



PsicoResúmenes

www.psicoresumen.es

Resumen de De Lellis, M. (2015).
Un nuevo paradigma en salud
mental: ejes de la transformación.

En la web encontrarás:



Bibliografía



Evaluaciones



Resumen



Tutorías

Accede a:

- **Clases particulares de varias materias.**
- **Un tutor para ayudarte a planificar tus semestres.**
- **Un tutor que te corrija tus trabajos de facultad.**



@PsicoResúmenes



@Psico.Resúmenes



De Lellis, M. (2015). Un nuevo paradigma en salud mental: ejes de la transformación. En: De Lellis (2015) Perspectivas en salud pública y salud mental. CABA: Nuevos Tiempos.

Durante el proceso de emancipación creciente de los individuos y racionalización de la vida social que tuvo lugar en el periodo de la Ilustración en Occidente (siglos XVIII a XIX) fue tomando relieve una forma distinta de abordar y tratar lo que hoy se denomina como padecimiento mental.

Se abandonaron gradualmente las creencias propias de un mundo sacralizado, el ethos racionalizador de la modernidad y la burocratización de la asistencia llevaron a que la enfermedad mental sea tratada en espacios confinados: los asilos. Allí se fueron cimentando las bases institucionales para la constitución de la psiquiatría como rama de la medicina, pero también, dichas bases fueron sostenidas en un conjunto de prácticas de segregación.

Este proceso, que se manifestó en la emergencia y constitución de instituciones asilares, reconocía por entonces diversas fuentes de legitimación técnica y científica:

- a. El ideario cientificista tuvo sus epígonos más importantes en referentes de la criminología positivista, la apropiación de estas teorías promovió la criminalización del loco y la frecuente rotulación del delincuente como degenerado. Esta perspectiva tendrá una influencia decisiva en la conformación del espacio asilar y en la alianza funcional del médico, los agentes de la justicia y de la administración pública como instancias de control social.
- b. Los principios ampliamente extendidos del tratamiento moral, iniciados en los trabajos de Pinel y Esquirol, entre otros, quienes alentaron el enfoque humanitario para el tratamiento de los enfermos mentales. Desde estos presupuestos, la ética del trabajo y el disciplinamiento social se acoplará a las concepciones médicas en torno a las ventajas de la rehabilitación por la educación o el aprendizaje de oficios.
- c. La concepción de la Colonia-Asilo se fundamentó en una imagen ideal de sociedad homogénea y orgánica basada en un conjunto de valores virtuosos que se asociaban naturalmente al aislamiento rural en contraste con el complejo contexto de las ciudades. Por entonces subsistía la creencia de que al situar la institución asilar en un medio rural que permite al paciente realizar labores manuales que no demandaban excesiva tensión intelectual, se evitaba perpetuar las condiciones que, propias del mundo civilizado, eran fuente de trastornos mentales.
- d. Durante este proceso la psiquiatría como rama naciente de la medicina adquirió hegemonía y legitimidad para definir y operar sobre la subjetividad en base al establecimiento de criterios normativos acerca de lo patológico, y para determinar consiguientemente quien era enfermo mental. Pero su enfoque estuvo fundado en criterios reduccionistas, procurando hallar el correlato orgánico de las denominadas patologías mentales sin tomar en consideración que gran parte de los malestares o dolencias no podían localizarse somáticamente y que debía introducirse en toda caracterización diagnóstica las circunstancias y/o procesos vitales que obraban en su determinación.

