

Un llamado a la ley: lo que la Ley no dice y nunca va a decir.

Olivero, Paula y Pérez Martín, Ramiro.

Cita:

Olivero, Paula y Pérez Martín, Ramiro (2012). *Un llamado a la ley: lo que la Ley no dice y nunca va a decir*. Revista Clepios (Polemos-Profesionales en Formación en Salud Mental), 17 (3:56), 100-102.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/ramiro.perezmartin/10>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pYTh/AWZ>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

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

An abstract, high-contrast pattern of blue and white, resembling a textured surface or a microscopic view of a material, occupies the top half of the cover.

56

cleptios

revista de profesionales en
formación en salud mental

clepios 56

revista de profesionales en
formación en salud mental

Coordinadores	Michelle Elgier Luciana Grande Javier Rodríguez
Comité de Redacción	Federico Kaski Fullone Andrés Lannepoudenx Alejandro Mogliatti Bárbara Schönfeld Cecilia Taboada Mora Torregiani
Colaboradores	Guilad Gonen
Comité Asesor	Lic. Martín Agrest Dr. Juan Costa Lic. María Juliana Espert Dr. Javier Fabrissin Dr. Martín Nemirovsky Dra. Laura Ormando Lic. Julia Vallejo
Diseño	Estudio THISIGN Foto de tapa: Diego Israelit Colaboradores fotográficos de este número: Diego Israelit: www.flickr.com / diegoisraelit diegoisraelit diego.israelit@gmail.com Romina Rojo: rojoromina@gmail.com Estefanía Panizza: estefi.pani@gmail.com Alejandro Mogliatti: alejandromogliatti@gmail.com

Reg. Nacional de la Prop. Intelectual No 1603324 - ISSN No 1666-2776 - Hecho el depósito que marca la ley.

Clepios, Vol. XVII - Nro. 3 - Noviembre 2011 / Febrero 2012

Todos los derechos reservados. © Copyright by POLEMOS S.A.

"Clepios, revista de profesionales en formación en salud mental"

es una publicación de **Polemos, Sociedad Anónima**

Informes y correspondencia: Clepios, Moreno 1785 5º piso (1093) Buenos Aires. Tel/Fax 4.383-5291.

E-mail: clepios@hotmail.com www.editorialpolemos.com.ar

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin previo consentimiento de su Editor Responsable.

Los artículos firmados y las opiniones vertidas en entrevistas no representan necesariamente la opinión de la revista y son exclusiva responsabilidad de sus autores.

Impreso en: **Cosmos Print SRL** Edmundo Fernández 155, Avellaneda

Comité de lectura	Lic. Haydée Heinrich	Lic. María Bernarda Pérez
Lic. Marta Beisim	Dra. Gabriela Jufe	Lic. Adriana Rubistein
Dr. Héctor Bertera	Lic. Eduardo Keegan	Lic. Miguel Santarelli
Dr. Pedro Boschan	Dr. Alejandro Lagomarsino	Dr. Juan Carlos Stagnaro
Dr. Norberto Conti	Dr. David Laznik	Lic. Alicia Stolkner
Dr. Norma Derito	Lic. Marita Manzotti	Dr. Sergio Strejilevich
Lic. Patricia Dolan	Dr. Miguel Márquez	Dr. Esteban Toro Martínez
Lic. Élda Fernández	Dr. Daniel Matusevich	Dr. Fabián Triskier
Dr. Pablo Gagliesi	Lic. Daniel Millas	Lic. Alejandro Vainer
Dr. Emiliano Galende	Dr. Alberto Monchablon Espinoza	Lic. Adriana Valmayor
Dr. Miguel Ángel García Coto	Lic. Eduardo Müller	Dr. Ernesto Wahlberg
Dr. Norberto Garrote	Dra. Mónica Oliver	Lic. Débora Yanco
Dr. Aníbal Goldchluk	Dr. David Pattin	Lic. Patricia Zunino

+ c 56

¿Es posible la clínica desde una mirada de Derechos?

100

Un llamado a la ley:
lo que la Ley no dice
y nunca va a decir

Paula Olivero
Ramiro Pérez Martín

103

Reflexiones sobre recursos
en el campo
de la salud mental

Paula María Dombrovsky

107

Trabajo esclavo
y salud mental

María Cecilia Fossa Riglos



111

CADÁVER EXQUISITO

¿Es posible la clínica desde
una mirada de derechos?

Natalia Baigorria
Alejandra Petrella
María Eugenia Hippe
Mercedes Rattagan



116

LO HUBIERA SABIDO ANTES

La creación del “Centro
Ulloa” en el ámbito de la Secre-
taría de Derechos Humanos de la
Nación. Algunas reflexiones frente
a nuestra práctica

Fabiana Rousseaux



119

REPORTAJE

Entrevista a APUSSAM



124

RELATOS CLÍNICOS

Implicancias subjetivas
de un alojamiento
institucional paradójico

Evangelista, María Gabriela; Fantacone,
Natalia; Ferraro, Mariana; Frainberg, Paola;
Molina, Laura; Palacios, María Belén

COMENTARIO DEL RELATO CLÍNICO
Daniel Izrailit, María Lucrecia Conti Gomez



129

CLEPIOS INVESTIGA

Los NN en la guardia de
Salud Mental: ¿un punto
de llegada o de partida?

Cecilia Inés Keena
Ivana Paola Solari
Mara Mattioni



136

YO ESTUVE EN...

Del valle de punilla
a la línea sur
(de la colonia a la comunidad,
relato de una experiencia)

Carolina Viarengo



141

LOS OTROS NOSOTROS



142

LOS 5 DISCOS QUE
MÁS ME MARCARON

Alejandro Vainer



143

COMENTARIO DE EVENTOS

editorial

El último número de este año de Clepios nos encuentra interrogándonos en torno a una temática, como veremos, compleja en más de un sentido. Es por ello, que la misma ha sido formulada a la manera de una pregunta. Esperamos poder mostrar en nuestras páginas las aristas de un debate que intuimos más rico y profundo de lo que a veces alcanza a plasmarse.

Nos referimos, para decirlo claramente, a los debates y discusiones, recientes y actuales, formulados en torno a la ley nacional de salud mental, ley 26657. Pensamos, y es nuestra sincera opinión, que el planteo que da pie a este número excede las mentadas discusiones.

Entendiendo a las claras el posicionamiento garantista de dicha ley respecto de las problemáticas de derechos, notamos que las discusiones insisten sobre acuerdos o desacuerdos con determinados puntos; se exaltan en torno a su aplicabilidad, o la supuesta imposibilidad de ésta; enfrentan a competencias profesionales con trabajo en equipo, como si las unas no requirieran de lo otro. Planteamos, sin embargo, llevar esta discusión a un terreno que creemos más fructífero. Este es, sin lugar a dudas, el territorio de la clínica.

Ahora bien, ¿de qué clínica hablamos aquí? Porque diremos, los derechos no se encontraban por fuera de la clínica, de lo que se pretendiera terapéutico en general, como condición, como oposición, aunque se vieran, es cierto, y en más de una ocasión, relegados. Pensamos que pueden destacarse como cambios sustanciales de esta mirada, al menos dos puntos novedosos.

Como primera medida, la enunciación y pronunciamiento por parte de usuarios, sus respectivas asociaciones, y asociaciones de familiares, respecto de sus intereses, opiniones, y decisiones sobre sus tratamientos. Y también, lo que resulta más movilizante aún, respecto de asuntos de la salud pública que les competen, quién podría dudarlo, directamente.

Por otro lado, comienza a visibilizarse la necesidad de incorporar a los derechos como otra variable clínica a tener en cuenta en la tarea cotidiana. No resulta ninguna novedad afirmar que el padecimiento de una persona puede ser abordado desde distintos saberes. Distintos discursos que, muchas veces desde su especificidad operan fragmentándolo, constituyendo distintos recortes posibles, parciales. Erróneo sería creer que dichos recortes pueden, cada uno, servir como una respuesta totalizadora al mencionado problema. Se trataría entonces de la convivencia de las distintas especificidades, de la posibilidad de habilitar a los distintos saberes, pero bajo la mirada articuladora de la clínica.

Estos dos puntos a su vez, postularemos, podrían servir como punto de partida para el necesario trabajo en equipo, que la complejidad de nuestra tarea requiere. Entonces, la participación de los usuarios, su voz, y una concepción de derechos que atraviese las distintas disciplinas, aparecen como valores fundamentales para el desarrollo de una práctica, la nuestra, la clínica, que es tal en tanto relación, con quien consulta, y con quienes la compartimos.

El tema que atraviesa esta edición de la revista fue formulado con una pregunta, una pregunta sobre la posibilidad de la clínica desde una mirada de derechos. No eludiremos aquí una respuesta. En el marco de una práctica que, en los hechos, se está construyendo, no está acabada, ensayaremos nuestra respuesta, sobre el tema que nos convoca, en el sentido de una afirmación. La clínica desde una mirada de derechos es algo no solo posible, sino sobre todo necesario.

Un llamado a la ley: lo que la Ley no dice y nunca va a decir



Paula Olivero

Psicóloga. Residente de tercer año
en Salud Mental. Hospital Tobar
García. Período 2010-2011
[pauoli@hotmail.com]

Ramiro Pérez Martín

Médico. Residente de tercer año
en Salud Mental. Hospital Tobar
García. Período 2010-2011.
Residencia completa en Clínica
Pediátrica. Período 2005-2009.
Hospital Ramos Mejía
[rperezmartin@hotmail.com]

Foto: Romina Rojo

RESUMEN :: A partir del caso de un niño de nueve años, y de una línea de intervención que se vislumbra, hacemos una reflexión sobre qué papel puede jugar una internación en un niño y mostramos cómo pudimos hacer uso de la ley/Ley en este caso.

PALABRAS CLAVE :: salud mental infantil - intervención - internación - ley - Ley Nacional nº 26.657

A CALL TO THE LAW: WHAT LAW DOESN'T SAY AND WILL NEVER SAY

ABSTRACT :: From the case of a nine year-old boy and the intervention lineament that we glimpse, we do a reflection of the hospitalization role in a child and show how we could use the law/Law in this case.

KEY WORDS :: infant mental health - intervention - hospitalization - law - National Law nº 26.657

Pedro tiene 9 años de edad y vive en una ciudad de una provincia del interior del país. Consultó junto a su madre a la guardia del Hospital Tobar García por presentar episodios de agresividad, principalmente con ella.

Cinco meses antes había consultado por los mismos síntomas y fue derivado al Hospital de Niños de la capital provincial, donde fue internado. Unos meses después, fue internado nuevamente en un sanatorio de la misma ciudad por *"irritabilidad, impulsividad y mal vínculo familiar y social"* hasta unos días antes de consultar en Buenos Aires. La madre refiere que el alta de dicha internación fue dada debido a que *"ya no sabían qué hacer con mi hijo y me dijeron que quizá tendría que estar internado de por vida"*, y como notó que su hijo no mejoraba, viajaron a Buenos Aires para consultar en el Hospital Garrahan, desde donde fue derivado a la guardia de nuestro hospital.

La madre refiere que el niño presentaba, desde hacía 6 meses, dichos episodios en los que no medía riesgos ni consecuencias, y por lo que en sucesivas ocasiones se había puesto en peligro. El día previo a la internación en el Hospital Tobar García, Pedro rompió unos vidrios en el hotel mientras insultaba a su madre y amenazó con prender fuego la habitación del mismo. Con el correr de las entrevistas se comenzó a delimitar que los trastornos conductuales de Pedro se habían intensificado luego de que su madre se separara de su pareja (a quien él llamaba *"segundo papá"* y con quien convivían), lo que conllevó la mudanza al terreno que últimamente compartían con la familia materna (abuelos, tía y primos) y el despido de la niñera de Pedro. Esta situación llevó a que el niño quedara al cuidado de sus abuelos maternos, con quienes mantenía una relación conflictiva.

A poco de comenzar las clases, Pedro dejó de concurrir a la escuela luego de un episodio de violencia en la misma que se suscitó un día en que Pedro no tuvo acompañante áulico. Pedro asistía a tercer grado en un colegio privado con adaptación curricular y acompañante permanente.

Además de lo ya relatado, el niño contaba con diagnósticos de Síndrome XYY¹ y de epilepsia (tipo ausencia). La madre refirió haber realizado múltiples consultas a diferentes neurólogos en su ciudad de origen, en la capital provincial y en la Ciudad de Buenos Aires debido a estos diagnósticos. Ella reconoció no haber sostenido los tratamientos que le fueron indicados. Así también se observó que la medicación que había sido prescrita en la internación previa difería bastante de la que la madre refirió al momento de la internación en el Hospital Tobar García; principalmente, se notaba un aumento en la cantidad de medicaciones para la epilepsia y en las dosis de las mismas. *“Fui madre y médica de Pedro”,* confesó. Su medicación al ingreso a la internación, considerando su cuadro neurológico y psiquiátrico, era: etosuximida 750mg/día, fenobarbital 300mg/día, diazepam 20mg/día, oxcarbamazepina 450mg/día, haloperidol 3mg/día, clorpromazina 12,5mg/día.

Pedro vivía con su mamá (de profesión médica), su hermana algunos años mayor, los abuelos maternos, la tía materna y dos primos. Todos convivían en el mismo terreno aunque en distintas casas. Uno de sus primos tenía parálisis cerebral, por lo que requería de atención y cuidados especiales. La madre refería que el vínculo con sus padres (abuelos de Pedro) era conflictivo y violento. El niño no veía seguido a su padre biológico. La madre refería que este último era *“un epiléptico grave”* y que el niño había sido concebido durante el divorcio de ellos. *“No soporto verlo. Me da asco”,* refirió la madre en relación a éste. Se decidió la internación en el Hospital Tobar García debido a que Pedro se exponía a situaciones de riesgo, en un contexto de una notoria dificultad vincular con su madre. Además se habían intentado previamente distintos recursos terapéuticos que aparentemente no habían logrado efecto, entre los que se incluían dos internaciones. Además de lo ya comentado, otros elementos que daban cuenta de la situación de Pedro al llegar al Hospital eran que el niño ingresó en silla de ruedas –que la madre solicitó por *“hipotonía”*– y la singular interpretación que la madre hacía de la situación y los diagnósticos de su hijo. Pedro se internó en compañía de su madre.

Desde el inicio de su internación, Pedro se mostraba tranquilo, se entusiasmaba con las propuestas de juego (sobretudo con las que implicaban movimiento como jugar al fútbol, tirarse del tobogán, hamacarse, y jugar con autitos), pudiendo hacerlo sin dificultad a pesar de lo dicho por la madre. Así también comprendía las reglas del juego en cuestión y se mostraba preocupado por respetar y exigir que se cumplieran las mismas.

La madre refirió que desde el nacimiento de Pedro había temido que su hijo enfermara o muriese precozmente. Durante el embarazo sintió *“movimientos extraños del feto”*; al nacer notó que *“lloraba como un gato”* –aludiendo al síndrome *Crí du chat* –, más tarde se preocupó creyendo que su hijo era autista por lo que lo sometió a diversos estudios médicos. En los primeros años de Pedro la madre pidió radiografías de todo el cuerpo del niño y un examen genético, motivada por las preocupaciones mencionadas. Debido al diagnóstico de XYY obtenido de dicho estudio, refirió temer que su hijo sea un delincuente o un criminal, por lo que confesó haberse dirigido a una psicóloga de la policía de su ciudad para comentarle acerca de su hijo y pedirle, que si alguna vez llegaba a la policía, *“por favor, lo*

trataran bien”. La madre refiere haber estado angustiada desde el embarazo de Pedro. Ella *“sabía que algo le estaba pasando”* a su hijo. Cuando Pedro comenzó a tener problemas de conducta, algunos meses antes de esta última internación, ella declara haberse aliviado. Cuando Pedro se enojaba, la madre interpretaba que esas “crisis” eran consecuencia directa de su síndrome genético, no pudiendo ubicar bajo qué circunstancias aparecía la conducta disruptiva de su hijo. Si bien el resultado del EEG era patológico y esto confirmaba el diagnóstico de epilepsia que traía, la madre sostenía que su hijo sufría hasta cien crisis de ausencia diarias que no se constataron en tal dimensión. La madre le daba a Pedro de comer en la boca, lo bañaba, le ponía talco en el cuerpo, lo vestía, dormía con él y reconoce haberle dado la mamadera hasta los 8 años. Ésta también contó que su madre le dio de comer a ella en la boca hasta un tiempo antes de su casamiento.

A partir de intercambios dentro del equipo tratante y algunas supervisiones, comenzamos a vislumbrar alguna estrategia de intervención a intentar con esta familia. Se pensó que las intervenciones debían estar apuntadas a discernir lo propio de este niño (por otro lado, tan tomado por cuestiones orgánicas). Se intentó cuestionar y conmover la lectura que su madre hacía de él y el vínculo intrusivo, simbiótico y rígido que se había establecido entre ambos. Este hijo despertaba en su madre este modo vincular y ocupaba un particular lugar para ella desde su gestación; y ella misma notaba que esto no le sucedía con su hija mayor. Es interesante citar aquí a Lacan en Dos notas sobre el niño (1969, p.56 y 57):

Quando la distancia entre la identificación con el ideal del yo y la parte tomada del deseo de la madre no tiene mediación (la que asegura normalmente la función del padre), el niño queda expuesto a todas las capturas fantasmáticas. Se convierte en el objeto de la madre y su única función es entonces revelar la verdad de este objeto. (...) El niño aliena en él todo acceso posible de la madre a su propia verdad, dándole cuerpo, existencia e incluso la exigencia de ser protegido. (...) Las funciones del padre y de la madre se juzgan según una tal necesidad. La de la madre: en tanto sus cuidados están signados por un interés particularizado, así sea por la vía de sus propias carencias. La del padre, en tanto que su nombre es el vector de una encarnación de la Ley en el deseo.

En el marco de dicha estrategia se decidió que la madre comenzara a retirarse de la sala de internación luego de cenar y volviera al otro día luego del desayuno. Al encontrarse sin su madre, el niño comenzó a desplegar una serie de recursos hasta ese momento solapados. Al tiempo, la misma comenzó a ubicar algunos puntos suyos de angustia que surgieron a partir de notar algunas mejoras en la conducta de Pedro, en sus modos de vincularse con otros y frente al descubrimiento de *“nuevas”* capacidades de su hijo. También comenzó a reconocer algunas coordinadas en las que se *“disparaban los problemas”* de conducta.

Por otro lado, se decidió contactar a los profesionales que habían trabajado con el niño en su ciudad natal con el objetivo de armar una historia del recorrido terapéutico, involucrando a la madre en esta tarea desde otro lugar. Se apuntó a trabajar con ella la diferenciación entre su rol de madre y su profesión, corriendo a Pedro del lugar de *“un caso difícil”* y también incluyendo a otros (anteriores y actuales) en el lugar de profesionales. La idea de contactar a su equipo tratante anterior, era

también en función de trabajar una posible futura derivación a su ciudad natal.

Luego de trabajar junto al equipo de Neurología, la medicación que se indicó durante la internación, y conservaría al alta, fue: etosuximida 750mg/día, lamotrigina 75mg/día y ácido valproico 1125mg/día, seguidas por Neurología, y trifluoperazina 5mg/día (repartidos mañana y noche) y levomepromazina 25mg/día (repartidos tarde y noche), seguidos por el psiquiatra infanto-juvenil.

En los primeros permisos de salida se observó que, al regresar, la madre refería que su hijo había presentado muchas crisis convulsivas y también haber suspendido la administración de alguna de las tomas de la medicación por distintos motivos sin consultar previamente en el hospital: “tenía gastritis”, “no ha querido tomar la medicación” -situación que no ocurría en la sala-. De alguna manera se volvía a leer en los dichos de la madre que las intervenciones anteriores no habían podido conmover las posiciones subjetivas en juego en el encuentro a solas con este hijo, fuera del marco institucional que parecía oficial como tercero.

Lo dicho nos permitió pensar en hacer intervenir a la Ley/Justicia como herramienta, en tanto tercero por excelencia, como un modo de recurrir a un Otro que regulara la arbitrariedad. Para introducirlo, en primera medida, se trabajó con la madre, sobre la necesidad, propia de toda internación psiquiátrica y especialmente la de un menor, de comunicar la internación a los organismos legales pertinentes, para luego introducir las figuras legales que harían seguimiento de la situación de Pedro. Durante los permisos de salida, sería un Curador Público quien al velar por los Derechos del Niño, funcionaría también a modo de *tercero omnipresente* entre el pequeño y su madre. Luego del alta se delegaría esta función al Defensor de Menores de su ciudad natal, quién haría el seguimiento de la situación y aseguraría el cumplimiento del tratamiento en forma adecuada a lo largo del tiempo.

La Ley Nacional de Salud Mental (nº 26.657) “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 que se encuentran en territorio nacional. [...]”. Respetar los derechos de las personas es un requisito necesario. Lo singular de un caso solo se alcanza dejando hablar al sujeto. Esta Ley, universal, nos permitió la posibilidad de pensarla como una herramienta de la cual servirnos en la clínica, en la lógica de un caso particular, volviéndose incluso un modo de intervención.

La regla es lo que hay que seguir pero también lo que debe permitirnos resolver situaciones nuevas. La regla no es independiente de una práctica regular de la misma. No hay regla sin infracción. No hay regla sin una práctica de interpretación de las reglas.

Al decir de E. Laurent en Psicoanálisis y Salud Mental (2000, p. 85):

La Ética del psicoanálisis se presenta como una lucha precisa contra el ideal -interroga la máxima kantiana de actuar de modo tal que la acción pueda valer en todos los casos, pero es una lucha- acompañada por un uso y no por un desprecio de la regla.

Retomando el caso de Pedro, pensamos que aunque la Ley nº 26.657 regula que “se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”, que “la existencia de diagnósticos en la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad” o que “durante y luego del tratamiento por sus familiares...”, “recibir un tratamiento personalizado [...] siendo siempre reconocido como sujeto de derecho...” y “que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable”, lo que la Ley nunca puede decir es de qué modo estos principios pueden jugarse en cada caso. Es en la práctica, desde el caso, que se interpreta la regla. Presentamos aquí lo que creemos fue un uso de ella, un modo de servirnos de la regla para intervenir en la clínica. Pensamos que aquí el “para todos” terminó constituyendo un modo de intervención en la práctica singular de la salud mental.

Hay equipo

Una vez escrito hasta aquí este trabajo y ya no estando nosotros en el equipo de internación, Pedro fue traído nuevamente a la guardia del Hospital por su madre, nueve meses después de la derivación relatada. El equipo tratante constituido en su ciudad se comunicó con nosotros enviándonos informes y telefónicamente antes de que ambos llegaran esta vez a la consulta. Señalaban que Pedro se encontraba yendo a sus espacios terapéuticos (psicología, psiquiatría y psicopedagogía) con buena evolución y a la escuela sin presentar dificultades y con un rendimiento adecuado. Sin embargo, refirieron que en el último tiempo, la madre se encontraba nerviosa y subrayaban sus dificultades con el niño: “Pedro tiene doble personalidad. Todos lo ven bien afuera pero en casa es terrible”. Por otro lado, su actual equipo tratante nos refirió que “la mamá está buscando por todos los medios internarlo nuevamente o ingresarlo en una escuela especial, no pudiendo cambiar sus expectativas negativas sobre el futuro del niño”. Dicho equipo refirió, además, que esos informes ya habían sido enviados a la Defensoría de Menores de su ciudad.

Nos pusimos en contacto con la guardia del Hospital Tobar García, para comentarles el caso y mostrarles los informes recibidos. A partir de lo compartido con el equipo de guardia y luego de la evaluación que realizaron, decidieron entregar una nota para que la madre lleve a la obra social a los fines de que ésta continúe su tratamiento, reevalúen el plan farmacológico del niño (ácido valproico 1125mg/día, lamotrigina 75mg/día, trifluoperazina 5mg/día, levomepromazina 25mg/día) e inicien entrevistas de orientación familiar, además de continuar con el tratamiento ya instalado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Lacan, J. (1969). Dos notas sobre el niño. En J. Lacan, *Intervenciones y Textos II* (pp. 56-57). Buenos Aires: Editorial Manantial (1991).

Ley Nacional de Salud Mental nº 26.657.

Laurent, E. (2000). *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Editorial Tres Haches.

NOTAS:

1. El Síndrome 47 XYY es una trisomía de los cromosomas sexuales que se caracteriza por tener una copia extra del cromosoma Y, y se presenta con una frecuencia de 1:1000 varones recién nacidos. La mayoría de los casos no genera características físicas distintivas aunque en ocasiones pueden tener mayor estatura que la media poblacional. Tienen desarrollo sexual normal. Los síntomas característicos varían ampliamente entre las personas afectadas. En algunos casos puede asociarse con: retraso mental,

retraso en el desarrollo de habilidades motoras, hipotonía, temblores y tics. También se lo ha visto en ocasiones relacionado con problemas emocionales o de conducta (algunos pacientes reciben el diagnóstico de espectro autista). En la década del '60-'70 del siglo XX se relacionó este síndrome con conductas criminales basado en estudios realizados sobre población carcelaria. A raíz de esto, la prensa lo llamó “cromosoma del crimen”. Años después se comprobó que la frecuencia de conducta antisocial no era diferente de las personas no XYY de la misma clase social y antecedentes.

Reflexiones sobre recursos en el campo de la salud mental



Paula María Dombrovsky

Psicóloga. Residente de primer año en
Salud Mental. Hospital Ignacio Pirovano.
Período 2011-2012
[paula_dombrovsky@hotmail.com]

Foto: Estefanía Panizza

RESUMEN :: La práctica en la residencia este año lleva como impronta la reglamentación y la aplicación de la nueva ley de salud mental. Esta incipiente implementación implica un proceso de reflexión y transformación de las instituciones del sistema de salud y fundamentalmente de las prácticas de los actores, de las creencias, teorías, lógicas, y representaciones que las sostuvieron históricamente.

Puede pensarse entonces esta reglamentación como un analizador de todo el sistema de instituciones de atención en salud mental. El concepto de analizador desde el socioanálisis se define como lo que permite revelar la estructura de la institución, provocarla, obligarla a hablar (Lourau, 2001). Ante situaciones o hechos que funcionan como analizadores aparecen principalmente la puesta en palabra del problema del dinero, del poder y de la, o las, ideologías que atraviesan las instituciones, a sus miembros y sus prácticas. Estos temas son los que actualmente producen las mayores controversias en nuestro campo.

PALABRAS CLAVE :: Ley de salud mental - Prácticas - Analizador

REFLECTIONS ON RESOURCES IN THE MENTAL HEALTH FIELD

ABSTRACT :: Practice residencies this year bear the imprint of the regulation and implementation of the new Mental Health Law. This incipient implementation involves a process of reflection and transformation of health care institutions and mainly on the practices of actors, beliefs, theories, logics and representations that held historically.

The regulation of this law can be thought of as a social analyzer of the entire system of mental health care institutions. Based on socio-analysis theory, the concept of an analyzer is defined as what reveals the structure of an institution, provoking and compelling it to speak (Lourau, 2001). Situations or events that serve as analyzers are mainly put into words as the problem of money, power and or ideologies that cut across institutions, its members and its practices. These issues are currently producing the biggest controversies in our field.

KEY WORDS :: Mental Health Law - Practices - Analyzer

El propósito de este escrito es proponer alguna pregunta mediante una modesta y breve reflexión que será fundamentalmente sobre la dimensión política que atraviesa las prácticas que desarrollamos los profesionales de salud mental. Esta dimensión tiene que ver con las lógicas, creencias y representaciones que sustentan esas prácticas. Se concibe política como el poder de prescribir las acciones avaladas y legítimas, el “deber hacer” en cualquier práctica. Consecuentemente este poder se enlaza con los efectos que generan estas prácticas instituidas, no sólo con ese “deber hacer” sino acreditadas desde un “saber hacer” dado por la disciplina a la que pertenecen. Es relevante entender entonces cuáles son los alcances que todo esto genera en cada sujeto y en el contexto social en donde se insertan.

