profesionales de la salud, el conocimiento de las normativas que lo involucran, las instituciones y los ámbitos en los que se puede desempeñar que se pueden ir identificando algunos facilitadores y obstáculos para la implementación de la Ley de Salud Mental.

Por un lado, por parte de los participantes con mayor antigüedad profesional sostienen como mayor facilitador, la modalidad de trabajo con la que están trabajando actualmente, la cual tiene muchos puntos en común con la que propone ley. En cambio los profesionales con menos años de ejercicio profesional pueden mencionar la apertura por parte de los psicólogos y coordinadores de equipo en el cual trabajan, en cuanto al cambio de paradigmas, y las metodologías de trabajo que implican.

En relación a los obstáculos, los entrevistados mencionan la falta de presupuestos y de políticas públicas sobre salud mental, la falta de compromiso de algunos psicólogos por conocer la nueva reglamentación o los nuevos enfoques de salud mental, el trato negativo entre colegas y entre otros equipos de salud. También se contempla como obstáculo la adquisición de prácticas que no corresponden al rol del psicólogo.

La definición de salud mental que plantea la Ley es central, ya que en ella se encuentran unificados los principios fundamentales de la normativa, a saber, la participación de la comunidad, la concreción de los derechos humanos y sociales de todas las personas y la necesidad de una intervención interdisciplinaria e intersectorial en el campo de la salud mental.

Ante esto, es oportuno citar lo que José Antonio Rodríguez (2014) menciona:

El paradigma de los derechos humanos nos ofrece, sobre todo, un cierto modo de entender la sociedad y la relación con los otros. Requiere un cierto compromiso ciudadano por parte de los profesionales y una forma de concebir lo que la relación con los otros debe ser. Esto es, evitar en todo caso que el otro, cualquier sea su situación, condiciones y circunstancias, devenga objeto, en el sentido desubjetivante del término: cosas desvitalizada a merced de cualquiera de las formas que el poder adquiere y utiliza. En este sentido, pensar la propia intervención en términos de derechos humanos involucra un compromiso ético. (párr. 1.)

Esta mirada permite repensar todas las prácticas, abriendo al diálogo a todos los actores involucrados en el campo de la Salud Mental. Pensar así, implica darle a la sociedad, a las comunidades y a los profesionales herramientas, recursos para que puedan enfrentar el problema de los padecimientos mentales.

La realización de esta investigación brindó un aporte importante, para conocer cuál es el rol que debe sostener el Licenciado en Psicología frente al nuevo paradigma de salud mental que esta en vigencia. Además, aporta información de la temática y permite deducir las intervenciones de los profesionales y jerarquizarlas para llevarlas a la acción, a fin de lograr un buen desempeño en las tareas propias de un agente de la salud mental, pudiendo revisar los paradigmas y las conceptualizaciones universales, acerca de la salud mental y de los factores que en ella se implican.

Sabemos que la promulgación de la ley fue el inicio de un camino, y aun se deben sortear varios obstáculos, tanto culturales, ideológicos y otros académicos y formativos; pero se espera que el presente trabajo de investigación realizado puedan contribuir un aporte, una herramienta para reflexionar acerca de la formación de grado y posgrado actual, como así también sobre las prácticas del Psicólogo con el objetivo de lograr nuevos modos de comprender y organizar los cuidados de las personas que tienen diferentes padecimientos mentales, como así también valorizar el rol profesional implicado dentro de la dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona, involucrada en el ámbito de la salud, y en especial en el ámbito de la salud mental.

Por esta razón, los profesionales entrevistados como lineamientos para la trasmisión de la Ley nº 26.657 y lo que en ella se propone, sugieren abrir espacios dentro de las instituciones (reuniones de equipos o formaciones para los profesionales) o fuera de la institución de trabajo (facultades y colegio de psicólogos), que permitan acercar a los agentes de la salud mental los principales cambios introducidos por la Legislación Nacional sobre las prácticas cotidianas. Otra sugerencia, es poder realizar proyectos en base a lo que propone la ley; teniendo en cuenta la institución en la que se trabaje. También se hace mención a que todos los profesionales de la salud mental o las instituciones, cuenten con un ejemplar de la Ley Nacional.

Por último, se propone realizar un estudio sobre el conocimiento de la ley y las prácticas profesionales en el ámbito de la Salud Privada; como así también se propone investigar en profundidad cómo se desarrollan las prácticas profesionales de los psicólogos dentro de las instituciones. Asimismo, se podría desarrollar una investigación, concerniente a la manera en la que se introduce, lo que la nueva Ley de Salud Mental propone dentro de la formación de grado y posgrado de los profesionales de la Salud Mental.

REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

Angelini, S. (2014). Políticas argentinas de salud mental: avances, problemáticas y desafíos en la sustitución de lógicas manicomiales y custodiales. En *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.

Bardin, L. (1991). *Análisis de contenido*. Lugar: Madrid. Ediciones Akal.

Bareiro, J. (2014). Usuarios de salud mental y DDHH: perspectivas filosóficas en relación a la dignidad. In *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.

Barrenechea, C. R., Obermann, M. F., y Tallarico, M. E. (2009). Del incapaz al sujeto de derecho. En *Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVIII Jornadas de Investigación. Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Buenos Aires: Facultad de Psicología-UBA.

- Bogetti, C., y Hermosilla, A. M. (2013). Formación ético-deontológica en investigación en psicología: el caso de la carrera de psicología de la UNMDP. *Anuario de Proyectos e Informes de Becarios de Investigación*.
- Calabresi, C., y Polanco, F. (2011). La Psicología y su enseñanza en Argentina: Entrevista con Hugo Klappenbach. *Universitas Psychologica*, 2, 613-626.
- Calatayud, F. M. (2012). Psicología de la salud: realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 98-104. Recuperado de <http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/view/94>.
- Calatayud, M., Calatayud, F. M., Abbate, F. E., Álvarez, A., Ayarra, M., Montaldo Riera, F., y Musacchio de Zan, A. (agosto, 2009). Introducción a la psicología de la salud, *Revista de Universidad Católica de Córdoba*, 159, 9-61.
- Capellá, A. (octubre, 2001). Modelos y paradigmas en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 80, 1-3.

Cataldo, R., y Hermostilla, A. M. (2013). Ley de salud mental 26.657 y formación de psicólogos en la UNMDP. En *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología: Universidad de Buenos Aires.

CELS (2007). Los derechos humanos y la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires. Una transformación necesaria. [versión electrónica] *Informe anual 2007*, 331-347. Recuperado de www.cels.org.ar/common/documentos/informe_anual_2007.pdf

Chiarvetti, S. (2008). La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente [versión electrónica]. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 2, (17), 173-182.

Cohen, H. y Natella, G.: *Trabajar en Salud Mental. La Desmanicomialización en Río Negro*. Lugar Editorial. Bs. As., 1995.

D' Agostino, A. M. (noviembre, 2015). Salud Mental ¿un contenido presente en la formación de grado? Un estudio en la facultad de psicología. *Perspectivas en Psicología*, 12, 15-25.

D'agostino, A. M. E. (2012). Políticas Públicas. La formación del Psicólogo en la UNLP. Ponencia presentada en el IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. "Desarrollo Humano. Problemáticas de la Subjetividad y Salud Mental. Desafíos de la Psicología Contemporánea". *Psicología Social Política y Comunitaria*, (1).

De Andrea, N. G. (2009). Aspectos claves de la historia de la psicología en Argentina desde el siglo XIX hasta el siglo XX. *Revista electrónica de psicología política*, 7(21), 51-59.

De Giorgi, G., y Ferrerya, Y. (2005). *La ética y la deontología en el ejercicio profesional del psicólogo*. Buenos aires: Manual ciclo de nivelación.

De Lellis, M. (2014). *Ética y políticas públicas en salud mental*. Recuperado de www.psico.unlp.edu.ar/sites/.../politicas_argentinas_de_salud_mental.doc

De Lellis, M. (junio, 2011). A propósito de la ley nacional de salud mental: nuevos escenarios y desafíos para la formación de psicólogos. *Revista Diálogos*, 2(2), 7-24. Recuperado de www.psico.unlp.edu.ar/sites/.../politicas_argentinas_de_salud_mental.doc

De Lellis, M., Interlandi, C., y Martino, S. (2014). *Introducción a la salud pública como campo del conocimiento y escenario para la acción*. Buenos Aires: SIDALC

De Lellis, M., Pomares, L. y Da Silva, N. (2015). *Políticas públicas de salud mental: enfoques, estrategias y experiencias con base en la comunidad*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.

Martínez, M. B. & Vannini, I. (diciembre, 2015). Una ruta hacia un sistema de aseguramiento de la calidad en Educación Superior: la experiencia del proyecto TRALL. *Journal of Educational, Cultural and Psychological Studies*, 12, 77-98. Recuperado de <http://www.aacademia.org>

Fenoglio, H. (2014). *Avances y límites de la Ley Nacional de Salud Mental*. Buenos Aires.

