

Universidad Nacional de Lanús

# SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

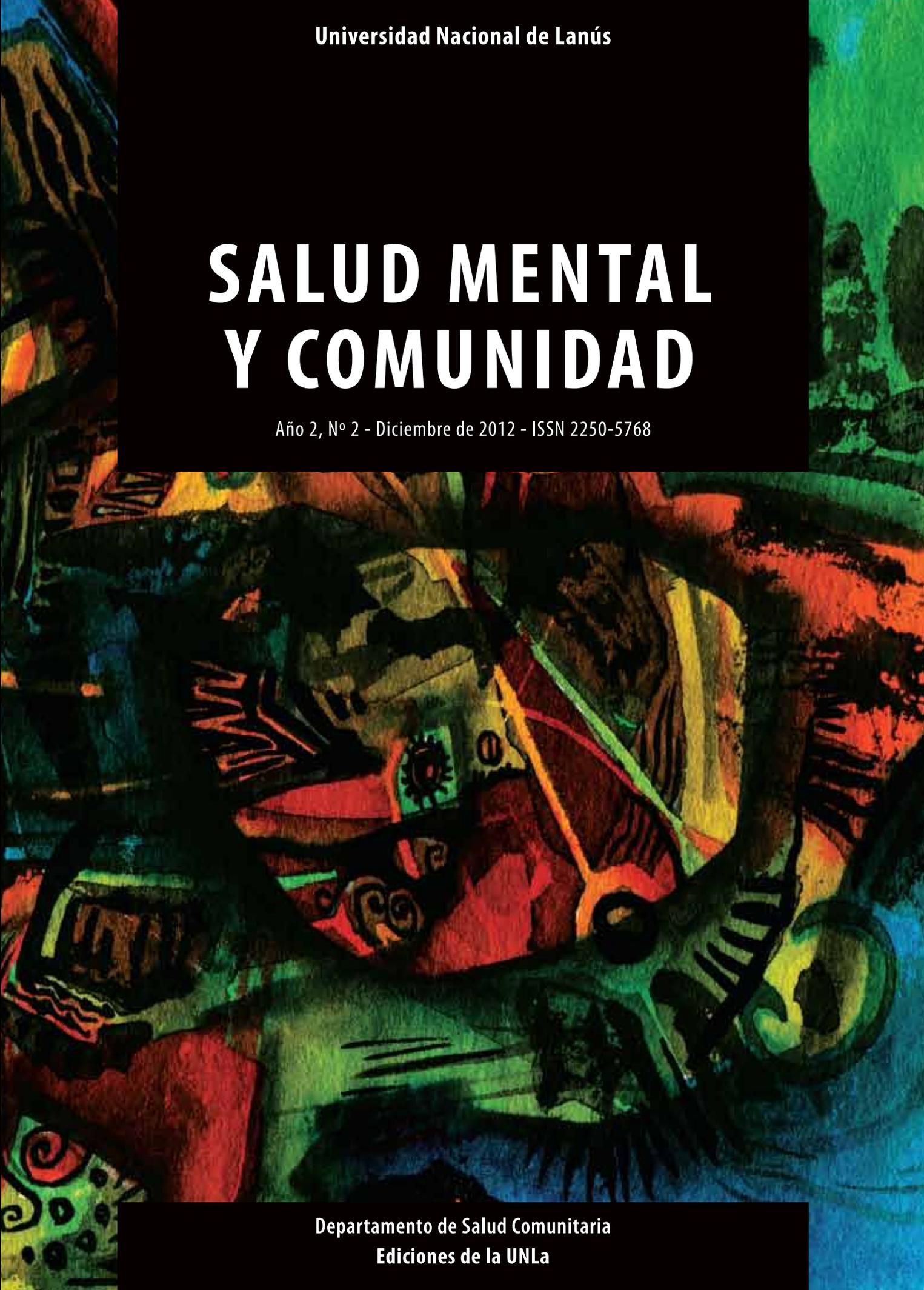
Año 2, Nº 2 - Diciembre de 2012 - ISSN 2250-5768

Año 2, Nº 2 - Diciembre de 2012

SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

UNLa.

Departamento de Salud Comunitaria  
Ediciones de la UNLa









---

# SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

---

Año 2, Nº 2 - Diciembre de 2012 - ISSN 2250-5768

---

---

Departamento de Salud Comunitaria  
Ediciones de la UNLa



## AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Dra. Ana Jaramillo, **Rectora**

Dr. Nerio Neirotti, **Vicerrector**

Dr. Hugo Spinelli, **Director del Departamento de Salud Comunitaria**

### Comité Editorial

Ana Farber - Héctor Muzzopappa - Oscar Tangelson - Hugo Spinelli

## REVISTA SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

**Director:** Emiliano Galende, Director del Doctorado Internacional de Salud Mental Comunitaria. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús

**Director Asociado:** Daniel Rodriguez

### Comité Editorial

- Guadalupe Ares Lavalle - Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
- Alejandra Barcala - Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
- Silvia Faraone - Universidad de Buenos Aires
- Mariano Laufer Cabrera - Defensoría General de la Nación del Ministerio Público de la Defensa - Universidad de Buenos Aires
- María Teresa Lodieu - Universidad Nacional de Lanús
- Leandro Luciani Conde - Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
- Cecilia Santi - Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn
- Susana Yacobazzo - Universidad Nacional de Lanús

### Comité Científico

- Victor Aparicio Basauri - Organización Panamericana de la Salud /OMS
- Mario Argandoña - Universidad Mayor de San Simón - Bolivia
- Cecilia Ausburger - Instituto Lazarte - Universidad Nacional de Rosario
- Dinarte Ballester - Universidad Federal de Porto Alegre- Brasil
- Valentin Barenblit - Centre IPSI - Barcelona- España
- Miguel Caldas de Almeida - Universidad Nova de Portugal
- Luis Salvador Carulla - Universidad de Cadiz - España /OMS
- Raquel Castronovo - Universidad Nacional de Lanús
- Silvina Cavalleri - Universidad Nacional de Lanús
- Hugo Cohen - Organización Panamericana de la Salud
- Rubén Efron - Universidad Nacional de Lanús

- Daniel Frankel. - Universidad Nacional de Lanús
- Mabel Grimberg - Universidad de Buenos Aires
- María Graciela Iglesias - Universidad Nacional de Mar del Plata
- Gregorio Kaminski - Universidad Nacional de Lanús
- Alfredo Kraut-Corte Suprema de Justicia de la Nación
- Michael King - Royal Free Hospital - Universidad de Londres - Inglaterra
- Susana Margulies - Universidad de Buenos Aires
- Susana Murillo - Universidad de Buenos Aires
- Benjamin Vicente Parada - Universidad de Concepción - Chile
- Ariadne Runte - Universidad de Granada- España
- Sandra Saldivia - Universidad de Concepción - Chile
- Alicia Stolkiner - Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires
- Francisco Torres González - Universidad de Granada - España
- Graciela Touzé - Universidad de Buenos Aires
- Miguel Xavier - Universidad Nova de Portugal
- Débora Yanco - Universidad Nacional de Lanús
- Roxana Ynoub - Universidad de Buenos Aires
- Graciela Zaldúa - Universidad de Buenos Aires

### Diseño de cubierta e interior, ilustraciones:

Vladimir Merchensky, [www.tantatinta.com](http://www.tantatinta.com)

*Suscripción y correspondencia*  
[saludmentalycomunidad@unla.edu.ar](mailto:saludmentalycomunidad@unla.edu.ar)

ISSN: 2250-5768

Impreso en Argentina.  
Queda hecho el depósito que marca  
la Ley 11.723

Prohibida la reproducción sin la expresa  
autorización por escrito.

© Los autores.

© Ediciones de la UNLa.  
29 de setiembre 3901  
Remedios de Escalada - Partido de Lanús  
Pcia. de Buenos Aires - Argentina  
Tel. +54 11 5533-5600 int. 5227  
[publicaciones@unla.edu.ar](mailto:publicaciones@unla.edu.ar)  
[www.unla.edu.ar/public](http://www.unla.edu.ar/public)



# ÍNDICE

<b>EDITORIAL</b>   <i>Emiliano Galende</i> .....	7
<b>ARTÍCULOS</b>	
1. Algoritmos predictores de riesgo para identificar individuos con alto riesgo de padecer trastornos mentales comunes: los estudios Predict   <i>Michael King</i> .....	12
2. Consideración de la subjetividad en salud mental   <i>Emiliano Galende</i> .....	23
3. Investigación sobre los cuidados en Salud Mental en Centros de Atención Primaria en Argentina   <i>Débora Yanco, Sandra Gerlero, Ana Cecilia Augsburger, María Paula Duarte, Raúl Ángel Gómez</i> .....	30
4. Enfoque de derechos y prácticas profesionales: conocimiento de la legislación vigente y su utilización por profesionales de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires   <i>Leandro Luciani Conde, Alejandra Barcala, Virginia López Casariego, Cecilia Laino, María Micaela Bazzano, Marina Pambukdjian, Silvina Czerniecki</i> .....	39
5. Campo, rol y perfil profesional en los residentes en Psicología y en Psiquiatría en la Ciudad de Buenos Aires: una investigación sobre el componente “recurso humano en salud mental” en el subsector público   <i>Flavia Torricelli</i> .....	49
6. Inclusión de la noción de sufrimiento psíquico para el abordaje de las problemáticas en Salud Mental de mujeres que viven con VIH/Sida   <i>María Julieta Obiols</i> .....	59
<b>DEBATES</b>	
1. La Reforma al Código Civil Argentino. Mirando y Mirada. Por La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Nacional de Salud Mental   <i>María Graciela Iglesias</i> .....	67
2. Capacidad Jurídica: el derecho a ejercer derechos   <i>Luciana Capria, María Fernanda Díaz Fornis, Javier Frías, Ana Cecilia Garzón, Mauro Giménez, Luciana Gioja, Juan Pablo Oszurkiewicz, Patricia Alejandra Zubiarrain, Mariana Sabina Baresi</i> .....	77
3. Relato de una experiencia en salud mental comunitaria: cuando de la niñez se trata. Programa de Atención Comunitaria de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos (PAC) Dirección de Salud Mental. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires   <i>Alejandra Barcala, Patricia Álvarez Zunino, Julio Marotta, Vicente De Gemmis, Valeria González, María Florencia Brown, Graciela Rajnerman, Sandra Calvo, Noris Pignata, Flavia Torricelli</i> .....	85
4. Entrevista a Alberto Sava y a Liliana Cobe, Frente de Artistas del Borda. Red Argentina de Arte y Salud Mental   <i>María Teresa Lodieu y Susana Jacobazzo</i> .....	93
5. Participación en la salud mental comunitaria   <i>Mirta Elvira</i> .....	105
<b>INFORMACIÓN</b> .....	110





# Editorial

---

**Emiliano Galende**

*La supresión de la memoria, la eliminación de los relatos, la reducción de la imaginación, ya no pueden invocar el ideal de inteligibilidad que encarna la física y pretender que ese sea el precio “racional” a pagar por la constitución de la sociedad en objeto científico (I. Prygogine, El Redescubrimiento del Tiempo)*

La investigación en salud mental cobra su importancia en tanto los datos obtenidos permitan orientar sobre la identificación y comprensión de los trastornos mentales, qué tipo de servicios se necesitan para los procesos de atención, cómo deben financiarse, qué recursos son necesarios para una atención adecuada, qué profesionales y qué intervenciones prácticas, qué relaciones debe mantener el sistema de salud con las necesidades y demandas de la población. En síntesis: **la investigación, basada en premisas racionales y métodos científicos, debe servir para orientar los cuidados de salud mental de la población también con una mayor fundamentación científica de las intervenciones prácticas.**

Desde este enfoque de la investigación, en tanto los problemas del sufrimiento mental se consideran estrechamente ligados a las condiciones de vida social y las representaciones en la cultura, debe estar siempre ligada a contextos específicos, locales o regionales, ya que el valor de verdad universal que se le pide a la ciencia, debe contemplar esta condición de localización territorial, social y cultural, de la existencia de los sujetos, sin la cual los datos científicos universales pueden alterar la verdad objetiva que buscamos. Este principio de verdad universal como objetivo de la investigación científica se cumple en la física, la química biológica, en la biología misma, porque los objetos que estas ciencias estudian tienen ese carácter dominante de lo universal, siendo lo local solo variables particulares. La sociedad, la cultura, las condiciones de la existencia de los sujetos, datos necesarios para el estudio y conocimiento del sufrimiento mental, requiere de metodologías que contemplen esta dimensión de lo local. Los estudios etnográficos y los orientados al conocimiento de la salud mental se basan en esta di-

mensión de lo contextual, que se hace texto verdadero en cada sujeto, ya que lo universal resulta solamente relativo para evaluar su función en la orientación de la clínica, la atención y los servicios. El investigador de la problemática de lo humano, como es el caso del sufrimiento mental, no está situado en un punto neutro a distancia de lo que observa, forma parte del mismo escenario social y cultural de los sujetos que estudia, su condición de sujeto de una cultura no es separable del objeto de su observación.

A modo de ejemplo: el cerebro humano, en su estructura y funcionamiento, es universal. Hace un tiempo sabemos que el genoma humano es también universal, más allá de las diferencias de raza. Se agrega que el genoma de los primates superiores es muy cercano, (demasiado cercano diría), al genoma humano. Pero los comportamientos de los sujetos, de distintas razas, como también de los primates, se caracteriza por la diferencia: el psiquismo, la subjetividad, los modos de significación, valoración, que son los que regulan los comportamientos prácticos, y que están presentes en los modos del sufrimiento psíquico, son inescindibles de la lengua, el mundo simbólico y social en que habita cada sujeto. Por cierto es de sumo cuidado no trasladar mecánicamente lo universal del cerebro, o la genética humana al comportamiento, como tampoco trasladar el comportamiento a su sola dimensión cerebral. Está claro que no hay procesos mentales que no se sustenten en el funcionamiento cerebral, como no hay funcionamiento cerebral que no se exprese en la vida y el comportamiento del sujeto, pero esto lejos de suponer una simetría entre uno y otro nivel, nos obliga en la investigación a reconocer sus diferentes lógicas de funcionamiento. A esto se agrega otra dificultad en la investigación en salud mental: a diferencia

de las ciencias biológicas o físicas, no contamos con una sólida disciplina que de sustento a una metodología precisa para acceder al conocimiento verdadero. Lo que caracteriza justamente al campo de la salud mental es la existencia, múltiple y simultánea, de diferentes disciplinas o corrientes intelectuales, que definen modos distintos de comprender el sufrimiento mental, o la enfermedad, por lo tanto también modos distintos de conocerlos y tratarlos. La repuesta a las tres preguntas claves: ¿Qué son las enfermedades mentales?; ¿Quiénes deben tratarlas?; ¿Cómo deben tratarse?, no tiene en nuestro campo una sola repuesta, las divergencias se han mantenido a lo largo de los dos siglos de existencia de la psiquiatría. Ya que estas diferentes perspectivas de comprensión se expresan tanto en las preguntas de investigación, como en los objetivos y en las metodologías de estudio: ¿Podríamos ignorar cuánto estas diferencias marcarán (en el mismo sentido en que la marca de un producto nos confiesa su origen) la investigación y sus resultados? Y si, como decía antes, la investigación debe servir a la orientación de los servicios y a las prácticas de atención, resulta claro que estas divergencias, más allá de algunas cuestiones generales, dificultan mucho establecer una sola política racional y científica para los cuidados de la salud mental.

Estas dificultades no son ajenas al desarrollo de la investigación en nuestro país. En un artículo reciente sobre Investigación en Salud Mental en América Latina (*Salud Mental en la Comunidad*, Ed. OPS, Serie Paltext, N° 49), Denise Razzouk, señalaba que las publicaciones de investigación en salud mental, si bien se están incrementando, representan no más del 1% de la producción científica. Dice al respecto: “*Las barreras que dificultan el desarrollo científico incluyen la baja inversión en investigaciones, la falta de profesionales calificados en el área de la salud mental, la calidad deficiente de las investigaciones, el bajo índice de sumisión de artículos a revistas internacionales, las dificultades con el idioma (publicaciones en inglés) y la dificultad de acceso a las bases de datos y publicaciones periódicas.*” Esta autora confía, sin fundamentarlo, que lograr incluir las investigaciones en salud mental de nuestros países, en las revistas indexadas en la base de datos ISI (Instituto de Formación Científica, MEDILINE, etc.) otorgaría estatus científico a nuestras investigaciones. No tiene en cuenta que la mayor parte de las revistas científicas de salud están radicadas en los países centrales y son orientadoras justamente de una perspectiva de investigación, aquella que responde a metodologías estadísticas, desechando los estudios etnográficos o solamente cualitativos del sufrimiento mental. La misma autora reconoce el predominio de estudios vinculados con prevalencia y ensayos clínicos, área dominada por la misma industria farmacéutica, frente a la escasa publicación, en estas revistas, de estudios centrados en

problemas específicos en países de América Latina, como el problema de la desigualdad social, la marginalidad, el desempleo, las migraciones y los exilios, y su relación con trastornos mentales dominantes (alcoholismo, depresión, violencia, etc.).

Compartimos una de sus conclusiones, con la salvedad de que ello nos debe llevar a un replanteo respecto de qué y dónde publicar, para no terminar orientando los objetivos de nuestra investigación por los criterios de aceptación de estas revistas para su publicación. Observa la autora: “*No hay una producción científica congruente que aporte el caudal de datos probatorios necesarios para orientar la política en materia de salud mental. Las necesidades de la Región solo se atenderán si reciben el apoyo de una inversión masiva y continua en los tipos más variados de investigaciones en salud mental, principalmente en los relativos a la evaluación de intervenciones clínicas y en la organización de los servicios. Para ello es necesario fomentar la formación de profesionales de salud capaces de diagnosticar y tratar los trastornos mentales, y promover la capacitación de investigadores para trabajar en los países de bajos ingresos.*” Estamos de acuerdo respecto de que es necesario lograr un mayor financiamiento para la investigación en salud mental. No ignoramos que el financiamiento, hoy día, es orientador de los objetivos de investigación ya que se financian determinados proyectos y se desechan otros, y en esta orientación mucho tienen que ver justamente las revistas denominadas de “alto impacto”, que por otra parte tiene que ver a su vez con el origen de los fondos económicos destinados a fomentar la investigación. Es necesario, y es uno de los objetivos de la Universidad Nacional de Lanús, a través especialmente de nuestros postgrados, fomentar la enseñanza en las disciplinas metodológicas, condición necesaria para incrementar el número y el nivel de formación de profesionales dedicados a la investigación. Se requiere a la vez definir una política que oriente la investigación a los problemas prevalentes en nuestro país y en la Región, como al desarrollo de servicios para una atención más racional y de mejores resultados. El papel de la investigación, y el de los profesionales formados para ello, es relevante a la hora de lograr un replanteo de los servicios y de las prácticas a fin de superar el dominio actual en nuestros países del modelo asilar en la atención de los trastornos más severos. Nuestro país y la Región, aún están en deuda en la comprensión de que la producción local de conocimiento es el elemento esencial para lograr un cambio a fin de lograr servicios de cuidados de salud mental más adecuados al sufrimiento mental de nuestra población, más participativos respecto a los mismos usuarios, sus familias y la comunidad, condición para preservar principios éticos en la atención, respetuosos de la dignidad personal de quienes requieren atención y el resguardo de sus derechos ciudadanos.