Podemos pensar que toda forma de psicología es política, como toda práctica social o profesional es política, en tanto está sostenida por una lógica y ética del hacer dictada por el marco teórico imperante en el campo en que se despliega esa práctica. Cuando hablamos de la práctica de psicología en Buenos Aires, nos referimos a una hegemonía de la práctica clínica individual enmarcada mayormente en la teoría y dispositivo psicoanalítico. Las hegemonías en cada campo son las que tienen mayormente el poder de regular y definir, desde la formación de profesionales, los modos de entender la realidad y reflexionar sobre ella, los espacios de investigación y la consecuente producción de conocimiento, hasta la praxis y los dispositivos de atención en los diferentes efectores de salud mental, tanto privados como públicos. Se impone, por supuesto, también en el lenguaje y en la comunicación entre profesionales.

Podemos pensar por qué se da esta hegemonía y podemos tener muchas hipótesis de las causas de esta configuración actual de nuestro campo. Seguramente se trata de algo complejo y multideterminado atravesado por múltiples aspectos. Muchos sostienen que una de las consecuencias de la última dictadura militar en nuestro país fue la extinción de todas las prácticas psicológicas comunitarias y grupales, resultando una predominancia de la clínica individual y en ella la psicoanalítica. Pero este aplastamiento de las prácticas que implican otro tipo de vínculo con la comunidad parece ser una tendencia que posiblemente se esté revirtiendo incipientemente. Por otra parte, Silvia Bleichmar (2006) creía que:

Una de las razones por las que el psicoanálisis tiene tanta adhesión en Argentina se debe a que es un país que permanentemente lucha por recuperarse de sus traumatismos y por cerrar sus heridas simbólicas y lo hace apelando a todo lo que tiene, al cine, literatura, teatro... y también al psicoanálisis que ha sido una forma paliativa de solución simbólica de los sufrimientos que padecemos.

En este sentido, también indicaba que “el psicoanálisis tiene que rescatar lo mejor del pasado para ir hacia el futuro, siendo la fetichización de la herencia lo peor que se puede hacer para instrumentarla” (Bleichmar, 2006).

Es importante recordar en este punto que hasta nuestros maestros Freud y Lacan siempre terminaron enfrentando y distanciándose de las instituciones que ellos mismos fundaron, reconociendo la limitación y el adoctrinamiento que impone la enseñanza hegemónica. Habrá que entender la grandeza en el acto de reconocimiento de la insuficiencia de nuestra propia enseñanza y generarnos la inquietud de estar siempre incómodos con lo que sabemos buscando nuevos horizontes que nos orienten en las problemáticas que se actualizan día a día.

Incluso desde las “ciencias duras”, Gèrard Fourez (1994, pág. 46), un físico que reflexiona acerca de la adopción de teorías y leyes en que nos basamos para entender la realidad, nos dice: “comprobar una ley, no es tanto un proceso puramente lógico cuanto la comprobación de que la ley nos satisface”. Es decir, que no hay ninguna ley o teoría, de la ciencia que sea, que deba ser utilizada universalmente dada su comprobación lógica. Sino que el uso tiene que ver más con aspectos subjetivos atravesados por el sistema social. La satisfacción que sentimos al aplicar la ley y al ver sus resultados es lo que hace que se siga utilizando o no. Nunca podemos decir que los resultados empíricos de nuestras intervenciones nos imponen ver el mundo de determinada manera. Siempre la elección del modelo teórico, su comprobación, su satisfacción en los resultados y sistematización, están determinados por el contexto en que se da esa comprobación. Y en este contexto, es evidente que todos los modelos nos están resultando insuficientes si no los integramos con nuevos conocimientos y marcos teóricos acerca de los padecimientos contemporáneos.

La mayoría de las teorías con que nos forman nuestras universidades y que utilizamos en el trato con pacientes resultan insuficientes para poder realizar trabajos de campo y comprender la subjetividad situada en una realidad compleja en la que estamos insertos y que exige un mayor trabajo de inteligencia. Estamos más formados para atender pacientes que puedan pagar un tratamiento, tengan trabajo, y estén incluidos socialmente, que para pensar casos y situaciones que se nos presentan a diario. La noción de subjetividad que manejamos, desde todos los marcos teóricos, es muy restringida. Se opera entonces un cercenamiento de lo que implica entender la subjetividad para trabajar con ella. El uso de la connotación “pacientes sociales” expresa mucho está disección. ¿Hay pacientes que no son sociales? ¿Cómo podemos pensar lo social separado de lo psíquico? ¿No se trata más bien de pacientes a-sociales, los que por el hecho de no estar incluidos socialmente terminan siendo internados y perpetuados en el hospital psiquiátrico? ¿Cómo no intentar pensar qué de su subjetividad y del sistema social al cual está encadenada no le permite estar integrado y vivir por su cuenta sin tener que asilarse en una institución total? Son solamente algunas preguntas que, por lo menos, incomodan para pensar de qué nos estamos ocupando y si seremos solamente especialistas de una fracción de subjetividad cuando trabajemos, negando lo que exceda esa fracción por que nos resulta problemático.

Quizás no tanto la ley de salud mental misma, sino lo que ella devela al haberse promulgado en este momento histórico: la inquietud de muchos con el sistema de salud actual y la necesidad de otro tipo de trabajo en la comunidad es lo que nos desafía a pensar las causas del sostenimiento de las hegemonías subyacentes a los determinantes de nuestra práctica, respondiendo a un nuevo contexto social e institucional que obliga a pensar dispositivos alternativos. Lleva a repensar la relación de los profesionales con la comunidad, la forma de posicionarse frente a las nuevas demandas, las nuevas reglamentaciones, dónde ubicar al paciente. Cómo pensar propuestas innovadoras y creativas que puedan llevarse a cabo para responder a las diversas necesidades asociadas a los diferentes padeceres con que se acercan los miembros de la comunidad a la consulta en el hospital público.

Quizás en el inicio tenga que ver con crear las condiciones para que pueda producirse una evaluación crítica de lo tradicionalmente instituido que dé lugar a la creatividad y la apertura para pensar nuevos dispositivos y formas de atención que permitan reglamentar cada precepto de la ley dentro de un marco ético y solidario.

Este planteo está lejos de adherir a aquellos que proclaman la caída del psicoanálisis, ni de proponer su deformación en prácticas eclécticas y difusas. Es más: quizás haya que rescatar y re trabajar una de las grandes enseñanzas del psicoanálisis, que es la ética que propone. Hacerlo complejizando la propuesta, teniendo en cuenta las dimensiones históricas, políticas, económicas, culturales, sociales que atraviesan esos padeceres que asistimos cotidianamente. Se trata de que llevemos a debate las múltiples implicancias, obligaciones y responsabilidades de aquella frase de Lacan (1988, pág.57) que todos conocemos y parece repetirse de manera religiosa "Mejor pues que renuncie quien no pueda unir a su horizonte la subjetividad de su época". Pensemos entonces qué significa pensar la subjetividad de la época. Qué significa pensar la época. En principio puede implicar entender la subjetividad atravesada, como mínimo, por la historia, por el momento histórico-social que engendra esa subjetividad, y los fenómenos políticos que la determinan y la sostienen. Implica una necesaria apertura a estudiar los movimientos sociales, la historia de transformaciones y revoluciones que confluyen en la construcción de nuestra realidad actual. No podemos pensar la subjetividad sin estar enterados de lo que sucede en el mundo pero también en el interior de nuestro país, lo que sucede con los medios de comunicación, con la educación, con la economía, con los movimientos y protestas sociales, con el arte, el teatro, el cine, etc.

Al escuchar hablar de la ley, la gran queja es la falta de recursos: recursos económicos, materiales, recursos humanos, etc. Pero sobre todo la falta de ideas y la repetición de reclamos para la atención en este nuevo marco legal devela la obligación de encontrar el recurso en nosotros mismos y

para ello realizar una necesaria revisión disciplinar profunda de toda nuestra práctica, cualquiera sea su marco teórico. Revisar implica repensar todo lo naturalizado. Analizar las creencias que sustentan nuestro criterio, nuestros actos, los orígenes de la disciplina y su inserción social actual, las teorías y autores en los que insistimos, y también los que olvidamos.

Se trata quizás de la visibilización de los poderes desde donde es sostenida nuestra práctica, de nuestra posición dentro de la comunidad (¿o frente a ella?). Todo esto con el objetivo de ser concientes y responsables de la decisión que estemos tomando, del lugar social que ocupamos y de la lógica a la que servimos, para poder creer en una transformación o no hacerlo, pero que sea una decisión tomada por nosotros, no algo a lo que adherimos ciegamente creyendo cumplir con nuestro trabajo.

El riesgo y lo peligroso de no hacerlo puede derivar en que terminemos siendo candidatos a chivos expiatorios, en caso de que no se pueda adaptar los fundamentos de la disciplina y su metodología a los nuevos requerimientos institucionales y legales. También es riesgoso que, por omisión, nos convirtamos en saboteadores de un proceso instituyente que parece proponerse un trato más digno y solidario entre la comunidad y los pacientes con problemas de salud mental.

Ahora más que nunca, por ejemplo, debemos discutir sobre qué significa salud mental, cómo la entendemos, en qué lugares la ubicamos, con qué actores la relacionamos, a qué actividades la referimos, etc. Esto implica definir también los límites del campo en donde estamos insertos, hasta dónde llegan los efectos de nuestras acciones y hasta dónde podrían potencialmente llegar. A su vez, reflexionar sobre nuestra formación académica, nuestros planes de estudios, prácticas pregrado, las concepciones de la academia sobre la salud mental y las orientaciones, las formas de entender la realidad y los abordajes que determinan nuestro perfil, nuestro lugar en la comunidad, nuestra función como sujetos sociales, nuestra responsabilidad como agentes de este campo.

Pareciera que sigue reinando cierta asepsia frente a la realidad desde el ámbito universitario que se mantiene ajeno a situaciones coyunturales históricas y políticas existentes que nos dificultan valorar las magnitudes de nuestra posición como profesionales frente a la realidad social, bajo el refugio ingenuo de afán por la "asepsia ética y política que no es más que una pretendida inconciencia sobre los valores e intereses en juego (...) [ya que] las ciencias sociales son las que reflejan de una manera más cabal los intereses de los grupos y clases dominantes"(Baró, 1998).

Trabajar en salud mental implicaría poner en práctica un mecanismo constante de manera sistemática, poniendo en tela de juicio hasta la ley misma de nuestra propia existencia en cada espacio, que nos permita enriquecer nuestra mira-

da en las complejas realidades que analizamos y posibilitar que también se abra la crítica en aquellos que reciben esas miradas. Supone una apertura y una autonomía en nuestras producciones como agentes de los saberes y las prácticas que generamos. Quizás sea una manera, un método para des-alienarnos, tomando conciencia de aquello de lo que formamos parte. De aquel proceso del cual somos eslabón de un rizoma infinito pero en constante erupción y creación. De aquello que habla y hace por nosotros la mayoría de las veces. Es ese trabajo que permite trabajar en equilibrio y poder pensar las relaciones en las que intervenimos. Un lugar para el profesional en el cual el saber es la herramienta que le permite actuar. Pero no es el saber soberano, sino que debe interactuar y complementarse con el saber emergente desde las bases de la comunidad, desde sus mismos miembros.

“Freud señalaba ya profesiones imposibles, la educación, la terapia y el gobierno, la intervención es parte de ellas. En el límite no hay intervención satisfactoria o exitosa. Por naturaleza, la intervención se ubica bajo el signo del inacabamiento” (Guattari, 1981). No podemos estar satisfechos con nuestro saber constituido y con nuestra práctica sin estar preguntándonos siempre por nuestras posibles intervenciones.

En todo este proceso es importante tener presente el riesgo de caer en responder al imperativo que implica demostrar que la psicología sirve para algo, ya que esto siempre es una manera de pedirle que esté al servicio del poder, tal como plantea P. Bourdieu (1999) para la sociología. Por el contrario, tiene que ver con profundizar nuestro análisis y reflexión sobre nuestras prácticas para ampliar nuestro conocimiento sobre las bases que la sostienen, con el fin, justamente, de no ser conducidos a sostener reduccionismos de la subjetividad reproduciendo así las lógicas dominantes que están al servicio del poder.

Pienso la función de la psicología como la de comprender el mundo psíquico, la subjetividad, una subjetividad ampliada. Y nuestra tarea implica trabajar con la complejidad que implica entender el aparato psíquico desde el inicio atravesado por lo social, lo económico, lo político, lo cultural. En ese punto se puede pensar que un profesional que trabaja en salud mental tiene la obligación de estar atento a las realidades, leer los diarios, estar enterado de los múltiples determinantes que intervienen en los malestares que atraviesan a toda la población, las formas sociales de manifestar los imaginarios dados por la política económica de la época, las manifestaciones culturales, etc.

Se trata de poder ampliar la mirada para ver aquello que desde nuestro enfoque actual no podemos ver, y que tenemos la responsabilidad de ver para cumplir con nuestro deber social de comprensión y abordaje del aparato psíquico, encuadrando nuestra tarea en un nuevo marco legal y respondiendo a las necesidades de la población que recibimos. Borges,

en una de sus recordadas frases decía que en el Corán no hay camellos porque está escrito por árabes. De eso se trata entonces, de poder empezar a notar esos camellos que no registramos por estar invisibilizados, pero que seguramente nos choquemos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baró M. (1998). Psicología de la liberación. España: Editorial Trotta.
- Bourdieu, P. (1999). Cuestiones de sociología. Madrid: Ediciones Istmo S.A.
- Conferencia, Jornadas 10 años de EL CAMPO PSI. 2006
<http://www.youtube.com/watch?v=5cfzkMAed-E>
- Conferencia, Jornadas 10 años de EL CAMPO PSI. 2006
<http://www.youtube.com/watch?v=5cfzkMAed-E>
- Fourez, G. (1994). La Construcción del Conocimiento Científico. Filosofía y Ética de la Ciencia. España: Editorial Narcea S.A.
- Guattari, F, Ardoino, J y otros. (1981). La intervención institucional. Ciudad de Méjico: Folios.
- Lacan, J. (1988) Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis, Escritos 1. Bs. As: Siglo XXI
- Lourau, René. (2001). El análisis institucional. Buenos Aires: Amorrortu.



**Centro Privado
de Psicoterapias**

Médicos Psiquiatras

Incorporamos para los equipos de:

Urgencias Ambulatorio

Nos gustaría contactarnos con médicos psiquiatras que se interesen en:

- ▶ La formación clínica permanente
- ▶ El trabajo en equipo
- ▶ La participación en reuniones de supervisión interdisciplinarias

En el Centro Privado de Psicoterapias trabajamos desde 1981 prestando asistencia en salud Mental a grandes poblaciones. Brindamos formación a través de diversas actividades:

- ▶ Ateneos clínicos
- ▶ Cursos de postgrado
- ▶ Investigación

Ingrese su CV en www.cpp.com.ar o envíelo al siguiente mail: mariaeg@cpp.com.ar para concertar una entrevista.

Trabajo esclavo y salud mental



María Cecilia Fossa Riglos

Médica. Residente de tercer año
de Salud Mental. Hospital Ramos Mejía.
Período 2011-2012
[marice_fr@yahoo.com.ar]

Foto: Estefanía Panizza

RESUMEN :: Pedro tiene 23 años, es paraguayo y estuvo internado en el Hospital Ramos Mejía durante tres meses por las secuelas de lo sufrido como víctima de trabajo esclavo. Lo complejo del caso llevó a que intervinieran en el mismo cantidad de entidades (Hospital, Consulado, Subsecretaría de Derechos Humanos, Juzgado), servicios (Salud Mental, Clínica Médica, Neurología, Servicio Social) y varios profesionales de Salud Mental. El objetivo de este trabajo es conocer a partir de este caso, desde diversos aspectos, cómo se puede asistir a pacientes de estas características y cómo deberíamos a futuro posicionarnos frente a este tipo de situaciones tanto a nivel ético profesional como institucional.

PALABRAS CLAVE :: Trata de Personas - redes asistenciales - Salud Mental - Salud Pública

FORCED LABOR AND MENTAL HEALTH

ABSTRACT :: Peter is 23 years old, he is from Paraguay and he was hospitalized at Ramos Mejía Hospital for three months due to the consequences of being a victim of forced labor. Due to the complexity of this case, several entities took part of it (Hospital, Consulate, Human Rights Department, Court) as well as several departments (Mental Health, Internal Medicine, Neurology, Social Service) and various Mental Health practitioners. Based on the mentioned case and from different aspects, the aim of this paper to become acquainted with how we can help this kind of patient and how we should position ourselves in the future in these type of situations, both in a professional ethics level as well as on an institutional one.

KEY WORDS :: Forced Labor, Care Networks, Mental Health, Public Health

Pedro, víctima de trata, víctima del sistema

A mediados de Junio de 2010 Pedro, de 23 años y oriundo del Paraguay, concurrió por primera vez a la guardia del Hospital Ramos Mejía, acompañado por personal policial, con una orden judicial que indicaba su evaluación por Clínica Médica y Salud Mental, debido a que el paciente había denunciado haber estado secuestrado en un taller clandestino de confección de prendas. En esa primera consulta, mostraba cierta reticencia para hablar sobre lo sucedido y agregaba que el hecho de estar internado en el hospital le recordaba a la situación de encierro del taller, por lo que quería irse. Debido a que no presentaba criterios para prolongar su internación, se lo orientó a realizar tratamiento ambulatorio y fue dado de alta. Dos semanas después, concurrió nuevamente por guardia, porque desde hacía algunos días sentía malestares físicos y durante las noches sentía “bichos” que le caminaban por debajo de la piel mientras recordaba algunas cosas que le habían sucedido estando cautivo. En esa oportunidad el paciente negó antecedentes de enfermedades previas, tratamiento psiquiátrico o psicológico, o consumo de sustancias de abuso. Se encontraba angustiado y refería que esto no le había sucedido nunca antes. Debido a esta sintomatología, se decidió internarlo, pedir interconsulta con Clínica Médica y se indicó risperidona 1 mg cada 12 horas, pero se retiró sin alta médica a las pocas horas.

En diciembre de 2010 el paciente concurrió nuevamente a consultar por guardia. En esa oportunidad, fue evaluado por Clínica Médica por presentar un cuadro compatible con epilepsia. Dado que el paciente se mostraba reticente a mencionar en dónde vivía, a qué se dedicaba o qué le había pasado en el último tiempo, se solicitó interconsulta con Salud Mental. En ese contexto Pedro contó que había regresado al hospital porque desde hacía algunos días “se desmayaba y se le sacudía el cuerpo”, según le contaron sus compañeros de trabajo. Le pregunté si esto le había sucedido antes y me dijo que en Paraguay había sido atendido varias veces por estos episodios. Agregó además que desde hacía dos semanas, no podía evitar pensar en su cautiverio, especialmente en las noches, por lo que no dormía, no comía y sentía que no podía hablar con nadie de lo que le había pasado. Durante la entrevista, fumaba un cigarrillo tras otro y se lo veía inquieto, ansioso y angustiado. Nunca hasta esta consulta había contado tanto de su secuestro. Relató entre lágrimas y con una voz entrecortada, que no sólo le habían pegado, lo habían drogado, sino que además habían abusado de él y había tenido que presenciar como abusaban de otras personas. Decía que todo esto le daba mucha vergüenza, que sentía mucha culpa por haberse dejado engañar así, creía que nunca iba a dejar de sentirse de este modo, por lo que una semana previo a esta consulta se había cortado el antebrazo derecho. Si bien se trataba de un corte superficial, no había consultado por eso cuando lo hizo.

Mientras nos relataba su experiencia, Pedro temblaba y decía: “puedo verlos a todos, puedo ver al que me pegaba, yo sé que no es real, que me quieren volver loco, pero no puedo dejar de verlos”. La angustia del paciente y lo desgarrador de su relato hacían difícil continuar la entrevista. En ese momento

pensamos que dada la clínica del paciente y que este no tenía familia en el país, ni casa, ni trabajo (había decidido renunciar al mismo), lo mejor iba a ser internarlo para que pudiésemos tratarlo y continuar estudiándolo clínicamente.

Su historia

Pedro nació en Caaguazú, Paraguay. Tiene cuatro hermanos (él es el tercero), todos hijos del segundo matrimonio de su padre. Durante su infancia vivió con su familia “en el campo”, por eso, según dice, solo hizo hasta noveno año del colegio. En 2009, migró a la Argentina. Durante los primeros ocho meses en el país, realizó changas y jugando al pool en un kiosco conoció a quien lo llevaría a trabajar al taller. Le habían prometido un buen sueldo, vivienda y cobrar a los quince días de comenzar, por lo que aceptó y empezó a trabajar en una casa donde se vendía ropa. Según los dichos de Pedro, luego de veinte días de trabajo, reclamó su sueldo y al día siguiente amaneció en otro lugar. Se trataba de un galpón grande, donde se confeccionaba ropa, había allí, según sus dichos, otras 36 personas trabajando.

Siete meses después de estar encerrado, una noche no tomó las drogas que le administraban sus captores y, aprovechando que estos estaban alcoholizados, se fugó. Como él no sabía dónde estaba, buscó la ayuda de unos vecinos y llegó hasta una comisaría donde hizo la denuncia que lo trajo hasta la guardia del hospital.

Durante la internación

Al comienzo nos preguntábamos si la sintomatología que presentaba Pedro, podría ser una manifestación de su enfermedad de base, por lo que fue evaluado por Neurología, que ratificó el diagnóstico de epilepsia, pero negó que los síntomas que cursaba el paciente durante la internación fueran derivados de esta patología. Se realizaron estudios por imágenes para descartar otras patologías y todos fueron informados dentro de parámetros normales. Sus estudios clínicos igualmente descartaron organicidad. Se descartó el uso problemático de sustancias, ya que el paciente negaba consumo luego de su cautiverio y que no tuvo síntomas compatibles con dicho cuadro durante la internación. Nos preguntábamos además si las alucinaciones que tenía el paciente y su relato, que podía ser entendido como delirante, sumado a su reticencia para brindar cierta información, no formarían parte de un cuadro esquizofrénico. Pedro no sólo relataba haber sufrido un evento traumático, sino que además tenía insomnio mixto, pesadillas, flashbacks, pensamientos intrusivos, alteraciones en la concentración, respuestas vegetativas al recordar el evento, irritabilidad, ideas de desesperanza, culpa y vergüenza. Temía que sus captores pudieran encontrarlo y llevarlo de nuevo. Su relato siempre era el mismo, coherente y con crítica de las alucinaciones visuales cuando las tenía. Así que comenzamos a trabajar descartando ese primer diagnóstico, considerando que estábamos con un paciente que sufría un cuadro com-

patible con lo que para el DSM IV sería un Estrés Posttraumático². Se constituyó un equipo terapéutico y comenzamos a brindar tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico para el mismo.

Dimos intervención, junto con Trabajo Social, al Consulado de Paraguay, para intentar dar con el paradero de alguno de sus familiares. También tomaron intervención el Juzgado 88 y la Subsecretaría de Derechos Humanos, por la denuncia de trabajo esclavo.

Luego de dos meses del ingreso de Pedro, nosotros considerábamos que era el momento ideal para darle el alta y continuar por consultorios externos, pero él no tenía familia o amigos en el país, ni casa, ni trabajo y el consulado y la Subsecretaría no podían resolver su situación, por lo que tuvo que prolongarse su internación. Durante ese tiempo y debido a características propias de la sala donde estaba internado, Pedro comenzó a experimentar nuevamente síntomas de ansiedad.

Trabajo esclavo: problema de Salud Mental, impacto social y su relación con las prácticas en Salud Pública

Movilizada por este caso comencé a investigar el marco normativo internacional, nacional y regional sobre Trata de Personas, a fin de conocer en profundidad las legislaciones que amparan los derechos de las personas víctimas de este tipo de delitos. Asimismo, consulté la literatura internacional disponible acerca del abordaje de este tipo de problemática. A la luz de esta información me dediqué a revisar nuevamente el caso y reflexionar sobre la manera en la que se había procedido y cómo deberíamos posicionarnos, a futuro, frente a este tipo de situaciones, tanto a nivel ético profesional como institucional.

Fue así como tomé conocimiento de que Argentina es un país de origen, tránsito y destino de hombres, mujeres y niños víctimas de la trata de personas con fines específicos de prostitución y trabajo forzoso, según afirma el último documento del Departamento de Estado Norteamericano sobre trata de personas. El mismo señala que en nuestro país, muchas de las víctimas provenientes de zonas rurales o provincias del norte son forzadas a ejercer la prostitución en centros urbanos o provincias del centro y sur. En dicho informe se hace mención especial a un sector geográfico clave para este delito, la zona de la triple frontera. Según consta en el mismo esta zona fronteriza constituye un área importante para la captación de víctimas argentinas de la trata con fines de explotación sexual y una zona de tránsito para las víctimas de trata con fines de trabajo forzado, provenientes de Paraguay²².

Diversos organismos internacionales reconocen que la Trata de Personas es un delito vinculado a las demandas del mercado, las legislaciones inadecuadas, problemas económicos y de desarrollo. Así mismo, afirman que se trafica más gente para trabajo esclavo que para fines sexuales y agregan que es menos frecuente que alguien sea secuestrado para esto, que la explotación de gente que voluntariamente haya

entrado al país. Este delito se ha convertido en uno de los más lucrativos en el mundo, vinculado también con lavado de dinero, tráfico de drogas y contrabando. La oficina de drogas y delitos de la ONU, afirma que la trata de personas es un negocio capitalista que genera más de 32 billones de dólares por año^{10,13}.

Según el último informe del Departamento de Estado Norteamericano acerca de Trata de Personas, 12.3 millones de adultos y niños son víctimas de trabajo esclavo o prostitución a nivel mundial²².

En el año 2000, la ONU adopta el Acta de Protección para las Víctimas de Trata de Personas (en inglés, TVPA) para Prevenir, Suprimir y castigar la trata de personas (Protocolo Palermo), primer documento internacional sobre este tipo de práctica ilícita. El TVPA define como forma severa de tráfico entre otros al trabajo esclavo y aclara que la víctima no tiene que ser transportada de un lugar a otro para entrar en esta definición (puede entrar a trabajar bajo engaño)²². Para Interpol, la Trata de Personas tiene por fin la explotación, pudiendo ser esta última de tipo sexual, trabajo forzado, esclavitud o la extracción de órganos⁵.

Por otra parte, varias experiencias al trabajar con víctimas de Trata de Personas, coinciden en señalar el bajo nivel educativo, las dificultades socioeconómicas y la vulnerabilidad de quienes padecen este tipo de delito^{6,10,19}. En relación a cómo se lleva a cabo este delito, la literatura consultada señala que quien facilita la entrega de una persona es, en hasta un 23 por ciento de los casos, un extraño que ofrece posibilidades económicas^{19,21}. Pedro nos contó en más de una ocasión sobre el hombre que conoció jugando al pool en un kiosco, y que luego sería quien lo entregaría.

El informe americano que antes fue mencionado, reconoce que si bien Argentina empezó a condenar a los responsables de trata aplicando la ley antitrata, los juicios fueron pocos en relación al número de casos registrados. Dicen también que los refugios para los damnificados son inadecuados y denuncian corrupción por parte de funcionarios del gobierno que impide mejorar la situación actual sobre trata. Algo notorio de este informe es que destacan que el gobierno no brindó atención especializada a las víctimas adultas de sexo masculino²². En el marco de las normativas nacionales sobre estos delitos, la ley 26.364 sobre trata de personas en su artículo 2, adhiere a la definición de la ONU de Trata, en su artículo 4 dice que incluye en el concepto de explotación el trabajo esclavo y en su artículo 6 dice que las víctimas tienen derecho a recibir alojamiento apropiado, manutención, alimentación suficiente e higiene personal adecuada³.

Al leer el informe del Estado Americano tomé conocimiento de que las víctimas de trata pueden solicitar al gobierno argentino, la residencia temporaria por cuestiones humanitarias, y los ciudadanos de países miembros del Mercosur o estados asociados pueden obtener la residencia temporaria en Argentina en virtud de la ley de inmigración del país²². Pedro dejó el hospital luego de un llamado del Consulado de Paraguay (el cual durante los tres meses de internación del paciente, no envió algún representante a verlo o hablar con su equipo tratante) que decía que tenía el pasaje para su país de origen y que debía irse en unas dos horas. Me pregunto el porqué de la urgencia en su repatriación, ¿era esa la única alternativa

del Consulado para que el paciente dejara el hospital? ¿Qué sucedió que ninguna dependencia del Ministerio del Interior fue anoticiada de esta situación?