Paradigmas en salud mental: la noción de paradigma fue originalmente formulada por Thomas Khun quien plantea que un paradigma es definido como “las realizaciones que

alguna comunidad científica particular reconoce, durante cierto tiempo, como fundamento para su práctica profesional". Dichos paradigmas eventualmente se encuentran con anomalías que no pueden ser resueltas a partir de sus fundamentos lo cual genera una crisis y esto promueve el surgimiento de otros paradigmas, que entraran en conflicto con el paradigma original durante cierto tiempo para que, eventualmente, el viejo paradigma se deje de lado y el nuevo paradigma lo sustituya. En síntesis, lo que plantea es que los descubrimientos científicos revolucionarios no se van incorporando paulatinamente e incrementalmente al corpus científico preexistente, sino que se efectúan mediante rupturas, y el proceso de sustitución de un paradigma por otro implicará una transformación no solo de los supuestos fundantes del conocimiento sino también de las pautas de socialización académicas propias del contexto en el cual la comunidad científica legitima su labor.

Si bien Kuhn introduce un grado de conflicto en el devenir de la ciencia al plantear el progreso del conocimiento mediante saltos y/o rupturas, su planteo es criticado por Bourdieu, ya que el concepto de comunidad científica resulta insuficiente para describir la hegemonía alcanzada por un paradigma sobre cualquier otro, pues no incluye en su modelo de análisis:

- a. las formas específicas de interés encarnadas por los actores intervinientes
- b. las tensiones económicas, políticas y simbólicas que se asocian a tales conflictos de interés
- c. el análisis de las determinaciones sociales externas que explican dichas transformaciones

En este sentido Bourdieu plantea que el universo de la ciencia es un campo social como cualquier otro, con sus relaciones de fuerza y sus monopolios, sus luchas y sus estrategias, sus intereses y sus beneficios, pero donde todos estos invariantes revisten formas específicas. En un campo concurren distintos actores sociales, que movilizan muy distinto tipo de capital (económico, simbólico, espiritual, científico), se hallan en su interior sostenidas por distintas racionalidades e intentarán (con mayor o menor suerte) la persecución de sus intereses movilizándolo sus recursos y, de ser posible, imponiendo una cierta hegemonía en la toma de decisiones.

Por ello, cuando nos acercamos al campo de la salud mental incorporando la perspectiva bourdiana debemos hacer énfasis en los siguientes puntos:

- Por un lado, existe un conjunto de actores que convergen en un área social en la cual se trabaja sobre aspectos de concernimiento común (específicamente, la salud mental).
- En segundo término, cada uno de estos actores detenta distinto tipo de recursos y los moviliza para obtener resultados o logros que poseen valor en este específico campo de relaciones.
- Por último, las formas de capital que detentan y movilizan son de muy distinto orden, y tienen un valor o eficacia distintos de acuerdo a las características de las configuraciones específicas que en dicho campo se plantean.

En efecto, dado el contexto de divergencia de interés y poder compartido que caracteriza un campo problematizado como la salud mental lo que sobresale es el grado de tensión o conflicto entre los actores intervinientes.

De allí que el cuestionamiento que el paradigma integral formula respecto del asistencialista-tutelar se halle a menudo atravesado por tensiones y disputas, puesto que se ponen de manifiesto posiciones antagónicas respecto de cómo son concebidos los derechos de las personas y sus efectivas oportunidades de inclusión social, entre organizaciones que bregan por la protección y defensa de los derechos de los pacientes y corporaciones que sostienen el mantenimiento del statu quo y, por lo tanto, plantean cerradas resistencias a cualquier intento de transformación.

En tal sentido, cuando se trata de decidir acerca de cómo asignar los medios para poner en práctica transformaciones es común atravesar disputas en la arena política en donde se manifiestan tensiones entre los actores tradicionalmente excluidos de la toma de decisiones (organizaciones comunitarias de base territorial, las asociaciones para la defensa y protección de los DDHH, etc), y resistencias de parte de aquellos actores que, detentando tradicionalmente un mayor poder de decisión, no aceptarán ceder sus posiciones de privilegio.