Hablar de investigación es plantearse el problema del establecimiento de la verdad respecto al sufrimiento psíquico y su atención. En relación al sujeto, Freud nos enseñó que al lado de una “verdad material”, aquella de las condiciones objetivas que escapan a nuestro dominio, existe una “verdad histórica”, no consciente y necesaria de un otro para desentrañarla y lograr disipar los sufrimientos sintomáticos. Esto nos facilita pensar que respecto a la salud mental de la población se cumple también esta doble perspectiva sobre la verdad. La lucha por desentrañar y comprender la verdad histórica en lo social y en la existencia singular de cada sujeto forma parte de un mismo problema. Una no se comprende sin la otra. Si habitualmente otorgamos a la verdad material una condición objetiva y a la verdad histórica una verdad del sujeto, esto es, subjetiva, cabe interrogarse acerca de estos términos de objetividad y subjetividad respecto al develamiento o la construcción de la verdad. Cabe aclarar que objetivo y subjetivo son categorías del pensamiento sobre la realidad. La objetividad es una categoría de la razón, no la pura percepción del mundo y las cosas que lo habitan, por lo tanto la objetividad requiere de un sujeto que la establezca como tal.

En el campo de lo social como en el de la salud mental, se debe partir de que toda iniciativa científica de clasificación debe tener presente que los sujetos sociales se muestran como objetivamente caracterizados por dos tipos diferentes de propiedades materiales que, como los cuerpos, se dejan enumerar y medir como cualquier otro objeto del mundo físico, y, por otra parte tanto lo social como los sujetos poseen propiedades simbólicas que se determinan en las relaciones de reconocimiento entre sujetos. Pierre Bourdieu (*Las Estructuras de la reproducción social*, 2011) señala respecto a esta doble materialidad de lo social: *“Esto significa que la realidad social autoriza dos lecturas diferentes: por un lado, aquellos que recurren a un uso objetivista de la estadística para establecer distribuciones (en el sentido estadístico y también económico), expresiones cuantificadas de como, entre un gran número de individuos en competencia, se reparte una cantidad finita de energía social aprehendida merced a los ‘indicadores objetivos’ (es decir, las propiedades materiales); por otro lado, aquellas que se encargan de descifrar significaciones y actualizar las operaciones cognitivas por cuyo intermedio los agentes las producen y las descifran”*. Siempre la realidad de un sujeto en su existencia social es independiente de su conciencia y su voluntad individual, esta doble dimensión material y simbólica, hace necesario que la investigación sobre sujetos implique a ambas, a riesgo de distorsionar los datos obtenidos. Situado un sujeto social para la investigación de “su realidad”, ignorando esta doble dimensión, el investigador arriesga reducir esa realidad a las representaciones con que cuenta en su disciplina. El resultado es que los datos

que obtiene serán más producto de las estructuras de sus teorías, es decir, de la lengua de la disciplina con su potencia performativa.

La investigación sobre sujetos no puede así reducirse a un registro de distribuciones, a indicadores materiales de diferentes especies de sujeto, clasificados en base a interpretaciones diagnósticas. La perspectiva positivista lleva a ver las clasificaciones como recortes arbitrarios u “operativos” que hacen de base de sus posteriores registros. Los datos que se obtienen en base a estas distribuciones permanecen en la tensión entre una hermenéutica de las relaciones de sentido en la existencia de un sujeto y una mecánica objetivada de correlaciones forzadas por el investigador. Si bien podemos aceptar una física social, al modo en que la pensó Durkheim, que requiere admitir que el conocimiento de la realidad social necesita de instrumentos lógicos de clasificación, esta posición encuentra un límite, tanto epistemológico como metodológico, cuando se trata de producir conocimiento sobre “la realidad” objetiva del sufrimiento psíquico de un sujeto. Estas cuestiones se terminan resolviendo siempre en base a la “autoridad” de la disciplina, que impone sus distribuciones y clasificaciones, ignorando el carácter performativo de las mismas, es decir, la construcción de una clase de sujetos captados, y capturados de forma práctica, bajo un diagnóstico.

Es frecuente que esta posición genere disputas entre los investigadores en salud mental, a veces mal encuadradas entre “cualitvistas” y “cuantitvistas”, que suponen la antigua oposición entre subjetivismo versus objetivismo (consecuencia del más antiguo aún dilema filosófico entre el espíritu y el cuerpo). De un lado, en la perspectiva positivista, se trata de categorías estadísticas arbitrariamente impuestas por el investigador, que, de paso, introduce en la existencia de los sujetos una discontinuidad esencial, radical, por ejemplo entre esquizofrénicos y no esquizofrénicos, ignorando el habitual solapamiento entre los diagnósticos psicopatológicos. Desde las perspectivas llamadas cualitvistas, los investigadores tratan de basar su estudio en los sujetos mismos, por fuera de su clasificación, sin negar por ello las diferencias que produce el sufrimiento mental entre los sujetos, pero atendiendo más a las cualidades psíquicas y existenciales del mismo, su biografía, su contexto cultural, la materialidad concreta de su situación social. Se abren así dos perspectivas metodológicas, de las cuales una parece resultar más “objetiva” y la otra más “subjetiva”, en tanto la primera parece estudiar las enfermedades mentales con los mismos métodos que se investigan los objetos (las cosas), mientras que la otra apela a que estudiar sujetos (las personas) y sus sufrimientos, requiere de otros métodos, lo cual acerca sus metodologías de estudio a los métodos propios de los estudios etnográficos, sociológicos y antropológicos.

Es posible un acuerdo sobre la simultaneidad de la objetividad social del enfermo mental y la subjetividad de las representaciones de la misma, la última palabra la tendrá siempre el cruce entre ambas dimensiones, ya que el sujeto del sufrimiento mental está ya disciplinado por la existencia de la disciplina que lo estudia, que es la que a su vez define su existencia social como enfermo, sin dejar por eso de existir como sujeto singular, con su historia (y su verdad histórica) y su existencia, solo cognoscibles a través de sus representaciones, es decir, sus palabras.

En la mayor parte de los sufrimientos mentales existe una continuidad psicopatológica entre los modos considerados normales de transitar por los avatares de la existencia, y los modos sintomáticos (neurosis, depresión, violencia, trastornos de la personalidad, diversas adiciones, etc.). Es siempre un acto del objetivismo positivista llevar a cabo la contabilidad de cada grupo que construye para luego establecer su tasa de prevalencia. No se trata de datos falsos, se trata de que no pueden dejar de ser arbitrarios en el procedimiento de construcción de cada grupo diagnóstico, ya que este procedimiento impide la consideración de la singularidad del sujeto, la complejidad de toda existencia humana. El desafío consiste en que es necesario para el sistema de salud mental identificar los grupos vulnerables que requieren de ser atendidos, y al mismo tiempo no desconocer el doble modo de existencia que tiene el sujeto del sufrimiento: por la existencia de la disciplina, está clasificado por su diagnóstico, esto hace a su existencia social, lo visualiza como “enfermo”; a la vez que mantiene la singularidad de toda existencia humana, su historia, las representaciones que ha construido para establecer la verdad sobre su ser. No comprender esta doble existencia del sujeto enfermo, hace que ignoremos que dentro de un grupo identificado existen algunos que resolverán sus sufrimientos con recursos propios, o los que pueden aportarle sus grupos sociales de pertenencia (lo cual no se explica por la “brecha” de atención, es decir por los sujetos no atendidos por los servicios). Porque creo resulta claro que las tasas de prevalencia no se apoyan por lo general en investigaciones empíricas sobre los sujetos investigados, son en general resultado de metodologías estadísticas aplicadas a la investigación. Esta falta de una investigación empírica hace que no sepamos bajo qué circunstancias, en cual relación con su mundo familiar, social, fue llevado ese sujeto singular a expresar su sufrimiento mental. Vale en esto recordar la expresión de Marcel Proust: *“nuestra personalidad social es una creación del pensamiento de los otros” (A la búsqueda del tiempo perdido)*.

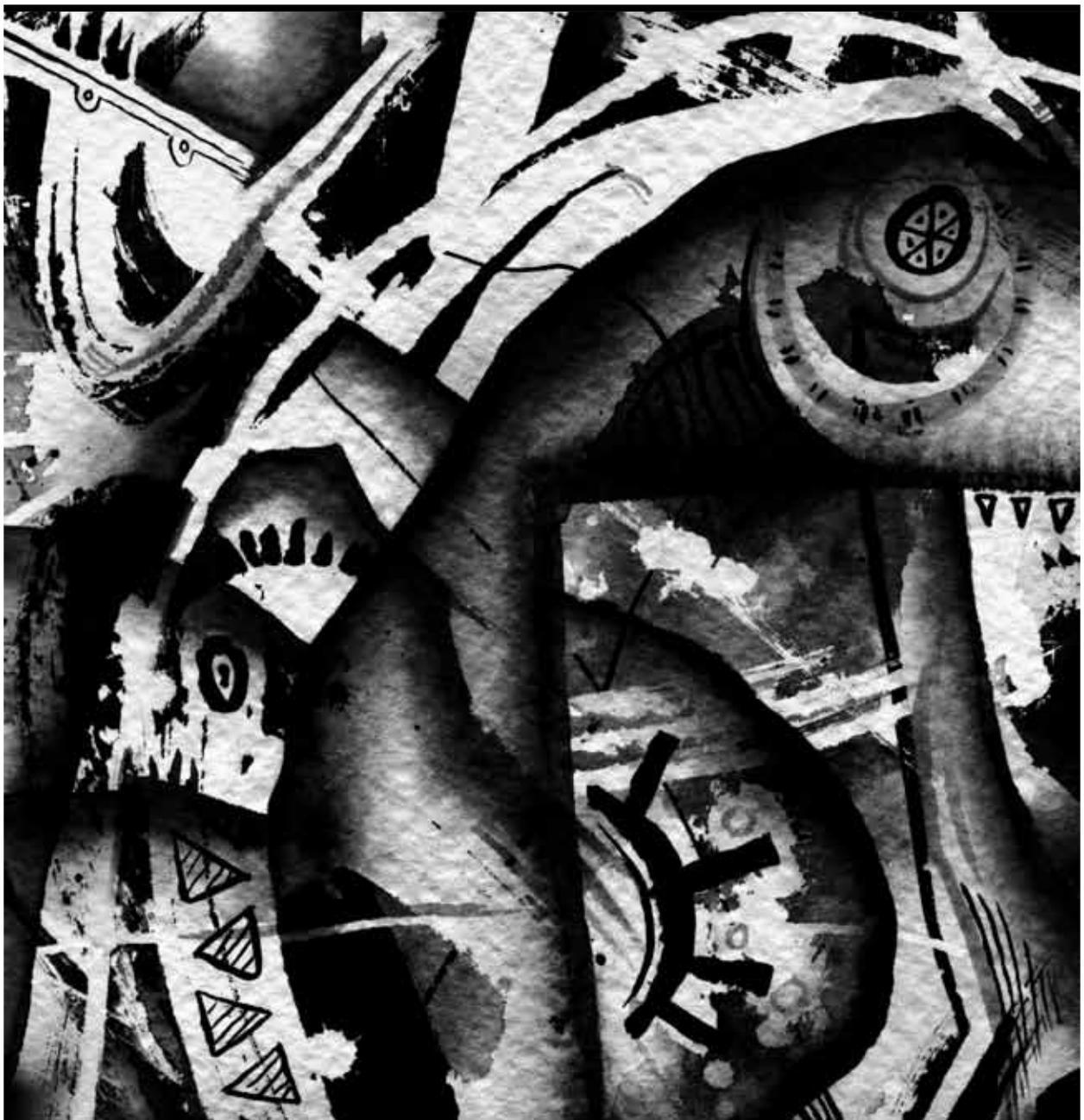
Debo agregar que la objetivación científica no es completa en salud mental si no tenemos en cuenta la dimensión subjetiva del investigador y su papel en la producción de los datos. Esta dimensión subjetiva de

la investigación obstaculiza sin duda toda objetivación del estudio, pero ignorarla genera una distorsión de los resultados, cuando no su falsedad. Este obstáculo merecería nos detuviéramos más en sus implicancias para la construcción de la verdad en nuestras investigaciones, tema que, en los límites de esta editorial, dejaremos abierto. La teoría adecuada en el terreno del estudio del sujeto y sus sufrimientos es aquella que puede integrar la verdad parcial que capta el conocimiento objetivo (percepción y medición de un sufrimiento identificado) y la verdad propia de la experiencia de un encuentro entre el sujeto del sufrimiento y el investigador. Esta verdad solo circula en los límites infranqueables de una historia que a lo sumo admite alguna verdad construida entre ambos, complejidad de una existencia y complejidad que debe reflejarse en el desafío del conocimiento. Nuestro problema con el objetivismo en que se basa la mayor parte de la investigación positivista, es que reduce esta complejidad de la existencia del individuo y la estructura del mundo social y simbólico en que habita y en el cual debemos situar su sufrimiento mental. Toma de ese modo sus propias categorías de percepción para instituir la Doxa, la “protodoxa” como la llama Husserl, percepción del sujeto o los sujetos, como dato natural. Reduce así el efecto real de la protodoxa como percepción de la naturaleza del sufrimiento mental a un solo principio de autoridad disciplinaria o prestigio profesional del investigador. Las personas que ejercen autoridad (los profesionales reconocidos como especialistas de una disciplina) se ven dotados de prestigio social, aquello que Max Weber definiera como “su carisma” social. Toda “verdad objetiva” en los estudios sobre el sujeto y las formas de expresión de su sufrimiento se desprenden de este ejercicio de la autoridad disciplinaria. Para el sujeto la verdad es siempre verdad histórica, aquella en que lo ayudamos a construir los recursos psíquicos para aliviar su sufrimiento. La investigación y los investigadores debemos asumir los obstáculos que esta singularidad de todo sujeto opone a todo intento de construir un conocimiento racional y de valor universal sobre el sufrimiento mental, sin el cual por otra parte se dificulta orientar cuál debe ser una clínica racional y cuáles los servicios adecuados para ella. Reconocer los obstáculos, aceptar conscientemente los límites de nuestro conocimiento, admitir cuanto dependemos para la construcción de la verdad científica de los mismos sujetos con sufrimiento que tratamos, es sin duda lo que de un lado puede preservarnos de no ejercer el principio de autoridad que tanto marcó las prácticas represivas de la psiquiatría asilar y del manicomio, como del otro lado conducirnos por un camino más seguro, más ético y más respetuoso de los derechos humanos hacia la verdad del sufrimiento mental y su tratamiento.

Abril, 2012



# ARTÍCULOS





# Algoritmos predictores de riesgo para identificar individuos con alto riesgo de padecer trastornos mentales comunes: los estudios Predict

**Michael King**

Profesor de Psiquiatría en Atención Primaria. Director de la Unidad de Ciencias de Salud Mental. Director Adjunto de la Unidad de Ensayos Clínicos PRIMENT .

Unit of Mental Health Sciences. Faculty of Brain Sciences. University College London Medical School.

**Traducción:** María Victoria Illas.

## Antecedentes

Los trastornos mentales se consideran uno de los problemas de salud más preocupantes a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud estima que la depresión será una de las principales causas de discapacidad mundial en el año 2020. Existen numerosos materiales referentes al diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. Los tratamientos varían desde el uso de medicación hasta una variada gama de psicoterapias. Sin embargo, en casi todo el mundo, más de la mitad de las personas afectadas por trastornos mentales no reciben tratamientos costo-efectivos y las brechas en dichos tratamientos son aún más elevadas en los países con niveles de ingresos bajos y medios en los cuales alcanzan el 90% (Wang et al., 2007). Estas brechas se deben a la falta de recursos humanos calificados en la provisión de tratamientos y atañen a la disponibilidad en cada contexto y a la generalización de tratamientos que se desarrollan en ámbitos culturales occidentales. Las series Lancet sobre salud mental global de reciente publicación convocaron a la acción para poner fin a esta brecha en los tratamientos (Grupo de Salud Mental de Lancet, 2012). Para lograr

este objetivo necesitamos crear y evaluar las intervenciones apropiadas para ser utilizadas en ámbitos de asistencia médica de rutina. Sin embargo, en la mayoría de los países, la escasez de especialistas en salud mental y la inequidad en su distribución, ambas entre y dentro de las diferentes naciones, es un importante obstáculo para reducir esta brecha (Knapp et al., 2006; Grupo de Salud de Lancet, 2012; Saxena et al., 2007; Organización Mundial de la Salud, 2005). Se aboga por la delegación de tareas, es decir, la estrategia de redistribución racional de tareas entre los equipos de profesionales de la salud, para tratar el tema de la escasez de recursos humanos especializados en salud (Lawn et al., 2008; Lewin et al., 2005).

## Prevención de los trastornos mentales

Aún más urgente para nosotros es saber de qué forma se pueden prevenir los trastornos mentales mencionados. La prevención de las enfermedades se lleva a cabo de dos maneras. La prevención primaria comprende aquellos esfuerzos para prevenir el inicio de

estos trastornos en gente sana. La prevención secundaria se refiere a la forma en se pueden reducir las posibles complicaciones o los daños en la persona que ya tiene una enfermedad o un trastorno médico. En términos de salud pública, la prevención primaria es crucial para reducir la carga de las enfermedades mentales en la población. La prevención primaria del trastorno mental puede abordarse desde dos niveles. El primero es a nivel de la población cuando se generan intervenciones de salud pública para reducir la incidencia de depresión. Estas intervenciones de salud pública no serán analizadas en este artículo. El segundo es la prevención en los grupos de alto riesgo, sobre lo que nos centraremos en este trabajo. Antes de ocuparnos de ese tema, sin embargo, necesitamos un método preciso y confiable para identificar quienes tienen el riesgo más alto de padecer algún trastorno mental. Durante algunos años el Grupo de Estudio Predict se ha dedicado a analizar la mejor forma de identificar a las personas con alto riesgo de padecer depresión, ansiedad o trastornos provocados por el consumo excesivo de alcohol (Bellon et al., 2008; Bellon et al., 2006; King et al., 2006). Hemos llevado a cabo una serie de estudios en Europa y Latinoamérica en atención primaria de salud para poblaciones. En muchos países del mundo la atención primaria de salud es gratuita en los lugares donde se ofrece y por lo tanto las personas tienen acceso a los médicos de cabecera a muy bajo costo o a ningún costo. Este tipo de atención primaria es el lugar ideal para identificar a aquellas personas con alto riesgo de padecer estas enfermedades y para emprender la prevención.

## **Predicción del riesgo a padecer trastornos mentales**

Hasta muy recientemente, no ha habido un instrumento de predicción de riesgo para identificar a las personas sanas con riesgo de padecer trastornos mentales en el futuro. Si bien esas herramientas predictoras de riesgo son muy conocidas en otras áreas de la medicina, tales como en el caso de enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares, ha habido pocos intentos de crear modelos similares para predecir la aparición o la recaída de trastornos mentales. Esta falta de instancias de investigación se debe posiblemente a las dudas existentes respecto de la validez de los diagnósticos de enfermedades mentales y también a la preocupación de si esas afecciones pueden determinarse de forma precisa y confiable.