En relación a cómo tratar a una víctima de este delito, la mayoría de los artículos, guías o protocolos, coinciden en que es muy importante no retraumatizar a quien ha sido víctima de trata de personas, entrevistarlos adecuadamente para conocer su situación y evaluar su riesgo, así como garantizarle la confidencialidad de lo relatado y asesorarlo en otras cuestiones con personas especializadas, como abogados, trabajadores sociales, Consulado, etc.^{5,6,7,8,10,18,24}. Se sabe que las personas que logran escapar de sus captores, generalmente son suspicaces y temen lo que les pasará a ellos o a sus seres queridos luego de haber escapado^{7,24}. En este contexto, el hecho de que el paciente “ocultara información” a pesar del buen vínculo que estableció con nosotros, no me parece ilógico, pensando que la persona en la que él confió fue quien lo “entregó”. Pienso que también es importante tener en cuenta sus pautas culturales, así como su desconocimiento sobre lo que implicaba haber denunciado ser víctima de trabajo esclavo.

En cuanto a la problemática de Salud Mental, las víctimas de Trata de Personas pueden sufrir diversos trastornos, siendo los más frecuentes trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos disociativos y abuso de sustancias^{5,17}. La falta de apoyo social, familiar o institucional puede exacerbar el padecimiento de estos pacientes⁴. En este caso, no pudimos contar con familiares o allegados de Pedro para trabajar cuestiones vinculadas a lo que había sucedido así como la necesidad de continuar tratamiento en forma ambulatoria. Esta indicación, sin embargo, fue remitida por escrito al Juzgado, al Consulado y a la Subsecretaría de Derechos Humanos.

Las personas víctimas de trata suelen tener vergüenza o temor por lo sucedido y no denuncian o consultan por esto. La gente que ha trabajado con estas personas, recomienda asesorarlos, acompañarlos y enseñarles sobre sus derechos, pero no obligarlos a hacer cosas que no deseen, como

denunciar²⁴. Además, por haber sufrido otro tipo de abusos, entre ellos, sexuales, los especialistas señalan que es importante realizar controles clínicos para descartar, entre otras cosas, enfermedades de transmisión sexual⁴.

En relación al tratamiento psicológico/psiquiátrico implementado, tuvimos en cuenta la evidencia de trabajos internacionales con estos pacientes y nos basamos asimismo en la evidencia sobre TEPT por otras causas, donde los mejores resultados se lograron con Inhibidores de la Recaptación de Serotonina (IRSS) y Terapia Cognitiva^{4,11,12,14,15,16,23}. En cuanto a las comorbilidades o la presencia de síntomas psicóticos en estos pacientes, se recomienda sean tratadas según corresponda¹. En el caso de nuestro paciente, tuvimos que pensar diagnósticos diferenciales para poder implementar las terapéuticas adecuadas.

La evidencia actual nos muestra que estos casos son complejos, que el abordaje debe ser multidisciplinario, y que lo más importante sería trabajar sobre la prevención primaria de este delito, tomando en cuenta la legislación internacional vigente^{9,20,24}. Pienso que, en este sentido, nosotros intentamos armar la red asistencial adecuada, involucrando desde diversos sectores intrahospitalarios, hasta trabajar con otras instituciones, como el Juzgado, el Consulado o la Subsecretaría de Derechos Humanos, pero por la resolución del caso, es evidente que esta red era deficiente.

A modo de conclusión, y dado que esta fue nuestra primera experiencia de estas características, podemos decir que si bien fue difícil trabajar en ocasiones con este caso, esto se vio agravado por la falta de cooperación institucional que afrontamos.

Por último, considero fundamental profundizar el conocimiento sobre esta nueva y creciente problemática para poder brindar una atención adecuada a nuestros pacientes y poder exigir con fundamentos legales los beneficios o resarcimientos que correspondan a las víctimas de este flagelo.

Agradezco a la Lic. María Florencia Fossa Riglos por el aporte de su mirada antropológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coentre R, Power P. J. A diagnostic dilemma between psychosis and post-traumatic stress disorder: a case report and review of the literature. *Med Case Reports*. 2011 Mar 10;5(1):97.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales. Cuarta edición. (DSM IV). Masson. Barcelona, 2004.
- Argentina Prevención y Sanción De La Trata De Personas Y Asistencia a Sus Víctimas [Prevention and Punishment of Trafficking In Persons and Assistance to Their Victims Law] 26.364. April 30, 2008. <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/ane-xos/140000-144999/140100/norma.htm>
- Williamson E., Dutch N., Clawson H. Evidence-Based Mental Health Treatment for Victims of Human Trafficking. 2008. <http://aspe.hhs.gov/hsp/07/human-trafficking/MentalHealth/index.shtml>
- Szilard I., Barath A. HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION. A Handbook for Teachers, Researchers, Health Professionals and Decision Makers Public Health Aspects of Trafficking in Human Beings – Health Promotion and Prevention Tasks and Possibilities. 2007.http://www.snz.hr/ph-see/Documents/Publications/FPH-SEE_Book_on_HP&DP.pdf
- http://www.esclavagemoderna.org/img_doc/trai-te_etres_humains_uk.pdf
- <http://www.freetheslaves.net/Document.Doc?id=60>
- http://www.unodc.org/documents/human-trafficking/Moldova_Assmt_May07.pdf
- <http://www.unodc.org/documents/treaties/UNTOC/Publications/TOC%20Convention/TOCebook-e.pdf>
- Helen Cole. Human Trafficking: Implications for the Role of the Advanced Practice Forensic Nurse. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*, 2009; 14(6): 462-470.
- Davis LL, Frazier EC, Williford RB, Newell JM. Long-term pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder. *CNS Drugs*. 2006; 20(6):465-76.
- Davidson JR. Long-term treatment and prevention of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65 Suppl 1:44-8.
- Tsutsumi A, Izutsu T, Poudyal AK, Kato S, Marui E. Mental health of female survivors of human trafficking in Nepal. *Soc Sci Med*. 2008 Apr; 66(8):1841-7.
- Zhang W, Davidson JR. Post-traumatic stress disorder: an evaluation of existing pharmacotherapies and new strategies. *Expert Opin Pharmacother*. 2007 Aug; 8(12):1861-70.
- Nemeroff CB, Bremner JD, Foa EB, Mayberg HS, North CS, Stein MB. Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *J Psychiatr Res*. 2006 Feb; 40(1):1-21.
- Benedek D., Friedman M., Zatzick D., Ursano R. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder APA guidelines. March 2009.
- Lurie I. Isr. Psychiatric care in restricted conditions for work migrants, refugees and asylum seekers: experience of the Open Clinic for Work Migrants and Refugees, Israel 2006. *J Psychiatry Relat Sci*. 2009; 46(3):172-81.
- Zimmerman C, Hossain M, Yun K, Gajdzdziej V, Guzun N, Tchomarov A, Ciarrocchi RA, Johansson A, Kefurtova A, Scodanibbio S, Motus MN, Roche B, Morison L, Watts C. The health of trafficked women: a survey of women entering posttrafficking services in Europe. *Am J Public Health*. 2008 Jan; 98(1):55-9.
- The Return and Reintegration of victims of Trafficking from Cambodia to Thailand 01July 2004 – 30 March 2005 AND Repatriation from Cambodia to Vietnam of Vietnamese Victims of Trafficking from 15 May 1999 – 30 March 2005. http://www.childtrafficking.com/Docs/preece_2005_the_return_and_reintegration_of_victims_of_trafficking_from_cambodia_to_thailand_20060223.pdf
- Busza J, Castle S, Diarra A. Trafficking and health. *BMJ*. 2004 Jun 5; 328(7452):1369-71.
- Sarkar K, Bal B, Mukherjee R, Chakraborty S, Saha S, Ghosh A, Parsons S. Sex-trafficking, violence, negotiating skill, and HIV infection in brothel-based sex workers of eastern India, adjoining Nepal, Bhutan, and Bangladesh. *J Health Popul Nutr*. 2008 Jun; 26(2):223-31.
- US department of State Trafficking in Persons Report 2010. <http://www.state.gov/g/tip/rfs/tiprpt/2010/>
- Shalev AY. What is posttraumatic stress disorder? *J Clin Psychiatry*. 2001; 62 Suppl 17:4-10.
- Zimmerman C, Watts C. Geneva. WHO Ethical and Safety Recommendations for Interviewing Trafficked Women. Switzerland: World Health Organization; 2003 <http://www.who.int/gender/documents/en/final%20recommendations%2023%20oct.pdf>



¿Es posible la clínica desde una mirada de derechos?



01 Natalia Baigorria
02 Alejandra Petrella
 María Eugenia Hippe
03 Mercedes Rattagan

Foto: Romina Rojo

En el presente número de la Revista Clepios intentaremos abordar una intersección de discursos que tiene importantes implicancias en nuestro trabajo, y viene cobrando particular fuerza en el último tiempo: la que se produce entre el discurso de derechos y la clínica. Buscamos en este “Cadáver Exquisito” profundizar en las injerencias que dicha intersección tiene en nuestras prácticas.

1. ¿De qué modo repercute en la clínica y los sistemas de servicios de atención en salud la mirada de derechos?
2. ¿Podría dar un ejemplo o situación donde se haya visto dificultada la accesibilidad a algún derecho en su trabajo? ¿Cómo se resolvió?
3. ¿En qué modo se vio modificada su práctica desde que se instaló con más énfasis esta temática?

01

Lic. Natalia Baigorria

Lic. en Trabajado Social. Ex- residente del Hospital José Esteves de Lomas de Zamora. Equipo Regional de Intervención en Crisis de la Región Sanitaria Sexta en Provincia de Buenos Aires.

[natibaigorria@yahoo.com.ar]

1.

La mirada de derechos en el campo de la Salud, repercute de maneras muy disímiles de acuerdo al posicionamiento de los actores que interactúan y ejercen diversas luchas en ese campo. Creo que este es un punto esencial para tomar en cuenta, dado que esta mirada aporta principalmente la incorporación de la complejidad en las intervenciones.

El pensar, desarrollar nuestras prácticas y la reflexión sobre las mismas desde el paradigma de derechos, implica pensar desde una mirada integral. Una de las características de los Derechos Humanos es precisamente su integralidad, su indivisibilidad; y entender a la salud desde una perspectiva integral nos invita a superar paradigmas simplistas, que disfrazados tras expresiones como “especializaciones” terminan por caer en miradas parcializadoras que “congelan” a las personas en un sólo aspecto de su realidad.

Este último punto es clave en Salud Mental, donde se congela a la persona en su padecimiento, no de cualquier forma sino en el marco de relaciones estigmatizantes, anuladoras de la autonomía, excluyéndola simbólica y materialmente, contribuyendo a la construcción de sociedades sumamente violentas, las de nuestra modernidad tardía. Sociedades antropológicas; que vomitan a los “desviados/as”, manteniéndolos fuera de la sociedad “normal” o encerrándolos en instituciones “especiales” dentro de sus perímetros.

La mirada de derechos exige entonces que realicemos prácticas en las cuales no sólo nos limitemos a asegurar el acceso a servicios de salud, a tratamientos tradicionales, sino que, en tanto el derecho a la salud se constituye como un derecho transversal, nos convoca a pensar desde lo interdisciplinario y lo político (incluso desde la biopolítica), el trabajo intersectorial, intercultural, y siempre desde el eje de la participación y la plena inclusión social.

Estos ejes no deberían resultar “novedosos”, ya que en la Declaración de Alma-Ata de 1978, donde se sientan las bases de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) se toman como ejes principales lo atinente al trabajo en equipos interdisciplinarios de salud, la intersectorialidad (alianzas estratégicas), prestando una particular importancia a la participación social. Sin embargo, el campo de la Salud Mental parecía ubicarse al margen del marco de la Salud Pública, ignorando en las prácticas estos ejes.

La mirada de derechos recupera también ejes propios del

campo sanitario que habían sido invisibilizados y negados y nos lleva a desarrollar claramente lo que autores brasileños denominan la “clínica ampliada”, la cual se constituye en una búsqueda permanente por mejorar la vida y defenderla, sin sustituir a las personas del protagonismo en su propias trayectorias, es decir una clínica que contribuya a generar autonomía, a promover salud.

Una clínica que permita co-construir soluciones junto con las personas implicadas, en un encuadre de encuentro y diálogo, siendo menos prescriptiva, donde no hay “colonizadores” ni “colonizados”.

2.

En el caso del Programa en el cual me desempeño, dentro del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Región Sanitaria VI; los dispositivos de tal programa surgen precisamente como una búsqueda por sistematizar la mirada de derechos en el campo de la Salud Mental, oponiéndose a las lógicas manicomiales imperantes, las cuales son altamente vulneradoras de los derechos de las personas a las que constituye como objeto de tutela, intervención y disciplinamiento.

El Equipo Regional de Intervención en Crisis (E.R.I.C.) interviene para trazar estrategias de resolución inicialmente en los hospitales generales y luego en el primer nivel de atención.

Recuerdo una situación en la cual se trabajó con una mujer que había presentado una grave descompensación provocando el incendio de su propia vivienda. La primera propuesta de los profesionales intervinientes en la guardia de un hospital general fue el traslado a una institución “especializada”, es decir al manicomio; procediendo además a la separación y judicialización de sus pequeños hijos.

Desde la intervención del E.R.I.C. se propuso trabajar la internación en el hospital general, realizando además intervenciones desde todos los servicios, ya que lo que se visualizaba era la falta de acceso a la salud por no haber recibido tratamientos previos, y por registrar una situación crónica de violencia de género, entre otras cuestiones.

Asimismo se trabajó de manera intersectorial con los servicios de infancia y servicio social hospitalario, rastreando y ubicando familiares de la red ampliada para que pudieran – mediante medidas administrativas y no judiciales- poder incorporarse en la red de cuidados para los pequeños hijos, sin proceder a separaciones familiares que son sin dudas procesos de vulneración de los derechos de esos niños.

02

Dra. Alejandra Petrella

Jueza en lo Contencioso Administrativo, Titular del Juzgado N°12.

[apetrella@jusbaires.gov.ar]

Lic. María Eugenia Hippe

Psicóloga

Por otro lado se trabajó con Desarrollo Social para la provisión de recursos necesarios para asegurar el derecho a una vivienda digna y la inclusión en programas relativos a superar la situación de alta vulnerabilidad social que se había constatado.

Así, el trabajo continuó luego del alta, con la inclusión en dispositivos educativos, laborales y de salud que impactaron de manera positiva y como factores preventivos de nuevas crisis, incidiendo no solo en la persona identificada como paciente, sino en su familia y en su grupo de referencia comunitaria.

3.

En primer término la práctica propia se modifica porque lo que hasta hace unos años pasaba por meras opciones ideológicas individuales y/o institucionales, hoy se constituye como el camino trazado por el marco legal vigente, no sólo desde la reciente Ley Nacional de Salud Mental, sino por leyes que van en la misma línea, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la cual tiene rango constitucional, las leyes relativas a derechos de pacientes, las de promoción y protección de derechos de niños, niñas y adolescentes; las leyes para la prevención y erradicación de la violencia de género, etc.

El compromiso por trabajar en salud desde la óptica de Derechos Humanos hace que la práctica cotidiana se constituya en una construcción de estrategias innovadoras de cuidado, que nos enriquece al hacer lazos con otros/as, reformulando redes sociales que habían sido sistemáticamente arrasadas desde los procesos de conquista en el caso de nuestra América.

Esta mirada rescata cuestiones que hacen a nuestra identidad latinoamericana, y que son en sí mismas factores protectores de nuestra propia salud, destacándose el recurso de la búsqueda permanente de soluciones ante problemáticas complejas junto con un equipo y con las familias y los sujetos en las comunidades, y es sin dudas una oportunidad histórica en la cual celebramos poder estar presentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Campos, GWS. (2003) *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. San Pablo: Saúde Paideia.

Dabrowski, G. (2010) *Sistematización de abordajes en el E.R.I.C.*

Informe de la OPS sobre Salud Mental y Derechos Humanos. (2010) Bs. As.

Young, J. (2001) Canibalismo Y Bulimia: Patrones de Control Social en la Modernidad Tardía. *Revista Delito y sociedad*, (pág. 15-16). Bs. As.

Articulación interdisciplinaria como único modo¹

La interesante propuesta de Clepios tendiente a evaluar cómo impacta la intersección entre el derecho y la clínica nos llevó a intentar un diálogo entre el derecho y la psicología a partir de la visión que al respecto emerge de la nueva Ley de Salud Mental.

Según nuestro entender, la única manera de viabilizar el nuevo enfoque de derechos es a partir de la interdisciplina, que permite la intersección de las distintas prácticas que se vinculan a la problemática que emerge del padecimiento mental.

I. Ante todo, cabe señalar que –como bien se sabe– la práctica clínica se ocupa de lograr el bienestar humano y estudiar la personalidad, para ello existen distintos campos profesionales como el psicoanálisis y las psicoterapias que emplean sus conocimientos en beneficio del crecimiento y desarrollo individual. Sin embargo, hoy existen otros saberes que se relacionan con la salud mental.

En este sentido, la incorporación del enfoque de derechos en la ley nacional de salud mentalii, es una condición necesaria pero no suficiente para que las prácticas de los equipos interdisciplinarios de salud mental tiendan a garantizar la dignidad humana de las personas con padecimientos mentales.

Si bien la clínica enfocaría el tratamiento del sufrimiento mental y el objetivo del psicólogo clínico sería coadyuvar a lograr el bienestar, la salud mental y su prevención; tal labor no puede ser individual y es necesaria la intervención de otros saberes: la sociología, el trabajo social, la psiquiatría, la terapia ocupacional, la abogacía.

El objeto de la ley –asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas– enfoca el tema desde una perspectiva médico-jurídica y social, abordando el concepto de dignidad humana como base de todo derecho. Además, que el concepto de dignidad humana recorre de manera horizontal todos los derechos que la nueva ley reconoce, especialmente los previstos en los artículos 1º, 2º y 3º.

II. Para abordar la temática deben formularse las siguientes consideraciones:

a.- Entender la salud mental como un derecho fundamental enmarcado en el plexo de los derechos sociales, entre los cuales hay complementación y acumulación. Adoptar una posición al respecto resulta imprescindible por cuanto implica sostener la decisión política de cada Estado de intervenir activa y sustantivamente para asegurar a toda la población no sólo la promoción y protección de la salud, sino también, el derecho a la atención de la enfermedad en forma igualitaria en cantidad y calidad.

Con fundamento en los tratados internacionales constitucionalizados (art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional) existen obligaciones básicas –o derechos esenciales mínimos- que el Estado debe garantizar (art. 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos Sociales y Culturales).

b.- Entender que la falta de asistencia a los padecimientos mentales constituye una violación a la dignidad humana. Jurídicamente el derecho a la salud es un derecho positivo y por ende, debe protegerse a una minoría vulnerable. En realidad, hablar de vulnerabilidad es referirse a la susceptibilidad, particularmente entre los pobres ya que el padecimiento mental constituye un mal que afecta aun más a las personas sin recursos, aquellos que no tienen capacidad para defender sus derechos por sí y carecen de la cobertura que les otorga una obra social o una empresa de medicina prepaga.

Hay una relación necesaria entre pobreza y salud mental. Por caso, en Buenos Aires, los más necesitados son los que deben acudir a paliar sus dolencias a los neuropsiquiátricos de la ciudad. Cuando se recorren los hospitales Borda, Moyano y Tobar García se advierte que allí se atenta contra la dignidad de la vida de las personas internadas.

III. La Ley 26.657 de salud mental cambia el paradigma del hospital monovalente por un criterio desmanicomializador y encuentra fundamento de validez en la salud como derecho humano fundamental, viéndose así reflejado el respeto por la dignidad humana.

La presunción de capacidad –que modifica y se incorpora al art. 152 ter del Código Civil- transforma una práctica instaurada en tanto incluye la evaluación de este principio general por parte de un grupo de profesionales. Por ende, en base a un informe psicosociobiológico –y no ya con la mera evaluación de un profesional médico- se dirimirá si el padecimiento mental de una persona lo condiciona en su calidad de vida, y en tal caso, un juez dispondrá eventualmente qué derechos podrían serle limitados. Pero a tal determinación debe abocarse el equipo interdisciplinario (art. 13). La privación de la libertad de un ser humano por el mero hecho de padecer sufrimiento mental es claramente violatoria del derecho a la dignidad humana y así lo establece la ley al enumerar los derechos que lo asisten.

La ley se integra con los “Principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental”ⁱⁱⁱ consagrando dos pilares fundamentales como derechos que hacen a la dignidad humana: el de desmanicomialización y el de desjudicialización. Propender a la concreción de tales derechos debe ser el camino a emprender.

IV. Trabajar desde el modelo de la complejidad implica reconocer un no saber que acompaña el saber, soportar la presencia de lo conflictivo y de lo heterogéneo y aceptar y trabajar desde y con las diferencias. La Interdisciplina, como posicionamiento clínico, exige y permite sostener la incertidumbre frente a un saber “completo y absoluto como dador de significados”, es pues, un lugar para la pregunta; y por lo tanto, una intervención a construir.

No se trata tanto de aspirar a la totalidad como de poder hacer frente a la complejidad. Entendiendo lo complejo como la permanencia de lo conflictual, lo que nunca es totalmente representable, donde hay un resto que resiste a la representación. Así, creemos que la interdisciplina se dibuja y se plasma en el campo de la acción y no del saber especializado, más como apuesta que como certeza. Cada disciplina debe mantener su especificidad e independencia sin avanzar independientemente de las otras, pero requiriendo de plasticidad e invención, de cierto indisciplinamiento frente a la propia disciplina que posibilite prácticas creativas.

Básicamente, la intersección entre el discurso de derechos y la clínica está siempre presente, y desde ésta, no sólo es posible una mirada de derechos, sino que resulta fundamental, toda vez que hay que pensar al sujeto como aquel que necesita atención, ayuda y tratamiento (Conf. art. 7º Ley Nacional).

En definitiva, el individuo con padecimiento mental es un sujeto de derecho en máxima situación de vulnerabilidad. A fin de superar tal condición deben articularse el derecho y la clínica desde un enfoque superador del asistencialismo y con la mirada puesta en el fortalecimiento de sus capacidades y potencialidades, resultando imprescindible para ello –en tanto se entienda la salud mental como una problemática psicobio-social- la actuación del equipo interdisciplinario.

NOTAS

1- A modo de introducción –y dado que el presente enfoque se realiza desde la mirada de la nueva ley de salud mental- cabe afirmar que ésta aun no ha impactado en las prácticas cotidianas, y que debería insistirse en su aplicación a todas las áreas vinculadas a sus efectores.

2- Dana Richard, Teoría y práctica de la psicología clínica, 1966, Paidós.

3- Ley 26.657 (Promulgada el 2-02-10).

03

Mercedes Rattagan

Psicóloga. Premio Bleger APA. Especialista en Salud Mental y APS. Especialidad Gestión en Salud. Doctorado Salud Mental Comunitaria (tesis en curso) Miembro del equipo de la Dirección de Salud Mental y Adicciones de Nación. Coordinadora del Dispositivo Tratamiento/ Abordaje Psicocomunitario Programa Interministerial de Salud Mental Argentino PRISMA.

[rattagamer@hotmail.com]

Salud mental desde la mirada de derechos

No hace aún un año (2 de diciembre de 2010) que nuestro país cuenta con una Ley Nacional de Salud Mental, ley Nº 26.657. Esta ley constituye un paso muy importante para poder adecuar nuestra legislación interna a los estándares internacionales de derechos.

La misma surge como necesidad de operativizar las recomendaciones de la Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad y los estándares internacionales más modernos en el campo de la salud mental.

Las personas con padecimiento mental, son un sector especialmente vulnerable y vulnerado de nuestra sociedad. Mayoritariamente suelen ser estigmatizados, discriminados, invisibilizados, violados y marginados del ejercicio de sus derechos. La tendencia es a ubicarlos en lugares de objetos de asistencia en lugar de sujetos hacedores de su historia.

Es justamente esta población, la que más se ve beneficiada directamente en la protección de sus derechos con la implementación de esta ley.

Los profesionales que venimos trabajando hace muchos años en el tema de la salud mental, y que pudimos abrir nuestros oídos para permitir que sean fértiles al grano de la voz de los que más necesitan, pudimos comprender que no es posible pensar ni hablar de salud mental si ésta no va de la mano de la concreción de derechos humanos y sociales.

Para dar cumplimiento a la legalidad que exige la 26657, no sólo debe intervenir el Estado, sino todos los interesados en la salud y el desarrollo de los pueblos y comunidades. Esta ley beneficia a todos aquellos que formen parte de la Red de Salud: usuarios, familiares, profesionales, como a la comunidad en su conjunto.

Sin embargo, pese a que la misma proporciona el marco legal para una atención de calidad desde una dimensión biopsicosocial, basada en redes comunitarias, donde el contexto histórico y social juega como pieza clave en la comprensión del padecer y el alivio del sufrimiento humano, su implementación se ve dificultada.

Una lectura necesaria que nos acerca a la comprensión de los hechos, nos enfrenta a un complejo escenario, que da cuenta de una cultura construida a lo largo de muchos años. Es esta construcción histórica cristalizada la que comanda las intervenciones y naturaliza las prácticas actuales.

La historia ha demostrado en infinidad de ocasiones que toda legalidad debe ir acompañada de una legitimidad, para que ésta sea factible y sustentable. Si la sociedad en su conjunto y los profesionales de salud mental en lo particular, no logramos una progresiva deconstrucción de esta cultura hegemónica, la puesta en práctica de esta ley se verá empalidecida.

A modo de ejemplo, citaré algunos aspectos que tanto desde mi práctica en atención, como así también en gestión, me fueron mostrando como muy necesarios modificar si apostamos a la construcción de legitimidad y viabilidad del cambio:

- Se requiere cambiar las representaciones sociales en relación al proceso de salud/enfermedad/atención
- Una renuncia del narcisismo de los actores en juego (no se resuelve la realidad desde la cosmovisión disciplinar)
- Una nueva cartografía del poder (necesaria democratización del mismo)
- Un cambio en la subjetividad profesional (toda práctica exige este cambio)
- Una urgente salida del individualismo (tan arraigado en la cultura postmoderna)
- Un necesario viraje del modelo biomédico al modelo comunitario inclusivo, del modelo tutelar al social participativo
- Una profunda modificación de prácticas naturalizadas y cristalizadas
- Un cambio de eje, el de procedimientos por el relacional

Para poder gestionar este cambio, en nuestras instituciones de salud, necesitamos una fuerte apuesta a una capacitación sostenida, continua y transformadora en servicio. La misma deberá orientarse a la problematización de las prácticas naturalizadas, mediante un proceso de concientización que permita ir desarrollando el pensamiento crítico, el compromiso y la implicación de todos en esta nueva mirada.

La Argentina está frente a un desafío histórico, todo cambio paradigmático requiere de tiempo, esfuerzo y participación protagónica de todos los actores. Necesitamos hacer efectiva la aplicación de la ley construyendo un sistema de salud mental más justo y accesible para todos.

La construcción de una salud equitativa, inclusiva, justa y accesible, es nuestra responsabilidad. En este juego social necesitamos a todos los jugadores en la cancha. ¡No perdamos esta oportunidad!



LO HUBIERA
SABIDO ANTES

La creación del “Centro Ulloa” en el ámbito de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. Algunas reflexiones frente a nuestra práctica

Fabiana Rousseaux

Psicóloga. Directora del Centro de Asistencia a Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos “Dr. Fernando Ulloa”, dependiente de la Secretaría de Derechos Humanos, del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. [fabianarousseaux@hotmail.com]

Foto: Alejandro Mogliatti



Durante los últimos años Argentina sufrió una transformación radical en el terreno ético, que como sociedad necesitábamos producir a partir de las marcas indelebles que produjeron en lo público, lo privado y lo íntimo, los efectos del terror de Estado en todo el país.