Ejes de la transformación

Los aspectos que han resultado más salientes en la crítica planteada al modelo asistencialista-tutelar por haber generado una respuesta altamente ineficaz a los problemas de salud mental son los siguientes:

- a) Una concepción que destaca la carencia, incapacidad y peligrosidad del sujeto con padecimiento mental
- b) Las internaciones indebidas como restricción ilegítima de la libertad y el problema de la institucionalización
- c) La respuesta segregativa en instituciones totales y la desarticulación de las redes socio-familiares e institucionales
- d) Una ética de la beneficencia, fundada en la relación paternalista y asimétrica entre curadores y pacientes
- e) La hegemonía que ha mantenido la psiquiatría como rama especializada de la medicina, lo cual condujo a la fragmentación del campo e imposibilitó lograr mayores avances en la integración disciplinaria

Por otro lado, los aspectos que contribuyen a pensar el cambio del modelo tutelar a un modelo integral tendiente a la inclusión social son:

- a) Centrado en las capacidades y oportunidades de la inclusión social del sujeto con padecimiento mental
- b) Adopción de criterios y medidas para el control de las internaciones
- c) Desinstitucionalización y articulación en redes de servicios
- d) Respeto a los principios de la ética y garantía de derechos
- e) Interdisciplina y horizontalidad de las prácticas, con inclusión de recursos humanos no convencionales

Capacidades del sujeto con padecimiento mental: la concepción del sujeto como incapaz ha consolidado una idea centrada en la carencia, lo que a menudo ha permitido el arrasamiento de su historia, e impedido visualizar aquellos recursos personales, psicológicos y sociales que son altamente relevantes para pensar la superación de su menoscabo e incrementar las oportunidades de inclusión social.

Esta idea del enfermo mental como carente ha estado asociada a su vez con un modelo de sustitución de la voluntad que ha resultado la concepción dominante para actuar sobre quienes de acuerdo a la legislación eran declarados incapaces, y que ha fundamentado la adopción de medidas de tutela jurídica que, con los fines de la “protección”, ha terminado privando a las personas de oportunidades para el acceso a derechos en la esfera cívica, laboral y educativa.

Durante muchos años el modelo de atención hegemónico en la institución asilar estuvo centrada en un paradigma de control social que aislaba y confinaba a las personas con este padecimiento. La discapacidad mental grave fue concebida como in-rehabilitable. Aún hoy en día existen aspectos salientes en la conceptualización y tratamiento de la discapacidad de épocas muy antiguas:

- La conceptualización de capacidad/discapacidad como dicotómicas y absolutas
- La presunción de que la discapacidad es inherente a la condición del padeciente mental
- La descontextualización de los sujetos, no considerando los determinantes socio-históricos
- El carácter indefinido en el tiempo de la restricción de capacidad, ya que las sentencias no eran objeto de revisión periódica y se prolongaban de manera indefinida

Más adelante en el tiempo se fue configurando un enfoque alternativo denominado **modelo social de la discapacidad** que subraya la importancia del entorno para comprender las posibilidades de inclusión de la persona con discapacidad.

Este nuevo paradigma tiene en cuenta algunos aspectos planteados de la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad (CDPD), entre ellos:

- Que los Estados parte de las Naciones Unidas realicen acciones positivas que promuevan la adecuación del entorno y la supresión de barreras
- Concebir a la discapacidad como un concepto relativo que varía según el contexto social
- Establece la presunción de capacidad en todas las personas
- Destaca la relevancia de garantizar el acceso a derechos tales como vivir en forma independiente y a ser incluido en la comunidad, poder casarse, decidir libremente y de manera responsable el número de hijos a tener, libre acceso a la educación, información, etc
- Reconoce que las personas con discapacidad tienen capacidad Jurídica en igualdad de condiciones con los demás en todos los aspectos de la vida (ser propietarios, heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos, tener igualdad de condiciones a préstamos bancarios, etc)
- Respecto a las restricciones e interdicciones señala que se deben asegurar las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica que respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, que no haya conflicto de intereses ni influencia indebida, que sean proporcionales y adaptadas a las circunstancias de las personas, etc.

Debe destacarse por ser tan relevante el concepto que incorpora la CDPD: el sistema de apoyo para la toma de decisiones. Señala este que “los Estados parte adoptarán todas las

medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad el apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica”.