El instrumento de predicción de riesgo más famoso en medicina se creó para anticipar el riesgo de episodios cardiovasculares futuros. El Estudio Cardiológico Framingham se utilizó en los Estados Unidos durante muchas décadas en amplias cohortes de personas sa-

nas. El objetivo general fue combinar un número de factores de riesgos conocidos en un índice que anticiparía de forma precisa un episodio cardiovascular en un período de 10 años. Este algoritmo, y otros similares que se desarrollaron en Europa, demostraron ser populares para su uso en la práctica médica cuando los pacientes que visitaban a sus médicos por alguna razón ingresaban datos tales como adicción al tabaco y alta presión a fin de estimar su riesgo de padecer un ataque cardíaco en el futuro. Los médicos utilizan esos algoritmos de riesgo para discriminar el nivel de riesgo de cada paciente y, según los resultados, para planear atención médica y asesoramiento preventivos. Discriminación es un término utilizado para describir de qué forma precisa un médico puede distinguir entre pacientes con riesgo bajo o alto, es decir, cuando una herramienta de riesgo puede predecir correctamente qué pacientes presentarán un problema de salud específico (Manuel et al., 2012), en este caso particular, depresión o ansiedad.

## **Desarrollo de un instrumento de predicción de riesgo en salud mental**

Nuestra hipótesis sostiene que un algoritmo de predicción de riesgo del inicio de trastornos mentales puede diseñarse de forma análoga. Por lo tanto, comenzamos una serie de estudios en los cuales combinamos factores de riesgo para trastornos mentales comunes en una ecuación de riesgo para uso en la práctica médica. Nuestro objetivo *no* fue descubrir nuevos factores de riesgo para trastornos mentales comunes, sino que en realidad fue determinar la combinación mejor y más económica de esos factores para ser utilizados en un instrumento de predicción. Comenzamos por recolectar un gran número de factores de riesgo ya establecidos, que obtuvimos de una búsqueda en la literatura y de revisiones sistemáticas del riesgo de padecer depresión y ansiedad. Estos factores de riesgo cubrían áreas como historia personal y familiar de trastornos mentales, edad, educación, trabajo, situaciones de estrés reciente, uso de alcohol y drogas, relación con los otros, salud física, calidad de vida y experiencias de discriminación. Se reunieron preguntas en una entrevista para medir de forma precisa estos factores de riesgo y en lo posible, se utilizaron instrumentos estandarizados. Esta batería de preguntas se aplicó en amplias cohortes de individuos que concurrían a la consulta médica de cabecera por alguna razón en seis países europeos, a saber, el Reino Unido, Holanda, España, Portugal, Estonia y Eslovenia. A fin de validar el algoritmo de riesgo de predicción en otra población diferente, también reclutamos un gran número de prácticas médicas en Chile. De esta manera pu-

dimos diseñar el algoritmo de predicción de riesgo en Europa y probar su validez en otra población cultural y geográficamente distinta. Esta es la prueba más rigurosa de la función de un algoritmo. Se han desarrollado muchos instrumentos de predicción de riesgo, pero muy pocos también se validaron en otras poblaciones a fin de asegurar que pueden ser aplicados clínicamente de forma confiable en su poder discriminatorio.

## Método y reclutamiento

A fin de desarrollar los algoritmos de predicción, se les pidió a los participantes que tomaran parte en un estudio longitudinal, en el cual fueron evaluados al comienzo, y después de 6 y 12 meses. Participaron en el mismo, asistentes no seleccionados a las prácticas médicas en cada uno de los seis países europeos. En primer lugar, se examinó a cada participante para comprobar la presencia o ausencia de un trastorno depresivo grave mediante el uso de la Sección Depresión de la Entrevista Diagnóstica Compuesta Internacional (Organización Mundial de la Salud, 1997). Luego, contestaron la batería de preguntas que reunimos sobre los riesgos de padecer depresión. Si bien se efectuó un seguimiento sobre todos los pacientes durante 12 meses, solo se analizaron aquellos pacientes que no estaban deprimidos al comienzo del estudio con el fin de desarrollar el algoritmo predictD de predicción de riesgo de depresión. Sin embargo, debido a que los factores de riesgo para la depresión, la ansiedad y el consumo excesivo de alcohol tienen muchas características en común, pudimos desarrollar algoritmos predictores de riesgo para los tres tipos de trastornos. Participaron 10.045 personas en los siete países. La respuesta al reclutamiento fue alta en Portugal (76%), Estonia (80%), Eslovenia (80%) y Chile (97%) pero más baja en el Reino Unido (44%) y Holanda (45%). En todos los países la respuesta al seguimiento fue del 89.5% a los seis meses y del 85.9% a los 12 meses (King et al., 2008).

## Medición de la exactitud de un algoritmo de predicción de riesgo

Existen varias formas de medir la precisión de los algoritmos de predicción de riesgo. Los más conocidos y efectivos son el índice  $c$ , y la sensibilidad y especificidad. El índice  $c$  es equivalente al área bajo una curva ROC (acrónimo de Característica Operativa del Receptor, ROC, según sus siglas en inglés) (representación gráfica de la sensibilidad frente a 1-especificidad), en cuanto a que mide la capacidad general del modelo para discriminar entre los individuos con depresión y aquellos que no la padecen (Cook, 2008). Los valores varían entre 0 y 1.0. Una prueba perfecta tiene un ín-

dice  $c$  de 1.0 mientras que una prueba con un resultado equivalente al factor azar en la predicción de riesgo tiene un índice  $c$  de 0.50 (Cooper and Hedges, 1994). Un índice  $c$  de 0.8 significa que si se seleccionó de forma aleatoria a un individuo que posteriormente se deprimió y otro que no, luego en el 80% de los casos, aquel individuo que se deprimió tendrá el riesgo más alto según lo anticipado por el modelo de predicción de riesgo. Por otra parte, la sensibilidad y la especificidad indican cuál sería el mejor lugar para ubicar un punto de corte que distinga a aquellos individuos con riesgo alto y bajo. La sensibilidad es el porcentaje de individuos que se encuentran en riesgo de deprimirse y que el algoritmo identifica correctamente como tales (también se conoce como tasa positiva verdadera). Por el contrario, la especificidad (también llamada tasa negativa verdadera) se refiere al porcentaje de individuos que *no* se encuentran en riesgo de deprimirse y que están correctamente identificados como que *no* están en riesgo alto de hacerlo. Cuando se utiliza el algoritmo en la práctica clínica, se elegiría un punto de corte que maximice tanto la sensibilidad como la especificidad –es decir, la mayoría de las personas en riesgo se identifican sin el costo en trabajo extra de incluir demasiados falsos positivos o el peligro de omitir demasiados verdaderos positivos.

## PredictD para la depresión

El algoritmo final predictD que desarrollamos en las cohortes europeas contenía 10 factores de riesgo, cinco de los cuales se referían a episodios pasados o a características de los pacientes (sexo, edad, educación, rastreo de antecedentes de depresión, historia familiar de dificultades psicológicas); cuatro estados actuales (Cuestionario SF 12 physical health subscale score [puntaje de la subescala de salud física del Cuestionario SF 12], SF 12 mental health subscale score [puntaje de la subescala de salud mental del Cuestionario SF 12], dificultades no fundamentadas en trabajo remunerado y no remunerado y discriminación) y otro referido al país. Las preguntas en el modelo final predictD model se incluyen en el apéndice.

- La historia de depresión se basó en las respuestas positivas a las dos primeras preguntas de la Sección o antecedentes de depresión del CIDI (Organización Mundial de la Salud, 1997).
- Las preguntas sobre una historia de problemas psicológicos graves en familiares de primer grado se basó en aquellas preguntas contenidas en un cuestionario de historia familiar diseñado para investigación genética (Qureshi et al., 2005).
- Para las dificultades no fundamentadas en el trabajo remunerado o no remunerado en los seis meses precedentes se utilizaron las preguntas del cues-

tionario sobre evaluación de situaciones laborales (Karasek and Theorell, 1990).

- La salud física y mental autoevaluada se determinó mediante el cuestionario SF 12 (Jenkinson et al., 1997). Este instrumento tiene alta validez y confiabilidad y se utiliza mucho en la investigación clínica y epidemiológica. El resumen de medidas de salud física y mental en el Formulario Corto 12 tiene un alto grado de correspondencia con los datos que figuran en el documento madre, el cuestionario SF 36 (Gandek et al., 1998). Las ponderaciones utilizadas para calcular puntajes son de la versión 1 y se incluyen en el apéndice.
- Las experiencias de discriminación en los seis meses precedentes en razón de sexo, edad, etnia, apariencia, discapacidad u orientación sexual utilizaron preguntas de un estudio europeo (Janssen et al., 2003).

## Poder de discriminación del predictD

Los índices-c en cada país indican que predictD tiene buena discriminación entre los individuos con riesgo alto y bajo de padecer depresión en 12 meses (Tabla 1). El puntaje de riesgo del predictD se compara favorablemente con un índice de riesgo de episodios cardiovasculares llevado a cabo en 12 cohortes europeas, que reveló índices-c entre 0.71 y 0.82 para la predicción de episodios cardíacos graves (Conroy et al., 2003). Recordar que un índice-c de 0.8 significa que si se eligieron pares de individuos al azar, en los cuales uno de ellos se deprimió y el otro no, luego en el 80% de las veces, aquel individuo que se deprimió tendrá un riesgo más alto que aquel que no se deprimió, según lo predice el modelo de predicción de riesgo. Nuestros índices-c demostraron que la predicción de un riesgo futuro de enfermedad mental es tan exacta como aquel para el riesgo de enfermedad física futura. Por lo tanto, apoya la estabilidad y significado de nuestras categorías diagnósticas actuales para la depresión grave.

La forma de calcular el puntaje de riesgo en predictD (y en los otros algoritmos de riesgo para la ansiedad y el consumo excesivo de alcohol, que más adelante se describirán) se detalla en nuestras otras publicaciones (King et al., 2011a; King et al., 2008; King et al., 2011b). Se podrá programar el algoritmo en computadoras manuales pequeñas o en computadoras situadas en los lugares de las prácticas médicas y los pacientes podrán estimar su propio riesgo o estimarlo para su médico.

La estimación de riesgo en el curso de 12 meses puede parecer un período relativamente corto. Sin embargo, es un tiempo pragmático en el cual los médicos, o el personal de prácticas, tales como las enfermeras, pueden intervenir para prevenir la aparición de

la depresión. Posteriormente hemos desarrollado el cuestionario que mide el riesgo en el curso de 24 meses y hemos llegado a la conclusión de que su poder de predicción es muy similar (King et al., 2012).

## Usos de predictD

PredictD se ha creado para que los médicos de cabecera lo usen como herramienta para la prevención de la depresión. El uso principal de este instrumento es la identificación de aquellos pacientes con alto riesgo de padecer depresión, en cuyo caso el médico debería realizar una intervención breve para evitar la aparición de una depresión grave. Sin embargo, cuando el acceso a los médicos de cabecera es gratuito en el lugar donde se provee, las barreras para las personas que consultan por su salud son muy bajas y por lo tanto los consultantes se consideran en realidad personas de la población general. Por lo tanto, creemos que este instrumento de predicción podrá ser utilizado en un entorno de la población general y no solo en atención primaria.

## PredictA para la ansiedad

También desarrollamos otros instrumentos de predicción, uno para predecir la aparición de los trastornos de ansiedad y otro para anticipar el trastorno de consumo excesivo de alcohol. Como lo mencionamos anteriormente, muchos de los factores de riesgo de estas afecciones comunes de la salud mental son similares y por lo tanto, al diseñar el modelo de predicción para la depresión, aprovechamos la oportunidad para desarrollar otros modelos de riesgo.

En cuatro de los países europeos participantes pudimos efectuar el seguimiento de aquellos que participaron durante 24 meses. De esa manera, construimos el modelo para la ansiedad e incluimos a 4905 individuos del Reino Unido, España, Eslovenia y Portugal, que no padecían el trastorno de ansiedad cuando se incorporaron al estudio. La validación externa del algoritmo se llevó a cabo usando los datos de seis meses en pacientes de Estonia, Holanda y Chile. El modelo de riesgo para la ansiedad (predictA) tuvo buenos resultados en la discriminación de los pacientes en riesgo de aquellos que no lo estaban (Tabla 2). El algoritmo es muy similar al utilizado para la depresión, si bien su contribución al riesgo fue diferente (en términos de coeficientes de regresión); los factores de riesgo comunes a ambos trastornos fueron la detección de una historia de depresión, antecedentes familiares de dificultades psicológicas, el cuestionario SF 12 para el puntaje de la subescala de salud física, SF 12 para el puntaje de subescala de salud mental, y dificultades no fundamentadas en el trabajo remunerado y/o no remunerado. El sexo, la edad y el país fueron inclui-

dos obligatoriamente en ambos modelos (predictA y predictD). Dos factores de riesgo presentes en el algoritmo predictD para la depresión grave (nivel de educación y caso reciente de discriminación) no se incluyeron en el modelo predictA (King et al., 2011a).

Estos factores compartidos en la naturaleza del riesgo (aún cuando su *contribución relativa* al riesgo fue diferente) son interesantes y sugieren que los trastornos mentales comunes junto con la depresión y la ansiedad pueden ser muy similares en sus orígenes y circuitos. Sin embargo, debemos tener cuidado al efectuar una interpretación de este tipo, ya que los factores de riesgo no son necesariamente etiológicos en su relación con el trastorno mental. Son asociaciones y no necesariamente causas. No obstante, teniendo en cuenta esa advertencia, podría existir el caso de que efectuemos una distinción artificial al clasificar un número de síntomas particulares como depresión y ansiedad. Si bien son similares, lamentablemente no se puede combinar estos síntomas simplemente en una ecuación de riesgo general de trastornos mentales comunes, ya que estos instrumentos solo son efectivos para los individuos que están sanos al momento de completarlos. Por lo tanto, aquellas personas que no padecen depresión no necesariamente están libres de verse afectadas por ansiedad y viceversa.

## Predict AL para el consumo peligroso del alcohol

Al desarrollar nuestro modelo de riesgo para el consumo nocivo de alcohol, medimos la ingesta de alcohol en los seis meses precedentes utilizando la Prueba de Identificación de Trastornos en el consumo de Alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test) o AUDIT (Barbor et al., 1989), una herramienta para la detección del consumo peligroso de alcohol y su dependencia en atención primaria (Coulton et al., 2006). El AUDIT es un cuestionario ampliamente utilizado y validado que contiene 10 preguntas acerca del uso y actitudes con respecto al consumo de alcohol durante los seis meses precedentes al estudio. Definimos el consumo de alcohol peligroso cuando el puntaje de AUDIT es 8 o más en varones y 5 o más en mujeres (Aalto et al., 2009). Desarrollamos el modelo predictAL en individuos que no eran bebedores peligrosos al comienzo del estudio en seis países europeos y luego lo validamos en consultores de atención primaria en Chile (King et al., 2011b). Nuestro modelo del trastorno de consumo excesivo de alcohol es (no es de extrañar) ligeramente diferente del predictD y el predictA. Los factores de riesgo en el modelo predictAL fueron el sexo, la edad, el país, el puntaje AUDIT al inicio del estudio, antecedentes de problemas alcohólicos y la presencia del síndrome de pánico como lo clasifica

el Cuestionario de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire PHQ9) (Spitzer et al., 1999). Funcionó bien con altos índices aún cuando se validó externamente en Chile (Tabla 3). Es decir, los principales factores de riesgo en predictAL se refirieron a los hábitos de consumo de alcohol y a los síntomas de ansiedad. Este instrumento de predicción podría ser una extensión válida del uso del cuestionario AUDIT en la práctica clínica. Los médicos de cabecera podrían usar el cuestionario AUDIT para detectar de forma usual en sus prácticas a los individuos bebedores habituales. Sin embargo, mediante el agregado de preguntas extras, podrían predecir quien se encuentra en riesgo de volverse un bebedor peligroso en el futuro.

## Evaluación de la prevención en los trastornos mentales

Existen varias formas para utilizar los algoritmos de predicción de riesgo como los mencionados en la prevención de la aparición de trastornos mentales comunes en las poblaciones que recurren a la atención primaria. Debido a que estos instrumentos son de creación reciente, existe falta de evidencia publicada con respecto a su utilidad en la prevención. De los tres estudios, el predictD es el que está siendo evaluado de forma más rigurosa con respecto a su uso en prevención. Un amplio ensayo clínico aleatorio a nivel nacional está a punto de finalizar en España, en el cual los pacientes fueron aleatorizados a una intervención de prevención breve por parte de los médicos de cabecera o a un grupo control en el cual continuaron recibiendo la atención habitual (comunicación personal de Juan Bellon). Todos los pacientes que asistieron a la consulta de sus médicos que fueron reclutados para el estudio completaron el cuestionario predictD al inicio y se les efectuó un seguimiento durante 18 meses. Los resultados primarios fueron depresión grave nueva y puntuaciones sobre el propio cuestionario predictD. En este ensayo los pacientes *no* fueron seleccionados en base al alto riesgo (altos puntajes de predictD) y por lo tanto, se puede evaluar el impacto de prevención en sus puntajes de riesgo (así como también la aparición de depresión grave). Sin embargo, en programas de prevención más habituales, los pacientes se seleccionarían para su atención sobre la base del puntaje de riesgo de su predictD. Este es el enfoque utilizado en un ensayo piloto randomizado actualmente en curso en el Reino Unido, en el cual el objetivo es evaluar la efectividad del MoodGYM, un paquete informativo de prevención en Internet (<http://mood-gym.anu.edu.au/welcome>), para la prevención de la aparición de depresión grave en individuos que tengan altos puntajes en el predictD. En este ensayo, los pacientes que no se encuentran deprimidos en la ac-

tualidad y tienen un puntaje en el décimo decil (top 10%) de riesgo se randomizan para recibir autoayuda a través del MoodGYM (además de la atención primaria habitual) o continúan con la atención primaria habitual. El objetivo del ensayo piloto es evaluar el reclutamiento y el desgaste y analizar de qué forma este paquete de prevención en Internet debería ser utilizado y evaluado. Finalmente, se está planeando en Chile otro ensayo piloto para evaluar una intervención breve en la práctica de atención primaria para aquellos que tengan puntajes altos en el predict D. En este caso, los psicólogos que trabajan en atención primaria entregarán el paquete de prevención informativo.