Fe.P.R.A. (2011). *Declaración de la Asamblea Extraordinaria*. Obtenido el 13 de marzo de 2013. Recuperado de http://www.fepra.org.ar/images/otrosdocs/declaracion_asamblea_extraordinaria_apoyo_ley_sm.pdf

- Fe.P.R.A. (2012). *XVIII Jornadas Nacional de Ejercicio Profesional Los roles y funciones dentro del Equipo de Salud, en el Marco de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657*. Recuperado de: <http://www.psicosanjuan.com.ar/z/index.php/fepra>
- Ferro, Rubén O., *Salud Mental y Poder*. Tesis de Maestría en Salud Pública. Esc. de Salud Pública. Universidad Nacional de Córdoba, 2004.
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica II*. (J. Utrilla, Trad.) México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica I*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E., y Kraut, A. J. (2006). *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- García M., Martín E., Torba, A. y Rodríguez, C. (2010). La valoración social de la Ley de Responsabilidad Penal de los Menores. *Psicothema*, 22, 865-871.
- Gorbacz, L. (2012). Leyes provinciales y Ley Nacional. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 2, 140-146. doi: 10.5872/psiencia/4.2.41.1

- Gorbacz, L. (2012). *Conferencia sobre la Nueva Ley de Salud Mental y los Derechos Humanos*. San Rafael: Mendoza.
- Gorbacz, L. (2013). Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental. *Estrategias- Psicoanálisis y Salud Mental*.
- Hermosilla, A. M., y Cataldo, R. (2013). Ley de Salud Mental 26.657. Antecedentes y perspectivas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2). Recuperado de www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/viewFile/97/138
- Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. (4ta ed.). México: McGraw-Hill Interamericana. Argentina.
- Klappenbach, H. (2005). Historia de la orientación profesional en Argentina. *Orientación y sociedad*, 5, 37-48.

Lauriti, S., y Villamayor, C. (2014). Ley de salud mental 26657: consecuencias de su implementación en la concepción teórica, abordaje y tratamiento de las adicciones. En *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. Recuperado de <http://www.aacademia.org>

León O. G., y Montero I. (2003) *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. (3ª ed.). Madrid: McGraw-Hill.

Ley N° 26.529 Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 20 de septiembre de 2009.

Ley N° 22.431 Sistema de Protección Integral para los Discapacitados. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 16 de marzo de 1981.

Ley N° 26.061 Ley de Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 26 de octubre de 2005.

Ley N° 26.378 Nacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Boletín Oficial de la República Argentina. Buenos Aires, 09 de junio de 2008.

Ley N° 26.657 Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, 29 de mayo de 2013.

Ley N° 26.994 Código Civil y Comercial de la Nación. Boletín Oficial, Buenos Aires, 10 de octubre de 2014.

Massa, M. (2013). Comunicación Responsable: Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en los medios. Lugar: Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación.

Ministerio de Salud (2012). *Desde el marco conceptual de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planes/101-salud-mental>

Montero, M. (1999). La comunidad como objetivo y sujeto de la acción social. En Martín, G. (Ed.), *Psicología Comunitaria. Fundamentos y aplicaciones*. (pp. 211-222). Madrid: Síntesis.

Organización de las Naciones Unidas. (1991). La protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental [versión electrónica].

Resolución 46/119 de la Asamblea General de las Naciones Unidas. 9, pp. 188-192. Documentos Oficiales de la Asamblea General.

Organización de las Naciones Unidas: *Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Doc. A/46/49. Ginebra, 1991.*

Organización Mundial de la Salud: *Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. OMS. Ginebra, 2005.*

Organización Mundial de la Salud: *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos y nuevas esperanzas. OMS. Ginebra, 2001.*

Organización Panamericana de la Salud. (1990). Declaración de Caracas [versión electrónica]. *Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas: OPS-OMS.*

Ottaviano, L. (2011). La institución psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la salud mental. *Revista Electrónica de Psicología, 44-53.*

Páramo, M. A. (2012). Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.

Pesino, C., Zorraquin, P., y María, E. (2013). Competencias e incumbencias de los psicólogos a lo largo de la formación académica y del ejercicio profesional. En *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología: Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aacademia.org>

Rodríguez Biglieri, R. (2012). Comentarios sobre leyes provinciales y Ley Nacional. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 2, 146-148. doi: 10.5872/psiencia/4.2.41.2

Rodríguez Gómez, G.; Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Madrid: Ed. Aljibe.