En síntesis, la incorporación del **modelo social de la discapacidad** representa un cambio trascendental, pues permite ir desterrando el modelo de sustitución de la voluntad asociado al concepto de incapacidad por el de complemento necesario para compensar las dificultades que en el transcurso de la vida se le plantean al sujeto que padece algún tipo de restricción a su capacidad.

Control de las internaciones: en términos generales, la internación ha sido legitimada durante mucho tiempo como un medio de asegurar la concentración, aislamiento y complejización de los recursos asistenciales que requería el tratamiento de pacientes.

Sin embargo, la internación en salud mental presenta características específicas respecto del resto de las internaciones asistenciales, ya que no requiere la disponibilidad de un equipamiento tecnológico altamente sofisticado y los problemas suelen cronificarse si no se interviene adecuadamente en su resolución.

La permanencia de la persona en regímenes custodiales produce un conjunto de síntomas de privación afectiva, sensorial y cognitiva que tendrá un impacto altamente negativo sobre su salud.

Las instituciones consolidaron durante siglos prácticas segregativas para el tratamiento del padecimiento mental, los cuales han reforzado procesos de estigmatización ampliamente difundidos en el colectivo social.

La internación halla su justificación en una intersección particular entre los discursos jurídico y psiquiátrico, alegando por un lado el estatus de peligrosidad del enfermo mental y por otro lado el discurso médico justificando la necesidad de la internación por el trastorno manifestado. En la gran mayoría de los casos, las instituciones sanitarias no garantizan las condiciones mínimas para asegurar el tratamiento necesario, además de que conspira contra las posibilidades mismas del tratamiento: hacinamiento, omisión de cuidados, violencia y anomia institucional.

El problema recién aparece a partir de cuestionamientos concurrentes que sacuden los principios de este modelo, tales como la violación de los derechos de las personas, el rol de los movimientos sociales a favor de una ampliación de los derechos de las personas con trastornos mentales, formulaciones teóricas de la antipsiquiatría, y sobre todo, las numerosas impugnaciones al anudamiento perverso de la justicia y las instituciones sanitarias para asegurar una atención digna y adecuada a los sufrientes mentales.

A partir de esto, la internación comienza a entrar bajo sospecha, ya que puede constituirse en una manifestación del desplazamiento de los fines de protección jurídica y atención sanitaria, y constituirse de hecho o potencialmente en privación ilegítima de la libertad. En este sentido pueden diferenciarse dos tipos de internaciones:

1. Internación voluntaria: consentida por el propio paciente y surge de una evaluación interdisciplinaria del equipo de salud
2. Internación involuntaria: decisión tomada por terceros, utilizada como recurso excepcional y tras la evaluación de un equipo interdisciplinario y con participación del órgano de revisión.

Algunos críticos como Thomas Szasz (1994) denominan las internaciones involuntarias como “las prácticas más aberrantes que han sido sostenidas y legitimadas por el discurso médico-psiquiátrico”. Esta crítica encuentra sus fundamentos en distintos puntos:

- El carácter indefinido en el tiempo de la internación
- El carácter indebido e indeterminado de la internación, en tanto no obedece a fundamentos sanitarios claros que permitan justificar el empleo de la práctica clínico-asistencial, ya que gran parte de las veces se utiliza más como “depósito de incurables” que como internación terapéutica genuina.