Muchas son las complejidades que atraviesan esa transformación, desde las respuestas que el Estado asume en el proceso de reparación a las víctimas, hasta las lecturas que el propio Estado produce hoy en relación a las secuelas de los crímenes cometidos, durante el período que va del '76 al '83 como segmento histórico que marcó y determinó una serie significante atravesada por la desaparición, apropiación de bebés, muerte, exilio, tortura, violencia, terror, insilio.

Al implantarse desde el 2003, una política de Memoria, Verdad, Justicia y Reparación; desde el ámbito específico de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación -donde desarrollamos nuestra tarea de asistencia-, hemos avanzado en la construcción y profundización de esa política.

En esa construcción, nos sostiene una certeza que recorre el trabajo desde el "Centro Ulloa" en relación a un principio irrenunciable que se vincula con un interrogante central en nuestra tarea: ¿cómo articular una política pública desde el sostenimiento del caso por caso, es decir, una política del "para todos" sostenida en el terreno del "uno a uno"?

Esta paradoja, con incidencias en lo clínico pero también en lo público, nos referencia en un espacio habitado por el dolor extremo. ¿Con qué respondemos frente a ese dolor? ¿Cuál debe ser nuestra reflexión teórica y nuestra práctica en la particular topología de las políticas públicas ligadas a la memoria, y la salud mental?

Por otra parte, una tarea desde un ámbito tan signado por el discurso del derecho -como es el del campo de los Derechos Humanos-, y su intersección con la salud mental, nos obliga a repensar cada vez el posicionamiento discursivo, sus efectos y sus límites en un escenario que se toca con el derecho, la salud, la gestión pública, la obligación de reparación del Estado frente a los delitos imprescriptibles que produjo; sus marcas sociales, subjetivas, y además la matriz ideológica derivada de los años de impunidad, como así también las múltiples respuestas que se generaron desde los movimientos de Derechos Humanos y diversas organizaciones sociales en torno a las políticas de desmemoria que los sucesivos gobiernos democráticos sostuvieron y se profundizaron durante la década de los '90, intentando clausurar las sanciones penales por los delitos cometidos.

En este marco, entonces, iniciamos un recorrido que aún nos lleva cada vez a reconceptualizar el trabajo que hacemos. Y en ese recorrido tuvimos que enfrentarnos con lo inasible del dolor, la imposibilidad de hablar frente a la maquinaria mortífera de los Centros Clandestinos de Detención, lo inabordable del daño provocado, etc.

Allí ensayamos algunas respuestas que nos orientaron en la búsqueda de nuevos y permanentes dispositivos de intervención con víctimas de violaciones de derechos humanos, tanto sea en el acompañamiento en los juicios, en la asistencia, en el armado de una red de profesionales a nivel nacional e inter-

nacional, en la formación académica permanente, como en la investigación.

Uno de los ejes que comenzaron a constituirse en analizadores obligados, fueron los vinculados al "traspaso" a manos del Estado de las experiencias clínicas desarrolladas históricamente por profesionales que provenían del campo de articulación entre los Derechos Humanos y la Salud Mental, pero que se habían constituido alrededor de los 8 organismos llamados "históricos"¹ que crearon desde finales de los años '70 y comienzos de los '80, equipos psicoasistenciales que asumieron el tratamiento, y contención de los sobrevivientes y sus familiares. Esta experiencia se replicó en América del Sur, principalmente en los países que conformaron lo que dio en llamarse Plan Cóndor, que fue la coordinación represiva del cono sur durante la década de los '70. Los organismos de Derechos Humanos de esos países, construyeron en la más absoluta clandestinidad, equipos que sostuvieron en las condiciones más impensables el acompañamiento y el tratamiento de quienes sobrevivían a los Centros Clandestinos de Detención y sus familiares, construyendo a la vez de una práctica totalmente nueva en ese terreno, una teoría que permitiera extremar las conceptos clínicos y poder dar paso así a una forma de pensar la clínica que no se enmarcara sólo en las construcciones categoriales de la época. Así, conceptos como duelo, trauma, alucinación, paranoia, cobraron otro estatuto, porque el impacto que la desaparición produjo obligó primero al derecho a pensar esa categoría como jurídica, y luego a quienes trabajaban en el plano de la salud mental a considerar las estructuras clínicas y los efectos del terror, desde marcos totalmente novedosos.

Esto hizo que muchas personas afectadas por la desaparición no encontraran en profesionales con clínicas más tradicionales la confianza necesaria para poder hablar de lo que estaban viviendo ni de los efectos de ello sobre sus vidas. Y se sintieron compelidos a consultar con quienes estaban asumiendo esa práctica desde los organismos de Derechos Humanos.

Creo importante remarcar esa breve reseña ya que, el hecho que el Estado asuma esa tarea significa un vuelco radical en los modos de producción de confianza desde las víctimas hacia el mismo, por la paradójica posición en que éste devino a partir de las características de los crímenes que el Estado terrorista encarnó.

Pero también implica un cambio de paradigma cultural e ideológico por parte de quienes hoy asumimos una tarea estatal que dignifique a quienes han soportado el horror en su faz extrema.

Luego de un camino iniciado en el ámbito de la Secretaría de Derechos Humanos de Nación, en el 2005, con el **Programa Consecuencias actuales del terrorismo de Estado (CATE)**, que tenía por objeto volver a instalar el debate en el ámbito público de la salud mental respecto de la actualidad de las marcas que el terrorismo estatal nos había impuesto como sociedad, y tratar de avanzar sobre ese debate teórico; se crea en el año 2006 el **Plan Nacional de Acompañamiento a Testigos y querellantes víctimas del terrorismo de Estado**.

El CATE ya nos había abierto a una cuestión teórica central,

que era destrabar el enlace entre memoria y temporalidad cronológica, sacando los efectos del terrorismo de Estado de la dimensión meramente historiográfica para llevarla al terreno de sus consecuencias, es decir introduciendo un tiempo lógico, el tiempo del inconsciente.

Pero el "Plan Nacional", creado para acompañar el proceso de los juicios que se abrían en la Argentina, y contener a los testigos-víctima; nos volcó a un nuevo problema que era entrar en una interlocución con el discurso jurídico, en territorio del derecho penal. Los juicios que se comenzaron a celebrar en el país, tuvieron una característica novedosa a nivel mundial que fue juzgar al terrorismo de Estado con las figuras jurídicas existentes sin crear tribunales especiales para ese fin.

Pero esa misma cuestión nos traía a un terreno complejo, el problema de las especificidades de los delitos y sus víctimas.

Asumimos entonces, el lugar de introducir lo que el derecho excluye en estos procesos que es la subjetividad, entendiendo por tal a la dimensión del sujeto que habla que no es la misma que la del sujeto que testimonia.

Allí iniciamos un recorrido teórico fundado en la construcción de las dimensiones que el testimonio abría en las víctimas y en el corpus social, que se iba complejizando a medida que el mapa judicial se extendía.

Hoy continuamos con ese recorrido ya que lejos de haber alcanzado "un saber" sobre este difícil tema de intervención, hemos entendido en profundidad la magnitud de las huellas que el genocidio produjo.

Así, a fines de 2010 se crea por resolución ministerial el **Centro de Asistencia a víctimas de terrorismo de Estado "Dr. Fernando Ulloa"**, que se desarrolla en el ámbito de la Dirección Nacional de Atención a grupos en Situación de Vulnerabilidad, de la Secretaría de Derechos Humanos, para formalizar un trabajo que llevaba varios años.

Profundizamos el compromiso en asumir la asistencia a víctimas de delitos de lesa humanidad, desde la construcción y consolidación de una red pública en todo el territorio nacional, entendiendo que sólo desde allí podríamos establecer una política reparatoria que comprometa a los funcionarios que representan al Estado desde el sistema público de salud, es decir los trabajadores de la salud desde sus diversos niveles de decisión. Eso no podía ser sin una fuerte formación de los equipos asistenciales que intervienen en la red nacional.

En febrero de este año, el Centro amplía sus competencias a partir de un decreto de la Presidenta, donde pasa a llamarse **Centro de Asistencia a víctimas de violaciones de Derechos Humanos "Dr. Fernando Ulloa"**, cuyo giro fundamental es incluir dentro de nuestra tarea las violaciones actuales de derechos humanos, haciendo lugar así al reclamo de organizaciones sociales, y a una decisión que el Secretario toma respecto de la respuesta que el Estado debía asumir en términos de políticas de reparación integral hacia quienes hoy continúan siendo víctimas de violaciones de derechos humanos por parte de fuerzas de seguridad, ya que en algunos casos, aún anidan en su estructura viejas marcas de impunidad. Acompañar entonces, la política impulsada por la Ministra de

Seguridad de que *la política tome las riendas de la cuestión de seguridad, y que las fuerzas de seguridad se ocupen de la seguridad y no de otra cosa.*

Mucho es el recorrido que nos toca aún transitar, pero estamos convencidos que ese cambio de paradigma ético debemos construirlo entre todos, aportando a la construcción de una política nacional que ponga en el centro de la escena la dignidad de las víctimas.

Este concepto mismo de víctima debe subvertirse, ya que no es la misma víctima la que piensa el derecho en el marco de sus leyes y los juicios, que la que nos encontramos nosotros en nuestro trabajo diario, y allí también tenemos una deuda social y es entender que cuando se produce una violación de derechos, la víctima es toda la sociedad.

Por último la reparación de los daños que provocan las violaciones de derechos humanos, no empieza ni termina en la letra de una ley indemnizatoria, sino en la construcción de una política sólida e integral que apunte a incorporar en su análisis todas las dimensiones afectadas y quebrantadas por la violación de un derecho, y eso es parte de la producción de Memoria, de Verdad, y de Justicia.

Nuestro Centro lleva el nombre de quien se atrevió a pensar durante el oscurantismo dictatorial, modos de intervenir frente al impacto petrificante del terror, y en esa referencia encontramos una entrevista de hace unos años, donde Fernando Ulloa, introduce el concepto de "síndrome de padecimiento", que es lo que sucede cuando un sujeto o una comunidad se resignan frente al sufrimiento. Y allí, dice *"lo primero que se pierde es el coraje"*. Luego agrega: *"Una comunidad resignada a la indigencia o el profesional que, en el manicomio, se resigna a la indigencia intelectual, pierden lucidez. Los hechos que padecen se naturalizan: los sujetos reniegan de las condiciones adversas en que viven, y esto lleva a una amputación del aparato perceptual. El sujeto ya no sabe a qué atenerse, y se atiene a las consecuencias. Y el cuerpo se desadueña: ya sólo responde a movimientos reflejos, defensivos, no elige movimientos nuevos. El cuerpo desadueñado pierde su contentamiento"* (hasta que surge una invención, un acto nuevo).

Y por otra parte, nos advierte en esa entrevista que la ética del deseo debe intersectar con la ética del compromiso. Debemos entender con ello que ni la una ni la otra bastan para producir una política que aborde la dimensión integral de lo que debe repararse en las políticas públicas vinculadas a intentar una sutura posible de lo dañado frente a los delitos de lesa humanidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ulloa, F. (2007, abril, 23). "La ética del deseo debe balancearse con la ética del compromiso". *Página 12*. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/diario/dialogos/21-83921-2007-04-23.html>

NOTAS

1- Los ocho organismos "históricos": Madres de Plaza de Mayo, Familiares de Detenidos-Desaparecidos por Razones Políticas, Abuelas de Plaza de Mayo, Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH), Liga Argentina por los Derechos del Hombre (LADH), Servicio de Paz y Justicia (SERPAJ), Movimiento Ecuaménico por los Derechos Humanos (MEDH).



Entrevista a APUSSAM



En este reportaje de Clepios decidimos sumergirnos a compartir la experiencia de coordinadores y usuarios de la Asamblea Permanente de Usuarios y Sobrevivientes de los Servicios de Salud Mental (APUSSAM). Estuvieron presentes por la asamblea Eduardo Basz, Fernando Aquino, Mariana Biaggio (trabajadora social) y Sol Cortes (socióloga).

Clepios: ¿Nos podrían contar cómo es la historia de la asamblea?

Mariana Biaggio: En el 2007, con la presentación de “*Vidas arrasadas*”, un informe del CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales) y de MDRI (Mental Disability Rights International), surgieron varias cuestiones a modo de diagnóstico de la situación de los Derechos Humanos, en materia Salud Mental, en la Argentina, sobre todo en instituciones públicas. Un común denominador, más allá de las diferencias que pudiera haber en provincias, ciudades y hospitales, era la falta de participación de usuarios en la planificación, implementación y decisión del diseño de políticas. Fueron varias organizaciones las que se comprometieron, en una presentación que hubo en el CELS, a trabajar en pos de que existiera un espacio que fuera de usuarios, y no de “usuarios y familiares”, o de “usuarios y profesionales”, para que cada vez pueda haber más participación. Con lo cual nos debíamos una construcción autogestionada. A partir de ahí se hicieron algunas reuniones fundacionales, informativas, y mucha gente empezó a participar. Alrededor de 20 usuarios venían, participaban, fue creciendo mucho, se fueron armando proyectos, buscando financiación, definiendo los objetivos, los alcances, quiénes pueden participar, quiénes no pueden participar.

C: ¿Quién coordinaba ese espacio?

MB: Roxana Amendolaro. También en un momento limitaron su participación. Le dijeron si vos no sos usuaria no podés participar, y el CELS quedó brindando solamente el espacio físico y los insumos necesarios para funcionar. Roxana podía participar una vez al mes. Esa fue la etapa de mayor expansión de la asamblea, donde participaron también del Congreso Mundial...

Eduardo Basz: De la Tercera Asamblea General de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría. En Kampala, Uganda.

MB: Y ahí llevaron un trabajo. Luego hubo dificultades de relación, de expectativas y conflictos institucionales, que llevaron a que en algún momento no hubiera nadie participando. Ahí me convocaron a mí a trabajar. A principios del 2009 empezamos a hacer nuevas campañas de convocatoria y eventos, actividades, el lanzamiento del blog, de la página, diversas

formas de darle difusión. Tuvimos muchas reuniones en las que estábamos Roxana y yo, nada más, en las que estaba todo muy estancado, y luego se fueron sumando más personas, hasta el día de hoy, un poco rotando, un poco retomando, gente que había estado y que vuelve, o que estamos en contacto. Surge como la necesidad de que haya un espacio de debate en materia de Salud Mental y Derechos Humanos, que sea específicamente integrado por usuarios. Con lo cual, la idea es que en algún momento Sol y yo tampoco estemos, o sí, no sé... Todo depende de cómo se defina qué es un usuario y quiénes son usuarios, ¿no?

C: ¿Cuál es el objetivo que tiene la asamblea?

EB: El objetivo de la asamblea es promover la voz independiente de los usuarios en el campo de la Salud Mental. O sea, promover los Derechos Humanos en general, y en particular los consagrados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Esos serían los objetivos socio-políticos de la asamblea.

Fernando Aquino: Sobre todo en este momento donde está la Ley Nacional de Salud Mental y el derecho al voto, estamos planteando cómo queremos ser atendidos, cómo queremos ser medicados, nuevos pensamientos sobre formas de terapias.

MB: Él lo que decía era por qué se tiene que pensar que escuchar una voz está mal, que no es normal, cuando no necesariamente puede traer dificultades. Los temas que se fueron tratando en la asamblea básicamente rondan en torno a experiencias con el tratamiento. Y en base a experiencias con el tratamiento, identificar dificultades o cuestiones donde la Salud Mental, al menos en Buenos Aires, no funciona de una manera respetuosa. Pensando estrategias para, en principio en forma individual, poder enfrentarlo, pero también estrategias para poder incidir en políticas que afecten de manera colectiva.

C: ¿Qué estatuto tiene la asamblea?

EB: En este momento es de hecho, existe fácticamente. Justamente ahora avanzamos en la formalización, en tener forma de asociación civil.

MB: Esto nos permitiría poder pedir financiamiento propio.

EB: Para que tenga continuidad y que se incorpore más gente, desarrollar más los talleres, más en el interior del país, ese tipo de cosas.

C: ¿Cómo se relacionan con otras organizaciones o agrupaciones afines?

EB: Sobre todo tenemos relación con organizaciones del interior del país. De hecho, estuvimos de viaje hace poco. Acabamos de llegar de El Bolsón, donde estuvimos haciendo el taller. Una de las actividades que hacemos nosotros es un "Taller itinerante de divulgación de la Convención". Estuvimos allá en ocasión de los 20 años de la sanción de la Ley de Salud Mental de Río Negro. Y ahí, por ejemplo, nos encontramos con un grupo de usuarios bastante activo, independiente, que tiene emprendimientos que funcionan bien, a nivel turístico, gastronómico, y que están muy integrados a la comunidad. Antes estuvimos en el Chaco, donde había otro proyecto, y ahí la realidad era distinta, los usuarios eran bastante pasivos, pero también tiene que ver con las realidades sociales de las localidades. En Rosario también hay una asamblea de usuarios que tiene una actividad bastante independiente, tienen un programa de radio y después más que nada hay individuos que andan haciendo cosas por ahí. Pero la idea nuestra es avanzar, más allá de hacer de APUSSAM una ONG, en la formación de una red argentina de usuarios, que estén organizados como un movimiento específico de usuarios, dentro de un movimiento más grande, que es el movimiento de Derechos Humanos y Salud Mental.

C: ¿Nos quieren contar de qué se trata el "Taller itinerante de divulgación de la Convención" que llevan adelante?

EB: La idea del taller es básicamente la difusión de los artículos que más nos interesan a nosotros de la Convención, que son aquellos que tienen que ver con la capacidad jurídica, la capacidad de decisión de los usuarios respecto de sus tratamientos. Y también hay testimonios personales sobre cuáles han sido las experiencias, que son muy diferentes en cada uno de los miembros de la asamblea, en relación con problemas de Salud Mental, su relación con el sistema de salud, el proceso de recuperación de la salud y de la autonomía individual. Y también hay una pequeña obra de teatro que está basada en los testimonios que se fueron dando dentro de la asamblea sobre las malas experiencias que han tenido con psiquiatras salvajes, por decirlo de alguna manera, donde tomaban todas las decisiones en nombre del bienestar del paciente, o del enfermo mental, sin contemplar ninguna de sus opiniones o sensibilidades, etcétera.

MB: También situaciones, sin necesidad de que haya un maltrato. Por ejemplo, una mujer que contaba que ella no se sentía insana, y tenía una insania, y el equipo que la trataba, justamente en el PREA, tampoco consideraba que fuera insana. Pero la insania la tenía, y lo difícil que fue poder iniciar un proceso de revisión de la insania, del diagnóstico. Entonces había una serie de cuestionamientos, en relación a por qué hay una serie de cosas que no puedo hacer, como ir a votar, o decidir sobre qué tratamiento seguir, varias preguntas que iban haciéndose en la asamblea y varios cuestionamientos que terminaron convirtiéndose en el texto de la obra de teatro.

C: ¿A quién está destinado el taller?

EB: Hasta ahora lo hemos llevado adelante para profesionales, acompañantes terapéuticos, estudiantes de psicología y usuarios.

Sol Cortes: En general se ha dado más para profesionales y estudiantes de psicología que para usuarios.

MB: Pero eso es también por la respuesta de las instituciones. La propuesta de llevar el taller estaba más enfatizada en usuarios, pero por lo general las respuestas fueron "bueno, sí, pero mejor al equipo". Llegar a los usuarios tenía intermediaciones y al final no llegamos, salvo en una oportunidad. Con los viajes fue distinto, en el interior hubo más permeabilidad.

SC: Cuando fuimos al interior el contacto estaba hecho por los emprendimientos productivos, o sea, APUSSAM viajaba a conocer los emprendimientos productivos y a dar el taller a los usuarios que participaban de estos emprendimientos. Por lo menos en un principio, el taller estaba pensado para que esté dirigido a usuarios, en este afán de abrirnos, y que más usuarios se incorporen a la asamblea. Igual está bueno también, implica un crecimiento y un enriquecimiento en la devolución que tenemos de los profesionales o de los estudiantes.

C: ¿Creen que esto ha tenido algún efecto en la relación entre los usuarios y los profesionales?

EB: Los nuevos paradigmas y las nuevas ideas sobre cómo van a ir siendo las relaciones entre los profesionales de la salud y los usuarios se van a ir estableciendo a partir de las nuevas generaciones. Las generaciones anteriores, por más progresistas que sean, ya están formadas, ya es una práctica, por más buenas intenciones que tengan ya están formados así. En cualquier campo que observes los nuevos paradigmas siempre se establecen así, no es que la gente de la generación anterior se dio cuenta y dijo "no, esto es mejor". Son las nuevas generaciones que se apropian del nuevo paradigma, el viejo paradigma ya no lo toma nadie, y después se encarga el proceso biológico del resto.

C: ¿Cómo se caracterizarían ambos paradigmas?

EB: El viejo paradigma implica una relación jerárquica, una cuestión tutelar, donde el profesional de la salud sabe lo que es bueno para el paciente, o peor, para el enfermo mental, y toma todas las decisiones, por su bien. Eso en el mejor de los casos. En el peor de los casos, hay como una noción, una idea de la invalidez, de que es una persona que tiene las facultades disminuidas, y entonces hay que protegerlo, asistirlo y cuidarlo de sí mismo inclusive.

SC: Y no solamente en el ámbito de la psiquiatría o de la Salud Mental, sino en el ámbito jurídico también. El Código Civil dice que el juez tiene que obrar como un buen padre de familia, esto quiere decir, suplantando cualquier decisión, y cualquier toma de decisiones autónoma de parte de la persona. Eso es lo que nosotros llamamos el paradigma tutelar o el viejo paradigma.

C: ¿Cómo consideran que es la situación actual en relación a estos paradigmas que mencionan?

EB: Están los dos. Es una situación de transición y de conflictos, y donde se va a ver qué es lo que prevalece. Pienso que las resistencias más brutales ya pasaron, por ejemplo, a la Ley Nacional de Salud Mental. Por ahí ahora van a haber resistencias más silenciosas pero tal vez peores, en el sentido de convertir, por ejemplo específicamente a la Ley Nacional de Salud Mental, en un pedazo de papel, como hay tantas leyes que se convierten en un pedazo de papel que no cumple nadie. Eso sería un riesgo, que la Ley de Salud Mental no se cumpla, o que directamente la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en Argentina no tenga ningún valor, ¿no? En ese sentido, dependería de la intervención que se puede hacer a través de los abogados de Derechos Humanos, que intervengan y pidan que tal actividad sea declarada inconstitucional, porque como la Convención ha sido ratificada tiene valor constitucional. Entonces, específicamente, nosotros trabajamos y nos apoyamos más en la Convención que en la ley. Porque a pesar de que todavía no salió la reglamentación, tenemos algunos temores, susceptibilidades, con respecto a qué puede pasar, porque no fue una reglamentación participativa como se había prometido.

C: Ustedes u otras asociaciones con las que están en contacto, ¿fueron consultados en el proceso de escritura de la ley o en su reglamentación posterior?

EB: En la reglamentación dijeron que iban a haber foros y que se iba a discutir, incluso nos pidieron que elaboremos una propuesta, un borrador de reglamentación, que se iba a tener en cuenta para la elaboración de la reglamentación. Luego la Dirección de Salud Mental elaboró un borrador, y pidieron que en todo caso querían que hiciéramos una contrapropuesta sobre el borrador que ellos tenían. Entonces tenemos un borrador de reglamentación que nos sirve como definición propia pero más por una cuestión política digamos. Pero no es que nosotros no participamos, no participó nadie, ningún organismo de la sociedad.

MB: Pero el borrador ese, sí lo mandamos, lo hicimos y lo enviamos. Y cuando estábamos a punto de entregarlo cambiaron las reglas de juego a último momento.

EB: Teníamos el antecedente de la Convención, que la ley tiene o mantiene de alguna manera cierto espíritu que está en la Convención, que fue un tratado que se hizo con mucha gente de la sociedad civil y gente de organizaciones de personas con discapacidad involucradas absolutamente.

C: ¿Cómo fue la elaboración del borrador de la reglamentación de la ley que hicieron? ¿Participaron todos?

SC: Sí, se leyó la ley y Mariana fue apuntando...

MB: Yo tomé registro de todos los debates que surgían a partir de la lectura de la ley, y después intenté darle un orden a esos apuntes. Lo que habíamos decidido en la asamblea era respetar nuestro lenguaje, y que sea trabajo de los técnicos transformar nuestro lenguaje en un artículo.

SC: De pronto surgían ambigüedades. La internación involuntaria también fue toda una cuestión que se debatió en la asamblea.

MB: Sí, y fue un proceso muy largo porque fueron debates que terminaban a veces con momentos de mucha angustia, que había también que transitarlos. Fue un trabajo difícil, que no solo nos permitió armar el borrador, sino que además, el modelo de internación que habíamos armado se fue modificando, porque el debate nos remitía a viejos escritos de la asamblea que se fueron actualizando al ir surgiendo ideas nuevas. Estuvo bueno, fue súper enriquecedor.

EB: Sí, más allá de la importancia que le hayan dado al momento de hacer la reglamentación. Bueno, todavía no salió...

C: ¿Cómo es el modelo de internación que mencionaron?

MB: Son consignas de cuál sería la internación ideal. O sea, si hay que considerar una internación, y no queda otra, qué sería lo mejor que pudiera llegar a suceder, y son ítems como esto que haya relojes, que haya diarios, que te permitan registrar el momento en el que estás viviendo.

EB: No perder el contacto con el mundo exterior.

MB: Que sea abierto.

EB: Decidir vos cuáles son las visitas que vas a recibir y cuáles no.

SC: Respecto a las internaciones, a mí me parece que lo que más ruido hace siempre es esta cuestión del hospital monovalente, del psiquiátrico y de la internación involuntaria. No es que uno esté en contra de la internación, mientras una persona acceda a un tratamiento y crea que es lo mejor estar internado por un tiempo. Pero tiene que haber determinados recaudos para que esa internación no se convierta en una internación social, cuando esa persona no tenga después dónde externalizarse, para que no esté años internada, para que pueda tener participación en su tratamiento y, además, que se pueda atender en un hospital público general y no en un monovalente en el que quedaría aislado de la sociedad. Es un no al psiquiátrico, no al monovalente, y todo lo que eso conlleva. Es una palabra del Medioevo prácticamente, en la que están involucrados mecanismos que funcionan de la misma manera hace mucho tiempo, oprimiendo a las personas que están allí recluidas, detenidas, en contra de su voluntad y sin poder salir por cuestiones que trascienden la Salud Mental. Hay estadísticas que ahora no tenemos, pero alrededor del 60 al 90 por ciento de los pacientes internados están por causas sociales, gente que no tiene manera de irse a su casa porque no tiene casa.

FA: Y tal vez ese mismo fue el inconveniente que desató el problema mental: la desesperación de no tener trabajo, de no poder sostener a su familia económicamente. Un problema simplemente social que se transformó en un problema mental. Tenemos que ocuparnos más de lo social. La mayoría, más allá de problemas mentales o de problemas de la infancia como se dice en psicología, viene con problemas de alimentación en la niñez, por problemas económicos. Por ejemplo, Eduardo contaba el otro día cómo pasa el problema cuando la persona tiene mucha plata.

EB: Claro, el tema es: ¿qué pasa cuando no tenés todo ese sistema y esa estructura de apoyo? En esos casos el Estado tiene que garantizar los derechos. Por eso hablamos de Salud Mental como un Derecho Humano.

FA: También está toda esta cuestión de los pases para viajar, hay muchos que son truchos. Imaginate si hubiera un beneficio para personas con discapacidad, todos haríamos el teatro. Yo me acuerdo en el servicio militar, para salvarse los flacos decían *“tengo miedo cuando me apagás la luz”*, y todo era para zafar. En este caso sería lo contrario, todos por locos, como es algo que no se puede comprobar en la sangre o en un tomógrafo, ese es el tema con los beneficios.

C: ¿Nos pueden contar cómo piensan las “decisiones anticipadas”?

SC: Sí. Uno puede determinar anticipadamente cómo quiere que sea su internación.

EB: Decisiones anticipadas sería eso, antes de una internación, es decir, antes de una crisis, vos elaborás un documento en donde decís, si eventualmente en el futuro yo vuelvo a tener una crisis, yo quisiera que fuera de estas y tales características. Por ejemplo, quién sería la persona en la que yo me apoyaría, que no necesariamente tiene que ser un familiar, puede ser un vecino o un amigo.