Rodríguez, J. A. (2014). Incidencia de los instrumentos de derechos humanos en la práctica profesional del psicólogo. En *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología: Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aacademia.org>

Rodríguez, N., López, N., Torres, J., Chabat, C., Rochetti, N., Andreoni, L. y Zunino, R. (2014). Implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones y el enfoque de derechos humanos en los efectores de atención de salud mental de dependencia provincial. In *IX Jornadas de investigación, docencia, extensión y ejercicio profesional: "Transformaciones sociales, políticas públicas y conflictos emergentes en la sociedad argentina contemporánea (La Plata, octubre 2014)*.

Saforcada, E. (1999). *Psicología sanitaria: análisis crítico de los sistemas de atención de la salud*. Paidós.

- Saforcada, E. y Sierra, G. (2011). Psicología y vigilancia epidemiológica. En *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología: Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.aacademia.org>
- Saforcada, E., De Lellis, M. D., y Mozobancyk, S. (2010). Psicología y salud pública: nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano. In *Tramas Sociales* (Vol. 59). Paidós.
- Stolkiner, A. (2008). Sobre el artículo: Hacia la Construcción de una Política en Salud Mental [versión electrónica]. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 2,(17), 167-171.
- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. *Capítulo de libro en prensa. Hugo Lerner (comp). Colección FUNDEP. Buenos Aires. Psicolibro.*
- Stolkiner, A., y Ardila, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex*, 28, 57-67.

Tisera, A., Lohigorry, J. I., Lenta, M. M., Leale, H. C., Joskowicz, A., y Pekarek, A. (2013). Obstáculos en la exigibilidad y justiciabilidad de derechos en salud mental. En *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología: Universidad de Buenos Aires.

Tosi, A., Díaz, P., Garcete, E., Giovanello Díaz, A., Marini, M., Suárez, S., y Crudelli, B. (2015). La ley Nacional de Salud Mental: Avances y dificultades en su implementación en Hospitales Generales del Gran Rosario.

Tosi, L., González, S. G., y Orellano, C. M. (2014). Un análisis desde la perspectiva de la psicología política de la nueva ley de salud mental n° 26.657. En *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. Recuperado de <http://www.aacademia.org>

Urios, R., Bahamonde, M., Marchioli, F., y Morón, M. (2013). Rol de los profesionales y los efectos de salud mental desde el marco de la nueva Ley Nacional de Salud Mental y su reglamentación. En *IV Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata*. Facultad de Psicología: Universidad de La Plata.

Videla, M. V., y Videla, M. D. (2009). *Prevención: Intervención Psicológica en salud comunitaria*. Buenos aires: Ediciones Cinco.

Zaldúa, G., Bottinelli, M., Tisera, A., Sopransi, M. B., Lenta, M. M., y Freire, M. (2011). Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental. En *IX Jornadas nacionales de debate interdisciplinario en salud y población*. Instituto Gino Germani.

Zamorano, S. (2014). La Ley de Salud Mental: desafío para la clínica de las adicciones. *Estrategias- Psicoanálisis y salud mental*, 2, 43-45.

ANEXOS

Anexo I

Formato de entrevista

¿Ha tomado contacto con la nueva LSM? ¿De qué manera?

¿Conoce cuáles son las normativas, leyes que están ligadas a la nueva Ley?

La ley propone una nueva definición de SM, ¿la conoce?

¿Qué opina de ella?

La LSM plantea nuevos paradigmas, enfoques de SM ¿ha podido revisar cuáles son?

¿Conoce la metodología de trabajo que propone la LSM para los agentes de SM? ¿Qué opina al respecto?

¿Cómo cree que se debería transmitir lo que propone la Ley?

¿En qué año se recibió? ¿Cuándo comenzó a trabajar como profesional?

¿Qué prácticas profesionales eran más requeridas cuando se recibió? ¿Cómo trabajaban los psicólogos en ese momento?

Actualmente en la institución en la cual trabaja, ¿cómo trabajan los psicólogos? ¿Qué lugar se les da? ¿Cómo es la relación con el equipo?

Desde que se recibió hasta hoy, ¿cuáles han sido las prácticas que se han modificado, agregados al psicólogo?

¿Las asocia con la nueva LSM?

¿Cuáles son los derechos y obligaciones que tiene el psicólogo hoy?

¿Cómo están los psicólogos para afrontar este nuevo rol?

¿Qué recomendaciones les daría a los futuros psicólogos?

A su consideración, ¿cuáles son los facilitadores para llevar a cabo la nueva ley de salud mental? En relación al rol del psicólogo y con respecto a los demás agentes de salud.

¿Qué cosas tendrían que cambiar o ser distintas para llevar a cabo la Ley?

¿Algo más que quiera agregar que considere que sea importante y no hemos desarrollado en la entrevista?