En tal sentido, el nuevo paradigma plantea aportes innovadores para proteger a los sujetos a través de un nuevo régimen de internaciones:

- a) Destaca la participación de las familias en el proceso de tratamiento y el aliento a actividades que comprenden el seguimiento de los pacientes institucionalizados, los procesos de revinculación, la posibilidad de una externación asistida al medio familiar o bien la participación institucionalizada de los usuarios y familiares en tareas de abogacía que impliquen la promoción y defensa de los derechos de este colectivo social.
- b) Inspirado en los principios de protección a los enfermos mentales, da prioridad al tratamiento ambulatorio y considera a la internación como “un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar y debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios.
- c) Establece que toda disposición de internación debe cumplir con los requisitos de consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda, y “que la persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación”.
- d) Al promover un enfoque de la salud mental como un problema complejo, pone de relieve las diversas dimensiones que deben hallarse comprendidas en el proceso de internación: bioética, de las prácticas procesales, de los tipos de responsabilidad o competencia político-institucional.
- e) Prevé la apertura de instancias institucionales (por ej: órganos de revisión) para el control del tratamiento de los sujetos, cuyo objetivo es fiscalizar el cumplimiento de las pautas procesales, los plazos y la justificación que el equipo interdisciplinario puede efectuar en torno al “riesgo cierto e inminente que el paciente puede expresar y que justifica la práctica de la internación.

Motivo de internación: del concepto de peligrosidad al concepto de riesgo: el concepto de peligrosidad asociado a la enfermedad mental se ha cimentado históricamente desde épocas muy antiguas, aunque alcanza su apogeo con el anudamiento del discurso psiquiátrico y jurídico en el modelo tutelar de atención a través de la legitimación teórica que aportó, entre otras corrientes, el positivismo criminológico.

Al ser la “peligrosidad” una categoría de orden moral que ha sido recuperada de manera más plena por el derecho penal y que conserva un alto grado de ambigüedad resulta necesario apartarla de su contexto médico-clínico-asistencial para situarla en el contexto de las normas sociales que establecen el carácter de desviado o desviante de la conducta adoptada por el sujeto.

Una de las cuestiones fundamentales es, entonces, analizar cómo se “fundan” ambos discursos (psiquiátrico y criminológico) en el concepto de peligrosidad:

- a. Desvío a la norma social. En tal sentido, a través de los aportes de la teoría de la desviación y de la rotulación social, es posible revisar por qué se adjudica a ciertas personas el carácter de desviados, peligrosos o transgresores de la norma establecida; y por qué a partir de ello se justificaron las más diversas prácticas de segregación.
- b. Concebida como conducta dañosa que puede adoptar potencialmente el sujeto, justificó prácticas de reclusión y dio lugar a la intervención preventiva a través de las medidas de seguridad distintas de la terapéutica o de la social, legitimando la mayor parte de las prácticas de internación en instituciones totales.

En relación al concepto de peligrosidad, resulta un hecho consensuado que las principales críticas se plantean en relación a los siguientes aspectos:

- 1) Asentarse en la virtualidad o potencialidad, ya que la internación se indica en la enorme mayoría de los casos por la eventualidad de cometer un acto peligroso y no por la ocurrencia real y efectiva del mismo.
- 2) No disponer de evidencia científica alguna que permita demostrar la hipótesis de una mayor peligrosidad de las personas con padecimiento mental en comparación con la población en general.
- 3) Haberse constituido en un criterio ambiguo para determinar internaciones involuntarias que vulneran el derecho a la libertad
- 4) Ser indefinida en sus alcances, pues no puede inferirse con claridad si el peligro radica en que atenta contra la vida, los bienes o cualquier otra situación que pueda amenazar la seguridad de la persona.

Concepto de riesgo: el concepto de riesgo inminente para sí y para terceros como elemento sustitutivo al de peligrosidad al momento de justificar la práctica de las internaciones involuntarias obliga a los jueces a establecer cambios en el tipo de fundamentación que sustenta a los mismos y en la indicación de que los profesionales evalúen y adopten la medida terapéutica más indicada para la atención del paciente.

El concepto de riesgo se asocia a la probabilidad y/o proximidad de un daño de carácter inminente, es decir cuya ocurrencia puede producirse en un muy corto intervalo de tiempo y que amerita, por lo tanto, una intervención perentoria para evitar dicho desenlace.