MB: Me parece que el modelo de internación habla más de una cuestión institucional, el manicomio está muy presente... En cambio, en las decisiones anticipadas no necesariamente hay un manicomio de por medio. Ahí está más presente qué tratamientos estás dispuesto a probar y cuáles no, quién querés que te acompañe o quién puede tomar decisiones si vos no podés tomar decisiones.

EB: Sí, incluso podés transitar la crisis en tu casa o en la casa de un amigo, en un ámbito más amigable, en un ámbito social.

C: ¿Y cómo han pensado la implementación de las decisiones anticipadas?

MB: En la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y en la Ley Nacional de Salud Mental reconocen las decisiones anticipadas. No sé cómo quedará en la reglamentación finalmente, pero la propuesta de la Dirección era considerarlas. Es un acta que se elabora entre el médico y el paciente.

SC: En un principio tienen un origen medio testamentario, y se podrían articular de distintas maneras: con el compromiso en la historia clínica de un paciente, o me imagino que podría ser hasta mediante un escribano. Termina siendo un contrato, más entre médico y paciente, pero de golpe puede llegar a tener otros alcances. En un principio sería algo así.

C: ¿Qué tienen pensado acerca del consentimiento informado?

MB: La idea del consentimiento informado la defendemos, en tanto, es un derecho de toda persona saber a qué tratamiento la están sometiendo, y poder elegir.

FA: Se tendría que informar a la gente. La enfermedad mental es un secreto, un misterio, que solamente lo saben los psiquiatras, los lugares de internaciones, y las películas que te muestran divagues. Pero nadie sabe nada, nada más se sabe lo que hay de peligro. Por eso estamos tratando de dar talleres, incluso en escuelas secundarias y primarias, y el día de mañana ser más. Para que una persona cuando está pasando por un estado pueda decir *“...ah yo recibí un taller...”* o *“...me llegó información a través de un manual...”*, que no sea un secreto médico ni un misterio, y esa persona se pueda avivar y decir: *“bueno, yo me di cuenta que cuando estoy mal voy a ver a un psicólogo y me atiendo por mi propia voluntad”*. Porque llegás con desconocimiento, no sabés nada, y no supiste nada y nunca recibiste información.

EB: Sí, la cuestión sería, no solamente atacar el estigma del padecimiento mental sino desdramatizarlo, ¿no? Y que sea

un capítulo más de la salud. Si alguien va a un odontólogo y se hace un tratamiento de conducto, nadie dice que está en tratamiento odontológico, pero si vas a ver un psiquiatra, estas full-time en tratamiento psiquiátrico. Sos una persona con tratamiento psiquiátrico, con una etiqueta que descalifica y te define además. Entonces, la cuestión es que sea algo más común, que les pasa a las personas. Y además un derecho, si tenés un problema. Estamos en el siglo veintiuno, hay recursos, aunque no hay, digamos, cura para determinados padecimientos, pero hay muchos más recursos de los que había antes: diferentes terapias, diferentes psicofármacos, el cerebro es la última frontera de la ciencia, entonces... Digo se está avanzando en eso y pensamos, que además de los Derechos Humanos, el pensamiento científico es el real aliado de cualquier cosa que se quiera hacer, en el campo de la Salud Mental. Es decir, desde las neurociencias hasta sociólogos, antropólogos, que estén trabajando en esto, ¿no? En el sentido del respeto por el problema de las personas con algún padecimiento mental. Es exactamente el problema del otro en la sociedad, el lugar de lo diferente, de lo que no encaja.

C: Otro tema que plantean en su blog es el de la *Dignidad del Riesgo*. ¿De qué se trata?

EB: Es un concepto que viene de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría, que es un movimiento social que tuvo una participación muy activa en el proceso de redacción de la Convención. Es un concepto que tiene que ver con lo que hablábamos antes: el ejercicio del consentimiento informado y también de la capacidad jurídica. Supone que en ningún momento el usuario pierde sus derechos y que puede tomar decisiones. El derecho a transitar por la vida con sus riesgos y hacerse cargo de sus cuestiones. Básicamente hay dos corrientes, una es la tendencia antigua, el viejo paradigma sostenido en la ética de la invalidez. A alguien que era un “enfermo mental”, había que protegerlo porque era un inválido. Y la otra es la ética de la confianza en sí mismo. No son ideas nuevas, son ideas que comenzaron a tomar forma en los años ‘60 y los que las empezaron a desarrollar eran psicólogos y sociólogos vinculados a los movimientos de Derechos Humanos, sobre todo en EEUU, vinculados Luther King. Particularmente lo que se llamó Movimiento por la Vida Independiente, que era un movimiento de personas con discapacidad motriz que reivindicaba los derechos de estas personas a concurrir a la universidad, porque había todo tipo de obstáculos físicos. Ahí se generó un movimiento y pudieron acceder a la Universidad. Pero junto con ello nació un conjunto de ideas, una narrativa que trascendía el problema de la discapacidad motriz y se extendía a cualquier persona que tuviera cualquier tipo de obstáculo social para el ejercicio de una vida productiva, plena o independiente, como decían ellos. Entonces se fue desarrollando la idea de *Dignidad del Riesgo*, que implica un grado de autorresponsabilidad, de hacerse cargo de los propios problemas.

MB: Porque parte de la idea también es que todas las personas tomamos decisiones en base a cierta posibilidad de error. Entonces asumir que toda decisión tiene una probabilidad de estar errada y es tomada en una situación, en un momento, en un contexto, con determinadas posibilidades, obstáculos y con los riesgos que tiene. Parte de esa base y de que todos tenemos el mismo derecho, que todos podemos ejercerlo y asumirlo. Ahora, en el caso que hubiera mayores dificultades en este contexto, ahí es donde aparece esta idea de la toma de decisiones con apoyo. La misma supone que no se pierda la dignidad del riesgo de tomar las decisiones, pero proveer de los apoyos necesarios para contrarrestar los obs-

táculos del entorno para tomar alguna decisión. Por ejemplo, está la idea del asistente personal, cuya consigna es respetar las decisiones aún pensando que son equivocadas. Cuando hacés comparaciones con otros problemas de salud, que no tienen que ver con la Salud Mental, aparecen más claramente los prejuicios. Ante la posibilidad de tratamiento por un cáncer una persona dice a un tratamiento sí y a otro tratamiento no. Independientemente de las consecuencias que eso tenga, puede elegir. Si hay un tratamiento que el médico piensa que es más efectivo, el paciente puede elegir que sea otro y se lo respeta. ¿Por qué no llevar esa misma lógica y ese mismo pensamiento a un tratamiento psiquiátrico?

EB: La idea es establecer una relación democrática entre personal y usuario. Que el usuario pueda intervenir en la elección de terapias. Finalmente está todo relacionado con el consentimiento informado y la capacidad jurídica.

C: ¿Y cómo piensan el diagnóstico? Porque para nosotros es una cuestión difícil. No sabemos si para los usuarios es necesario, en la medida en que uno lo piensa desde sus categorías. Creemos que en algunas circunstancias puede ser violento dar un diagnóstico, y en otras no darlo puede ser perjudicial también. Ustedes plantean la construcción conjunta del diagnóstico. Ahora bien, ¿qué peso tiene para ustedes el diagnóstico?

FA: Para mí el diagnóstico les sirve nada más al psiquiatra y al psicólogo. Me puede servir a mí para obtener una pensión, un beneficio y poder dedicarme al arte, estoy en el Frente de Artistas. Hay pacientes, porque hay personas que no se consideran usuarios, se consideran pacientes, que dicen "yo soy crónico, yo tengo tal enfermedad mental", reconociéndose ellos ahí, identificados, como cuando la gente del hospital te pregunta de dónde son y contestan el servicio al que pertenecen. Yo digo "vos no sos del servicio 14, vos sos de tu barrio, decile donde vivís", porque me da bronca, son de ahí, pertenecen como si no fueran a salir más. Y me gustaría agregar algo más en relación al diagnóstico. Por ejemplo en el Hospital Borda, yo creo que empecé a hablar cuando me fui de alta, después de un año recién pude ir diciendo lo que me iba pasando, recién cuando estuve afuera. No había una charla de entrada en la que me dijeran "mirá, acá vas a estar tres meses, vas a tomar una medicación, en tres meses vas a estar en tu casa". Uno llega a un psiquiátrico, a una internación, pensando que va a estar toda la vida porque ve gente que está de por vida ahí. Voy a contar una cosa personal que pienso yo, entre realidad y no realidad, ¿sé que es una locura? Y si cuento eso, ¿qué me va a costar? ¿Más medicación, más tiempo acá? Entonces, ¿cómo vas a elaborar un diagnóstico si no tenés información de lo que le está pasando a una persona? Por el mismo sistema, que es un sistema autoritario en el que no hay muchos privilegios de libertad.

EB: Yo pienso diferente, yo pienso que el diagnóstico de cualquier patología es importante para el tratamiento. Dentro del tratamiento, y si pensamos en términos de un pacto democrático entre el médico y el usuario, parece obvio que el paciente tiene que, por lo menos, intervenir en elaborar su diagnóstico. Porque además yo sé que el diagnóstico es complicado para los médicos en Salud Mental, hay muchos errores, se tarda mucho en decidir cuál es el diagnóstico adecuado y, en consecuencia, en avanzar en una terapia exacta, y eso a veces agrava la situación. En mi caso yo me hice mi propio diagnóstico. Leí un libro de un francés que es psiquiatra y antropólogo, se llama: "*Genio y Locura*"; por algo compré ese libro... y cuando estaba más o menos por la mitad me di cuenta que eso era lo que tenía yo. Entonces fui al hospital, a la admi-

sión y me empezaron a preguntar por los síntomas. Entonces le digo a la admisor: sí, sí, sí, pero lo que yo tengo es tal cosa. Una tipa bastante interesante, después nos conocimos, primero me hace una sonrisa y dice "*pero el diagnóstico lo hacemos los médicos*". ¿Qué médico?, le pregunto. "Yo", me contesta. Entonces le cuento que leí el libro, que me pasó tal y tal cosa. De a poco la cara se va transformando y me dice: "*bueno... puede ser que tengas razón*". Ahí mismo me admitieron con mi diagnóstico y me empezaron a tratar de acuerdo al diagnóstico que yo me había hecho. O sea, pienso que es algo posible. Si se difunde, si los usuarios quieren, si existen los recursos para que sea por lo menos manejable, la situación cambiaría, la vida de los usuarios cambiaría.

MB: Cuando estábamos leyendo la ley veíamos que la reglamentación incluía como condición que no se estanque en el tiempo, que tenga una revisión, que esté hecho por más de una disciplina, que contemple estudios médicos previos. Sobre todo en eso Alicia hacía mucho hincapié porque ella pasó por muchos diagnósticos. O mismo una persona que está declarada insana, que en la medida en que esa insania no se revisa quita toda posibilidad de cura, de recuperación. Bueno, ahora con la ley eso tiene que ser distinto.

C: Como para ir terminando ¿nos cuentan un poco del Pink Freud que organizaron? Nombre llamativo, cautelante...

EB: Fuimos a dar un taller y vimos un cartel de una agrupación que hacía precisamente un Pink Freud Festival. Nuestra idea era tomar un nombre que tuviera que ver con el prefijo *psi*, pero que fuera algo que también pusiera el énfasis en la alegría de vivir y en cambiar la imagen de la locura. Las imágenes de la locura generalmente tienen que ver con los cuadros de Munch y ese tipo de cosas. Nosotros queremos transmitir otra imagen, poniendo el énfasis en la recuperación, en lo lúdico y la alegría de vivir. Entonces fue surgiendo, concebido también como un encuentro de usuarios, para conocernos, para hablar; como se hacen fiestas de cualquier otro tipo, pero de usuarios. No exclusivamente, pero sí centrada en ellos. Se hizo acá, vinieron cien personas: la Asamblea de Usuarios de Rosario, el Frente de Artistas, la Colifata, se hizo una choricada generosa y participaron diferentes grupos artísticos, desde folklore hasta rastafaris, había una diversidad cultural notable. La idea es hacerlo una vez por año, después si somos más y hay más recursos veremos, pero que tenga una periodicidad, que sea un festival que se haga con determinada frecuencia.

FA: Además la gente cuando se va de una internación ya perdió las amistades, los vínculos, por eso estuvo pensado para hacerse de un grupo. Gente que se vaya conociendo, que se quede y capturar usuarios también.

MB: Tuvimos el apoyo de Hospitales, Centros de Salud, Casas de medio camino, gente conocida de juzgados, de todos lados; nos quedamos muy sorprendidos de la buena recepción. Y en contra de nuestro prejuicio, vinieron muchos usuarios. Ese fue todo un debate. No queríamos que se llenara de profesionales progre. Está la idea de llevar el proyecto a Educación. El año pasado con el Frente de Artistas estuvimos en Córdoba cinco días. Fuimos a dar unos talleres con respecto al Frente de Artistas y la Salud Mental, y se interesaron bastante por el tema. Y no era algo que estaba preparado como es el taller de APUSSAM.

C: Les agradecemos mucho haber aceptado realizar esta entrevista, y poder compartir la experiencia que llevan adelante.

FA: Ahora una pregunta nosotros, ¿qué son los nootrópicos?
Todos: risas.



Implicancias subjetivas de un alojamiento institucional paradójico

Evangelista, María Gabriela

Licenciada en Psicología. Residente de cuarto año de Salud Mental.

Hospital General de Agudos "Dr. E. Tornú". Período 2011-2012. [gabyevan@hotmail.com]

Fantacone, Natalia

Médica. Residente de segundo año de Salud Mental.

Hospital General de Agudos "Dr. E. Tornú". Período 2011-2012. [nfantacone@hotmail.com]

Ferraro, Mariana

Médica. Residente de tercer año de Salud Mental. Hospital General de Agudos

"Dr. E. Tornú". Período 2011-2012. [mariana_ferraro@hotmail.com]

Frainberg, Paola

Médica. Residente de cuarto año de Salud Mental. Hospital General de Agudos

"Dr. E. Tornú". Período 2011-2012. [paofrainberg@hotmail.com]

Molina, Laura

Licenciada en Psicología. Residente de tercer año de Salud Mental. Hospital General

de Agudos "Dr. E. Tornú". Período 2011-2012. [psilauramolina@yahoo.com.ar]

Palacios, María Belén

Licenciada en Psicología. Residente de segundo año de Salud mental. Hospital General

de Agudos "Dr. E. Tornú". Período 2011-2012. [mabelenpalacios@hotmail.com]

Foto: Romina Rojo

RESUMEN :: Se presenta un caso de interconsulta a Salud Mental por un paciente con diagnóstico de esquizofrenia internado en sala de clínica médica de un Hospital General, por presentar episodio de isquemia cerebral. A pesar de haber contado con el alta clínica a los pocos días de su ingreso, permaneció internado por casi dos años. Se relatan los puntos sobresalientes del trabajo institucional realizado en torno a la situación de vulneración de derechos en que se encontró por las dificultades en efectivizar una derivación a una residencia acorde a sus posibilidades, ya que no contaba con red social continente. Se reflexiona sobre la complejidad del caso a la luz de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, considerando los alcances y limitaciones del rol del equipo interconsultor. **PALABRAS CLAVE ::** Salud Mental - institucional - interconsulta - esquizofrenia - Ley N° 26.657

SUBJECTIVE IMPLICATIONS OF A PARADOXICAL INSTITUTIONAL PLACEMENT

ABSTRACT :: This study examines the case of a patient who was admitted to a general hospital because of an event of cerebral ischemia. He had been diagnosed with schizophrenia prior to his admission, and this led to interconsultation with the Mental Health Service. Even though the medical treatment had a favourable outcome a few days later, he remained hospitalized for almost two years because he did not have an appropriate social network. The main findings indicated that there was a violation of the patient's rights due to the impossibility of his transfer to a residence suitable for his needs. This work reflects on the complexity of the case under the National Mental Health Law, and goes on to consider the scope and limitations of the role of the interconsulting team.

KEY WORDS :: Mental Health - institutional - interconsultation - schizophrenia - Law 26 657

Introducción

Muchos autores para un solo trabajo, se podría pensar. Sin embargo, fuimos muchos más los profesionales que intervínimos en el caso de Omar, que se constituyó en la interconsulta más extensa, difícil y frustrante con la que nos tocó trabajar -cada equipo a su turno- en la rotación por esta modalidad de atención tan particular. Encontramos en la transmisión de esta experiencia institucional la posibilidad de que los casi dos años de trabajo sostenidos no sean sólo una anécdota que pase a través de los años subsiguientes de la residencia, sino que aporte a pensar sobre lo que aquí se puso en juego. En primer lugar lo que estuvo en juego fueron los derechos de Omar, que quedaron relegados tras infinidad de obstáculos de todos los órdenes posibles. Pasamos a relatar entonces el camino transitado, proponiéndonos a su vez reflexionar sobre las implicancias y dificultades palpables de la implementación de la nueva Ley Nacional de Salud Mental.

El caso Omar

El 28 de diciembre de 2009 llega a la residencia una interconsulta solicitada por la unidad de Clínica Médica, para evaluar a un paciente de 52 años que había ingresado a la sala, dos días previos, por presentar afasia de expresión y amnesia de 24 horas de evolución a causa de un episodio de isquemia cerebral. Dicha patología evolucionó favorablemente en las siguientes 48 horas, encontrándose el paciente en condiciones de alta clínica desde entonces. El paciente presentaba antecedentes psiquiátricos y una internación breve en el hospital Borda, motivo por el cual se solicitó la intervención de nuestro servicio.

Desde un comienzo se trabajó desde Salud Mental en equipos conformados por médico y psicólogo, como así también con el Servicio Social del hospital. Inicialmente se realizó una evaluación del cuadro clínico del paciente, se interpretó el caso como Esquizofrenia Residual, y se proporcionó tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico. Este último con Risperidona (en dosis que fue variando según cuadro clínico entre 2 y 5 mg/d), Lorazepam 3,25 mg/d, Biperideno 2mg/d, Sertralina 200 mg/d que fue rotada por Citalopram 20 mg/d.

Respecto a sus antecedentes se pudo recabar que Omar no cuenta con familiares ni red social continente. Es hijo único, su madre falleció hace diez años, quedando el paciente al cuidado de su padre quien murió en noviembre de 2009. A partir de entonces Omar estuvo en situación de calle, no pudiendo sostener el alquiler de la casa en la cual vivía. En ese mismo mes, por motivos que el paciente no pudo precisar a lo largo de las entrevistas, fue internado durante dos semanas en el Hospital Borda retirándose sin alta hospitalaria. Omar niega otros antecedentes de tratamientos psicológicos y/o psiquiá-

tricos así como internaciones. Refiere consumo de alcohol de 4 litros de cerveza al día hasta cuatro meses antes de ser internado en nuestro hospital. Es hipertenso, medicado con enalapril 10 mg/día y no posee otros antecedentes clínicos de relevancia.

Con respecto a sus estudios el paciente refiere primario completo. De sus antecedentes laborales se desprende que trabajó como cartero, repartidor de diarios y en vigilancia por 15 años, abandonando este empleo cuando enferma su padre.

Cuenta con una curadora oficial cuya intervención fue convocada por el padre del paciente previo a su fallecimiento, quien informó que su función consiste en cubrir diligencias preoperatorias únicamente.

Examen psiquiátrico: Paciente que se encuentra mayoritariamente en la cama del hospital, de aspecto desprolijo y su espacio levemente desordenado y desaseado. Vigil, orientado globalmente. Colabora pasivamente con la entrevista. Euproséxico, hipobólico. Se evidencian algunas fallas mnésicas vinculadas a sucesos de su historia vital, timia displacentera. Pensamiento de curso levemente enlentecido, discurso coherente, con pobre capital ideativo, ideas fijas de preocupación respecto a su derivación, e ideas de desesperanza en relación a la misma. No despliega ideación delirante franca aunque en un momento existieron ideas autorreferenciales de perjuicio objetivadas en empleados del banco donde realizaba trámites. Niega ideas de muerte, suicidio o auto/heteroagresión. No se evidencian durante el examen alteraciones en la sensoripercepción. Hipersomnia diurna, orexia conservada. Comportamiento motor enlentecido.

La problemática central del caso quedó instalada en torno a las dificultades para llevar a cabo el alta del paciente. En un comienzo las alternativas nos quedaban poco claras. Sabíamos por sus antecedentes y en función de nuestra evaluación que Omar no era autoválido y que requería tratamiento por salud mental. ¿Cuáles eran entonces las opciones? Ante la falta de recursos habitacionales, surgía la posibilidad de una derivación a una institución como el Hospital Borda. No conformes con esta idea, realizamos supervisiones de caso desde distintos enfoques en reiteradas oportunidades y siempre concluíamos que el hogar de residencia o casa de medio camino era el lugar indicado, no así una internación psiquiátrica.

Otra pregunta que atravesó todo el proceso de trabajo con Omar atañía a pensar cuál era nuestro rol y nuestra responsabilidad en la situación, cuáles eran los alcances y límites de la interconsulta. En paralelo al trabajo realizado puntualmente con el paciente, lo que más nos ocupó fue el intento de vincular los diferentes actores del caso en pos de su resolución dado que nos hallábamos con fenómenos de fragmentación y desimplicación a nivel individual e institucional muy

difíciles de sortear. Fracasando en reiteradas oportunidades en esta dirección nos encontramos muchas veces realizando las funciones que quedaban vacantes.

Conjuntamente con Servicio Social se tramitó un certificado y una pensión por discapacidad y se le asignó PROFE (Programa Federal de Salud), con el objeto de que contara con prestaciones que otorgaran celeridad a su derivación, entre otras. Se contactó a la curadora del paciente y al juzgado correspondiente para que ambos instaran a PROFE a asignarle un hogar de residencia. Nos pusimos en contacto con el programa Buenos Aires Presente, a la vez que con trabajadores sociales de otros hospitales, y con la Defensoría de Menores e Incapaces con el mismo fin.

Con el paciente se abordó el caso desde un enfoque psicodinámico y cognitivo conductual. Se le asignaron ejercicios de estimulación cognitiva, se le presentaron a compañeros de la sala de su mismo cuadro de fútbol para trabajar sobre su patrón de comunicación y forma de vincularse y se le propuso en reiteradas oportunidades que fuera él quien se acercara al servicio para sus entrevistas. A su vez, se intentó su inclusión en actividades de Hospital de Día, se solicitó interconsulta con Terapia Ocupacional, se trabajó con enfermería para que le recordara las actividades de cuidado personal y se solicitó a voluntarias del hospital y al cura que visitaran periódicamente al paciente, entre otras estrategias. A pesar de todo ello, síntomas de la serie depresiva (ideación de desesperanza, ruina y culpa, hipobulia, anhedonia principalmente) y de la dimensión negativa de la esquizofrenia se fueron instaurando en el transcurso de tantos meses de espera en el hospital, haciendo necesario el tratamiento anti-depresivo. En ningún momento presentó clínica compatible con una descompensación psiquiátrica aguda que justificara su internación en un hospital psiquiátrico.

Al atender el paciente desde la residencia, buscamos que la jefa de nuestro servicio tomara conocimiento del caso para darle relevancia dentro del hospital. En tanto Servicio Social no brindaba las respuestas esperadas, intervinimos en numerosas notificaciones al Juzgado y otros entes en busca de la derivación. A su vez, manteníamos contacto con los residentes de Clínica Médica así como con el jefe de la sala a quien intentábamos apelar también. Consideramos que este trabajo de articulación era parte de nuestra función de interconsultores de Salud Mental, pero a pesar de intentar diferentes estrategias, continuaban imponiéndose fenómenos de mortificación institucional y el ideal del trabajo en equipo se disolvía ante nosotros.

Una sensación recurrente en los dos años de trabajo era el sentimiento de urgencia permanente dado que pensábamos que la permanencia de Omar en el hospital revestía un carácter iatrogénico, acelerando su deterioro y posponiendo su rehabilitación. Tal como se plantea en "La interconsulta, una práctica del malestar" (Gamsie, 2009) hay ciertas inter-

consultas cuya singularidad reside en que la urgencia afecta y debe ser ubicada más del lado de los profesionales, que del lado del paciente. Sin embargo, no nos olvidábamos de la urgencia de Omar, quien transmitía constantemente la sensación de sentirse olvidado, abandonado y nos preguntaba repetidamente por su "techo". Cada uno de los profesionales que fuimos tomando el caso trabajó con la sensación de que el tiempo apremiaba, peor aún, ya que se trataba de una urgencia larvada, cronificada. Varias fueron las ocasiones en que ante nuestra desesperación, nos encontrábamos apelando y siendo voceras de las leyes de Salud Mental, en el intento de evitar que los derechos del paciente continuaran siendo vulnerados.

Ante la perspectiva de trabajo expuesta, nos parece importante resaltar que las vivencias, emociones y sentimientos que fue atravesando cada equipo interconsultor fueron secuencialmente similares. Es decir, primeramente cada uno de nosotros entendía el caso como una posibilidad de proporcionarle además de tratamiento, reinserción social a un paciente con una enfermedad mental crónica. En ese primer momento cada equipo tomaba el caso como desafío, y en algún punto descreía de la "imposibilidad" de franquear las dificultades referidas por lo equipos anteriores. Luego, a medida que se sucedían pequeñas y diarias frustraciones, el ímpetu inicial iba mermando. No dejaba de asombrarnos la falta de recursos y la pasividad de algunos sectores intervinientes, por lo que empezábamos a experimentar emociones tales como molestia, enojo, bronca; las cuales con el tiempo se iban diluyendo deviniendo en impotencia. Es así como nos identificamos padeciendo el *Síndrome de Violentación Institucional* que tan claramente es descripto en "Cultura de la Mortificación y Proceso de Manicomialización" (Ulloa, 1995).

Luego de dos años de trabajo intenso, se arribó a una resolución abrupta del caso, la cual distando mucho de nuestras expectativas, intensificó aún más nuestro malestar y el del paciente.

El 31 de agosto de este año, Servicio Social nos informa que PROFE proporcionaba una vacante en una clínica gerontopsiquiátrica privada. Esto ya había sido informado al paciente quien se había mostrado conforme con tal derivación, aguardando sin remedio su traslado para el día siguiente. Todo ello había transcurrido sin que nosotros estuviéramos al tanto. Profundamente preocupados por la derivación a un dispositivo de internación ya que considerábamos que no sólo no había criterios para la misma, sino que se trataba de una gestión que no iba en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental y no respondía a las necesidades del paciente, intentamos por todas las vías institucionales posibles frenar tal maniobra. A pesar de ello, el servicio de Clínica Médica, aún luego de enterarse sobre nuestra posición y los sustentos de la misma, la efectivizó, sin siquiera tener nosotros la posibilidad de despedirnos de Omar.

A modo de cierre

La resolución fallida del caso, nos llevó a replantearnos, por un lado, nuestro papel desempeñado como equipo interconsultor de Salud Mental y, a la vez, a reflexionar acerca de lo real y lo posible respecto de la implementación Ley Nacional de Salud Mental en un Hospital General.

Al respecto creemos que uno de los beneficios de la promulgación de esta Ley, es que se constituye en una herramienta para identificar, de modo concreto, los derechos de los pacientes y velar porque sean respetados. En este caso resultaba evidente que se estaban vulnerando, entre otros, el derecho a *“recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades”* (Ley N° 26.657, capítulo IV, artículo 7, inciso d.), así como el derecho a que *“en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda”* (Ley N° 26.657, capítulo VII, artículo 15). Esto último resulta paradójico, ya que el espíritu del artículo estaba destinado a restringir los tiempos de las internaciones psiquiátricas y, en el caso de Omar, lo que se prolongó fue su internación clínica, resultando tan perjudicial como pueden serlo aquellas. Es innegable que el hecho de salvaguardar los derechos de los pacientes no se limita a la nueva Ley; estos conceptos subyacen a normativas previas -Ley N° 448 de la Ciudad de Buenos Aires (2000), Ley N° 22.914 de Salud Pública: Internación y egreso de establecimientos de Salud Mental (1994), Código Civil de la República Argentina -Art. 482 y Art. 144- (1968). No obstante la Ley N° 26.657, al tener alcance nacional en este momento histórico particular podría ser la piedra angular que funde alguna diferencia.