## Ampliación de la prevención

La prevención de los trastornos mentales debe ser breve y económica si se desea ampliarla en las poblaciones que reciben atención primaria. Los pacientes que se identificaron como que están en riesgo en el predictD no están deprimidos, sino que se encuentran *en riesgo* de deprimirse en un futuro. Por lo tanto, la prevención debe ser adecuada para aquellas personas que no están deprimidas en la actualidad, pero que podrían deprimirse en el futuro. Las herramientas que se encuentran en Internet pueden ser la forma más económica de proveer prevención en estas poblaciones. Se deberían considerar otras intervenciones, tales como reiniciar el

tratamiento con antidepresivos en pacientes con antecedentes de depresión, una espera alerta por parte de los médicos de cabecera con respecto a los pacientes que se encuentran en alto riesgo, u ofrecer psicoeducación directamente en la atención médica primaria. Un trabajo similar debe realizarse al utilizar el predictA para los trastornos de ansiedad y el predictAL para el consumo riesgoso de alcohol. PredictAL tendrá una aplicación particular en países con altas tasas de atracones compulsivos de alcohol (binge drinking) ya que existen pruebas de que este patrón de forma de beber puede llevar al consumo peligroso de alcohol en un tiempo comparativamente corto (Nazareth et al., 2011).

► **Tabla 1: Índices-c para predictD#**

País	Índice-c*	intervalos de confianza de 95%
Reino Unido	0.756	0.705, 0.808
España	0.793	0.746, 0.840
Eslovenia	0.833	0.775, 0.891
Estonia	0.761	0.690, 0.833
Holanda	0.852	0.799, 0.905
Portugal	0.747	0.693, 0.800
Media en todos los países	0.790	0.767, 0.813

# El índice-c también se conoce como el área bajo la curva Característica Operativa Relativa (ROC, por sus siglas en inglés) de sensibilidad contra 1-especificidad

► **Tabla 2: Índices-c para los países participantes en el estudio predictA**

	6 meses			24 meses			6 & 24 meses		
	Índice-c	IC 95%*		Índice-c	IC 95%*		Índice-c	IC 95%*	
Europa 4**	0.78	0.74	0.81	0.73	0.68	0.77	0.75	0.72	0.78
Reino Unido	0.69	0.62	0.76	0.74	0.67	0.81	0.72	0.67	0.77
España	0.77	0.71	0.83	0.72	0.63	0.80	0.74	0.69	0.79
Eslovenia	0.83	0.76	0.90	0.79	0.70	0.87	0.81	0.76	0.86
Portugal	0.80	0.74	0.86	0.64	0.55	0.73	0.72	0.66	0.78
Estonia	0.73	0.65	0.81						
Holanda	0.81	0.74	0.89						
Chile	0.71	0.67	0.74						

\* IC = intervalos de confianza / \*\* Europa4 = Reino Unido, España, Eslovenia y Portugal combinados

► **Tabla 3: Estadísticas del Índice-c para el modelo predictAL**

País	Índice-c (intervalos de confianza al 95 %)
Todos europeos	0.839 (0.805, 0.873)
Reino Unido	0.807 (0.764, 0.850)
España	0.793 (0.718, 0.867)
Eslovenia	0.764 (0.696, 0.831)
Estonia	0.817 (0.765, 0.870)
Holanda	0.830 (0.788, 0.871)
Portugal	0.759 (0.647, 0.871)
Chile*	0.781 (0.717, 0.846)

\* El modelo se desarrolló en Europa y se validó externamente en Chile.

## Referencias bibliográficas

- Bellon, J., Moreno-Kustner, B., Torres-Gonzalez, F., Monton-Franco, C., GildeGomez-Barragan, M., Sanchez-Celaya, M., az-Barreiros, M., Vicens, C., de Dios Luna, J., Cervilla, J., Gutierrez Blanca, M., M, O., B, V., A, S., M, M., S, M., E, R., V, B., P, D. M. M., M, N., I, K. & M. (2008). The predictD group Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: Methodology. En *BMC Public Health* 8, 256.
- Bellon, J. A., Torres, F., Moreno, B., King, M., Nazareth, I., Xavier, M., Maaros, H. I., Svab, I., Neeleman, J., Walker, C., Aluoja, A., Rotar, D., Geerlings, M. I., Vicente, B. & Saldivia, S. (2006). El estudio PREDICT. Predicción de futuros episodios de depresión en atención primaria. Evaluación de un perfil de riesgo (PREDICT-Europe). En *Estudios multicéntricos en atención primaria de Salud*, 219-234.
- Conroy, R. M., Pyorala, K., Fitzgerald, A. P., Sans, S., Menotti, A., De Backer, G., De Bacquer, D., Ducimetiere, P., Jousilahti, P., Keil, U., Njolstad, I., Oganov, R. G., Thomsen, T., Tunstall-Pedoe, H., Tverdal, A., Wedel, H., Whincup, P., Wilhelmsen, L., Graham, I. M. & on behalf of the SCORE project group (2003). Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. En *European Heart Journal* 24, 987-1003.
- Cook, N. R. (2008). Statistical Evaluation of Prognostic versus Diagnostic Models: Beyond the ROC Curve. En *Clinical Chemistry* 54, 17-23.
- Cooper, H. & Hedges, L. V. (1994). *The Handbook of Research Synthesis*. Russell Sage Foundation: New York.
- Gandek, B., Ware, J. E., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bjorner, J. B., Brazier, J. E., Bullinger, M., Kaasa, S., Lepage, A., Prieto, L. & Sullivan, M. (1998). Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries: Results from the IQOLA Project. En *Journal of Clinical Epidemiology* 51, 1171-1178.
- Janssen, I., Hanssen, M., Bak, M., Bijl, R. V., de Graaf, R., Vollebergh, W., McKenzie, K. & van Os, J. (2003). Discrimination and delusional ideation. En *Br. J. Psychiatry* 182, 71-76.
- Jenkinson, C., Layte, R., Jenkinson, D., Lawrence, K., Petersen, S., Paice, C. & Stradling, J. (1997). A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies? En *J. Public Health Med.* 19, 179-186.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life.
- King, M., Bottomley, C., Bellon-Saameno, J. A., Torres-Gonzalez, F., Svab, I., Rotar, D., Xavier, M. & Nazareth, I. (2012). Predicting onset of major depression in general practice attendees in Europe: extending the application of the predictD risk algorithm from 12 to 24 months. En *Psychological Medicine* (in press).
- King, M., Bottomley, C., Bellon-Saameno, J. A., Torres-Gonzalez, F., Svab, I., Rifel, J., Maaroos, H. I., Aluoja, A., Geerlings, M. I., Xavier, M., Carraca, I., Vicente, B., Saldivia, S. & Nazareth, I. (2011a). An international risk prediction algorithm for the onset of generalized anxiety and panic syndromes in general practice attendees: predictA. En *Psychological Medicine* FirstView, 1-15.
- King, M., Weich, S., Torres, F., Svab, I., Maaroos, H., Neeleman, J., Xavier, M., Morris, R., Walker, C., Bellon, J. A., Moreno, B., Rotar, D., Rifel, J., Aluoja, A., Kalda, R., Geerlings, M. I., Carraca, I., Caldas de Almeida, M., Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P. & Nazareth, I. (2006). Prediction of depression in European general practice attendees: the PREDICT study. En *BMC Public Health* 6, 6.
- King, M., Marston, L., +ávab, I., Maaroos, H. I., Geerlings, M. I., Xavier, M., Benjamin, V., Torres-Gonzalez, F., Bellon-Saameno, J. A., Rotar, D., Aluoja, A., Saldivia, S., Correa, B. & Nazareth, I. (2011b). Development and Validation of a Risk Model for Prediction of Hazardous Alcohol Consumption in General Practice Attendees: The PredictAL Study. En *PLoS ONE* 6, e22175.
- King, M., Walker, C., Levy, G., Bottomley, C., Royston, P., Weich, S., Bellon-Saameno, J. A., Moreno, B., Svab, I., Rotar, D., Rifel, J., Maaroos, H. I., Aluoja, A., Kalda, R., Neeleman, J., Geerlings, M. I., Xavier, M., Carraca, I., Goncalves-Pereira, M., Vicente, B., Saldivia, S., Melipillan, R., Torres-Gonzalez, F. & Nazareth, I. (2008). Development and Validation of an International Risk Prediction Algorithm for Episodes of Major Depression in General Practice Attendees: The PredictD Study. En *Archives of General Psychiatry* 65, 1368-1376.
- Knapp, M., Funk, M., Curran, C., Prince, M., Grigg, M. & McDaid, D. (2006). Economic barriers to better mental health practice and policy. En *Health Policy and Planning* 21, 157-170.
- Lancet Mental Health Group (2012). Scale up services for mental disorders: a call for action. En *Lancet* 370, 1241-1252.
- Lawn, J. E., Rohde, J., Rifkin, S., Were, M., Paul, V. K. & Chopra, M. (2008). Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. En *Lancet* 372, 917-927.
- Lewin, S. A., Dick, J., Pond, P. & et al. (2005). Lay health workers in primary and community health care. En *Cochrane Database Syst Rev* CD004015.
- Manuel, D. G., Rosella, L. C., Hennessy, D., Sanmartin, C. & Wilson, K. (2012). Predictive risk algorithms in a population setting: an overview. En *Journal of Epidemiology and Community Health* .

- Nazareth, I., Walker, C., Ridolfi, A., Aluoja, A., Bellon, J., Geerlings, M., Svab, I., Xavier, M. & King, M. (2011). Heavy Episodic Drinking in Europe: A Cross Section Study in Primary Care in Six European Countries. En *Alcohol and Alcoholism* 46, 600-606.
- Qureshi, N., Bethea, J., Modell, B., Brennan, P., Pappageorgiou, A., Raeburn, S., Hapgood, R. & Modell, M. (2005). Collecting genetic information in primary care: evaluating a new family history tool. En *Fam. Pract* 22, 663-669.
- Saxena, S., Thornicroft, G., Knapp, M. & Whiteford, H. (2007). Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. En *The Lancet* 370, 878-889.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de, G. G., de, G. R., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Kessler, R. C., Kovess, V., Lane, M. C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Seedat, S. & Wells, J. E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. En *Lancet* 370, 841-850.
- World Health Org (1997). Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Version 2.1.
- World Health Org (2005). Mental Health Atlas. In (Anonymous).
- World Health Organisation (1997). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Version 2.1.* WHO: Geneva.

## Apéndice con Preguntas en el modelo predictD

1) ¿EN QUÉ PAÍS VIVE (marque uno)?

- Reino Unido
- Eslovenia
- España
- Estonia
- Holanda
- Chile
- Portugal
- Otros

2) ¿CUÁL ES SU SEXO?

- Masculino
- Femenino

3) ¿QUÉ EDAD TIENE? \_\_\_\_\_

4) Por favor SELECCIONE EL NIVEL DE ESTUDIOS MÁS ALTO QUE HAYA OBTENIDO hasta ahora

- Título académico Superior (Doctorado [PhD]); Maestría (en Arte, en Ciencias); Licenciatura [Bachelor's degree] (en Arte, en Ciencias); Educación Superior (por ej. diploma académico- toda clase de títulos de grado pero superiores al título escolar); Educación profesional superior (Instituto de Tecnología, Profesorado de Educación Primaria, Programa de Enseñanza Secundaria Grado-Dos, etc); Diplomatura en Enfermería.
- Formación en Escuela Profesional u otras
- Educación Secundaria
- Educación primaria o inferior

5) TRABAJO

Quisiéramos preguntarle sobre su TRABAJO NO REMUNERADO (por ej. tareas domésticas, trabajo

voluntario o ayuda a familiares o amigos) y REMUNERADO (trabajo por el cual recibe un ingreso, tanto en su domicilio o en una oficina, etc.). Para esta pregunta, por favor elija la respuesta que mejor describa su forma de abordar los problemas tanto en su trabajo remunerado como no remunerado en los últimos 6 meses. Estas preguntas corresponden tanto a si trabaja en su hogar como fuera de él.

a. ¿Tiene dificultades con su trabajo REMUNERADO o NO REMUNERADO?

- SÍ
- NO

b. Si su respuesta fue SÍ, ¿con qué frecuencia obtiene ayuda y apoyo?

- A menudo
- A veces
- Rara vez
- Nunca / Casi nunca

**Puntaje: Se consideran dificultades sin apoyo en el trabajo remunerado/no remunerado las respuestas que corresponden a: a) SÍ y a b) Rara Vez o Nunca**

6) PROBLEMAS DE SALUD FAMILIAR

¿ Ha sufrido alguno de los miembros más cercanos de su familia (padres o hermanos o hermanas) un problema emocional o psicológico grave? (Este problema se refiere a trastornos como depresión, ansiedad grave, crisis nerviosa y esquizofrenia)

- SÍ
- NO

7) DISCRIMINACIÓN

¿Tuvo alguna situación de discriminación en los últimos 6 meses debido a:

a) Color de piel o etnia?

SÍ

NO

b) Sexo?

SÍ

NO

c) Edad?

SÍ

NO

d) Apariencia?

SÍ

NO

e) Discapacidad?

SÍ

NO

f) Orientación sexual?

SÍ

NO

**Puntaje:** La respuesta SÍ a una o más de las opciones de a) a f) se considerará un resultado Positivo para discriminación

8) ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO

EN EL PASADO

Esta pregunta se refiere a períodos en los que se sintió triste, vacío o deprimido en el PASADO.

a) ¿Tuvo alguna vez, sin contar cómo se sintió en los últimos 6 meses, dos semanas o más en las cuales casi todos los días se sintió triste, vacío o deprimido durante la mayor parte del día?

SÍ

NO

b) ¿Tuvo alguna vez, sin contar cómo se sintió en los últimos 6 meses, dos semanas o más en las cuales perdió interés en la mayoría de las cosas, tales como el trabajo, los pasatiempos y otras actividades que usualmente disfrutaba?

SÍ

NO

**Puntaje:** La respuesta SÍ a 8 a) u a 8 b) se considerará un resultado Positivo para el rastreo de antecedentes de depresión

---

## Cuestionario SF12 sobre Encuesta de Salud (Las ponderaciones utilizadas son de la versión 1)

---

Estas preguntas requieren su opinión sobre su salud y actividades. Conteste cada pregunta marcando el casillero con la respuesta que más lo represente. Si no está seguro de cómo contestar una pregunta, responda de la mejor manera posible.

1. En general usted diría que su salud es

1. Excelente

2. Muy buena

3. Buena

4. Regular

5. Mala

Los puntos siguientes se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Siente que su salud lo limita ahora para realizar estas actividades? De ser así, en qué medida?

	Sí, me limitó mucho	Sí, me limitó un poco	No, no me limitó en absoluto
2. <b>Actividades moderadas</b> , tales como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o al golf?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Subir <b>varios</b> peldaños de escalera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿tuvo usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades regulares diarias **como consecuencia de su salud física**?

4. ¿Logró menos de lo que esperaba?

1. SÍ

2. NO

5. ¿Se sintió limitado por la clase de trabajo u otras actividades?

1. SÍ

2. NO

Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿tuvo usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades regulares diarias **como consecuencia de problemas emocionales** (tales como depresión o ansiedad)?

6. ¿Logró menos de lo que esperaba?

1. SÍ

2. NO

7. ¿Sintió que no realizó el trabajo u otras actividades con la **dedicación** habitual?

1. SÍ

2. NO

8. Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿de qué forma **el dolor interfirió con su trabajo normal** (incluir el trabajo fuera y dentro de la casa)?

- 1. Para nada
- 2. Solo un poco
- 3. Moderadamente
- 4. Bastante
- 5. Extremadamente

### SUS SENTIMIENTOS

Las siguientes preguntas se refieren a su estado de ánimo y a cómo se ha sentido **durante las últimas cuatro semanas**. Para cada pregunta, marque la respuesta que más se acerque a la forma en que se ha venido sintiendo (Favor marcar solo un casillero).

¿Cuánto tiempo en las últimas **cuatro semanas**....

9. Se ha sentido tranquilo y en paz?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Pocas veces
- 6. Nunca

10. Tuvo usted mucha energía?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Pocas veces
- 6. Nunca

11. Se sintió desalentado y deprimido?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Pocas veces
- 6. Nunca

12. Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿cuánto tiempo **la salud física o los problemas emocionales** interfirieron con sus actividades sociales (tales como visitar amigos o parientes, etc)?

- 1. Siempre
- 2. Casi siempre
- 3. Muchas veces
- 4. Algunas veces
- 5. Pocas veces
- 6. Nunca

Reemplazo de respuestas a puntos del SF-12 con valores estandarizados para calcular los puntajes de subescalas de salud física y mental

Número de Punto	Elección del punto	Valor estandarizado para la escala de salud física	Valor estandarizado para la escala de salud mental
1. (Salud General)	1	1	0
	2	-1.31872	-0.06064
	3	-3.02396	0.03482
	4	-5.56461	-0.16891
	5	-8.37399	-1.71175
2. (Actividades Moderadas)	1	-7.23216	3.93115
	2	-3.45555	1.86840
	3	0	0
3. (Subir varios peldaños de escalera)	1	-6.24397	2.68282
	2	-2.73557	1.43103
	3	0	0
4. (Logró menos de lo que esperaba)	1	-4.61617	1.44060
	2	0	0
5. (Limitado en la clase de actividades)	1	-5.51747	1.66968
	2	0	0
6. (Logró menos de lo que esperaba)	1	3.04365	-6.82672
	2	0	0
7. (No realizó las actividades con la dedicación habitual)	1	2.32091	-5.69921
	2	0	0

Número de Punto	Elección del punto	Valor estandarizado para la escala de salud física	Valor estandarizado para la escala de salud mental
8. (El dolor interfiere con el trabajo normal)	1	0	0
	2	-3.80130	0.90384
	3	-6.50522	1.49384
	4	-8.38063	1.76691
	5	-11.25544	1.48619
9. (Se sintió tranquilo y en paz)	1	0	0
	2	0.66514	-1.94949
	3	1.36689	-4.09842
	4	2.37241	-6.31121
	5	2.90426	-7.92717
	6	3.46638	-10.19085
10. (Tiene mucha energía)	1	0	0
	2	-0.42251	-0.92057
	3	-1.14387	-1.65178
	4	-1.61850	-3.29805
	5	-2.02168	-4.88962
	6	-2.44706	-6.02409
11. (Se sintió desalentado y deprimido)	1	4.61446	-16.15395
	2	3.41593	-10.77911
	3	2.34247	-8.09914
	4	1.28044	-4.59055
	5	0.41188	-1.95934
	6	0	0
12. (La salud interfiere con sus actividades sociales)	1	-0.33682	-6.29724
	2	-0.94342	-8.26066
	3	-0.18043	-5.63286
	4	0.11038	-3.13896
	5	0	0

Sumar los valores estandarizados de salud física para los 12 puntos y agregar 56.57706 para crear el puntaje de subescala de salud física del SF-12.

Sumar los valores estandarizados de salud mental de la misma forma para los 12 puntos y agregar 60.75781 para crear el puntaje de subescala de salud mental del SF-12.



# Consideración de la subjetividad en salud mental

**Emiliano Galende**

Médico. Psicoanalista. Director del Doctorado Internacional de Salud Mental Comunitaria. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.

Texto revisado de la Conferencia del mismo título, pronunciada en el Congreso Catalán de Salud Mental Barcelona, Febrero 2006.