“Entiéndase por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida e integridad física de la persona o de terceros. Ello deberá ser verificado por medio de una evaluación actual realizada por el equipo interdisciplinario, cuyo fundamento no debe reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica.

La sustitución del concepto procura dar un carácter más neutral a la situación descrita.

Pero aun cuando esta concepción representa un considerable avance respecto del tradicional concepto de peligrosidad como causal de internación, es importante advertir que es posible de todas maneras deslizarse a un plano en el cual se entiende que no es la persona la que está en riesgo sino que es ella misma portadora y encarnación del riesgo, con lo cual nuevamente se produciría una sustancialización y se tendería a considerar a la persona como fuente de amenaza legitimando, una vez más, prácticas segregativas de aislamiento y/o reclusión.

Por ello es que, ateniéndonos a estos probables deslizamientos, se invita a reflexionar en torno a las propiedades que Ayres (2005) establece como propias del concepto de

vulnerabilidad:

- a) Se trata de la resultante de un conjunto de aspectos: individuales, colectivos y contextuales que acarrearán mayor susceptibilidad a la enfermedad y, de modo inseparable, mayor o menor disponibilidad de recursos de todas las clases a protegerse
- b) No es un estado sino un proceso, pues las personas no “son” vulnerables, sino que se hallan en distintos grados de vulnerabilidad en un cierto punto del tiempo y el espacio
- c) Ubica al sujeto como haz de un conjunto de problemas y situaciones que le afectan y que obligan a una intervención protectora, tanto para sí mismo como para terceros

Desinstitucionalización y atención en redes de servicios: el progresivo incremento en el número de pacientes en hospitales monovalentes ha ido de la mano con el hacinamiento, la violencia, el desposeimiento y abandono de los cuidados mínimos que deben ser prodigados a las personas con trastornos mentales.

Desde esta perspectiva, el término institucionalización designará las consecuencias más penosas que experimentan las personas alojadas durante un largo tiempo en los asilos neuropsiquiátricos y que tienen devastadoras manifestaciones asociadas a la privación psicológica, física y el acceso a oportunidades de inclusión social.

Pero al hablar de desinstitucionalización es necesario trascender la cuestión de la existencia de los hospitales monovalentes (o manicomios), porque las producciones simbólicas y culturales que han sostenido a los asilos durante más de un siglo perduraran en otras instituciones “sustitutivas” si no se logra deconstruir las concepciones, creencias y prácticas que sostienen y legitiman una forma de abordar y tratar a la persona con padecimiento mental.

Ética y garantía de derechos: durante gran parte de la historia, la atención sanitaria se guió por el principio ético de la beneficencia como regulador de la práctica de agentes e

instituciones de salud, pensada como las acciones de los curadores tendientes a producir el mayor bien y/o el principio de no maleficencia, concebido como evitar el perjuicio o daño.

Esta concepción, impregnada por el paternalismo encarnado en la figura del médico benefactor y la acción filantrópica se constituyeron en los fundamentos ideológicos que darán legitimidad a la reclusión en asilos con fines de protección y/o rehabilitación.

Con la creciente complejización de las disciplinas científicas y de la corporativización profesional, van conformándose progresivamente los principios deontológicos tales como la obligatoriedad de no incurrir en tratos crueles o degradantes, evitar el abandono de persona y/o someter la práctica profesional a la evaluación ética y/o científica de los pares.

Pero al descansar en una concepción cuyo eje rector ha estado centrado en los valores y principios arraigados en el colectivo profesional, ni el paciente ni sus familiares han sido considerados al momento de compartir información relativa al tratamiento, lo cual ha resultado aún más manifiesto en aquellos casos en los que se presumía la incapacidad del sujeto para comprender y tomar decisiones relativas al tratamiento.

Dado que la perspectiva centrada en los derechos y la inclusión social aspira a lograr centralidad en las prácticas de los profesionales de la salud mental, uno de los aspectos que se destaca como relevante de la bioética aplicada al campo de la salud mental comienza a ser el respeto a los principios de la autonomía, la inviolabilidad y la dignidad personal.