Consideramos que el diagnóstico psicopatológico de Omar funcionó como etiqueta obturando las respuestas posibles, llevando implícita una presunción de incapacidad. Desde el momento mismo en que se solicitó la interconsulta quedó en primer lugar la problemática de salud mental del paciente, cuando las dificultades centrales estaban vinculadas a la imposibilidad de derivarlo a una residencia adecuada. La existencia del diagnóstico psicopatológico se tradujo en la producción de prácticas manicomializantes, aún estando

insertos en un Hospital General, ya que fue crítico para justificar la derivación a una clínica geronto-psiquiátrica, asociándolo así unívocamente al riesgo y la incapacidad.

Consideramos que la nueva ley podría constituirse como una herramienta que comience a borrar las diferencias entre salud y enfermedad mental para que el sistema comience a regirse por una lógica de derechos humanos iguales para todas las personas. En este sentido, creemos que los cambios de paradigma y, muy en especial sobre las concepciones de la locura, requieren un largo trabajo social en la modificación de las representaciones que se tienen al respecto, correspondiéndonos asumir los profesionales del campo de la salud mental un rol activo en la difusión de los principios de la ley. En la dinámica este caso, al desconocimiento de la ley se sumó la subestimación de nuestra recomendación como equipo, desestimándonos como interlocutores válidos y reproduciendo así el lugar de marginalidad que ocupa la salud mental frente al modelo médico hegemónico.

En adición a las problemáticas recién mencionadas se agregaron las dificultades concretas a la hora de implementar la estrategia que se consideró más adecuada para el paciente. Ello se debió a la carencia de recursos físicos y humanos que, si bien no debería haber sido condicionante, terminó siéndolo.

El paciente finalmente resultó institucionalizado de manera abrupta, contra su voluntad, tornándose en vano gran parte del trabajo realizado. Resultó un desalojo paradójico, en donde quedaron relegadas las necesidades concretas y subjetivas de Omar.

A pesar de los resultados adversos que consideramos tuvo este caso, creemos que debemos seguir defendiendo la importancia de reflexionar y trabajar inter y transdisciplinariamente en nuestra práctica diaria. Tomamos este desenlace como uno de los posibles escenarios con los cuales nos vamos a encontrar en este camino de transformación frente al cual no debemos retroceder. A pesar de que lo real y posible pueden distar mucho de lo ideal, tenemos que tener presente que la ley significa nada más y nada menos que un marco, un puntapié inicial por el cual seguimos apostando.

Código Civil de la República Argentina- Art. 482 y Art. 144 (1968)

Gamsie, S. (2009). La interconsulta: una práctica del malestar. Buenos Aires: Ediciones del Seminario.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2010)

Ley N° 448 de la Ciudad de Buenos Aires (2000)

Ley N° 22.914 de Salud Pública: Internación y egreso de establecimientos de Salud Mental (1994)

Ulloa, F. (1995). Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica. Buenos Aires: Editorial Paidós.

Comentario del relato clínico “Implicancias subjetivas de un alojamiento institucional paradójico”

Dr. Daniel Izrailit
Supervisor Institucional.
Supervisor de Interconsulta

Lic. M. Lucrecia Conti Gómez
Psicoanalista

La interconsulta que presentan las residentes del Hospital Tornú muestra la reiterada experiencia del padecimiento del lado del equipo interconsultor. Pongámosle nombres al padecimiento: angustia, enojo, desazón, impotencia... A diferencia del escenario de la transferencia donde el analista funciona como catalizador, aquí lo que se padece es, entre otras cosas, de la falta de ella. Para la institución, en esta particular interconsulta, el interconsultor sólo tiene un interés instrumental: que sea el ejecutor eficiente en la remoción de un obstáculo. Omar es un obstáculo a remover para el hospital porque ante todo no tiene el status de paciente en el sentido de que no habilita prescripciones ni intervenciones atinentes a su saber, y además ocupa una cama que necesitan (ambas circunstancias remiten a una racionalidad implacable dentro del Orden Médico).

El equipo interconsultor asume la representación del sujeto. Lo escucha a Omar, sostiene un contacto, quiere cosas para él y las va poniendo en práctica. Gestiona articulaciones entre servicios, trata de crear puentes entre islas. La nueva ley como bien lo señalan en el trabajo, crea condiciones pero no transforma por sí misma los paradigmas constituidos. También está claro todo lo que falta entre el enunciado de políticas progresistas, dignificantes de la condición humana y lo que se ve en las decisiones concretas que se toman, o mejor, que no se toman, que a todas luces no pasan por cuestiones monetarias sino por prioridades políticas.

El final de la interconsulta, lamentablemente, también está en el marco de lo previsible. La institución, ajena a los procesos íntimos, subjetivizantes, sigue en su lógica y cuando finalmente consigue concretar la mudanza de Omar, no estará reparando en esas “minucias” de preguntarse si es el destino adecuado para el paciente o si los residentes tuvieron tiempo para la despedida.

¿Qué implicancias prácticas, que valores emergen de este recorrido que, en un punto, es inevitablemente frustrante? La decisión de seguir apostando a hacerle lugar a todos los “Omares” que están y seguirán estando en las instituciones. Escucharlos en su singularidad y seguir queriendo cosas para cada uno de ellos. Eso crea tramas inesperadas. Y amortigua, y matiza, y replantea la vivencia de frustración.

En relación a la institución, hay que singularizar también: hay servicios más abiertos, más permeables, o sectores dentro de ellos (recordar que el hospital no es una institución monolítica, ni total, mas allá de que campee en todos el llamado discurso médico). Un ateneo, u otros espacios preexistentes (comités de bioética, grupos de reflexión, equipos interdisciplinarios, o la “simple” conversación con el clínico a cargo del paciente a modo de devolución, por ejemplo) son circunstancias, espacios, donde pueden plantearse algunas de las cuestiones aquí desplegadas, aportes que suman aunque más no sea generando un pequeño interrogante nuevo, una inquietud, a un actor de la institución, en este desencuentro de lógicas, saberes y sensibilidades con el que hay que lidiar.

Este texto propone el relato de un conflicto de lecturas y decisiones acerca del “techo” de un paciente. Distintas voces (discursos médico-legal-asistencial-psi) sugieren y proceden de acuerdo a lo que consideran son los recursos que tiene y tendrá un paciente (sus capacidades, sus necesidades, su historia, la posición que asume) y la red (social, hospitalaria, pública y privada) para darle derivación y lugar.

Una versión se escucha señalando el “te-echo” institucional, que, si se lee atentamente, no se demuestra como tal: albergar durante dos años a un paciente que ha quedado huérfano, solo en el mundo, sin patología clínica que lo amerite, y brindando equipos estables en sucesión, preocupados en armarle alguna familiaridad (voluntarios que visiten, enfermeras que cuiden, compañeros que compartan, ocupaciones que integren) ahí donde se la ha perdido... Podemos afirmar que el hospital ha servido de techo hospitalario, una embajada para Omar en el desamparo en que se ha transformado su vida. Dos años para derivar a un paciente es un lapso que puede ser leído como inoperancia, pero en este caso ha permitido al paciente residir en un hospital general donde, a pesar de todo, se lo ha cuidado. El paciente, aún con el alta, se queda. Sabemos por el texto que Omar se ha ido de otra institución sin el alta, directo a la calle. En esta oportunidad, entre el Tornú -familia armada mediante- y la calle, ha optado por el Tornú. Arduo trabajo de los residentes que escriben y del hospital que sin embargo aloja, por paradójico que resuene. Los autores del texto han escuchado lo que estaba en juego para Omar, entretejen ese objeto del que ha sido despojado, una familia que se ocupe de él entre tanto olvido. Pero esta atención no hubiese sido posible sin el espacio y el tiempo dispuesto por la institución, dando cama, comida, techo y una diversidad de profesionales que hablan de Omar.

Replantear la disputa entre servicios no debería reducirla a una denuncia entre antagonistas, grupos instituyentes versus instituidos, progresistas versus conservadores. Esa vía conduce a la impotencia y reduplica el desamparo. Sin negar las asimetrías y alteridades que suelen zanjar por el lado del más fuerte un conflicto de intereses, otra vía podría establecer mecanismos de visibilización académica del problema en el curso del conflicto a través de ateneos intrahospitalarios entre los servicios intervinientes (en pugna) para dirimir las diferencias.



Los NN en la guardia de Salud Mental: ¿un punto de llegada o de partida?

Cecilia Inés Keena

Médica. Residente de tercer año en Psiquiatría. Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca. Período 2011-2012. [colometa24@hotmail.com]

Ivana Paola Solari

Licenciada en Psicología. Residente de tercer año en Psicología Clínica. Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca. Período 2011-2012. [ivanasolari@yahoo.com.ar]

Mara Mattioni

Licenciada en Trabajo Social. Residente de tercer año en Salud Mental. Colonia Nacional Dr. Manuel Montes de Oca. Período 2011-2012. [maramattioni@hotmail.com]

Foto: Diego Israelit



RESUMEN :: El propósito fundamental de este trabajo radica en ofrecer una incipiente descripción del estado de situación de la problemática de las personas NN al interior de una institución de Salud Mental, así como el contexto macro que encuadra en la actualidad el acceso al derecho a la identidad; presentando interrogantes éticos, caracterizando la burocracia imperante y describiendo los circuitos de intervención profesional interdisciplinaria existentes y posibles. Esta propuesta de carácter exploratorio, tiene por objetivo convertir el naufragio de las personas NN en una guardia de Salud Mental en una problemática que convoque a todos los agentes de salud mental; quienes en la mayor parte de las ocasiones naufragan con los NN en la búsqueda; una búsqueda que con frecuencia adopta características artesanales e improvisadas frente al deterioro de una red formal de promoción; distanciando el punto de salida de la guardia, de tal manera que pareciera tratarse de una eterna llegada.

PALABRAS CLAVE :: Identidad - Guardia - Búsqueda - descentralización

“THE NNS AT THE MENTAL HEALTH WARD: ¿ARRIVAL OR DEPARTURE POINT?”

ABSTRACT :: The primary purpose of this paper is to offer a description of the status quo of NN individuals in a Mental Health Institution, as well as the macro context which frames the access to identity rights nowadays. Also we aim to introduce ethical questions, characterize the prevailing bureaucracy and describe the existing and possible interdisciplinary interventions. This proposal, of exploratory nature, aims to transform the situation of NN people adrift in Mental Health Emergency Departments into a problem which gathers Mental Health care workers, who in most cases, sink along with the NNs throughout the search; an oftentimes handcrafted and improvised search which faces a deteriorating formal promotion network, moving away the departure point from the emergency department in such a way that it seems to be an endless arrival.

KEY WORDS :: Identity - Emergency Department - Search - Decentralization

Iniciando el naufragio

La identidad de una persona compone un proceso que comienza antes del inicio de su vida y se prolonga más allá de su muerte, constituyéndose en una cuestión simbólica que no se agota en el dato biológico de su existencia física, sino que abarca todos los aspectos que la integran como ser humano, incluyéndolo en la trama social.

Pensar en el derecho a la identidad refiere no sólo a la inscripción de una persona en el seno de una familia y la asignación de un nombre propio, sino también su inserción dentro de una comunidad, siendo posible construir su propia historia y proyectarse socialmente en el tiempo como un ser único e irrepetible. En tal sentido, todas las culturas y sociedades a lo largo de la historia han encontrado la forma de dar cuenta ese proceso mediante marcas que expresan el reconocimiento de la pertenencia así como de la exclusión de los sujetos a una red vincular y, al mismo tiempo, de su particularidad y excepcionalidad dentro de la misma. Estas marcas sociales son el fundamento de la dimensión jurídica de la identidad.

El objetivo de la presente producción radica en ofrecer una incipiente descripción del estado de situación de la problemática de las personas NN al interior de una institución de Salud Mental, así como el contexto macro que encuadra en la actualidad el acceso al derecho a la identidad; presentando interrogantes éticos, caracterizando la burocracia imperante y describiendo los circuitos de intervención profesional existentes y posibles.

El hecho de que existan personas no identificadas, no inscriptas o indocumentadas no solo vulnera el derecho a la identidad, sino que genera las condiciones propicias para delitos tales como el tráfico de personas, la explotación sexual comercial, la apropiación ilegal; y además dificulta el acceso y la permanencia dentro del sistema educativo, a la salud y a los planes o beneficios sociales. Sin derecho a la identidad garantizado, el resto de los derechos quedan completamente conculcados.

El naufragio de los NN bajo la lupa de los medios masivos de comunicación

Sobre el inicio del corriente año, el fallecimiento del hijo de dos populares actores argentinos, ocasiono que la complejidad de las intervenciones con las personas NN en el área de Salud se transformara en una temática pública, impresión casi novedosa para la población.

El joven, un "masculino" de 36 años, ingresó a la guardia de un hospital porteño luego que personal policial recibiese una denuncia del 911 indicando que un hombre se encontraba haciendo disturbios en la calle, descompuesto y desorientado. Inmediatamente después de haber ingresado, el individuo se escapó de allí y salió desnudo nuevamente a la vía pública hasta ser reingresado en el mismo dispositivo por similar cuadro. Luego de haber permanecido cuatro días en terapia intensiva, el paciente falleció por una insuficiencia respiratoria y paro cardíaco, ingresando dos días después como NN a la morgue judicial.

Los padres del "NN", desconociendo que su hijo había fallecido, radicaron la denuncia policial por averiguación de paradero. Esto sucedió semanas después de la desaparición, cuando el matrimonio percibió que el joven, mayor de edad, no se encontraba en su residencia.

Días después, ante la falta de resultados en la búsqueda policial, el padre del muchacho hizo pública la desaparición de su hijo por medio de la prensa y la red social Facebook. Un día después se estableció que el único cuerpo NN depositado en la Morgue Judicial porteña era el de su hijo.

Como se puede discernir del relato anterior, el joven estuvo más de un mes como NN en la Morgue Judicial de CABA. Si continuaban transitando los días y nadie hubiese logrado identificarlo, el cuerpo del muchacho habría sido sepultado como NN en un cementerio porteño.

Este caso de orden público, no por ello inédito, despertó algunos interrogantes en los medios de comunicación como por ejemplo: ¿Cómo actuar cuando una persona desaparece? ¿Cómo proceder cuando se recibe a una persona sin documentación en una guardia? ¿Por qué puede fallar la identificación de un NN? ¿Cuál resulta ser el circuito por el que transitan los pedidos de paradero? ¿Las patologías mentales complejizan la búsqueda de paradero de una persona?

La identidad documentada de la reforma

Desde el año 2004 la CNMO¹ está atravesando un "Proceso de reforma del modelo de atención desde un enfoque de derechos", con el objetivo de promover buenas prácticas institucionales basadas en un modelo de rehabilitación integral, que potencie la apertura a la comunidad y que trabaje en forma flexible, participativa, personalizada, singular, con promoción de la autonomía y recupero de la identidad de cada una de las personas con padecimiento o discapacidad mental.

Uno de los ejes contemplados por el Proceso de reforma elaborado por Rosetto y De Lellis (2006) presenta "la ausencia de identidad, privacidad e intimidad" como una problemática vinculada con el modelo asilar, considerando que:

Uno de los aspectos que caracterizan la violencia que se ejerce en las Instituciones totales radica en las acciones de desposeimiento y lesiones a la identidad definidas por la utilización de uniformes, el abandono de toda referencia que conecte al interno con los lazos familiares y sociales que lo siguen ligando al exterior, el rapado de cabellos, los escasos objetos personales (incluyendo fotografías) que acompañan al interno en sus ámbitos de recreación o descanso. Se añade a ello que en muchos casos el propio interno carece de identidad conocida (NN), no esforzándose el personal empleador en investigar cuál era el nombre con que el mismo acostumbraba ser denominado. Por ello, se ha contemplado el desarrollo de diversas estrategias para revertir esta problemática, enfatizando en la recuperación de la identidad de aquellos casos considerados como NN por carecer de origen y filiación conocida (Rosetto y De Lellis, 2006, p.12)

Recapitulando, en el año 1996, previamente al inicio del Proceso de Reforma, la CNMO fue sede de un relevamiento durante 8 meses a pedido de la Dirección del Registro Nacional de las Personas, a través del cual se contabilizaron 1039 pacientes internados entre los cuales había 195 personas NN. El operativo finalizado en agosto de 1996 permitió que se entregaran 217 DNI a pacientes que lo tenían en mal estado o vencido, y 176 a personas indocumentadas, entre los cuales 42 eran NN, llegando a un total de 393 personas identificadas

documentadas. La población restante sin documentación correspondía a 153 personas, entre ellas 21 sin identificación (NN).

En la actualidad, el estado de situación respecto de las personas sin identidad acreditada ni conocida es radicalmente diferente: al 26 de agosto de 2010 se registran 9 pacientes NN -8 hombres y 1 mujer- en una institución que alberga un total de 737 personas -377 hombres y 360 mujeres- (ver anexos 1, 2 y 3).

Respecto de estas personas que aún no han podido ser identificadas al 2010, se pueden decir que 5 de 9 pacientes están institucionalizados desde hace menos de 5 años (ver anexo 4), que 3 de 9 no tienen desarrollo del lenguaje oral y padecen patología orgánica vinculada con la audición, aunque 5 de 9 poseen un lenguaje pobre (palabras sin conjugación verbal, vocabulario poco desarrollado) (ver anexo 5).

Además, resulta fundamental mencionar que el total de los NN internados en la CNMO fueron encontrados deambulando en la vía pública por personal policial, y que 5 de los 9 fueron atendidos en un hospital polivalente antes de ser trasladados a la CNMO (ver anexo 6). Respecto de su edad, 7 de los 9 ingresaron con una edad aparente entre los 20 y 30 años (ver anexo 7), y 5 de los 9 cuentan con un diagnóstico de retraso mental moderado (ver anexo 8), siendo el mismo al 3/5/2010 el diagnóstico mayoritario en la institución.

El ingreso de los NN a la madriguera

Desde el año 2004, el ingreso de los pacientes a la CNMO se efectúa exclusivamente a través del dispositivo de guardia, de carácter unipersonal y unidisciplinaria; psiquiátrica. Este profesional no cuenta con un protocolo básico de información a requerir, razón por la cual, en la mayoría de las ocasiones, las personas NN arriban a la Unidad de Evaluación y Guardia Psiquiátricaⁱⁱ, con una historia clínica abierta, compuesta por la semiología psiquiátrica al momento de ingreso, el motivo de su llegada y el de su internación. De esta manera, se "pierden en el camino" datos más que necesarios para delinear un proceso de identificación de identidadⁱⁱⁱ.

La misión central de la UEyGP, según el instructivo entregado al iniciar la rotación, es la evaluación y asistencia, y no la internación por sí misma. Más allá de impresionar una obviedad, el ingreso formal al hospital surgiría recién a posteriori de la evaluación que indicara esa intervención como la estrategia más conveniente al momento.

Dentro de los objetivos del dispositivo, uno de ellos enfatiza en procurar una resolución rápida y efectiva (externación) de los casos recepcionados con el fin de evitar la desvinculación familiar y la cronificación del paciente. Al respecto, MDRI y CELS (2008) exponen que:

Las personas institucionalizadas no reciben ni la asistencia ni la atención que precisan para poder desarrollar las habilidades personales necesarias que les permitan volverse independientes y regresar a la comunidad. Al carecer de tal apoyo, las personas pierden los lazos con sus comunidades y, con el tiempo, se vuelven más dependientes de las instituciones. Como resultado, la institucionalización custodial disminuye la autonomía personal, contribuye a la cronificación de las enfermedades e incrementa las discapacidades, y entonces resulta más difícil que estos

individuos se puedan reintegrar a la comunidad (MDRI y CELS, 2008, p. 86)

Tiempo atrás, profesionales empleados de la CNMO inquietos por la temática elaboraron un protocolo piloto, que al momento no pudo ser implementado, para que fuese utilizado en las guardias al recibir a una persona NN, de manera de facilitar la tarea de otros servicios receptores del paciente al iniciar la búsqueda.

El énfasis del protocolo mencionado, está puesto en que los factores sociales pueden ser definitorios para decidir las admisiones y las altas en los hospitales psiquiátricos: "se sabe desde hace más de treinta y cinco años, gracias a las advertencias de expertos en salud mental y derechos humanos, que determinados factores sociales son muchas veces decisivos en los ingresos y egresos de las instituciones psiquiátricas" (MDRI Y CELS, 2008, p. 43).

Del mencionado protocolo (ver anexo 9), vale destacar la especial importancia que denotan algunas aclaraciones específicas válidas tanto para el personal de guardia como para todo agente de salud que tenga contacto con el sujeto: "no realizar cambios significativos en la imagen del paciente hasta tanto se le hayan tomado las fotos", "conservar la vestimenta que el paciente llevaba puesta al momento de haberlo hallado" y "trabajar de manera articulada con el personal de enfermería de manera que se pueda registrar todo aquello que el paciente exprese verbal, gestual y corporalmente a fin de obtener la mayor cantidad de datos posibles al momento de iniciar la búsqueda". "Vidas arrasadas", publicación resultado de una investigación realizada por el CELS y MDRI (2008), agrupa estas acciones descriptas bajo la noción de "privación sensorial":

La privación sensorial es la restricción total o parcial de estímulos de uno o más de los sentidos. La privación prolongada puede exacerbar síntomas psiquiátricos o inducir daño psiquiátrico severo, y producir asimismo agitación profunda, ansiedad extrema, ataques de pánico, depresión, pensamientos desorganizados y un desorden de personalidad antisocial. El daño causado por aislamiento y privación sensorial puede resultar en una discapacidad psiquiátrica prolongada o permanente, incluyendo deterioros que pueden reducir seriamente la capacidad de la persona a reintegrarse a la comunidad después de que esté puesta en libertad (MDRI y CELS, 2008, p. 14)

La propuesta del protocolo de ingreso para personas NN por guardia surgida al interior de la institución, no sólo apuesta a colaborar fehacientemente con la recolección de datos, sino también en la concientización de los agentes de salud mental respecto de la problemática, con el fin último de promover la reducción de los plazos entre el extravío de las personas y el momento de re encuentro con su entorno socio familiar; disminuyendo así la situación de aflicción y fragilidad emocional de todos los sujetos ante las circunstancias transitadas, y asumiendo un compromiso ético profesional que evite la internación innecesaria de las personas con discapacidad mental que son asiladas para y por su protección. Al respecto, MDRI y CELS (2008):

Las autoridades admiten que entre el 60 y el 90 por ciento de las personas detenidas en las instituciones son "pacientes sociales"ⁱⁱⁱⁱ, las cuales permanecen internadas en las instituciones porque no tienen a dónde ir. Los directores

de las instituciones informaron que la mayoría de las personas institucionalizadas en los hospitales psiquiátricos podrían ser dadas de alta si se contara con los servicios y el apoyo necesario en la comunidad. Dada la ausencia de estos servicios, las personas detenidas en las instituciones tienen poca o ninguna esperanza de retornar a sus comunidades y esta gran cantidad de “pacientes sociales” mencionada hace que sea aún más difícil que las personas que necesitan de servicios urgentes de salud mental reciban la atención que se necesita (MDRI y CELS, 2008, p. 15).

La ambivalencia del círculo vicioso del paciente social, permite observar detenidamente la necesidad de estos sujetos NN de un mayor tiempo de atención personalizado en un servicio de “admisión” para reencontrar a su grupo continente, a pesar de reconocerse la iatrogénica ocupación de cama que hace involuntariamente sin reunir los requisitos necesarios para permanecer.

En relación con la internación por motivos sociales y específicamente focalizando en la búsqueda de identidad, resulta ineludible hacer referencia a la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657, la cual explicita en el artículo 15 que en ningún caso puede ser indicada o prolongada una internación para resolver problemáticas sociales. Además, en el artículo 16 inciso b de la misma legislación queda manifiesto que toda disposición de internación debe cumplir como requisito la búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y entorno familiar de las personas.

El desmembramiento del naufragio de los NN

Perder contacto con una persona allegada lleva a una situación desesperante y la primera decisión lógica es pedir auxilio a las autoridades. Empero, en la Argentina la burocracia puede sumar más angustias, especialmente considerando que los datos existentes no son compartidos inmediatamente entre jurisdicciones o despachos y la información de NN hallados, vivos o muertos, no está disponible de manera informatizada. Al nacer, a toda persona se le toman las huellas dactilares, procedimiento que se utiliza básica y teóricamente para conocer “quién es quién”. El Registro Nacional de las Personas, órgano que depende del Poder Ejecutivo, es el único organismo del país que agrupa los datos filiatorios de todos los argentinos, pues es el encargado de otorgar el DNI obligatorio y gratuito. Además, cada provincia cuenta con un registro que depende de la policía correspondiente. Identificar a los NN lo antes posible, es una obligación que no sólo corresponde a la policía. Muchas veces los juzgados libran oficios y al obtener respuesta negativa abandonan la búsqueda.

Ante la necesidad de identificar una persona NN, el proceso habitual es una comparación por fichas dactiloscópicas, pudiendo surgir diferentes inconvenientes como los causados por las deficientes condiciones de las yemas de los dedos – como ocurrió con el caso público mencionado por su afición a tocar la guitarra-, o la ausencia del ingreso de la ficha de esa persona a la base de datos que empezó a digitalizarse recién hace poco más de una década.

Sin embargo, más allá del proceso de digitalización en curso, Acuña y Bulit dicen:

A lo antedicho se debe agregar la conflictiva trama que

caracterizó históricamente el reparto de responsabilidades entre niveles de gobierno en la Argentina. Desde los conflictos por las rentas aduaneras que marcaron los primeros años de la organización nacional hasta las más recientes disputas por los fondos de coparticipación federal, la potestad y el reparto de los tributos han ocupado el centro del debate entre los diferentes niveles de gobierno. La organización federal de la Argentina se caracteriza por descansar sobre un fuerte predominio provincial. De acuerdo con la Constitución Nacional, las provincias conservan todo el poder no delegado al gobierno federal y el que expresamente se hayan reservado por pactos especiales (Acuña y Bulit, 2010, p. 41).

Precisamente en agosto de 2009, ingresó en la Cámara de Diputados un proyecto para crear un Registro Federal de Información de Personas, que proponía centralizar las búsquedas de desaparecidos y entrecruzar datos sobre NN hallados en todo el país. El proyecto de creación de un Registro Federal en el ámbito del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de La Nación tenía como objetivo:

Centralizar, organizar, entrecruzar y difundir la información de todo el país, en una base de datos sobre personas de quienes se desconozca el paradero, así como de aquellos que se encuentren en establecimiento de atención, resguardo, detención o internación en todos los casos en que se desconociesen sus datos filiatorios o identificatorios y de aquellas que fueran localizadas, vivas o muertas, así como también asistir en las investigaciones judiciales referidas a la identificación de personas vivas o muertas y al extravío y la desaparición de personas (Acuña, 1999, p. 3).

A pesar de la coherencia y pertinencia que parecería denotar la propuesta, al momento no fue tratada y, dado que su autor, el legislador Hugo Acuña finalizó su mandato en diciembre, impresiona dificultoso que prospere. Así, a pesar de existir desde el 2003 un Registro Nacional de Menores extraviados, hallar en Argentina a una persona adulta, y en este caso además discapacitada, continuará tratándose de una tarea artesanal y fortuita. Acuña y Bulit dicen:

Uno de los ejemplos de recetas universales aplicadas durante los años noventa que impactaron en toda la política pública, y por ende, también en la cuestión de la discapacidad, es el de la descentralización de políticas y la gestión pública en los ámbitos sub nacionales. A la descentralización en general se la planteó como opuesta a la centralización. La forma en que se estableció esa receta universal perdió de vista que para poder descentralizar de modo eficaz y eficiente, para incidir significativamente en la profundización democrática y lograr un manejo responsable de los recursos públicos, se debe tener claro qué mantener centralizado y para qué. Centralización y descentralización no son opciones contrapuestas sino dos procesos, dos funciones, que deben articular un equilibrio dinámico entre los subsistemas y elementos que componen nuestras sociedades. Es evidente que, si se descentraliza, deberán redefinirse las funciones centralizadoras, pero esto no supone que se las deba abandonar o debilitar (Acuña y Bulit, 2010, p. 42)

De esta manera, se puede ver como no se logra arribar a una genuina articulación entre procesos descentralizadores y fun-

ciones centralizadoras. Las funciones que deberían mantenerse centralizadas para asegurar tanto el alcance de los objetivos perseguidos en el plano local, como el mantenimiento de la integridad de sistemas sociopolíticos nacionales no están pautadas con claridad.