Considerar la problemática de la subjetividad en las teorías y las prácticas en salud mental, nos obliga a retomar la historia de nuestra disciplina y especialmente de la consideración de su momento más crítico, el cual es el pasaje del dominio casi exclusivo de la disciplina médico psiquiátrica al modelo más complejo y multidisciplinario que define los cuidados de Salud Mental. Es este pasaje, el cual no solo implica un cambio en el modelo de asistencia sino que conlleva una interrogación sobre la definición del objeto de la salud mental, sus coherencias epistemológicas y metodológicas, el que nos obliga a interrogarnos acerca de la categoría de sujeto bajo la cual operamos. Esta historia y este pasaje crítico servirán de fundamento a mi exposición.

Desde sus orígenes la historia de la psiquiatría mantiene un debate y una tensión entre posiciones objetivistas y subjetivistas. Ambas posiciones por otra parte están encerradas en una teoría positivista de la causalidad física. Tradicionalmente quienes adhieren al objetivismo, entienden al cuerpo como origen y causa de las enfermedades mentales y quienes se apoyan en el subjetivismo piensan que es la vida psíquica misma y el ambiente social el origen y la causa del trastorno. Estas posiciones han tomado la forma de una oposición entre organogénesis – psicogénesis; innato – ad-

quirido; endógeno – reactivo, y más contemporáneamente, psiquiatría biológica – enfoque psicosocial.

Quiero recordar que las categorías de sujeto, subjetividad, objetividad, provienen todas de la filosofía y fueron incorporadas por la psiquiatría sin demasiada elaboración sobre su sentido para la propia disciplina. Los objetivistas se basaron en el “sujeto objetivo” de Descartes, y más tarde incorporaron el positivismo médico por vía de Augusto Comte. Los subjetivistas a su vez, más ligados sin duda a la filosofía y a la psicología del siglo XIX, especialmente se vinculan con el Romanticismo alemán y en parte con Immanuel Kant, especialmente en su texto *La Antropología* (1798)<sup>(1)</sup>. Una oposición fuerte al positivismo médico fue la del movimiento de psiquiatras autodenominados “Los psíquicos”, que incluían en sus escritos referencias a la literatura romántica, la filosofía y especialmente a la moral, como anticipo de la profunda crítica que hará en el siglo XX Karl Jaspers al fundar la Psicopatología (1913).

El error habitualmente señalado al biologismo positivista consiste en pensar que es lo biológico lo que impacta sobre lo cultural del hombre (el lenguaje y la significación, las normas, el sentido y la interpretación) y no al revés. Por contrario, ya desde los románticos, se sostiene que es lo cultural y el psiquismo hu-

mano el que impacta sobre lo biológico. Más allá de la fenomenología, el psicoanálisis avanzó mostrando cómo el individuo biológico es transformado en sujeto psíquico por acción de la relación al Otro, vía especialmente, aun cuando no excluyente, del lenguaje. Si la cultura antecede al sujeto biológico, de alguna manera lo espera, para convertirlo en sujeto humano, esa condición de sujetado al Otro se mantendrá de por vida ya que su psiquismo no podrá prescindir de esa sujeción al campo de la norma y lo normal, y también es bajo esas condiciones que su biología puede ser alterada.

La subjetividad, en el sentido que dio a esta categoría Husserl, constituye al individuo humano en alguien cuya biología está en interacción con su cultura y el mundo, de allí su condición trascendental, pierde su condición de individuo biológico y de yo puro enfrentado al mundo, ya que sus mecanismos biológicos, su conciencia y su ser de lenguaje, de cultura y sociedad, resultan inescindibles al constituirse su subjetividad. Descartes, en quien se basan muchas de las teorías psiquiátricas no fenomenológicas, no solo postula un sujeto de objetividad, es decir, un sujeto capaz de diferenciar en su pensamiento entre él y las cosas del mundo, sino que en su *“Tratado de las Pasiones del alma”*, muestra la pérdida de esta condición de sujeto de objetividad por el error, la ilusión, la falsa percepción. Siguiendo al cogito y a este sujeto de objetividad, funda una psicología basada en el extravío del error, la confusión, la ilusión, la falta de atención, como sombras en la objetividad del sujeto. Este sujeto cartesiano de la objetividad es a la vez el sujeto de la verdad, el de la representación clara y distinta del mundo, dejando así a la verdad encerrada en esta condición de objetividad. Para el pensamiento moderno la verdad es objetividad, sin necesidad de interrogarse acerca de esta objetividad. La psiquiatría importó así la pretensión de estudiar los hechos psicológicos como hechos físicos, tarea ampliada por Augusto Comte y todo el positivismo biológico, posiciones de las cuales se continúa alimentando la psiquiatría biológica actual. En el plano de la experiencia esta objetividad se muestra como una objetivación del sujeto, para lo cual se hace preciso suprimir tanto la subjetividad del investigador como la del sujeto investigado. La clave de este positivismo, para avanzar en su ideal de un conocimiento objetivo de la verdad, consiste en suprimir la condición de sujeto psíquico al transformarlo en objeto para su conocimiento. Reducir los hechos psíquicos, como el delirio, el pensamiento, el habla, la ansiedad, la depresión, la euforia, etc., a hechos físicos, químicos (transmisión sináptica), o anatómicos como quería Kraepelin con su modelo anatomoclínico, habilita una intervención práctica que puede prescindir de la subjetividad del enfermo, de su palabra, de sus significaciones, de su autonomía o de su historia, o simplemente considerar a estos aspectos como meras cir-

cunstancias de su contexto social, cultural o familiar, sin incidencia en la objetividad biológica de su trastorno. De allí también la importancia que el psiquiatra otorgó a la observación del comportamiento del paciente, su semiología se basaba más en la descripción de las conductas, los gestos, las actitudes, desechando la palabra y la interpretación, y por lo tanto la significación que otorgaba el paciente a su comportamiento.

¿Qué implicancias ha tenido este positivismo biológico para la psiquiatría? Esta reducción del paciente a la condición de objeto, cuyo sentido epistemológico mostró Foucault, justificó el modelo de asistencia de la psiquiatría: un consultorio para la constatación diagnóstica de la enfermedad; un establecimiento para su internación cuando el trastorno no era controlable. Los hospitales psiquiátricos fueron así desde su creación lugares de control y aislamiento social, y los tratamientos básicamente correccionales y disciplinarios. Esta historia es conocida por todos y no volveré sobre ella. Si quiero detenerme en dos aspectos: la relación humana que esta posición instaure entre psiquiatra y paciente y, a modo de ejemplo, la relación de co-fundación entre la psiquiatría positivista y la criminología.

Para Descartes la “duda metódica” consiste en fundar el saber en el sujeto. Para esto el mundo deja de ser fundamento del conocimiento, éste se ubica en el sujeto mismo. Si la primera vía de acceso al mundo es los sentidos, el mundo sensible, éstos pueden engañarme. Dudar de ellos abre el camino al intelecto, el pensamiento, en el cual predomina la actitud científica, racional. En esta actitud el saber matemático es el centro de la ciencia, ya que no se trata en él de ninguna imagen sensible construida por los datos de los sentidos, sino una construcción intelectual, cuyos ingredientes son representaciones no sensibles, como las del espacio, tiempo, cantidad, número, figura y magnitud. De esta manera lo trascendente del mundo, lo existente, queda destruido por la duda metódica. *“El dudar es un modo de pensar. No puedo dudar del hecho inmanente de que estoy dudando. Quizás no existe el objeto que percibo, pero mi percibir es indudable”*. Para el cogito el existir del pensar consiste en el mero pensar, luego existo. El ser del mundo, de lo trascendente, es un “ser para mí”, pues las cosas son en tanto me aparecen en la conciencia (percibidas, pensadas, recordadas, imaginadas o queridas). Si puedo decir que existen, solo es mediante un juicio, éste, su “ser en sí” es a la vez un “ser para mí”. De este modo las operaciones del sujeto, el “yo puro”, son las que constituyen el mundo de los objetos. Es decir, de un lado estarán todos los objetos constituidos (el “yo pienso” es la operación de constituirlos), y del otro lado estará el sujeto constituyente. La experiencia sensible del mundo, y la del otro como un semejante, nunca se dan totalmente a la percepción. Su carácter es siempre presuntivo. Las partes no

percibidas, lo que permanece fuera de la percepción, ya que nunca ésta puede captar la totalidad completa de la realidad, es completada por la intuición o por supuestos (prejuicios). Para conocer debo objetivar el mundo en mi pensamiento. Este sujeto de objetivación es quien puede constituir al semejante en objeto para su conocimiento, para este conocimiento debe suprimir en él todo carácter subjetivo. Queda establecida así la verdadera relación de poder entre un sujeto que en nombre de su saber domina la posición de objeto del otro. **Para la psiquiatría positivista no hay más sujeto que el psiquiatra con su supuesto saber.** En esta relación de poder - saber sobre el otro la causalidad será entendida siempre como exterior al sujeto, causalidad física, y las vivencias deben entenderse como producto de causas exteriores sobre el sujeto.

Sabemos cómo este sujeto objetivo del conocimiento y el positivismo biológico han estado en la base del desarrollo de la medicina en los últimos dos siglos. Pero en psiquiatría no avanzó más allá del sostenimiento de la relación de objetivación que instaura el psiquiatra con su paciente. Fuera de las psicosis tóxicas y los trastornos orgánicos, cuyo modelo ha sido la Parálisis General Progresiva (PGP), ningún conocimiento objetivo, ningún conocimiento causal, iluminó la comprensión racional de la locura y el sufrimiento mental. La relación humana que observamos en el asilo es lo que ha permanecido de esta aventura de un conocimiento objetivo del sufrimiento mental.

Sabemos que el origen del manicomio y el de la cárcel ha sido simultáneo. Ambos ligados a finales del siglo XVIII con el desarrollo de la vida urbana y la necesidad del disciplinamiento de la vida social. La psiquiatría médica y la criminología etiológica articulan un saber con un poder de acción sobre el otro, ambas se basan en las categorías del positivismo. Quizás es más preciso decir que la criminología se constituye como saber a partir de los aportes de la psiquiatría. El concepto de “degeneración”, introducido por Benedict Morel en 1857, que consistía en combinar la herencia con el medio ambiente maligno (la pobreza), sirvió de aval tanto a la criminología como a la psiquiatría del siglo XIX. Amplia difusión, y prestigio entonces, tuvo Valentín Magnan, quien elabora sus teorías sobre el delirio sobre la base de esta idea de la degeneración, señalando al enfermo mental y al criminal como aquellos individuos que por la degeneración de sus centros cerebrales no podían adaptarse a las exigencias del medio social. Alexander Lacassagne, fundador de la “antropología criminal”, basándose en las teorías de Morel y en las tesis frenológicas de Gall sobre las alteraciones del lóbulo occipital, explicaba por esta alteración los crímenes de los individuos de las clases bajas, más cerca de lo instintivo; los delitos cometidos por miembros de las clases medias, ligados al equilibrio y su alteración, estarían vinculados con el lóbulo

parietal; los delincuentes de las clases altas (el delito razonado, como la locura razonante o paranoia), estarían vinculados con alteraciones del lóbulo frontal, sede cerebral del pensamiento. Otro psiquiatra inglés, James Prichard, introdujo en 1840 la “locura moral” o psicopatía, que reunía justamente el comportamiento antisocial del delincuente y el del enfermo mental. Muchos trabajos de la psiquiatría del siglo XIX son comunes a la criminología y la psiquiatría, basados en la herencia y la degeneración, construyeron la idea de peligrosidad del enfermo mental, con las nefastas consecuencias que conocemos. Todo este movimiento académico, cuyos autores son mayormente psiquiatras, se fundamenta en el positivismo etiológico, en ambas disciplinas, criminología y psiquiatría, la búsqueda de una causa objetiva para el comportamiento antisocial, la locura o el crimen. No se trata de ningún desvío del positivismo y su necesidad de objetivación, es su consecuencia necesaria al situar al loco o al criminal en la posición de un objeto más de conocimiento positivo, desprovéyendolo de su condición de sujeto lo priva a la vez de todos los derechos de un semejante. El manicomio y la cárcel se legitimaron como tratamiento correccional y disciplinario por estas teorías.

Un ejemplo más lo constituye la introducción en EEUU del concepto de “constitución”, en el cual basa Dupré la “constitución perversa” apoyándose en la endocrinología, al igual que la “constitución delictiva” de la criminología de comienzos del siglo XX, y que aún alimenta muchas sentencias. Recordemos la clasificación de Kretschmer (1932) sobre las estructuras corporales, en leptosómicos, pínicos y atléticos, propensos a la esquizofrenia, a la psicosis maniaco depresiva y a la epilepsia respectivamente. Herencia, constitución, degeneración, localización cerebral, mantienen la ideología del positivismo médico y criminológico. Similares ideas llevan, ya avanzado el Siglo XX, a la lobotomía frontal como tratamiento psiquiátrico y a propuestas similares como corrección de delincuentes. Un estudioso del Derecho Penal, Raúl E. Zaffaroni (2005), ha señalado: *“El biologismo positivista se presentó como una respuesta científica al oscurantismo medieval, cuando en realidad permitió una renovación de la inquisición, eliminando los límites impuestos por la modernidad”*

Como enseguida veremos, en los últimos cincuenta años, así como la criminología se separa del discurso psiquiátrico para ligarse al discurso sociológico, también la psiquiatría se separa del positivismo etiológico para vincularse al discurso sociológico. Esta operación consiste en restablecer en ambas el lugar del sujeto para el conocimiento y el de sus derechos y garantías como ciudadano. No se trata de suprimir el conocimiento etiológico, se trata de ampliar la base sobre la cual pensar las causas del crimen y del sufrimiento mental. Epistemológica y metodológicamente se tra-

ta de que un conocimiento racional de ambas requiere la inclusión de los operadores, sistema penal y psiquiatras, cuya condición de sujetos está implicada en las respuestas criminales y en las formas de la locura.

Si bien las posiciones subjetivistas existieron desde los comienzos de la medicina mental, es recién a partir de Husserl y especialmente de su discípulo Karl Jaspers, contemporáneo de Freud y el psicoanálisis, que se fundamenta una crítica profunda al modelo médico positivista de la psiquiatría. La fenomenología y el psicoanálisis son los responsables de la introducción de la subjetividad como objeto de conocimiento y de la palabra como instrumento terapéutico racional. Todas las psicoterapias racionales, hasta la formalización del cognitivismo, se han desprendido de alguna de estas dos posiciones. Para ambos la existencia humana consiste en una relación con el mundo; el sujeto y los objetos que constituyen el mundo son los términos de esta relación. En la actitud espontánea del yo los objetos dominan la experiencia del mundo, de allí que la tendencia natural del yo sea objetivista. El ser objetivo se convierte por ello en el modelo de todo ser y esto suma la percepción del otro como un objeto más del mundo. Esta actitud está sustentada en una fe ingenua en la existencia del mundo, la que nunca es quebrantada en el existir cotidiano. Tanto la fenomenología como el psicoanálisis, desde diferentes perspectivas, alteran esta fe ingenua en la realidad objetiva, el énfasis en la subjetividad lleva necesariamente a que la relación del sujeto con ésta se haga problemática. Desde allí el problema del ser de la realidad objetiva debe plantearse y resolverse en la esfera subjetiva, el conocimiento del ser solo puede surgir de la superación de esta tendencia natural objetivista del hombre, volcando la reflexión hacia la subjetividad como el ámbito dentro del cual se debe ver y pensar todo lo objetivo. Esto no elimina la objetividad del conocimiento, sino que el campo de la experiencia de lo objetivo es la subjetividad, carece de sentido hablar de objetos fuera de ella, ya que el único campo en que puede interrogarse sobre el problema de la existencia del mundo es el de la subjetividad.

Elevarse desde el yo empírico, abierto al mundo de la experiencia, hacia el yo trascendental, crítico y reflexivo, es el núcleo de una psicología fenomenológica basada en Husserl. Con trascendental Husserl quiere significar que la subjetividad no es “interior” ni “exterior”, supera esas categorías en las cuales estuvo encerrada la relación filosófica de un sujeto enfrentado al objeto, en la cual según ya vimos se propuso la psiquiatría basar su conocimiento. El lenguaje nos hace salir de la subjetividad privada de un individuo. Por él contamos con la certeza de que los demás sujetos piensan como yo pienso, ven y oyen como yo, actúan de acuerdo a normas que nos son comunes, espero que sus sentimientos sean como los que yo siento. **Es de-**

**cir, percibimos y actuamos frente al otro como un semejante.** El problema de la fenomenología es que entiende a la subjetividad en una relación intersubjetiva, por lo tanto presa de la construcción del sentido, de dos sujetos de conciencia que producen sentido. Sin duda Husserl rompe con el sujeto cartesiano con su postulación de una subjetividad trascendental, pero a la vez no va más allá de una psicología de la conciencia, recae por lo tanto en una psicología centrada en el yo o la conciencia. La intersubjetividad trascendental solo puede pensar el inconsciente como parte escindida de la conciencia o del yo.

Jaspers (1957), discípulo de Husserl, debe considerarse como el fundador de una psicopatología racional optimista, ya no solo dirigida a la constatación diagnóstica sino a la intención de comprensión, y, junto a esto, como un giro en la problemática ética de la psiquiatría. Jaspers instala el problema de la objetividad desde la categoría de la subjetividad trascendental de Husserl e incorpora las ideas de Dilthey aplicadas a la historia sobre la comprensión y la explicación. Su diferenciación entre procesos y desarrollos, más allá de la validez de esta diferenciación, incorpora a la psicopatología una comprensión en términos de personalidad e historia del sujeto. Sin duda la idea de “proceso” es una concesión al positivismo biólogo, pero con la categoría de “desarrollo” abre a una instancia de escucha de la historia del sujeto, concede la palabra y la significación al paciente, y produce una apertura a la construcción del sentido del fenómeno psicopatológico. Lo mismo puede decirse de su diferenciación entre lo comprensible y lo explicable, pese a cierta falacia, ya que lo comprensible queda situado como aquello que entra en la comprensión del observador, permite un diálogo entre el discurso del paciente y el del psiquiatra. Lo explicable, con su pretensión de ser remitido a una causalidad física, es también una concesión al positivismo biológico, pero actúa por exclusión: es explicable aquello que no puedo comprender por mi experiencia y que obedece entonces a causas que están fuera del sujeto y su devenir histórico.

¿Cuáles son las consecuencias de esta posición fenomenológica? En primer lugar el espacio del conocimiento psicopatológico es un espacio de intersubjetividad, esta consideración restituye al paciente y su sufrimiento en el orden de la subjetividad, es en ella que debe indagarse sobre las razones, el origen y la causa, de su perturbación patológica. En segundo lugar, se trata de un planteo ético: el paciente es un semejante, lo comprensible o no de su trastorno pertenece por entero a un campo intersubjetivo, por lo tanto el trato hacia él, el respeto por su palabra, su cuerpo y su historia, me obligan a excluir toda operación basada en el poder sobre un objeto.