El reconocimiento de un amplio y diverso conjunto de derechos que deben ser garantizados se apoya en el concepto de autonomía del sujeto, quien a partir de la información y los cuidados provistos por los agentes intervinientes, debe acceder a oportunidades para participar activamente en el proceso de atención.

Otra de las dimensiones principales de la ética contenida en las actuales formulaciones en salud mental nos remite al principio de equidad de acuerdo a las teorías de la justicia social, la cual exige que se trate a los iguales de modo igual y a los desiguales de modo desigual.

En el caso de las personas con sufrimiento mental ello implica considerar la evidencia de que entre los más pobres se incrementa la vulnerabilidad y se reportan mayores casos de morbilidad y, al mismo tiempo, menores posibilidades para asegurar la accesibilidad a los servicios indispensables para la atención.

El abordaje de los fenómenos sociales desde esta perspectiva de interculturalidad y de género nos permite incorporar al análisis de los problemas de salud la existencia de relaciones desiguales de poder entre grupos sociales o de acuerdo a la condición de género. La visibilidad de esta situación tiene consecuencias específicas para el sector salud, pues nos lleva a la comprensión de los comportamientos relacionados con la salud, no solo desde las diferencias que dependen de las normas y costumbres, sino principalmente desde el análisis de las desigualdades de poder, y del acceso diferencial a recursos materiales y/o simbólicos entre los distintos grupos sociales.

Integración disciplinaria y de actores no convencionales: el enfoque basado en la complejidad propone un modelo de trabajo interdisciplinario, una redistribución del poder en el seno del equipo de salud y de este con la comunidad, en el que pueda tomarse también en cuenta la perspectiva que aportan actores no convencionales, tales como los usuarios, familiares y organizaciones no gubernamentales que abogan por garantizar la protección de derechos en este colectivo social históricamente vulnerado.

A modo resumen... se plantea que el esfuerzo reformador ha incitado a pensar en nuevas modalidades de atención que sustituyan a las de régimen custodial aún vigentes en una gran cantidad de asilos, y a promover una nueva alianza terapéutica, jurídica y social que se ponga al servicio de la inclusión y el respeto por los derechos básicos que asisten a esta clase de sujetos.

En el transcurso de este proceso de reconversión institucional el objetivo prioritario deberá ser:

- a) Alentar una revisión profunda de las concepciones arraigadas en torno a la incapacidad y peligrosidad del enfermo mental.
- b) Garantizar la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales, sobre todo aquellas institucionalizadas
- c) Reestructurar las redes de servicios sectoriales y revertir el aislamiento tradicional del sector salud, así como la necesidad de avanzar en la coordinación intersectorial
- d) Promover una efectiva integración disciplinaria del equipo de salud, sin sostener hegemonías de ningún tipo
- e) Impulsar reformas en los planes de formación universitaria de los futuros profesionales que se desempeñarán en el campo de la Salud Mental

Aun cuando la identificación de tales derechos sociales mínimos mediante la aplicación de medidas o dispositivos jurídicos representa un gran avance, la experiencia histórica enseña que esto solo es posible si se conjuga con un cambio en la estructura de oportunidades para la participación y movilización de los grupos implicados, empoderando a aquellos sujetos individuales y/o colectivos que han estado excluidos de la toma de decisiones.

En este campo, y en cualesquiera otro que sea elegido para ilustrar la relevancia que reviste el acceso a oportunidades para el ejercicio de derechos (ej: niñez, identidad de género) sobresale el rol de quienes han promovido la emergencia y expansión de este modelo: entre otras, las organizaciones de derechos humanos y las asociaciones comunitarias de base territorial. Estas instituciones son las que deben coordinar sus acciones conjuntamente con la autoridad estatal ya que, como garante de los principios de universalidad y legitimidad, es quien debe ejercer la rectoría y el liderazgo de conducción en las políticas públicas de salud mental.