“En suma, desde una perspectiva histórica, se observa un contexto institucional que ha obstaculizado una política pública para la discapacidad orientada hacia el reconocimiento de derechos, con integralidad de criterios e implementación coordinada” (Acuña y Bulit, 2010, p. 43).

Otorgándole identidad al naufragio

Como se ha intentado transmitir, la problemática de las personas NN y la evaluación de su ingreso, así como la admisión misma, a dispositivos de Salud Mental, resulta complejo de abordar. Considerando a) el carácter deficitario del sistema público en relación a la política pública vinculada con los NN y la consecuente burocracia no resolutoria; b) la desinformación de los ciudadanos, incluidos los agentes de salud mental, respecto de los circuitos de búsqueda de paradero o identificación de una persona; c) la dificultad de las personas NN con padecimiento mental para comunicar datos básicos orientadores a los agentes de salud y/o judiciales, e incluso; d) la falta de claridad respecto de las incumbencias profesionales en el abordaje de personas NN y la correspondiente búsqueda de identificación, se puede esbozar que queda un largo camino por recorrer.

Desde la ética profesional, emergen también un sinnúmero de dilemas que oscilan entre dos posturas extremas:

- enfrentar las deficiencias burocráticas del sistema público empleador respecto de la problemática de las personas NN en salud mental, embanderando subjetividad heroica, o
- naturalizar las prácticas profesionales bajo este sistema deficitario que limita a un alto porcentaje de sujetos en el ejercicio de su derecho a la identidad, y por ende su condición de ciudadano

No obstante sendas modalidades extremas de encarar una práctica profesional, resulta fundamental que se pueda concientizar a los agentes de salud mental respecto de la magnitud que adquieren las intervenciones al

tratarse los pacientes de personas NN; recordando que, agotadas todas las posibilidades del deficitario sistema, cualquier profesional se encuentra en condiciones de solicitar al juzgado correspondiente una inscripción judicial de nacimiento fuera de término, garantizándole al sujeto con el cual se actúa la posibilidad de acceder a sus derechos. Según Acuña y Bulit:

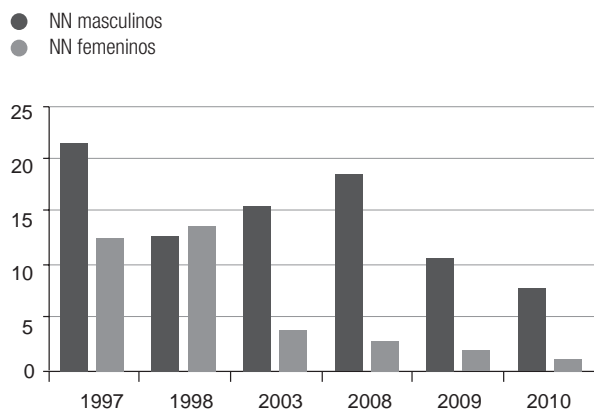
La información es un tema estratégico para el conjunto de procesos a los que nos referimos. Además, no está sólo ligado a la eficacia y eficiencia estatal sino a la transparencia de la gestión pública. Por supuesto que a veces existen competencias intra burocráticas, tensiones en el proceso de integración dentro del Estado y entre éste y la sociedad civil. Sin embargo, para fijar correctamente prioridades es necesario reconocer que la magnitud que se enfrenta en relación con el problema de la producción e institucionalidad de la información diferencia este caso en forma sustancial de otras sociedades latinoamericanas (Acuña y Bulit, 2010, p. 44)

Al llegar a este punto de inflexión se presentan nuevos dilemas éticos como: ¿cuándo se considera que la búsqueda está agotada? ¿Es posible que el profesional promueva dicha búsqueda? ¿A qué profesional le corresponde la promoción de la búsqueda? Al situarse el profesional en el privilegiado punto de partida del naufragio de un NN, ¿cuál opción es considerada menos perjudicial para un sujeto? ¿Una extensa búsqueda que promueva la posibilidad de que la identidad de alguien sea acreditada? o ¿una pronta inscripción judicial fuera de término que garantice accesibilidad a los derechos y evite los circuitos burocráticos? Sea cual fuere el camino que cada profesional elija transitar, la conclusión fundamental de la propuesta radica en convertir el naufragio de las personas NN en una Unidad de Evaluación y Guardia de Salud Mental en una problemática que convoque a todos los agentes de salud mental; quienes en la mayor parte de las ocasiones naufragan con los NN en la búsqueda; una búsqueda que con frecuencia adopta características artesanales e improvisadas frente al deterioro de una red formal de promoción, distanciando el punto de salida de la guardia, de tal manera que pareciera tratarse de una eterna llegada.

Anexo 1

Composición de la población NN internada entre 1993 - 2010

Fuente: Archivo y estadística CNMO 2010



Anexo 2

Composición de la población internada en la CNMO (1993-2010) en función de la situación identitaria

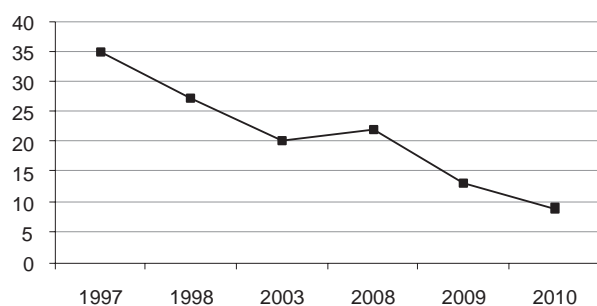
Fuente: Archivo y estadística CNMO 2010



ANEXO 3**Pacientes NN internados en la CNMO (1993-2010)**

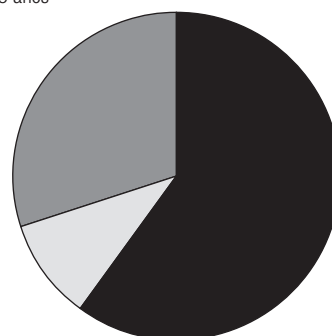
Fuente: Archivo y estadística CNMO 2010

■ Cantidad de pacientes NN

**ANEXO 4****Tiempo de permanencia en la institución de los pacientes NN internados al momento, desde su ingreso hasta la actualidad**

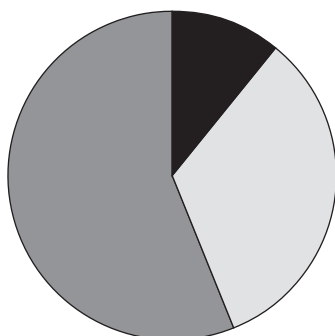
Fuente: Archivo y estadística CNMO 2010

- 1 día - 5 años
- 5 años - 10 años
- 10 años - 15 años

**ANEXO 5****Desarrollo del lenguaje de los pacientes NN internados actualmente en la CNMO**

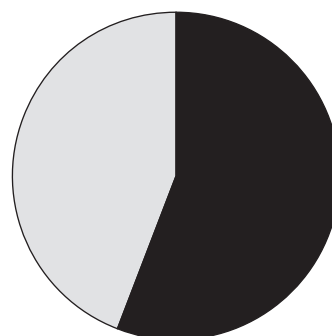
Fuente: Archivo y estadística CNMO 2010

- Tiene desarrollo del lenguaje oral
- Tiene un desarrollo del lenguaje oral pobre
- Tiene desarrollo del lenguaje oral

**ANEXO 6****Pacientes NN internados al 2010, que fueron derivados a la CNMO desde un Hospital polivalente**

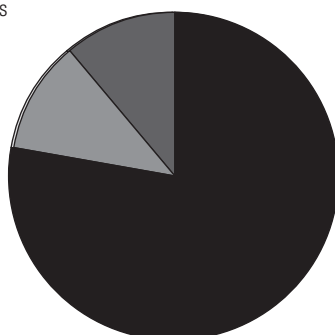
Fuente: Archivo y estadística CNMO 2010

- Sí
- No

**ANEXO 7****Edad aparente al momento del Ingreso de los pacientes NN internados al 2010 en la CNMO**

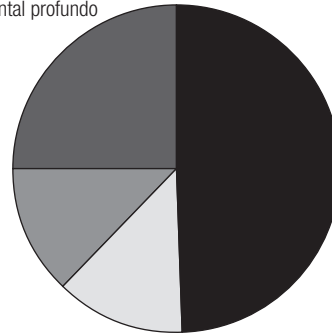
Fuente: Archivo y estadística CNMO 2010

- 18 a 30 años
- 31 a 40 años
- 41 a 50 años
- 51 a 60 años

**ANEXO 8****Diagnóstico de los pacientes NN internados al 2010 en la CNM**

Fuente: Archivo y estadística CNMO 2010

- Retraso mental leve
- Retraso mental moderado
- Retraso mental grave
- Retraso mental profundo



ANEXO 9

**INFORME DE INGRESO PACIENTES
SIN IDENTIDAD ACREDITADA (N.N.)**

APELLIDO Y NOMBRE:

SEXO:

H.C.

FECHA INTERNACION:

TRAIDO POR:

JUZGADO:

EDAD APARENTE:

ESTATURA:

PESO:

TEXTURA FÍSICA:

COLOR DE OJOS:

COLOR DE PELO:

CICATRICES O SEÑAS PARTICULARES:

TATUAJES:

VESTIMENTA:

ASPECTO:

HIGIENE.

PERTENENCIAS SI NO Detallar:

DATOS PERSONALES: (para preguntar al paciente)

APELLIDO Y NOMBRE:

EDAD:

DOMICILIO:

NOMBRE DE FAMILIARES

(madre, padre, hermanos, referentes)

ASPECTO FÍSICO:

DATOS SOBRE EL HALLAZGO E INTERNACION:

(para preguntar a la persona que acompaña al paciente en la internación)

LUGAR DONDE FUE ENCONTRADO (especificar lo mas preciso posible calles, Sitio publico, medio de transporte, etc)
FECHA

SITUACIÓN EN QUE FUE HALLADO:

VESTIMENTA QUE TENIA EN ESE MOMENTO: (conservarla)

INFORMACIÓN QUE HAYA APORTADO DESDE EL

HALLAZGO HASTA LA INTERNACION:

**GUIA DE OBSERVACIÓN Y REGISTRO
PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA**

HABITOS EN EL MOMENTO DE LAS COMIDAS:

(Utilización de utensilios, permanencia en la mesa)

Necesidad de registro diario.

HABITOS EN EL ASEO:

ACTIVIDADES QUE SOLICITA REALIZAR:

DATOS QUE APOORTE SOBRE FAMILIARES:

DATOS QUE APOORTE SOBRE SU VIDA COTIDIANA:

NOTA: No realizar cambios significativos en la imagen del paciente hasta tanto se le hayan tomados fotos.

INFORMACIÓN PARA PUBLICAR

NOMBRE: (aquí habría que consignar el nombre de la HC y como dice llamarse el paciente o si no puede decir su nombre)

FECHA DE INGRESOS A LA INSTITUCIÓN:

ESTATURA:

EDAD PACIENTE:

SEÑAS PARTICULARES (cicatrices, tatuajes, lunares, etc).

En la parte de la pagina web, donde se publiquen las fotos de los N.N. habría que consignar los días y horarios en que la familia puede concurrir a la institución, donde presentarse (Servicio Social), y documentación que debe traer (DNI del paciente y de la persona que concurre, denuncia de desaparición de la persona si la tuviere, partida de nacimiento si la tuviere.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Acuña, C. y Bulit Goñi, L. (2010). Políticas sobre la discapacidad en la Argentina. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Acuña, H. (1999). Proyecto de la Ley sobre la creación del Registro Nacional de Personas Adultas Extraviadas – RENAPAE - en el ámbito del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos. Buenos Aires: Honorable Congreso de la Nación constatando que, en la Honorable Cámara de Diputados, Nº de Expediente 0403 – D – 2008.

Achával, A. (2007). Concepto de la enfermedad mental y la insania. Criterio de incapacidad civil. Buenos Aires: Conferencia pronunciada por el Académico Correspondiente en la Academia de Ciencias de Buenos Aires, acto organizado por el Centro Interdisciplinario de Investigación Forense.

Foucault, M. (2008). Enfermedad mental y personalidad. Buenos Aires: Paidós.

Ley Nº 1.156 Sancionada: 16/10/2003, promulgada

mediante Decreto Nº 2130 del 10/11/2003 y Reglamentada mediante Decreto Nº 1.760/004 por medio de la cual se crea el "Registro de Búsquedas de Personas Adultas con Padecimientos Mentales y Adultos Incapaces"

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones Nº 26.657, publicada el 03/12/2010. Buenos Aires. Argentina

Ley Nº 25.280 Convención Interamericana sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con Discapacidad. Convención aprobada en la ciudad de Guatemala, el 7 de junio de 1999. La ley fue aprobada por las cámaras legislativas a nivel nacional el 14 de septiembre de 2001.

MDRI y CELS. (2008). Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Rosetto J. y De Lelis, M. (2006). Proceso de reforma en un establecimiento asistencial perteneciente a la administración pública. Buenos Aires: Ponencia del XIV Congreso de Neuropsiquiatría y Comunidad.

NOTAS:

1. Colonia Nacional Montes de Oca

2. De aquí en adelante UEyGP.

3. "Debe recordarse que las leyes de nuestro país no admiten los NN cuando de relaciones de derecho se trata, son personas y uno de los atributos de la personalidad es la identidad, el nombre y el apellido. Por ello, la pregunta ineludible de comienzo será sobre la identidad del examinado y no sólo la mecánica solicitud del documento correspondiente. La ubicación de su persona en su mundo circundante, mediante fecha de nacimiento, pueblo o ciudad, país, convivientes o vecinos de relación, ocupación principal y secundarias, condiciona el camino posible a seguir" en (Achával, 2007, p. 123)

4. Pacientes sociales es el nombre que los funcionarios y profesionales les dan a las personas que no tienen familias que las contengan y que permanecen internadas como consecuencia de la falta de recursos en la comunidad (Acuña y Bulit, 2010, p. 13)



YO ESTUVE EN...

Del valle de punilla a la línea sur (de la colonia a la comunidad, relato de una experiencia)

Carolina Viarengo

Médica. Residente de tercer año del Hospital
Colonia Santa María. Santa María de Punilla,
Córdoba. Período 2011-2012
[carogelb@gmail.com]



RESUMEN :: Relato de la experiencia de pasantía en el modelo rionegrino de salud mental comunitaria a través de la rotación en hospitales generales de tres localidades –Sierra Colorada, Los Menucos, Maquinchao- de la zona sanitaria cinco de Río Negro. Como residente de tercer año de la especialidad Psiquiatría en el Hospital Colonia Santa María (departamento Punilla, Córdoba), y en el marco de las modificaciones de la nueva ley provincial cordobesa de salud mental. Impacto de la experiencia y algunas conclusiones.

PALABRAS CLAVE :: experiencia - salud mental comunitaria - línea sur Río Negro - Hospital Colonia Santa María

FROM THE VALLEY OF PUNILLA TO THE SOUTHERN LINE (FROM THE COLONY TO THE COMMUNITY, THE ACCOUNT OF AN EXPERIENCE)

ABSTRACT :: An account of the internship experience in the Rio Negro's Community Mental Health model, through the rotation in general hospitals of three towns -Sierra Colorada, Los Menucos, Maquinchao- in health area number five of that province. As a third year resident in Psychiatry at Colonia Santa María Hospital (Department of Punilla, Córdoba) and in the context of changes due to the new provincial mental health law. Impact of the experience and some conclusions.

KEY WORDS :: Internship Experience - Community Mental Health - Southern Line Rio Negro - Hospital Colonia Santa María

En el año que ingresé a las residencias provinciales (2008) se inauguraba en Córdoba la desaparición de la RISAM (Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental), y sólo ingresábamos, a través de un nuevo organismo capacitador dependiente del Ministerio de Salud de Córdoba (la Escuela de Especialistas), *médicos*, para ser formados como especialistas en psiquiatría. O sea, no era ya una residencia interdisciplinaria, con todas las modificaciones curriculares que ello supondría.

Convencida de que sólo se puede trabajar en salud mental desde la socialización de los múltiples saberes de todos los integrantes de los grupos humanos y *en y con* la comunidad, así como con la fuerza motriz que cada día obtenía del *hastío* que genera la institución psiquiátrica monovalente, comencé a buscar *alternativas* allá por agosto de 2010. Propuse una pasantía a la Coordinación de Salud Mental de Río Negro por sus antecedentes en el modelo desmanicomializador y comunitario de trabajo, siendo mis justificativos el cursado en tercer año de mi residencia de la materia 'Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria', así como mi inquietud particular y la inminente sanción de la nueva ley de Salud Mental en mi provincia y en el país. Fui aceptada y asignada a tres hospitales de la Zona Cinco, *línea sur* como le llaman los rionegrinos, e inmediatamente avalada por la Dirección del hospital en que me desempeño, el Comité de Capacitación y Docencia, y el coordinador del posgrado, quien hace las veces de instructor de residentes por no existir ese cargo.

Tres localidades, un mes para rotar por las tres, diez días en cada una; allá partí en febrero de 2011, Sierra Colorada, Los Menucos y Maquinchao, particularísimas y diferenciadas como lo es toda comunidad mirada desde cerca. Todas fundadas con la llegada del ferrocarril a principios del siglo XX, la mayoría de sus pobladores son descendientes de mapuches o de árabes, dedicados a la actividad ganadera ovina y al tejido y la extracción de piedra laja, en términos generales.

Introduzco brevemente las características que hacen la diferencia con el modelo actualmente presente en mi provincia, que por ello me fueron impactantes al inicio de la pasantía, y que derivan de la *ley provincial 2440* ("Ley de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental") sancionada en 1991 tras varios años previos de práctica (desde la restitución de la democracia): se parte de reconocer a la Salud Mental como la *quinta clínica básica*, así como de la *promoción laboral* (es un derecho y un recurso terapéutico) como *fin último de todas las acciones de salud*. Descentralización y desmanicomialización, con la clara perspectiva de que la tarea de recuperación del sufriente mental no es privativa de unos pocos especialistas, sino de *la sociedad en su conjunto*. Las personas que hacen uso del servicio de Salud Mental son llamadas *usuarios*, y no pacientes, pues tienen un papel protagónico no pasivo, con la responsabilidad de su propia recuperación. Además se habla de *crisis*, o sea, situaciones puntuales y no enfermedades crónicas e irremediables, que todos en cuanto humanos las atravesamos en



algún momento (nadie está exento), y toda crisis debe *contenerse*, primer paso ineludible para luego iniciar cualquier proceso terapéutico. Ése es el concepto de urgencia en salud mental comunitaria. Las 32 actividades que desempeña el servicio están agrupadas en una lista codificada, en cinco conjuntos diferentes que incluyen desde la actividad asistencial individual, la grupal, la institucional, la comunitaria -visitas domiciliarias no asistenciales, promoción cultural y laboral en cooperativas y empresas sociales, acompañamiento domiciliario-, hasta la internación y todo lo que ella implica (atención, revinculación, acompañamiento, etc.), *última* en la lista (congruente esto con la legislación –“la internación es el último recurso...”–). Las internaciones pueden ser domiciliarias, y si son hospitalarias lo son en *salas generales, lo más breve posibles* (se prevé lo justo y necesario hasta se resuelva la crisis) evitando la marginación y consecuente cronificación. Otra clara evidencia del amplio enfoque de salud (y no de enfermedad) es la nomenclatura diagnóstica: se utiliza la “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud” (CIE-10) de la OMS como en todas partes del mundo, pero son de igual y frecuente uso tanto los capítulos XIX: “Violencia Familiar”... (X00-X99) o “de las X”, XXI: “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud” (Z00-Z99) o “de las Z” ((causas socioambientales), como el archiusado -y **únicamente** fotocopiado y presente en nuestras salas del manicomio- Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99) o “de las F” (enfermedades psiquiátricas, bah). Cada hospital se encarga de las visitas a los pobladores de los puestos rurales de su zona de influencia, sea domicilio por domicilio, con recorrido de grandes distancias campo traviesa, o en los puestos sanitarios que existen en algunos de los parajes rurales, con control de enfermedades ya diagnosticadas, control de tensión arterial, entrega de leche, provisión de medicamentos, y registro canino así como provisión de antiparasitarios para el control de la hidatidosis. Para algunos, es el único contacto con el sistema de salud en mucho tiempo, así es que los agentes sanitarios aprovechan el momento para indagar sobre distintos indicadores de salud. Es de alta prevalencia el *consumo de alcohol* abusivo, social y culturalmente aceptado sin que esto suponga un problema, así como sus *consecuencias* clínicas, y la *violencia intrafamiliar*. Se trata de sociedades altamente machistas y endogámicas, con escasa locuacidad, instruidos pero poco acostumbrados a la expresión de sus sentimientos y emociones. Los pobladores acostumbran el éxodo (en verano al campo para la esquila, en invierno al pueblo), y los jóvenes cada vez más marchan hacia centros urbanos de mayor importancia (Bariloche, General Roca, Viedma) al encuentro de mayores opciones de estudio o trabajo. Alta incidencia de suicidios, en particular por ahorcamiento, asociados, según pude observar, a cierta predisposición melancólica de la población por no poderse proyectar a futuro. Existen escuelas primarias y secundarias en las tres localidades, así como extensiones áulicas de algunas carreras terciarias, y residencias donde se alojan durante el año lectivo los alumnos oriundos del campo. De gran fuerza es la presencia de las iglesias evangélicas, que ayudan como institución a la contención de los usuarios, sobre todo alcoholistas, con duraderos resultados. Las interconsultas psiquiátricas se realizan en centros de mayor complejidad, correspondiendo el hospital de General Roca para las dos primeras localidades y Bariloche para la tercera, y a veces se arman *patrullas de psiquiatría* que recorren la línea.

Sierra Colorada es una localidad de mil seiscientos setenta habitantes, su denominación la dan dos pequeñas lomas rojizas que cortan la estepa, se llega a ella desde San Antonio Oeste hacia el oeste, por pavimento, siempre de noche o de madrugada (las localidades de la línea sur son localidades *de paso* sobre la ruta nacional 23 entre Bariloche y Viedma, lo que implica horarios *de paso* para el transporte público). El **Hospital Dr. Adolfo Feintuch** es un hospital de nivel tres, con trece camas en total, incluidas de parto y niños. Allí el equipo de salud mental tiene como único efector una licenciada en Psicología, que trabaja íntimamente con los agentes sanitarios del servicio de APS (atención primaria de salud o salud rural). Pude, estando allí, participar de un micro radial que se realiza los lunes (media hora en la AM local), “Saludando con Salud”, con información esencial de APS, encabezado por los conocidos *avisos del poblador rural* (pues la radio de amplitud modulada es el único medio de comunicación disponible en los parajes

rurales); además de integrarme a las visitas domiciliarias no asistenciales, ateneos teóricos y de revisión de casos clínicos de usuarios con todos los médicos generalistas de planta para acordar estrategias terapéuticas; salidas a los parajes rurales (una vez a la semana en la zona de influencia del hospital o área programa), atención de crisis y seguimiento interdisciplinario en internación de usuarios, entre otras. Además, participé de la reunión mensual zonal de equipos de Salud Mental de la Línea Sur, en la ciudad de Ingeniero Jacobacci, como instancia fundamental de capacitación, socialización del trabajo que se realiza en cada área programa y supervisión de casos clínicos.

Los Menucos se encuentra a 45 km aproximadamente al oeste de Sierra Colorada, y casi la cuadruplica en población. Tiene ruta directa a General Roca hacia el norte, así es que es notorio el *movimiento* en esta localidad, de gente, de vehículos, se ven más jóvenes, y es la Capital Provincial de la Piedra Laja, con lo cual es de esperar que estéticamente también sea muy particular (todas las construcciones y los edificios públicos son nuevos y con revestimiento de laja). El **Hospital Néstor A. Perrone** también es de tercer nivel y tiene único efector de SM (psicóloga) con la colaboración permanente de Servicio Social y agentes de APS, con la próxima incorporación de Operadores en SM que ya han sido formados y aguardan su nombramiento. Ahí participé de diferentes actividades en el *Centro Periférico de Salud* con la efectora del servicio, agentes sanitarios y comunidad en general (huerta, asambleas, control psicofarmacológico y entrevistas individuales), que actualmente funciona como una especie de centro de día con la permanente colaboración de gente del INTA y vecinos; y en el *hogar municipal de ancianos Lancay-Ruca* (gimnasia, lectura de leyendas). La *distribución del tiempo durante el horario de trabajo* también es evidencia de la aplicación de la ley 2440: no más de una hora-hora y media (de las siete a cumplimentar) dentro de la institución, y las restantes de acá para allá por la comunidad, (¡yo feliz!) en bicicleta.

Maquinchao es la tercera localidad en que estuve, Capital Provincial de la Lana, pude conocer la fiesta de la Lana y la exposición de lanares y producciones artesanales pues coincidió con el período de rotación. Es una localidad con un clima aún más árido y desfavorable, se accede a ella sólo por caminos de ripio (tanto desde el este como desde el oeste, el pavimento de la ruta 23 llega hasta Los Menucos), y su población estable es intermedia entre las que poseen los otros dos pueblos, aproximadamente 3000 habitantes. En el **Hospital Rural Dr. Orencio Callejas** de Maquinchao, por ser *sede de residencias*, tuve la posibilidad de compartir mi estadía y trabajo con una residente de salud mental comunitaria, psicóloga, además de la coordinadora del servicio (también psicóloga, aunque antes lo era una operadora en salud mental, evidenciando la horizontalidad del sistema). Las visitas rurales son a *centros sanitarios* de parajes cercanos (El Caín, Pilquiniyeu, Aguada de Guerra), por lo que van gran cantidad de profesionales en cada salida (odontólogo, agentes sanitarios, médico generalista, salud mental, asistente de odontología), y las salidas son menos frecuentes. Otra particularidad es que,

cual centro de día, y *acostumbrando a todo el plantel a la contención del usuario*, vive en el hospital por su situación judicial y social desde hace algunos meses una usuaria (con la institucionalización que esto conlleva en ella, excepciones a la regla hay siempre). Se la integra y se trabaja desde el acompañamiento a visitar a su hija, hasta que concurra a la peluquería, mantenga su higiene personal, contando para ello con la colaboración y tolerancia de la comunidad hospitalaria y en general (que es la idea). Es el único sitio donde viví dentro del hospital mismo, pues tienen una pieza acondicionada a tal fin puesto que por ser sede de residencias *es frecuente que haya rotantes* de varias especialidades. Conté con la inmediata integración al grupo de trabajadores jóvenes del hospital, con quienes hicimos recorridos a cuevas con pinturas rupestres, lagunas con flamencos, deportes varios y comidas conjuntas fuera de horario de trabajo. Se festejan los cumpleaños de los usuarios una vez al mes, se trabaja en la huerta, y se está llevando a cabo la conformación de una *Empresa Social* (la primera en la línea sur), un Parador con comedor, pues no hay estación terminal de colectivos, con la aplicación de los conceptos italianos/rotellianos de empresa social en colaboración con una fundación. Es un gran desafío para el equipo y la comunidad, y hoy las fuerzas están canalizadas hacia la capacitación de los usuarios y no usuarios que la llevarán adelante (talleres de cocina, actividades grupales para consolidar el grupo, etc.). Las *guardias* para todos los profesionales son de tipo *pasiva*, es posible por las pequeñas dimensiones de las localidades y además parte de la estrategia desmanicomializadora en SM, y una de las *crisis* que tocó contener durante mi rotación fue la de una adolescente con intento de suicidio por ahorcamiento, en la que pude participar del abordaje *absolutamente integral de la situación* (en las instituciones monovalentes el proceso es *parcializado*, con fragmentación del sujeto y su entorno; a nuestro psiquiátrico sólo llega la persona con su derivación y su "*antecedente de intento de suicidio*"): desde la atención en guardia mientras los clínicos trataban de disminuir la hipoxia y comprobar el estado neurológico de la niña, pasando por la contención en el momento de la familia, la derivación al centro de mayor complejidad, la contención de los profesionales de salud, las visitas domiciliarias a los hermanitos con contención y provisión de información en los días siguientes, la búsqueda e intento de conformación de una red familiar extensa para que los niños no estuviesen solos y se aseguraran sus alimentos, hasta el *abordaje del impacto futuro* en el resto de los jóvenes de la población: actividades durante los festejos de la fiesta de la lana, (organizadas por una Red Institucional de trabajo formada por el Juez de Paz, trabajador social, representantes de algunas religiones y equipo de salud mental del hospital).