Quiero recordar ahora que la crisis del pasaje de la psiquiatría asilar a los principios de Salud Mental, fue

esencialmente una crisis de la ética que gobernaba las relaciones humanas en los manicomios. Luego de la Segunda Guerra se visualizaron las analogías entre los establecimientos asilares y los campos de concentración. Erving Goffman, con su estudio sobre las “instituciones totales” posibilitó comprender las razones de esta analogía. Posteriormente el desarrollo de la tecnología médica y la genética, plantearon la necesidad de observar las consecuencias del positivismo biológico sobre la ética de las prácticas médicas. La cuestión de los derechos de las personas, su reconocimiento como sujetos de derecho, hace surgir la necesidad del control ético de las acciones médicas. En todo el mundo se crearon Comités de ética para este fin. En el caso de la psiquiatría toda una legislación internacional nueva y en cada país está dirigida al control del poder del psiquiatra, especialmente sobre las internaciones y la necesidad de contar con el “consentimiento informado” del paciente para las decisiones sobre el tratamiento. La Recomendación de la Asamblea de las Naciones Unidas (1991), está claramente dirigida a establecer resguardos y garantías para los derechos de los pacientes a ser reconocidos y tratados como sujetos de pleno derecho. En los últimos años esta legislación está siendo ampliada en muchos países, porque también el problema ético de las prácticas médicas se está agravando. La ideología de mercado, potenciada por la globalización de la economía, el enorme impulso de la industria farmacéutica y de la tecnología médica, está sustentado en la atención individual de la enfermedad más que en los cuidados de la salud. Este desarrollo necesita del positivismo biológico y de la exclusión del sujeto en la práctica médica. El cuerpo biológico como objeto sirve a la vez para otorgar un tono científico a estas propuestas y hace retornar a la causalidad física biológica con nuevos disfraces científicos. Valga como ejemplo de los valores de mercado, la compraventa de órganos humanos. La genética, la inmunología y las nuevas técnicas quirúrgicas permitieron pasar de la transfusión de sangre (el primer trasplante de órganos que rápidamente ingresó al mercado), a los trasplantes y la fertilización asistida. En un establecimiento psiquiátrico de Argentina se comprobó el robo masivo de órganos a pacientes internados. Las denuncias sobre secuestro de niños en Brasil para el mismo fin, alcanzaron difusión internacional. La compraventa de órganos (óvulos, riñones, sangre, hígados, etc.) es un tema jurídico, ético y penal, pero no debemos ignorar que lo que está implicado es el problema del sujeto como derecho o como mero cuerpo biológico. Así como la medicalización de la vida dio paso a la mercantilización de la medicina, y esta incluyó a la salud en la ideología de mercado como una mercancía más, es la cobertura del positivismo médico la que permite que el cuerpo humano, sus partes, se conviertan en equivalentes de valor, es decir, en dinero o mercancía.

Pertenece al positivismo médico la pretensión de transformar todo lo humano en máquina biológica. El prestigio de las neurociencias actuales, y una utilización engañosa de sus producciones por parte de la industria farmacéutica y algunos psiquiatras, pretende reinstalar los valores del positivismo. En muchos debates, supuestamente científicos, la oposición entre biología, psiquismo, cerebro, espíritu, tiende a ocultar lo esencial que está en juego: la consideración de la subjetividad como campo de lo humano, de la existencia en la que se juega la relación del hombre con su felicidad, su sufrimiento, su enfermedad, su muerte. Paul Ricoeur (2001) (*La Naturaleza y la Norma*) y Jacques Derrida (2003) (*Y mañana qué*) han mostrado como lo biológico, el cerebro, el genoma humano, es también una escritura. En él se registran la información del medio físico, social y simbólico. Del mismo modo, la cultura, la psiquis, el espíritu, necesariamente escriben también, con sus significados y valores, las condiciones biológicas del cuerpo. No hay oposición sino relaciones complejas de determinación mutua. Los neurobiólogos suscribirían estas consideraciones, el problema ético consiste en la utilización engañosa de sus investigaciones para facilitar el ingreso al mercado de nuevas drogas.

Reducir lo humano a un cuerpo o a un cerebro sin subjetividad es la nueva presentación del positivismo, cuyas consecuencias he tratado de resumir en la historia de la psiquiatría. No se trata de ignorar la sujeción de la vida a los determinantes biológicos, sociales, culturales, o al inconsciente. **Se trata de afirmar que el sujeto es a la vez quien puede traspasar esas determinaciones.** Su autonomía y su creatividad serán siempre un “más allá” de los límites que le imponen esos órdenes a que está sujetado: sacrificar su vida biológica por un ideal; transgredir el orden y la norma de su sociedad; ir más allá de su cultura y del orden simbólico dominante, son la muestra de esta relación entre su sujeción a las determinaciones y su autonomía. Considerar la subjetividad en Salud Mental, como propone el título de esta conferencia, es entender al paciente como un semejante y considerar esta doble relación del hombre entre su libertad y la determinación de la vida.

Los principios, las categorías y los conceptos que utilizamos en Salud Mental, no provienen estrictamente de ningún desarrollo de la psiquiatría positivista. Como hemos visto, algunos de sus principios surgen de la crítica a los valores de esta psiquiatría, especialmente por su relación con el sostén de los manicomios. Gran parte de los conceptos que utilizamos son importados, en el sentido de Kant, de otras disciplinas: la ética, la sociología, la psicología, la medicina y la filosofía. Kant diferenció los conceptos producidos por la misma disciplina, ligados siempre a la producción de un objeto de conocimiento, de aquellos que

una disciplina importa de otra, importando a su vez características del objeto definidas por ésta. Ésto obliga siempre a un trabajo epistemológico y metodológico para definir su acción en la disciplina importadora. En mi opinión Salud Mental no constituye rigurosamente una disciplina, debe considerarse más bien bajo la categoría de Transdisciplina o campo, porque necesita de un cuerpo teórico y práctico que, si bien se circunscribe a un conocimiento y una práctica singular, su condición es análoga al objeto que define: su objeto es en sí mismo complejo, incluye dimensiones biológicas, psicológicas, sociales, antropológicas y culturales.

El pasaje de la psiquiatría positivista a la Salud Mental constituye una “ruptura epistemológica” aún no acabada. Si más que de una disciplina hablamos de un campo de la salud mental, en el sentido que dio a este término Pierre Bourdieu, en el seno de este proceso de cambio se ven afectadas cada una de las disciplinas que en él intervienen. Psiquiatras, psicólogos, sociólogos, enfermeros, asumen los conflictos de ese cambio epistemológico en sus prácticas y en los conceptos que las orientan. No se trata solamente de nuevas categorías para comprender la enfermedad mental, se trata también de un cambio en la definición misma del objeto, la salud mental, y por lo mismo del conjunto de las prácticas de intervención. Pero debemos tener presente que el terreno teórico y práctico no estaba vacío, sino ocupado por la psiquiatría que, en sus variantes biológica y fenomenológica, definían su objeto como “enfermedad” y unían a él su pertenencia al campo médico, no al de la Salud. De allí que nos encontremos con resistencias a esta ruptura epistemológica ya que el nuevo objeto, salud mental, debe abrirse camino en ese terreno anterior. El surgimiento de esta definición del campo de la salud mental no constituye un agregado a las disciplinas preexistentes, se trata de una reformulación, un nuevo objeto epistémico, que necesariamente redefine los lugares de las disciplinas existentes, fundamentalmente de la psiquiatría y la psicología. Salud Mental no consiste en una mera suma de disciplinas y prácticas diversas, pretende generar una nueva coherencia epistemológica y metodológica que otorgue racionalidad científica a sus conceptos y a sus prácticas. Hay avances y retrocesos, pero la producción de este nuevo objeto científico ya está en marcha y no cabe dudar acerca de que esto enriquecerá ampliando la comprensión de la subjetividad en todas las disciplinas que desde su propio sistema de conceptos la abordan.

Apoyándome en Jean Piaget y Rolando García (2004), diré que en nuestra formación debemos pasar de un primer momento en que nuestra pertenencia a una disciplina ha producido también una subjetividad singular, aquella del conocimiento de categorías y valores propios de su objeto. Un segundo momento lo constituye en la experiencia la puesta en relación de

nuestro saber con las categorías y conceptos, y también los valores, de otras disciplinas, momento crítico, llamado interdisciplinario, en el cual no solo se debaten y comparan conceptos y prácticas sino que nos obliga a una posición subjetiva que llamaré “intersubjetividad interior”, es decir una incorporación de relaciones con otros saberes y prácticas que interactúan con las de nuestra disciplina de origen. Finalmente se trata de lograr una subjetividad transdisciplinaria, aquella en que podemos integrar, no sin tensión y conflicto, los saberes y prácticas de las otras disciplinas con las que compartimos el campo de intervención. Agregaré entonces que, a la consideración de la subjetividad respetuosa de la libertad y la autonomía de nuestros pacientes, debemos acompañar una subjetividad del terapeuta abierta a esta dimensión transdisciplinaria, respetuosa de los límites de nuestro saber y del de los demás, sin ambiciones de una integración apresurada, una totalización epistémica, que lejos de ampliar nuestro campo práctico tendería a limitarlo y a restringir y negar la complejidad intrínseca del objeto “salud mental”.

Quiero finalizar con una reflexión sobre la cuestión ética, en la cual a mi entender radica lo fundamental de lo que hemos llamado “consideración de la subjetividad”. Los filósofos, cuyo debate hemos mencionado, no hacen daño, su acto se limita a la palabra y al diálogo; la ética y la moral forman parte esencial de su reflexión. Los psiquiatras basan su acto en una intervención sobre otro ser, la cuestión ética y moral en esta práctica está ligada al acto mismo, no se detiene en la palabra ni en el diálogo. Por esto la ética en salud mental se constituye como el referente esencial de todo conocimiento y de toda intervención terapéutica, ya que no puede tratarse de la objetivación del otro, paciente, para hacerlo accesible a sus categorías teóricas y a sus intervenciones prácticas, sino de una comprensión que solo puede surgir de la relación de alteridad, de un encuentro singular con el otro en cuya relación se condiciona todo conocimiento. Como formula Emmanuel Lévinas (1991: 17): *“Nuestra relación con él consiste ciertamente en querer comprenderlo, pero esta relación desborda la comprensión. No solamente porque el conocimiento del otro exige, fuera de la curiosidad, también de la simpatía o del amor, maneras de ser distintas de la contemplación impasible. Pero porque, en nuestra relación con el otro, éste no nos afecta a partir de un concepto. Él es siendo y cuenta como tal”* (Entre Nous) <sup>(2)</sup>.

Lo esencial de la relación terapéutica es ética y pone en juego valores morales, el deber ser, que implica a ambos sujetos. En primer lugar se trata de la relación sensible con otro, que debe ser reconocido como un semejante. Es siempre un otro solo cognoscible en el seno del encuentro, el reconocimiento, la palabra y la comprensión de esa alteridad que constituye a ambos, psiquiatra e individuo enfermo. Ese encuentro y esa

relación es ya dialógica, aun si uno de los sujetos niega la palabra o intenta sustraerse, o negarse, a esa relación. El sujeto enfermo no es una pieza anatómica ni una función aislable, no puede ser observado, descrito o contemplado de un modo objetivo porque su comportamiento, su forma de pensar, la construcción de significados en sus interpretaciones delirantes, sus alucinaciones, hacen a una experiencia singular en la que están presentes todas las dimensiones de su ser histórico y social.

Reconocerlo como un semejante hace que solo en relación con nuestras propias valoraciones y nuestros modos de percibir, valorar y pensar, lo cual nos remite a nuestra condición de seres sociales de una cultura determinada, podamos establecer con él una relación en la cual su palabra pueda revelarnos algo de la dimensión de su sufrimiento. La ilusión objetivista por la cual creemos comprender un comportamiento por la sola observación y descripción del mismo (su bizarrería, su estereotipia, lo absurdo de su actitud), desconoce la propia condición subjetiva de quien describe, interpreta y valora, y que interpretar y valorar ponen en juego su propia condición de sujeto moral, el deber ser que lo constituye como sujeto social. Esta dimensión ética del reconocimiento del enfermo como un semejante, se opone desde el inicio no solo a una pretensión de objetividad en la relación con él, sino también al poder de dominación que de ella se deriva.

En segundo lugar, el pensamiento y la comprensión del terapeuta, la comprensión clínica y la construcción teórica de explicaciones sobre la enfermedad, no pueden ser ajenas, ni suspender, a esta condición sensible de alteridad, en la cual el concepto o las categorías del pensamiento que utilice, responden inevitablemente a valoraciones y juicios morales, entre lo que percibe que es y lo que debe ser. Esto es que la teoría en salud mental, debe partir de la comprensión de esta relación de alteridad y de esta dimensión intersubjetiva, tan cara a la comprensión fenomenológica y existencial, pero que debe asumir el componente ético y moral, el deber ser, que está en la base de toda interpretación del comportamiento patológico.

La tercera exigencia es que aquello que el terapeuta dice, lo que comunica a su paciente, a la familia, o las teorías que expone a sus colegas, debe responder a un principio de verdad que solo puede establecerse por la fidelidad a su reconocimiento del enfermo como un semejante, y a su pensamiento conceptual en el cual trata de explicar la enfermedad. Esta exigencia ética se debe a que con frecuencia, dominado por el afán de dominar la situación de resistencia del enfermo o la familia, el psiquiatra puede engañar con explicaciones dirigidas a ese fin, más allá de que coincidan o no con su pensamiento teórico o con la relación establecida con su paciente. Frecuentemente el psiquiatra no acepta su desconocimiento inicial sobre las razones

del sufrimiento mental de su paciente, porque este reconocimiento debilitaría su poder para imponer la decisión de internación o la indicación de determinado tratamiento, y abriría al mismo tiempo las puertas para que la palabra del paciente tenga también su lugar en la decisión. Todo tratamiento coercitivo tiene siempre este punto de partida y esta falla ética.

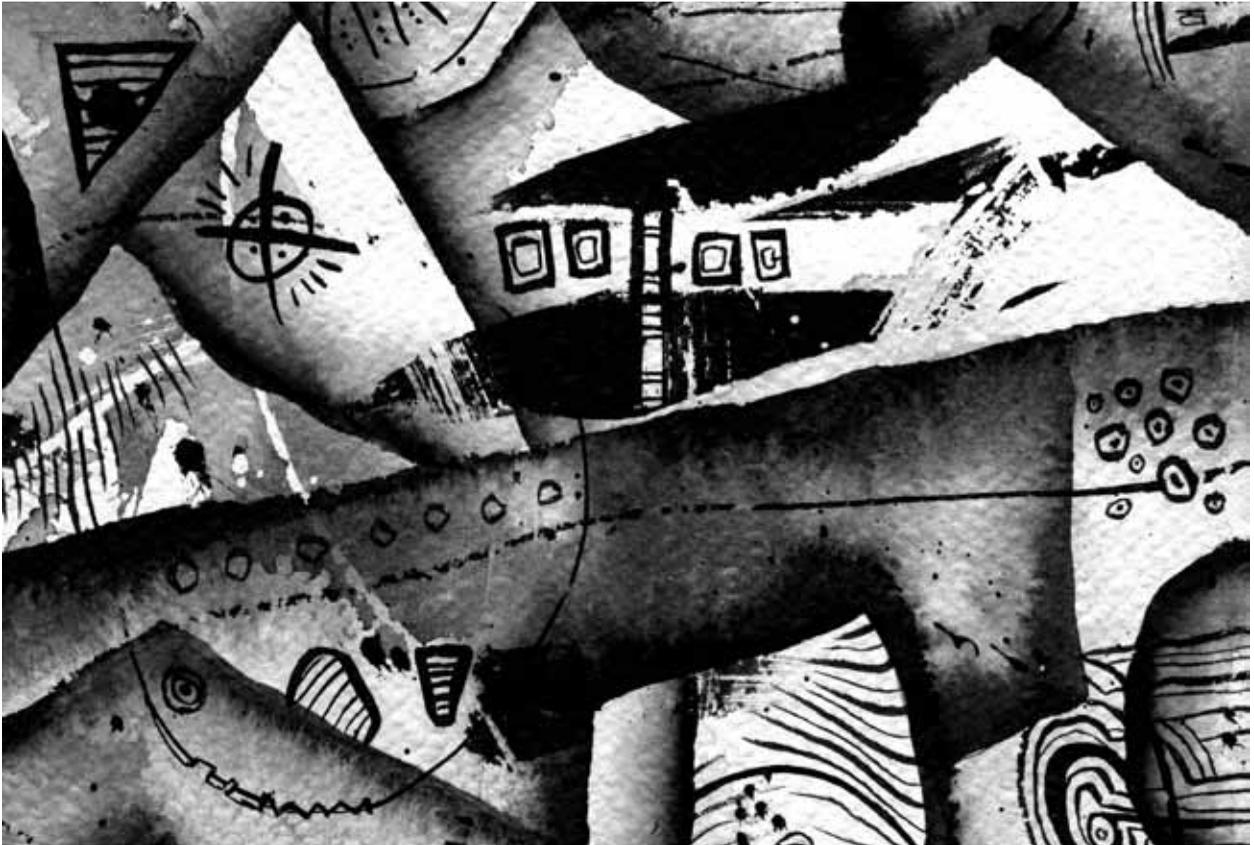
Finalmente, un cuarto momento de esta ética, el de la práctica, el del hacer del terapeuta, momento en que su ética se expresa en acción sobre el otro, debe responder y ser coherente, con su sentimiento por el semejante, su comprensión y su interlocución con él y la comunidad profesional a que pertenece. Solo esta coherencia puede hacer de su discurso y de su hacer una palabra plena y verdadera. **En síntesis: la exigencia ética consiste en que entre lo que sentimos, lo que pensamos, lo que decimos o teorizamos y lo que finalmente hacemos con el otro, debe responder a la coherencia de una relación con nuestro semejante a quien tratamos de ayudar con su sufrimiento mental.** He citado brevemente a Husserl, quiero decir para terminar, que la "subjetividad trascendental", junto a la ética que sostiene el psicoanálisis, contienen lo esencial para orientarnos en nuestro campo, en el cual la atención desde una consideración de la subjetividad y la ética, constituye un horizonte necesario para sostener el campo de la Salud Mental en el terreno de la racionalidad científica y en el terreno del respeto y el cuidado de la dignidad de pacientes y terapeutas.

## Notas finales

1. Kant, I. *Antropologie in pragmatischer abefasst von Inmanuel Kant, Königst berg bey Friedrich Nicolovius 1798 (Ver Inmanuel Kant in Zwolf bündeh, Hrsg von Wilhelm Weischedel, Suhrkamp, Frankfurt am main, 1968, T.XII).*
2. Traducción del autor.

## Referencias bibliográficas

- Changeux, J. P. & Ricoeur, P. (2001). *La Naturaleza y la Norma*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Derrida, J & Roudinesco, E. (2003). *Y mañana qué...* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica
- Jaspers, K. (1957). *Psicopatología General*. Buenos Aires: Ed. Beta.
- Lévinas, E. (1991). *Entre Nous: essais sur le penser-à l'autre*, Paris: Editions Grasser & Fasquelle.
- Piaget, J. & García, R. (2004). *Psicogénesis e Historia de la Ciencia*. México D. F. Siglo XIX Editores.
- Zaffaroni, E, R. (2005). *Criminología y Psiquiatría: el trauma del primer encuentro Conferencia en Asociación Psicoanalítica Argentina*. Mimeografiada.



# Investigación sobre los cuidados en Salud Mental en Centros de Atención Primaria en Argentina

---

## **Débora Yanco**

Lic. en Psicología UBA. Doctoranda en Salud Mental Comunitaria. UNLa. Profesora Titular y Directora de la Maestría en Salud Mental Comunitaria. Departamento de Salud Comunitaria. UNLa. Consultora de recursos humanos en salud de la OPS/OMS Argentina.

## **Sandra Gerlero**

Psicóloga Universidad Nacional de Rosario UNR. Magister en Salud Mental. Universidad Nacional de Entre Ríos. Magister en Salud Pública. UNR. Investigadora y Docente del Instituto de la Salud “Juan Lazarte” y de la Facultad de Psicología. UNR.

## **Ana Cecilia Augsburger**

Psicóloga. UNR. Magister en Salud Pública. UNR. Investigadora y Docente del Instituto de la Salud “Juan Lazarte” y de la Facultad de Psicología. UNR.

## **María Paula Duarte**

Médica. Universidad Nacional del Nordeste. Especialista en Epidemiología. Ministerio de Salud de Entre Ríos.

## **Raúl Ángel Gómez**

Psicólogo. Profesor Adjunto. Docente-Investigador. Programa de Formación en Drogodependencia y Adicciones. Unidad de Estudios Epidemiológicos en Salud Mental. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba.

## Resumen

---

Argentina viene generando en los últimos años, un enfoque más integral de las políticas y acciones sanitarias, en un contexto de reforma de los servicios y cuidados en salud mental. Promueve y fortalece la incorporación de la salud mental en el ámbito comunitario. Esta investigación estudió las modalidades de organización de las respuestas sanitarias frente a los problemas de sufrimiento psíquico en cuatro ciudades de la Región Centro del país: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Paraná y Rosario. Se buscó identificar las modalidades de inserción de la atención en salud mental en la estrategia de la atención primaria, así como indagar los obstáculos que dificultan la implementación de cuidados más integrales. El artículo analiza la accesibilidad y presenta los resultados desagregados en tres dimensiones. El acogimiento y receptividad de las problemáticas de salud mental y los vínculos que establecen los equipos de salud y la población. La integralidad e integración de las intervenciones en salud mental. La continuidad de los procesos de cuidado que atañen a las problemáticas de la subjetividad humana y su coordinación en la red de atención primaria.

## Palabras clave

---

Salud Mental – Atención Primaria – Accesibilidad – Integralidad

## Abstract

---

Argentina has generated in recent years, a more holistic approach to health policies and actions in a reform context of services and care mental health. It promotes and strengthens the integration of mental health at the community level. This research studied organizational aspects to health responses to the problems of physical distress in four cities in the central region of the country: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Paraná and Rosario. The research sought to identify the modalities of integration of mental health care in primary care strategy and explore the barriers to implementing more integral care. This article analyzes access and presents results disaggregated into three dimensions. It examines the placement and responsiveness of mental health issues and the links established between the health care teams and population. Also, it analyzes the integrality and integration of mental health interventions. Finally, it analyzes the continuity of care processes regarding issues of human subjectivity and its coordination in the primary care network.

## Key words

---

Mental Health – Primary Care – Accessibility – Integrity

## Introducción

---

En la actualidad se incentiva el enfoque que considera favorable que el abordaje de las problemáticas de salud mental de la población se realice de manera articulada con el de las restantes prácticas de salud (Galende, 2008; Ministerio de Saúde do Brasil, 2011). Una de las múltiples razones para sostener esta conceptualización es la convicción de que las dimensiones psicosocial, y de la salud mental, son dos componentes relevantes del concepto de salud. Por ello, se sostiene que no hay salud sin *salud mental*, y, por lo tanto, no hay *salud mental* si no es en el contexto de las restantes prácticas de la salud (Prince, 2007). Ahora bien, en la trastienda de estas premisas, -que parecen puros juegos de palabras-, se han reflejado en las últimas décadas, intensos debates entre expertos en el marco del análisis de las políticas elaboradas para transformar los modelos de atención en este campo (Rodríguez, 2010). Uno de ellos plantea la necesidad de reflexionar acerca de cuál es la relación que es necesario establecer entre la propuesta de la salud mental comunitaria y la de la atención primaria de la salud.

Los caminos que los sistemas de salud han ido gestando para alcanzar estos propósitos son diversos. La historia que ha atravesado la Atención Primaria desde su formulación en 1978 hasta la actualidad ha podido atestiguarlo, sobre todo si se visualizan las distintas formas de desarrollo en las que ha sido conceptualizada: selectiva o focalizada, puerta de entrada, enfoque de derechos humanos, y atención integral (Escorrel, Giovanella et. al., 2007).

Mario Rovere (2006), al analizar la vigencia del concepto de Atención Primaria de la Salud señala que se han tenido discusiones estériles al respecto, las que distraen de los debates más profundos que vinculan a la salud pública con la lógica de mercado. Expresa asimismo, que las distintas significaciones han sido finalmente complementarias en la práctica (estrategias, nivel de atención, programas o puerta de acceso).

¿Puede decirse entonces, que, a pesar de ser la Atención Primaria de la Salud un concepto polémico, hasta el momento no ha habido otro que se instalará con la misma potencia y comprensión?

El abordaje de los problemas de salud mental en la actual perspectiva de la atención integral de la salud, requiere reenfocar la mirada para desarrollar políticas ya no solo desde las ofertas existentes de atención, sino para reorientar las acciones en salud desde las necesidades poblacionales y los cambios de escenarios psicosociales y epidemiológicos. Sin duda, es-

tas son las innovaciones más difíciles de alcanzar debido que ponen en cuestión los modelos de atención, las praxis sociales y culturales y los paradigmas de formación y actuación profesionales. Es éste un desafío vigente y necesario en todo el abanico de la salud y tiene un peso fundamental en los propósitos actuales de transformación de las prácticas en el campo de la salud mental.

Las discusiones en estas décadas respecto a la significación del concepto de Atención Primaria de la Salud también han estado presentes en relación a la salud mental. Se ha planteado hasta qué punto se mantiene como orientador de los cambios hacia modelos de base comunitaria o, en qué medida las prácticas que se asocian a este término siguen identificadas solo con una porción de los sistemas de atención (centros de salud y espacios de atención comunitaria) y, por lo tanto, su significado ha quedado allí clausurado debido a la fragmentación imperante en los modelos de cuidado, hecho que colisiona contra la construcción de redes integrales para el abordaje en salud.

En la Argentina, es posible observar las dificultades existentes para superar la lógica de los niveles de complejidad tradicionales en la medida en que el tercer nivel (el hospital especializado en salud mental) suele tener un peso desmesurado en relación a las posibilidades de los niveles comunitarios. Los abordajes integrales en estos niveles, articulados con los recursos locales, potencializan el accionar en el campo de la salud mental.

Si desde variados ámbitos académicos y de políticas públicas se sigue considerando a la atención primaria como la estrategia más conveniente, la misma debe poder pasar la prueba de dar cuenta y aportar capacidad resolutoria a las distintas problemáticas en salud, donde una parte importante de ellas se relaciona con la salud mental. En este sentido, la investigación acerca de la manera en que se incluyen los abordajes en salud mental en los sistemas de salud resulta relevante porque posibilita brindar conocimientos para encaminar las prácticas hacia una atención integral.

En el contexto de los procesos de descentralización de la atención en salud mental, entonces, es significativa la identificación del rol que les cabe a los centros de salud (CAPS/CESACs). Su capacidad de trabajo en red para posibilitar el alojamiento y abordaje comunitario de algunas problemáticas prevalentes como las urgencias subjetivas, la implementación de los procesos de rehabilitación psicosocial, los tratamientos de los trastornos mentales severos entre otros, puede colaborar sensiblemente a la mejoría de la integralidad de la atención y a la construcción de tramas de servicios que generen cada vez mayor acogimiento y resolutoriedad (Amarante, 2009).

Estos argumentos han abonado a la decisión de investigar los cuidados en salud mental desde una pers-

pectiva territorial, focalizando en los centros de salud, o como son denominados en distintas jurisdicciones: Centros de Atención Primaria o Centros de Salud y Acción Comunitaria.

El estudio es producto de un trabajo colectivo en el que ha participado un grupo de profesionales e investigadores con pertenencia a distintas organizaciones académicas y del ámbito de la salud pública que permitieron con su apoyo y colaboración la concreción de este proceso investigativo<sup>(1)</sup>. A su vez, es continuidad de otro -también multicéntrico-, el que, en su momento, estuvo abocado al análisis de las políticas, los planes y los programas de salud mental en diferentes jurisdicciones del país (5 provincias y Ciudad de Buenos Aires)<sup>(2)</sup>, y cuyos resultados dejaron abiertas hipótesis para avanzar con esta segunda investigación multicéntrica que ha tomado por núcleo las condiciones y características que presentan los centros de atención primaria para la accesibilidad a la atención en salud mental, como uno de los ejes necesarios de indagación de los procesos de transformación del sector. En un artículo previo "Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina" (Gerlero, Augsburger, Yanco, Duarte, & Gómez, 2011), se ha descrito la metodología general y parte de los resultados de este estudio, fundamentalmente los correspondientes a los niveles jurisdiccionales y políticos de las dimensiones indagadas.

En el presente texto se analizan los datos vinculados a las modalidades de cuidado en salud mental en centros de salud desde la perspectiva de los referentes de estas instituciones. Se estudiaron 120 centros de salud que llevan a cabo intervenciones en salud mental y se realizaron entrevistas individuales y grupales con trabajadores de los equipos de salud y gestores. Además, se aplicó un cuestionario institucional elaborado ad hoc por este equipo de investigación, puesto que si bien se han analizado referencias de instrumentos ya validados (Almeida & Macinko, 2006) y se consideraron variados insumos de los mismos, se tomó la decisión de construir un instrumento contextualizado a la realidad de los sistemas sanitarios del país.

En el marco de un contexto de reforma de los servicios y cuidados en salud mental, Argentina viene generando en los últimos años, un enfoque más integral de las políticas y acciones sanitarias, promoviendo y fortaleciendo la incorporación de la salud mental en el ámbito comunitario, hecho que se observa con niveles de avances diferenciales entre sus jurisdicciones.

Esta directriz política, puede ser visualizada a partir de la implementación de algunos aspectos claves, entre los que pueden ser destacados los dos siguientes:

El primero es la expansión de los servicios de salud en el ámbito comunitario y la distribución territo-

rial de los mismos, de manera de garantizar cuidados descentrados de la institución hospitalaria, en especial de la institución monovalente en el caso de la salud mental.

En tal sentido, el establecimiento de servicios de base comunitaria es nodal para mejorar la accesibilidad geográfica, cultural, económica y social de las personas con padecimientos mentales, aun teniendo en cuenta que existen brechas amplias de acceso y obtención de prestaciones continuadas de salud mental, y que la situación es heterogénea a lo largo del país.

El otro aspecto considerado clave como lineamiento rector de una política de salud mental es la búsqueda de garantía efectiva del derecho a la salud en condiciones dignas, equitativas y humanizadas. Y en esa dirección, no puede dejar de mencionarse la sanción de la Ley N° 26.657 de Salud Mental que representa una contribución insoslayable para afianzar este proceso de transformación iniciado. La normativa y su contenido, es clara en el énfasis colocado en priorizar las acciones y los servicios de carácter ambulatorio con enfoque comunitario para ampliar de manera inclusiva los cuidados en salud mental (Blanck, 2011).

La necesidad de descentralizar la atención y de buscar la continuidad de cuidados y la integralidad de las prácticas en salud mental hace que los centros de atención primaria, con sus distintas modalidades y sus variantes, se transformen en uno de los focos privilegiados de indagación. Además en un país federal como el nuestro, esto adquiere aún más complejidad debido a las diferencias y desigualdades que pueden encontrarse entre las distintas jurisdicciones y aun al interior de las mismas. Es en esta dirección que esta investigación se ha abocado a estudiar las modalidades de organización de las respuestas sanitarias frente a los problemas de salud mental en cuatro ciudades de la Región Centro del país: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Paraná y Rosario; buscando identificar las modalidades de inserción de la atención en salud mental en la estrategia de la atención primaria, así como indagar los obstáculos que dificultan la implementación de cuidados más integrales.

Existe consenso en considerar que la *accesibilidad* puede ser comprendida como la capacidad de obtención de cuidados de salud mental cuando es necesario y que la misma sea de modo conveniente y fácil (Solla, 2005; Takemoto & Silva, 2007). Y aun reconociendo que este concepto ha sido entendido desde distintas perspectivas y enfoques analíticos -desde la oferta como así también desde la relación entre servicios y población- (Comes et. al., 2006), en su conjunto se reconoce que la accesibilidad se organiza en torno a la ausencia de barreras geográficas, económicas, organizacionales, culturales y simbólicas.

En este caso, sin desestimar las múltiples perspectivas del concepto, interesó centrarse en aquellos ele-

mentos que desde las organizaciones de salud pudieran ser indicativos para problematizar las condiciones de accesibilidad. De manera que se delimitaron como analizadores de la temática de la accesibilidad a los cuidados de salud mental, las siguientes dimensiones:

- El acogimiento y receptividad de las problemáticas de salud mental y las modalidades de los vínculos entre el equipo de salud y la población
- La integralidad e integración de las intervenciones de salud mental en la organización de la red
- La continuidad de los procesos de cuidado que atañen a las problemáticas de la subjetividad humana y su coordinación en la red de atención

Los conceptos de accesibilidad y acogimiento se hallan íntimamente relacionados si se entiende que, en particular para la problemáticas del campo de la salud mental, la facilitación del contacto inicial, la acogida y receptividad que se brinda a las personas según los diversos requerimientos, comprometen la adecuada organización de los servicios de salud y la calidad de la asistencia que se brinda.

El acogimiento puede comprenderse simultáneamente como un principio rector de las políticas y, a la vez como una estrategia de acción, de manera que la articulación de ambas perspectivas busca traducirse en la efectiva garantía del derecho al acceso a los servicios a través de relaciones humanizadas en el desempeño cotidiano de las instituciones (Takemoto & Silva, 2007). Representa una intencionalidad de acciones, conformada por una secuencia de prácticas y modalidades organizativas que viabilizan el vínculo entre la población y los equipos de salud bajo principios de la universalidad y equidad en el acceso a los cuidados de salud.

Las dimensiones de admisión y primer contacto entre la población y los servicios de salud, al comprometer la organización de las instituciones, permiten evaluar la capacidad de dar cabida a las necesidades diferenciales de los grupos y de las personas, así como ponderar la implicación mutua que se establece para el cuidado y la promoción de la salud.

Casi la totalidad de las unidades estudiadas refieren un área programática y geográfica definida como ámbito de su incumbencia y responsabilidad sanitaria, pero los criterios de delimitación de los territorios no son idénticos para cada ciudad, primando criterios administrativos por sobre discernimientos poblacionales.

Si bien la disponibilidad geográfica constituye un primer elemento para valorar la equidad de las acciones sanitarias, una mayor profundización requeriría contrastar su distribución con base a un denominador poblacional y contemplando las necesidades de salud heterogéneas de los grupos sociales. Dado que un dato relevante es que, a pesar que se identifican profundas desigualdades en las condiciones de vida de la pobla-

ción y se delimitan grupos poblacionales con mayores desventajas, solo una parte menor de los centros de salud (un tercio) dispone de información sociodemográfica y epidemiológica para la definición y priorización de sus intervenciones.

De manera que la producción de información sanitaria y epidemiológica mostró una deuda pendiente en las organizaciones sanitarias con enfoque en atención primaria, a excepción de la situación de la Ciudad de Buenos Aires que sostiene, desde el año 2005, el Sistema de Información de los Centros de Salud y Acción Comunitaria –SICESAC–.

Los déficits hallados en la obtención de información impiden cuantificar y cualificar las consultas de salud mental realizadas en los centros de atención primaria. La información sobre quiénes son, cuántos son y por qué concurren a solicitar ayuda las personas con problemas subjetivos, no puede ser capitalizada ni en el espacio local ni en un nivel de agregación de los municipios.

El proceso de adscripción que busca favorecer el primer contacto y el vínculo entre los equipos y la población al asignar grupos poblacionales y/o de usuarios de acuerdo al tipo de conformación de los equipos de trabajo o profesionales específicos, solo se halló institucionalizado como dispositivo organizacional en Rosario; y permite resignificar las modalidades tradicionales centradas en la atención de la demanda para el funcionamiento de los servicios pertenecientes al primer nivel de atención. Cabe aclarar que en esta ciudad esta herramienta viene siendo planteada como una directriz a la hora de buscar transformaciones en los modelos de atención para garantizar una cobertura más ajustada a las necesidades de salud de los diferentes grupos sociales.

Conforme al principio de universalidad como eje rector de las políticas públicas sanitarias, y considerando a los centros de salud como el primer contacto de los usuarios con los servicios de salud, se indagó la existencia de mecanismos de selectividad poblacional en el acceso a estas organizaciones sanitarias. En las respuestas obtenidas no se exponen límites de acceso respecto a la conformación de grupos poblacionales particulares en el conjunto de las localidades, excepto en dos instituciones que no atienden a población infantil (Córdoba).

Otras situaciones, se vinculan con criterios de discriminación positiva que adoptan los equipos de salud, en la medida en que se priorizan la asistencia a condiciones de vulnerabilidad socio-económica de dichos grupos poblacionales, así como a usuarios residentes en las áreas geográficas vecinas a los centros de atención.

Resultó pertinente estimar si los efectores de salud indagados representan la primera opción de prestación de cuidados en salud mental para la población de

cada área territorial, y se obtuvieron respuestas afirmativas en casi la totalidad de los establecimientos de salud (91,6 %).

En las modalidades organizativas del acceso a los cuidados de salud mental, si bien el análisis de la adecuación entre los recursos disponibles y los requerimientos de atención presenta situaciones disímiles es importante señalar algunos de los aspectos más coincidentes. En tal sentido, el lapso transcurrido desde la solicitud de asistencia para los problemas de salud mental fue contemplado como un parámetro de accesibilidad en atención primaria. En el conjunto de los 120 centros, los usuarios que solicitaron cuidados debieron esperar entre una semana y 15 días para obtener un turno; denotando condiciones relativamente adecuadas para el acceso a un turno de atención. Sin embargo, información elaborada en el estudio multicéntrico realizado con anterioridad, permitió concluir que en las áreas hospitalarias esta espera es mucho mayor para algunas jurisdicciones, sobre todo Ciudad de Buenos Aires.

Aunque la mayoría de las instituciones que pertenecen al primer nivel de atención no poseen cobertura de 24hs. para recepcionar las consultas, es preciso destacar que aproximadamente la mitad (51%) organiza el acceso a los cuidados de salud mental cumplimentando una franja horaria prolongada cubriendo las necesidades de atención hasta las 18hs.

De acuerdo a los lineamientos que impulsan la resolución de las problemáticas de salud mental en los espacios comunitarios más cercanos a los lugares de residencia de las personas afectadas, se halló que se busca brindar cuidados de modo inmediato ante las situaciones de crisis subjetivas. El 40% de las unidades de atención priorizan las situaciones de urgencia sin ninguna programación y aun fuera del horario de funcionamiento del centro de salud. Aunque también un 22% de los centros refirieron elegir la derivación de los pacientes como respuesta de primera opción frente a las crisis subjetivas a otros niveles de mayor complejidad institucional.