Particularmente me fue de gran impacto y aprendizaje esta experiencia de trabajo, donde todo se movilizó por la gran crisis comunitaria que supone un evento de tal tipo, entendiendo además que se trata de una localidad que no ofrece alternativas a sus jóvenes más que la paternidad o el consumo de alcohol, y que es necesario abordar esta problemática.

Hasta allí pude estar presente, luego emprendí mi regreso a la provincia de Córdoba.

Quiero destacar que en las tres localidades los hospitales (no sólo los equipos de SM) pusieron a mi disposición, y ante mi *inmensa e intensa* necesidad de saber (esto no me es nuevo), material bibliográfico impreso y en formatos digitales, fotos, experiencias narradas, y no escatimaron datos de ningún tipo, de manera que me sentí, si bien *en desventaja de enfoque*, realmente integrada al trabajo y muy cómoda. Quedó pendiente conocer la práctica de los grupos GIA (Grupo Institucional de Adicciones), enfoque primordial para el abordaje de las adicciones, pues en las comunidades de la línea sur, si bien los hubo, se disolvieron en los meses previos a mi llegada.

Como siempre y como en toda actividad humana, dinámica como tal, hay cosas por resolver, por redefinir, por ajustar, altibajos derivados de los cambios de gobierno de turno, (la salud es un asunto político), plazos modificados, crisis vitales y de la comunidad, recursos redistribuidos, y sobre todo *falta recurso humano*, lo que en parte se resolverá cuando se incorporen a los tres hospitales los *Operadores en Salud Mental* formados el año pasado, descomprimiendo y fluidificando la labor por ser (a decir de algún colega) *“nexo entre la comunidad, los usuarios y el equipo de salud mental comunitaria... su especificidad tiene que ver con su saber como pobladores y vecinos...”*. Y también, como en todos los lugares del mundo, estarán los límites que tienen que ver con las patologías: las psicosis y el arduo trabajo que implica el intento de disminución de su síndrome autista *seguirán*, la comunidad continuará en mayor o menor medida *mitificando al diferente* como siempre lo ha hecho. Pero esos límites se *atenúan* con una *legislación clara* (y agentes de contralor que vivan la ideología de la ley y la hagan efectiva) que promueva las bases del modelo rionegrino (ya lleva más de veinte años); y, ya no me cabe ninguna duda, **constancia, capacitación, socialización de saberes e interdisciplina**: la formación de los residentes en salud mental, las reuniones frecuentes, los cambios en el léxico, el esfuerzo diario por detectar las prácticas manicomiales y verticalistas en lo cotidiano y desterrarlas.

Hoy, ya sancionada la Ley 9848 de Protección de la Salud Mental en Córdoba y la Ley Nacional de Salud Mental 26657, y después de esta experiencia, creo firmemente que *es en la monovalencia en sentido amplio* (como antónimo de *polivalencia* o de *diversidad*) *donde está lo manicomial*. Su erradicación requiere además de lo mencionado y comprobado, de la entereza individual que el autoconocimiento y la reelaboración de la propia historia proveen. La medicación no lo es todo; el **estar-con-otro** (ser-ahí-con o *mit da sein*) y el **trabajo** lo son todo. Y no hay otra forma para ello (y por lo tanto para hacer salud mental comunitaria) que no sea *apelar permanentemente a la creatividad, a la empatía, a la solidaridad, a la transparencia y a la horizontalidad* que naturalmente nos surge a todos por ser humanos (*“apelar a la vida misma...”*), pero que a veces las instituciones -como el manicomio-, empastan. Y cómo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cohen H, Natella G. (1995) *Trabajar en Salud Mental, la desmanicomialización en Río Negro*, Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Lausada D.; Ballesio, P. (2009) *Sierra Colorada, Río Negro*, trabajo final del Posgrado en Salud Social y Comunitaria, Programa Médicos Comunitarios, Río Negro: autor.
- Medina, F. (2008). Residencia de Psicología Comunitaria. Salta. *Clepios*, vol. XIV, (N° 1), 38-42.
- Moffat A. (2007) *Terapia de Crisis: la emergencia psicológica*. (1ª ed.). Buenos Aires: autor..

Organización Mundial de la Salud. (1992) *Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico*. Washington, DC: autor.

NOTAS

¹Cohen, H; Natella, G., en la presentación de *“Trabajar en Salud Mental, la desmanicomialización en Río Negro”*.



Sólo se trata de terapia

■ Somos completamente: Mariana-Rossana-Betty-Dora-Carlos-Julián-Mariano-Lorena-Julio-Guillermo-Paola-Leonardo-Roberto-Daniela-Cristian-Gabriela-Luciano-Sergio (grupo de pacientes del Hospital Piñero)

Iniciamos la terapia grupal buscando un equilibrio emocional, amigos, contención. Buscamos relacionarnos con gente afín a nuestra patología como principio.

Buscamos una vida armónica y social, compartiendo nuestras vivencias entendiendo no ser los únicos en cada caso.

¿Qué encontramos? Buena gente, buenos médicos y psicólogos, compañerismo, amistad y, en nosotros, una búsqueda constante de superación y comprensión y apoyo por parte de esos profesionales y compañeros.

Entonces hasta ahora los frutos han sido positivos, tenemos con cierta flexibilidad tres palabras: médicos, medicación y voluntad.

Hemos logrado una sociabilidad mayor y con menos temores y menos vergüenza, aceptando aquello que nos sucede y comprendiéndolo.

Algunas opiniones para mejorar, que nos han sido útiles en base a la experiencia de todos:

Medicación: No alterar ni modificar la medicación unilateralmente

Terapia: Ser constantes y confiar en los profesionales

Compañeros: Respetarnos recíprocamente y aceptarnos

Metas: pequeñas y cumplibles, voluntad y esperanza

Porque sirve querer curarse

Porque sirve la constancia

Porque la salud es posible (además de ser un derecho)

Porque las ganas de los profesionales de vernos mejor, nos mejoraron

Porque su voluntad de sanarnos, nos sana

Porque hace 8 años no pensábamos estar bien como estamos 8 años después

Porque estamos aprendiendo a pensar en plural

Porque nos importa lo que le pasa a un compañero

Porque hay pacientes que están peor que nosotros y merecen estar mejor

¡¡¡Y porque creemos en el amor!!!

Gracias por invitarnos a pensar algo de lo que sentimos

Agradecemos a todos los profesionales y compañeros

que han pasado en todos estos años por el grupo "Sólo se trata de terapia".



Alejandro Vainer

Lic. en Psicología. Psicoanalista. Ex Jefe de Residentes del Hospital Borda. Coordinador General de Topía, Revista de psicoanálisis, Sociedad y Cultura. Coautor junto con Enrique Carpintero de Las Huellas de la Memoria. Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los 60 y 70. Tomo I y II, Ed Topía, (2004-2005).
Compilador de A la izquierda de Freud, Ed Topía, 2009.

Los discos fueron y son objetos libidinales. Para quien pueda libidinizarlos. Para ello dependemos de quienes nos rodean, para que nos enseñen los caminos de erotizar la música y sus objetos. Estos objetos encierran su “ruido de magia” y van más acá y allá de la música. Vinilos, cassettes, cd’s hasta las diferentes versiones de los reproductores de mp3 de hoy. Tan contingentes como el objeto sexual, tienen las huellas de las relaciones con otros, con momentos y situaciones que son las que nos marcan el cuerpo de nuestra relación con la música.

(01) (1997)

La apertura de *Tower Records* fue el canto del cisne del CD. Una noche organizamos ir con mi hermano a mirar discos a la nueva sucursal del mejor templo de nuestra religión. Una vieja tradición, un viejo juego infantil. Buscar en distintas bateas y mostrarle al otro los descubrimientos. El mismo juego, en otro tiempo. Elegí un par de discos de jazz, *Sketches of Spain* de Miles Davis y *The best of Bill Evans Live*. No recuerdo qué eligió él. A la medianoche tomaba un micro para asistir al Congreso de Psiquiatría en Mar del Plata. El de Davis me gustó mucho, pero encontré un nuevo mundo con Bill Evans. Lo escuché una y otra vez toda la noche. Cambié una tarde intrascendente del Congreso por música y mar. La noche me llevó a alguna fiesta. Pero ese fue el día que conocí a Bill Evans. Y a partir de allí no paré hasta tener todos sus discos, libros y partituras. Evans llega donde las palabras naufragan. No cualquiera.

(02) (1981)

Expreso Imaginario fue mucho más que una revista. A quienes atravesamos la adolescencia durante la dictadura, nos dio burbujas de oxígeno mes a mes para resistir. Y también nos guió gran parte de los viajes musicales, que empezaron entonces y llegan hasta hoy. Compré muchos discos “a ciegas”, simplemente porque leía una apasionante nota en el *Expreso*. La revista era como tener un grupo de amigos mayores que te recomendaban tesoros. Mi confianza era tal que compré sin escuchar un doble y un triple de Keith Jarrett al mismo tiempo. El doble resultó ser un camino sin retorno. Aún hoy no puedo creer que *The Köln Concert* haya surgido como una improvisación. En poco más de una hora Jarrett nos lleva en una vuelta al mundo. Al regresar todo está en su lugar, pero uno ya no es el mismo.

(03) (1980)

A finales de los 70, el rock de acá se llamaba “nacional”. Los recitales eran ceremonias de encuentros y de vida ante tanta muerte. Para entonces la oscuridad de *La grasa de las capitales* de Serú Girán me ayudaba a soportar mi melancolía adolescente y la sordidez de la última dictadura con canciones que rápidamente reflejaban la propia vida. Entonces, aparecieron los raros carteles diseñados por Renta Schussheim. Serú Girán presentaba *Bicicleta*. El disco se proponía como un doble, según había leído en el *Expreso*. Las campañas de marketing no habían inundado todo aún, primero era el recital y luego el disco. El recital fue memorable. Pocas veces uno puede salir tarareando la melodía o recordando una frase con una sola escucha. Fue una catarata de sonidos con una escenografía con conejos, bicicletas y los cuatro vestidos con camisa blanca y pantalón y chaleco negro. Pero *Bicicleta* no fue el doble prometido. Fue un solo disco, con recortes y sin esa pasión. Para colmo tuve que esperar tres años para poder escuchar nuevamente el mejor tema de esa noche: *Inconsciente colectivo*.

(04) (1977)

Intercambiar discos es un antecedente de lo que hoy es cotidiano. Uno podía grabarle al otro música en cassette y esperar alguna retribución. Los buenos amigos jamás comprábamos los mismos discos. El “socialismo melómano” nos impedía. Teníamos que comprar algo para la pequeña comunidad de la que formábamos parte y ampliar los horizontes de nuestros oídos. Para directamente canjear discos había que entregar una posesión por algo mejor. En unas vacaciones hablábamos de rock con un hijo de amigos de mis viejos. Me recomendó varios grupos y luego en Buenos Aires quedamos en encontrarnos. Allí arreglamos cambiar algún disco: yo le di el pretencioso doble *Tales from topographic oceans* de Yes a cambio de *El jardín de los presentes* de Invisible. Más que un canje fue casi un regalo, porque el primer recital de mi vida había sido el último de Invisible, donde presentaron ese disco. Un bandoneonista invitado a una banda de rock. Letras y armonías inentendibles para entonces, pero que exudaban una belleza insoportable. Agradezco la audacia del padre de un amigo que llevó a varios chicos de 11 años al Luna Park. No en vano dicho padre era el hijo de Enrique Pichon Rivière. Me faltaban muchos años para saber cabalmente la iniciación que había recibido.

(05) (1974)

Una tarde de sábado en los 70, me dediqué a revisar los discos que estaban arrumbados en casa de mis padres. Tenía menos de 10 años y había comprado mis primeros vinilos de los Beatles. Con una sorpresa enorme descubrí uno desconocido. Eran tres barbudos y un descualzo cruzando una calle. ¿Serían los mismos? No parecían los mismos de *Help*. Parecían más viejos. Bajé con cuidado la púa en el primer tema. ¿Cómo hacían para hacer un tema donde casi faltaban las guitarras eléctricas y el sonido era tan cautivante como extraño? Cada nueva canción parecía otro universo. No se parecía a los otros discos, pero en la tapa decía Beatles y *Abbey Road*. Por la pasión que me produjo, sin duda eran ellos. A partir de allí supe que los tesoros siempre hay que buscarlos. Y pueden en los lugares más insólitos. Aún sigo buscando.



Comentario de Eventos: “Primer Encuentro nacional de Prácticas Comunitarias en Salud”

Lic. Luciana V. Gioja

Miembro de la Comisión Organizadora

Durante el 23 y el 24 de Septiembre de 2011 se desarrolló en Buenos Aires el **1º Encuentro Nacional de Prácticas Comunitarias en Salud**. El origen de este encuentro se remonta al mes de noviembre del 2010, donde se llevó a cabo una reunión con compañeros de Buenos Aires, Rosario y Córdoba, con una inquietud que nos atravesaba a todos los que estábamos allí presentes: cómo poder articular de manera real y efectiva las prácticas en salud que realizábamos cada uno desde nuestro lugar. A partir de allí, reuniones y viajes de por medio, instituciones, ONGs, agrupaciones políticas, sociales, y profesionales, centros de estudiantes, equipos de atención y reconocidas personalidades del campo de la Salud Mental empezamos a reunirnos para pensar acerca de la dimensión de lo comunitario, y las prácticas en salud.

De a poco fuimos delineando ciertos objetivos que entendíamos eran cruciales para el encuentro, que en ese entonces todavía era sólo una idea:

- poder difundir e intercambiar experiencias, históricas y actuales, de prácticas comunitarias en salud en las dimensiones pública estatal y no estatal.
- Abrir la convocatoria a toda experiencia en salud comunitaria traspasando los límites de lo psi y lo asistencial hacia otros modos de hacer y otras problemáticas como adicciones, discapacidad, discriminación, exclusión-inclusión social, etc.
- Elaborar y llevar a la práctica de manera conjunta propuestas políticas, clínicas y organizativas de prácticas comunitarias que cuestionen cualquier abordaje autoritario y reduccionista de la salud.

Ya con los objetivos claros y definidos, largamos una convocatoria de adhesión al mismo, con diversas formas de participación, a saber: talleres vivenciales, supervisiones institucionales públicas, talleres temáticos, relatos de experiencias y prácticas comunitarias, stands y posters, intervenciones artísticas y talleres de propuestas.

Y de a poco, y en el marco de este encuentro, un grupo heterogéneo, de diferentes colectivos y organizaciones, de distintas generaciones y procedencias laborales, nos encontramos en diferentes pre-encuentros en una búsqueda por construir colectivamente prácticas alternativas en salud, a la par que articular y enriquecer las existentes. Dichos pre-encuentros se llevaron a cabo en diferentes lugares, como la Facultad de Psicología de la UBA, “La Puerta” - Centro de Salud, Arte y Pensamiento, el MOI (Movimiento de Ocupantes e Inquilinos) en Buenos Aires, la Facultad de Psicología de Rosario, y en instituciones en Córdoba y en La Plata. A partir de los mismos, se fue instalando y construyendo el Encuentro de septiembre, a la vez que se fue sumando más gente en la organización, tanto del ámbito estatal como no estatal.

Finalmente, lo proyectado se concretó: la concurrencia al mismo alcanzó el millar de asistentes. Participaron expositores de Buenos Aires, Rosario, Córdoba, Santa Fe, Mendoza, Entre Ríos, Jujuy, Chubut, Río Negro, La Plata, también de Brasil, Colombia y Paraguay, y asistieron delegaciones de todo el país y de países vecinos, además de destacadas personalidades del ámbito de la salud. Hubo más de 80 Relatos de Experiencias, 20 Talleres Vivenciales, 10 Talleres Temáticos, Intervenciones Artísticas, Supervisiones Públicas, Stands y Posters, y terminó en una peña multitudinaria.

El Encuentro se cerró con las siguientes propuestas:

- 1- Realizar en cada región antes de finalizar el 2011 un Encuentro de constitución o ampliación de la COMISIÓN REGIONAL DEL ENCUENTRO DE PRÁCTICAS COMUNITARIAS EN SALUD.
- 2- Realizar en el año 2012 el 2º ENCUENTRO NACIONAL DE PRÁCTICAS COMUNITARIAS EN SALUD.
- 3- Constituir una MESA FEDERAL DEL ENCUENTRO DE PRÁCTICAS COMUNITARIAS EN SALUD.
- 4- Solicitar encarecidamente a todos los expositores de Relatos de Experiencia, Talleres Temáticos, Talleres Vivenciales y otros, que envíen a la mayor brevedad un resumen de su presentación, de no más de 2 páginas o 10.000 caracteres, a fin de compartirlo en la página web y en un Boletín. Enviarlos a contacto@saludcomunitaria11.

El día sábado 24/09 se realizó el cierre del Encuentro, en donde se leyeron las propuestas arriba mencionadas. Fueron dos días intensos, con mucha participación de todos, no sólo de la comisión organizadora, conformada por Fundación LA PUERTA Centro de Salud, Arte y Pensamiento, FUNDAT Fundación para el Desarrollo del Acompañamiento Terapéutico - Equipo AGORA, RECREO Dispositivo Itinerante de Recreación, MOTORPSICO (La Mella en Psico + El Estallido-Rebelión) – Estudiantes y graduados de la Facultad de Psicología UBA, Vicente Zito Lema, Dr. Raúl Camino, Asociación Civil “El Tinglado”, Red de Infancia Almagro – Boedo, Dr. Bruno Linne, La Mella de Medicina – Estudiantes de la Facultad de Medicina de la UBA, Alejandro Kohl, Emprendimiento La Salud de Nuestra América, Revista TOPIA, Movimiento Afrocultural de la ciudad de Buenos Aires, Área de Acompañamiento Terapéutico del Colegio de Psicólogos 2da circunscripción de Rosario, CO-LECTORA Cooperativa de Acompañantes Terapéuticos, EL CRUCE Colectivo de Trabajo y Cultura en Salud, Trabajadores de la Salud Mental de Rosario, Santiago Pampillón en el Frente Darío Santillán, de la ciudad de Rosario, Centro DELMAR, Lic. Carlos Bergliaffa, Lic. Luciana Zeballos de la ciudad de Córdoba, y AULE – Frente Popular Darío Santillán de la ciudad de La Plata.

La sensación que nos quedó es que trabajó mucha gente para que el Encuentro ocurriera, muchas personas se sintieron incluidas, superando ampliamente la comisión organizadora, y eso se respiraba en el lugar.

El Dr. Raúl Camino, quien se encontraba presente en el cierre, reflexionó acerca del Encuentro, y refiriéndose a la dificultad que se presentó en relación a las condiciones acústicas del lugar, dijo: *“había mucho ruido, y eso a veces dificultaba poder oír bien las exposiciones, se mezclaba con las de la sala de al lado... pero donde hay ruido algo está pasando...”*.

**Buenos Aires****Bahía Blanca**

- Hospital Interzonal Dr. J. Penna;
Lic. Tomás Scabuzzo
(tomasscabuzzo@yahoo.com.ar)

General Rodríguez

- Hospital Vicente López y Planes;
Dra. María Noel Fernández
(maria_noelf@hotmail.com)

Junín

- Hospital Dr. A. Piñeyro; Stella Maris
Bevilacqua (strella12@hotmail.com)

La Matanza

- Hospital Paroissien; Lic. Jimena García
Lauria (mjgarcial@hotmail.com)

Lanús

- Hospital Evita; Lic. John Veira
(john_veira2004@yahoo.com.ar)

Mercedes

- Hospital Dubarry; Lic. Laura Patricia Pepe
(laurapepe51@hotmail.com)

La Plata

- Hospital Rossi; Lic. Guadalupe Chopita
(gchopita@yahoo.com.ar)

- Hospital Alejandro Korn;
Lic. Ramiro Tejo (ramirotejo@yahoo.com)

- Hospital Sor M. Ludovica;

Lic. Marina Portuese
(marinaportuese@yahoo.com.ar)

- Hospital Interzonal M. Larraín de
Berisso; Lic. Luciano Pablo Marchetto
(lucianomarchetto@yahoo.com.ar)

- Hospital San Martín;

Lic. Julia Martín (juliamartin17@gmail.com)

Luján

- Colonia Montes de Oca;

Lic. Lucila Corti (lucilacorti@hotmail.com)

Mar del Plata

- Hospital Privado de Comunidad;

Dra. Josefina Prieto
(josefinapr7@hotmail.com)

Necochea

- Hospital Neuropsiquiátrico Taraborelli;
Lic. Ruth Kalle (mruthkalle@hotmail.com)

Pergamino

- HIGA San José; Lic. María Laura Zapata
(marialaurazapata@gmail.com)

Región Sanitaria VI - PRIM

Dra. Nadia Martínez
(nadiamartinez_83@hotmail.com)

Región VII B

Lic. Vanina Figueredo

(vanina2_pf@yahoo.com.ar)

Lic. Ana Garcerón (agarceron@hotmail.com)

San Martín

- Hospital Belgrano; Lic. Raquel Puga

(raquel_puga@hotmail.com)

- Hospital Eva Perón; Lic. Irene Dreiling
(iredreiling@hotmail.com)

Temperley

- Hospital Estévez; Lic. Mara Yañez
(marayanez@speedy.com.ar)

Varela

- Residencia PRIM Varela
(prim_varela@yahoo.com)

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

- Hospital Álvarez;

Nadina Tahuil
(nadinatahuil@hotmail.com)

- Hospital Alvear; Lic. Érica Gunther
(erica_gunther@yahoo.com.ar)

- Hospital Ameghino C.S.M.N.º3;

Lic. Leonor Suárez
(suarezleonor@yahoo.com)

- Hospital Argerich; Cecilia Kiper
(ceciliakiper@yahoo.com.ar)

- Hospital Borda; Lic. Enrico Mastrulli
(enricomastulli@hotmail.com)

- Hospital Churrua;

Gisela Guyet (giselaguyet@hotmail.com)

- Hospital Durand; Dra. Analía Guralnik
(guralnikani@hotmail.com)

- Hospital Elizalde; Lic. Lorena Navarrete
(lorena_nav@hotmail.com)

- Hospital Gutiérrez; Dra. Yemina Marzetti
(yemimarzetti@hotmail.com)

- Hospital Italiano; Dr. Juan Pablo Rendo
(juan_rendo@yahoo.com.ar)

(juan_rendo@hospitalitaliano.org.ar)

- Hospital Moyano; Lic. Soledad Maudo
(soledadmaudo@gmail.com)

- Hospital Piñero; Dr. Andrés Kremenchukzy
(andykre@hotmail.com)

- Hospital Pirovano / Centro N.º1
Lic. Fabián D'Alessandro

(lypfabianmdalessandro@gmail.com)

- Hospital Ramos Mejía; María Cecilia Fossa
Riglos (marice_fr@yahoo.com.ar)

- Hospital Rawson (CESAC 10);
Lic. María Andrea Dakessian

(madakessian@gmail.com)

- Hospital Rivadavia;
Lic. Franco Alejandro Medina

(francoalejandromedina@hotmail.com)

- Hospital Tobar García; María Belén Frete
(mariabelen.frete@gmail.com)

- Hospital Tornú;

Lic. Raúl Borgialli (rborgialli@psi.uba.ar)

Chubut

- Hospital Zonal de Trellew "Adolfo Margara".
Residencia interdisciplinaria en Salud Mental

Comunitaria; Lic. Candela Agüero
(candela_aguero@hotmail.com)

- Hospital Andrés Bello de Puerto Madryn;
Lic. Mauricio Lollo

(mauriciolollo@hotmail.com)

Córdoba

- Hospital Tránsito Cáceres de Allende;
Lic. Marina Rizzonelli

(menganzarizzo@hotmail.com)

- Hospital San Roque; Dra. María Virginia
Eder (virgi_eder@yahoo.com.ar)

- Hospital Colonia Santa María; Dra. Carolina
Viarengo (carogelb@gmail.com)

Corrientes

- Hospital Psiquiátrico San Francisco de Asís;
Lic. Graciela Andrea Pianalto

(cheli772000@yahoo.com)

Entre Ríos

- Hospital Luis Antonio Roballos; Paraná;
Lic. Mariángeles Estapé

(mariangelesestape@hotmail.com)

Jujuy

- Hospital Nestor Siqueiros;
Lic. Luciana Massaccesi
(lucianamassaccesi@hotmail.com)

Mendoza

- Hospital Pereyra; Dra. Laura Andrea
Rodríguez (laura-rodriguezm@hotmail.com)

Misiones

- Hospital Ramón Carrillo;
Lic. María Cristina Lesik

(cris_lesik@hotmail.com)

Neuquén

- Hospital Castro Rendón; Dr. Fernando
Méndez (ferchimendez@hotmail.com)

Rio Negro

- Área Programática Cinco Saltos,
Cinco Saltos; Lic. Juan José Zelarrayan

(juanjoz@hotmail.com)

- Residencia del Bolsón; Mariana Gentile
(mragentile@hotmail.com)

Salta

- Centro de Salud N.º 10; Residencia de
Psicología Comunitaria; Lic. Paula Olivarri

- Hospital Chistofredo Jacob;
Lic. María Virginia Albarracín

(viralbarracin@hotmail.com)

- Hospital Dr. Miguel Ragone; RISAM;
Lic. Judith Bojarsky

(risamsalta@yahoo.com)

(judithbojarsky@hotmail.com)

San Luis

- Hospital Escuela de Salud Mental;
Residencia Interdisciplinaria en Salud

Mental con Orientación en Procesos de
Transformación Institucional;

Lic. Romina Lescano (rin_rol@hotmail.com)

(rin_rol@yahoo.com.ar)

San Juan

- Hospital Dr. Guillermo Rawson; Lic.
Fernanda Atienza (feratienza@hotmail.com)

Santa Fe

- Hospital Escuela Eva Perón, Rosario;
María Cecilia Machado

(mcecimachado@gmail.com)

- Hospital del Centenario, Rosario;
Dr. Mario Druetta

(maurodruetta@hotmail.com)

- RISAM Santa Fe; Lic. María Florencia
Candioti (flor_candioti@hotmail.com)

- Sanatorio de la Merced, Santa Fe;
Dr. Ignacio Francia

(naf_salud@yahoo.com.ar)

Santiago del Estero
- Hospital Diego Alcorta;

Dra. Ana Clara Banegas
(clari_b83@hotmail.com)

Tucumán

- Hospital J. M. Obarrio; Lic. Tamara
Wainziger (wtamara82@hotmail.com)

- Hospital Padilla; Lic. Daniela Lombardo
(dalombardo@hotmail.com)

- Hospital del Niño Jesús;
Lic. Ivanna Szeinberg

(ivi_81@hotmail.com)

**ANTE CUALQUIER MODIFICACIÓN,
ERROR U OMISIÓN COMUNICARSE CON:
corresponsales@clepios.com.ar**

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES:

Los artículos serán recibidos mediante e-mail a: clepios@hotmail.com

Cada artículo deberá tener una longitud de entre 2400 y 4000 palabras. Debe ser inédito. Deberá constar de resumen y palabras clave, en castellano e inglés. Será presentado de acuerdo a las pautas de publicación de la revista que podrán solicitarse a la dirección de correo electrónico antes mencionada.

El artículo será leído en forma anónima por, al menos, un miembro del Comité de Lectura. Este informará a la Redacción sobre eventuales modificaciones para su publicación. El artículo podrá ser publicado sin previa evaluación del Comité de Lectura si fue premiado o mencionado en jornadas científicas o ámbitos académicos.

La Redacción no se responsabiliza sobre los artículos que aparecen firmados, ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas. Todo artículo aceptado por la Redacción no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo con la Redacción.