Solo en una ciudad, Rosario se hallaron dispositivos u otras modalidades organizacionales específicos en el nivel comunitario, para la admisión de problemáticas de salud mental que permitan orientar los contactos iniciales, relativizar los pedidos de medicación, ofrecer alternativas de cuidado, y priorizar el diagnóstico situacional del pedido de ayuda. En más del 70% de los centros de salud del Municipio de Rosario, la admisión adquiere modalidades organizacionales de carácter institucional que colocan pautas para dinamizar el proceso de trabajo de los profesionales así como lineamientos políticos de carácter local. En el resto, las consultas de primera vez por problemas de salud mental están pautadas con las mismas características que el conjunto de los tur-

nos de atención, y por ello están sujetas a la disponibilidad u oferta de cada profesional.

La segunda dimensión analítica para comprender la accesibilidad, se dirigió a indagar la integralidad en los cuidados de la salud mental que implementan los centros de salud con abordajes en salud mental.

Existe un interés creciente en revalorizar la integralidad como un compromiso que pondera la calidad de la respuesta sanitaria, complementando la necesidad de actuar en los niveles individuales y poblacionales de las expresiones de los procesos de sufrimiento subjetivo.

Presupone comprender que, además de las acciones asistenciales, deben destacarse acciones de prevención, promoción y rehabilitación de las condiciones de salud, y ello implica que la organización de estas acciones e intervenciones relacionen acciones de salud colectiva con acciones de atención individualizadas.

Además, el concepto de integralidad en su complejidad remite también al logro en la integración de servicios por medio de redes asistenciales, reconociendo la interdependencia de los actores y las organizaciones, y admitiendo que ninguna de ellas dispone de la totalidad de los recursos y competencias necesarias para la solución de los problemas de salud en una población en sus diversos ciclos y aspectos de la vida.

Dos reconocidos investigadores del área de sistemas y servicios de salud como son Zulmira Hartz y André Pierre Contandriopoulos (2004), apelan a pensar la integralidad como imagen de una organización de los sistemas de salud como un "sistema sin muros", como un entramado de servicios y cuidados que desmantele las barreras de acceso entre los diversos niveles de atención.

Tomando en consideración los distintos aspectos que se entrelazan y complementan en el concepto de integralidad, y apuntando a la complejidad que distingue a los problemas de salud mental y las respuestas a ellos asociadas, interesa resaltar algunos aspectos fundamentales.

Las modalidades de atención integrales en los cuidados de salud mental reúnen y comprometen saberes y disciplinas que se incluyen en las respuestas elaboradas. En el conjunto de los centros, el 41% de ellos brinda una atención de carácter disciplinar, 40% de carácter multidisciplinar y 19% brinda ambas respuestas como modalidades de mayor frecuencia. Rosario y Buenos Aires presentan de manera significativa respuestas multidisciplinarias o combinan ambas, Paraná y Córdoba concentran en respuestas unidisciplinarias. Es altamente significativo el porcentaje de las acciones exclusivamente disciplinares, ya que la coexistencia de viejos y nuevos problemas de salud mental están requiriendo del abordaje multidimensional, que contemple respuestas cada vez más flexibles e incorporen un trabajo que reúna las múltiples miradas.

En consonancia a lo anterior en estas ciudades –Rosario y Buenos Aires– es altamente frecuente la inclusión de los temas y problemas de salud mental en los espacios compartidos por los equipos de trabajo destinados a la articulación de acciones para el trabajo cotidiano (90%).

La totalidad de los centros de salud brinda asistencia individual, un porcentaje muy elevado acompaña esa oferta con asistencia familiar y/o pareja, (75,8%). Se distingue que más de la mitad de los centros estudiados (65,8%) cubren posibilidades de atención domiciliaria (Córdoba, Paraná y Rosario).

La provisión de tratamiento psicofarmacológico se presenta como una respuesta de menor magnitud, solo dos de cada tres instituciones disponen de medicación psicofarmacológica. Esta situación expresa un importante número de usuarios que precisando tratamiento con medicamentos específicos, debe trasladarse a unidades sanitarias de otro nivel.

En la búsqueda de integración de acciones de asistencia y prevención y promoción, un número importante de centros de salud articulan prácticas asistenciales junto a las acciones de prevención de daños y promoción de la salud (78%). Persiste un 22% restante que no ejecuta este tipo de intervenciones, a pesar que constituyen un principio organizador la estrategia de atención primaria. Pero al indagar sobre el tiempo que le asignan a dichas actividades preventivas refleja que, en su mayoría (83%), le destinan menos de un cuarto de su tiempo a estas intervenciones.

Estos resultados son indicativos de un punto crítico puesto que cada vez se torna más necesario anticiparse a la expresión de los problemas de salud mental, atendiendo a aquellos condicionantes y determinantes sociales, culturales, étnicos, de género que los generan.

Sumado a las actividades de orden preventivo, se indagó sobre la realización de acciones de rehabilitación en salud mental. Se halla una distribución muy pareja, que indica que menos de la mitad de las organizaciones declaran realizar tareas de esa índole (47%) y pone de manifiesto que estas prácticas son tareas poco institucionalizadas en el conjunto de los centros de atención primaria. La descripción de los problemas o situaciones frente a las cuáles estas acciones se desarrollan describe prioritariamente la problemática de las adicciones, y la inserción de personas que han estado internadas en hospitales monovalentes.

El último y tercer eje analizador seleccionado, lo constituyó la continuidad de las intervenciones destinadas al resguardo de las problemáticas subjetivas en la coordinación y transversalidad de los distintos niveles de atención de la red.

De hecho las nociones de integralidad y continuidad de la atención están estrechamente vinculadas y presentan componentes importantes para ponderar

los logros efectivos en las políticas de salud mental implementadas.

En particular, la mantención de continuidad de los cuidados en el campo de la salud mental es un elemento esencial en las intervenciones que atañen las problemáticas del sufrimiento psíquico.

La estrategia de atención primaria coloca como necesaria la articulación del conjunto de las acciones de salud producidas en los distintos efectores, servicios y dispositivos que conforman el sistema sanitario.

En tal sentido la continuidad de las acciones en salud mental requiere que los usuarios puedan disponer y circular por todos los niveles de atención en salud, desde los centros del primer nivel de atención a los servicios especializados, y hasta las internaciones en hospitales generales, sin que medien obstáculos o trabas para su fin.

Por ello, se indagaron los mecanismos de coordinación y articulación que conforman los servicios y dispositivos de atención, de los que se espera que faciliten los lazos de permanencia con las instituciones sanitarias.

Con alta frecuencia los centros de salud reciben pacientes derivados de otras instituciones sanitarias -tanto de hospitales monovalentes y generales, además de los otros dispositivos de salud comunitaria próximos geográficamente-.

Conforme al incentivo en descentralizar la atención de las instituciones monovalentes y promover formas de cuidados ambulatorios, la mayoría de los centros de salud en Córdoba, Paraná y Rosario reciben pacientes que han sido derivados de hospitales psiquiátricos después de haber padecido instancias de internación. Esta situación se presenta con menor frecuencia en Ciudad de Buenos Aires.

En sentido contrario, la derivación desde las instituciones de atención primaria a los hospitales monovalentes alcanza una magnitud significativa en todas las ciudades (70% a 95%) aunque se incrementa en Rosario y en Paraná.

Este aspecto es problemático, si se atiende que está presente la fragmentación de la atención en relación con posibilidades de concretar cuidados de salud mental que requieran un proceso de internación en los hospitales generales, y en su defecto los pacientes están siendo remitidos a los tradicionales y cuestionados hospitales psiquiátricos. Asimismo los altos valores de derivación a estos hospitales ameritan una mayor profundidad de indagación en cada uno de los lugares, recuperando las trayectorias que los pacientes hacen cuando necesitan de una internación, para así conocer exhaustivamente, los motivos de las derivaciones de los centros de salud a las instituciones monovalentes.

Si bien los usuarios circulan de manera fluida entre los niveles de atención en función de sus necesidades

y problemas de salud, en gran medida su movilidad no está acompañada por registros de referencia y contra-referencia.

Menos de la mitad de las organizaciones siguen pautas establecidas que, de manera sistemática, dispongan y utilicen información escrita que explicita el recorrido y circulación de los pacientes entre los distintos niveles de la red de salud. Es sabido que los registros escritos pueden proporcionar información personal del paciente al tiempo que brindar un conocimiento preliminar sobre la situación de salud a los fines de orientar las decisiones de cuidado más pertinentes.

No parece estar establecida desde las direcciones u organismos de gestión de salud mental la normatización de procedimientos o criterios para producir la derivación de pacientes al segundo y tercer nivel de cuidados.

Si bien más de la mitad (67%) de las organizaciones declaran que existe comunicación efectiva cuando se derivan personas con problemas de salud mental para su atención, entre las instituciones de atención primaria y las otras instituciones de la red sanitaria, las mismas explicitan que son los mecanismos informales de referencia los que operan frente a las circunstancias de derivación de pacientes.

Los contactos informales constituyen la principal fuente de comunicación e intercambio de información sobre la población asistida, frente a las circunstancias de derivación de pacientes. De manera que las relaciones entre profesionales priman por encima de la organización institucional, no hallándose establecidos ningún dispositivo o procedimiento específico tendiente a mantener la continuidad y el seguimiento de los pacientes en la circulación de éstos en la red, que evite la consecuente fragmentación de los procesos de cuidado.

Entre las barreras institucionales más relevantes se explicitan los obstáculos para contar con información acerca de la historia de un sujeto en la red de salud. Estas trabas y dificultades institucionales adquieren una mayor significación ante determinadas problemáticas de salud mental, puesto que frente a cada situación nueva de consulta, el paciente reinicia el contacto con la unidad de salud a la que acude como si fuera la primera vez, como consecuencia de la falta de institucionalización de la historia clínica. Situación que restringe un derecho básico para el cuidado de la salud de las personas y, a la vez, expresa un aspecto clave en la calidad de atención brindada.

El análisis del conjunto de la información hallada cuenta que garantizar la accesibilidad de la población a la atención requiere de transformaciones que comprometan dimensiones institucionales, organizativas, técnicas y profesionales para contribuir a una mejor comprensión de los avances que se producen y de las dificultades que permanecen.

Para concluir, es provechoso destacar algunos aspectos que denotan avances en la integración de la salud mental a la atención primaria, así como otros que señalan insuficiencias y exigen mayores esfuerzos.

En el marco del debate permanente sobre las formas de implementación de la atención primaria, las políticas sanitarias desarrolladas en los municipios o jurisdicciones estudiados, muestran una propuesta de expansión de servicios de salud mental con base comunitaria, con profundos desniveles en cuanto a su operativización entre las distintas provincias. La distribución territorial constituye un primer elemento para valorar la equidad de las acciones sanitarias facilitando el contacto entre población y servicios.

La perspectiva de planificar y establecer acciones en salud mental contemplando las necesidades poblacionales y transformaciones de los patrones epidemiológicos se ve fuertemente limitada por la vacancia de producción de información epidemiológica y sanitaria. Si bien estos obstáculos no son patrimonio exclusivo del sector de la salud mental, lo afectan significativamente, y exige esfuerzos políticos y sanitarios concretos para revertir esa situación.

Es característica distintiva del proceso de descentralización de la atención en salud mental reconocer que los grupos sociales presentan necesidades diferenciales y requieren, por tanto, intervenciones específicas para su cuidado. La existencia de dispositivos de admisión en los centros de salud y la continuidad en el vínculo entre la población y los servicios de salud, se muestra como una capacidad concreta de dar cabida a la diversidad de condiciones y requerimientos que plantean los grupos y las personas para atender los problemas de salud mental. Al mismo tiempo facilitan y permean la responsabilización mutua, población-servicios, que se establece para el cuidado y la promoción de la salud.

Tal como fue señalado en la introducción, el debate en torno de la atención primaria coloca foco en ponderar en qué medida consigue erigirse como principio ordenador y orientador de las transformaciones en los sistemas de salud. La proporción de derivación de los centros de salud hacia los hospitales monovalentes interroga ese principio, y señala un aspecto realmente crítico en el proceso de transformación de las prácticas en salud mental. En dirección similar, el predominio de prácticas asistenciales y orientadas sobre prestaciones individuales así como la centralidad de la institución sanitaria para los cuidados de salud mental, conforman un obstáculo fuerte en el desarrollo de actividades colectivas, y denotan algún grado de postergación de las acciones destinadas a actuar sobre aquellos condicionantes y determinantes de los padecimientos subjetivos.

El interrogante inicial, respecto de la inclusión de los cuidados de salud mental en el sistema de sa-

lud, ha permitido mostrar que la propuesta de brindar cuidados de carácter integral encuentra algunos obstáculos en su realización. Esa fragilidad no deviene tanto de la posibilidad de contacto de los usuarios con los servicios, sino del tránsito que éstos desenvuelven entre las diferentes organizaciones de la red, así como de los déficits de mecanismos de cooperación y coordinación en los niveles de gestión de los servicios de salud.

Por último el trabajo realizado da cuenta que la integración efectiva de la salud mental en la atención primaria ha avanzado con distintos ritmos y características en las instituciones de las cuatro ciudades analizadas. Sería promisorio el desarrollo de estudios que, a la vez que permitan una mayor profundización de indagación en algunos de los puntos más críticos, posibiliten poner en sinergia los avances logrados en cada una de las ciudades analizadas, facilitando el diseño de acciones que aún permanecen pendientes.

## Notas finales

---

- Estudio Colaborativo Multicéntrico “Los procesos de reforma de la atención de salud mental y la estrategia de la Atención Primaria. Evaluación de la accesibilidad de los servicios de salud mental en centros urbanos de la República Argentina”. Financiado como Beca “Carrillo-Oñativia”, por la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. El equipo de investigación estuvo integrado por Sandra Gerlero, Instituto de la Salud “Juan Lazarte”, Rosario; Ana C. Augsburger. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario; María P. Duarte. Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos; Raúl A. Gómez. Instituto de Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Universidad Nacional de Córdoba; y Débora I. Yanco, Departamento de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Lanús.
- Los resultados de la investigación se presentan en el libro *La salud mental en la Argentina: Avances, Tensiones y Desafíos* de autoría de Gerlero, S., Augsburger, A., Duarte, M., Escalante, M., Ianowski, V.; Mutazzi, E. & Yanco, D. Se ha publicado por Laborde Editor, en el año 2012.

## Referencias bibliográficas

---

- Almeida, C., Macinko, J. (2006). Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. En *Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde*, 10. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topia Editorial.
- Blanck, E. (Ed). (2011). *Panorámicas de salud mental: a un año de la Ley Nacional N° 26.657*. Buenos Aires: Eudeba.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. & Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. En *Anuario de Investigaciones XIV*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA.
- Escorel, S., Giovanella, L., de Mendonça, M.H.M. & de Castro Maia Senna, M. (2007). O programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. En *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 21(2), 164-176.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gerlero, S. S., Augsburg, A. C., Duarte, M. P., Gómez, R. & Yanco, D. I. (2011). Salud mental y atención primaria. Accesibilidad, integralidad y continuidad del cuidado en centros de salud, Argentina. En *Revista Argentina de Salud Pública*; 2 (9) pp. 24-29.
- Hartz, Z., Contandriopoulos, A. P. (2004). Integridade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. En *Cadernos de Saúde Pública*, Sup2. n. 331-336.
- Ministerio de Saude do Brasil Relatorio final de la IV Conferencia Nacional de Saude Mental Intersectorial (2011). Recuperado de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011/21relatorioIV.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2007). Serie Renovación de la Atención Primaria de la Salud. Documento de Posición de la OPS/OMS. WDC: Organización Panamericana de la Salud.
- Prince, M. E. (2007). No health without mental health. En *The Lancet*, 370 (9598) pp. 859-877.
- Rodríguez, J. J. (Ed.) (2010). *Salud Mental en la comunidad*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud.
- Rovere, M. (2006). *Redes en Salud: los grupos, las instituciones, la comunidad*. Córdoba: El Agora.
- Solla, J. J. S. P. (2005). Acolhimento no sistema municipal de saúde. En *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 5(4) n.493-503.
- Takemoto, M. L. S. & Silva, E.M. (2007). Acolhimento e transformação no proceso de trabalho de enfermagem em unidades de saúde de Campinas. En *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2) pp. 331-3401.



# Enfoque de derechos y prácticas profesionales: conocimiento de la legislación vigente y su utilización por profesionales de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires

---

## **Leandro Luciani Conde**

Lic. en Psicología. UBA. Magíster en Salud Pública. UBA. Doctorando en Ciencias Sociales. UBA. Docente investigador Facultad de Psicología. Instituto de investigaciones. UBA.

## **Alejandra Barcala**

Lic. en Psicología. UBA. Magíster en Salud Pública. UBA. Doctoranda en Psicología. UBA. Docente investigadora Facultad de Psicología. Instituto de investigaciones. UBA.

## **Virginia López Casariego**

Médica. UBA. Maestranda en Salud Pública. UBA. Docente investigadora Facultad de Psicología. Instituto de investigaciones. UBA. Docente e investigadora en la Facultad de Ciencias Sociales. UBA.

## **Cecilia Laino**

Lic. en Psicología. UBA. Maestranda en Problemáticas Sociales Infanto-Juveniles. UBA. Docente investigadora Facultad de Psicología. Instituto de investigaciones. UBA.

## **María Micaela Bazzano**

Lic. en Sociología. UBA. Maestranda en Metodología de la Investigación Social UNIBO – UNTREF. Docente e investigadora en la Facultad de Ciencias Sociales. UBA. Facultad de Psicología. UBA y Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. UNLP.

## **Marina Pambukdjian**

Lic. en Psicología. UBA. Docente investigadora Facultad de Psicología. Instituto de investigaciones. UBA. Docente de Posgrado Departamento de Docencia e Investigación Hospital J T Borda Dirección de Capacitación GCABA.

## **Silvina Czerniecki**

Lic. en Psicología. UBA. Magíster en Salud Mental Comunitaria. UNLa. Docente investigadora Facultad de Psicología Instituto de investigaciones. UBA.

## Resumen

---

Se presentan los resultados del proyecto *Avances y desafíos en la construcción de un sistema de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes: el derecho a la salud de la infancia en situación de vulnerabilidad social en Ciudad de Buenos Aires (UBA-CyT 2008 – 2011)*.

En el marco de la actual legislación sobre derechos en la niñez y salud mental, se indagó sobre el conocimiento de la legislación específica, la formación en protección de derechos, y sus efectos en las prácticas profesionales.

Se trató de un estudio exploratorio descriptivo realizado en el periodo 2006-2010 en la Ciudad de Buenos Aires que combinó datos cuanti y cualitativos. Las unidades de estudio fueron los profesionales de equipos de salud mental infantil. Se realizaron encuestas y entrevistas, además de análisis documental de campo.

Se concluyó que existe insuficiente y desigual conocimiento de la normativa vigente en el campo de la salud mental y derechos en la niñez; que es exiguo el desarrollo de propuestas que aborden la brecha entre las situaciones problemáticas, las intervenciones de los equipos de salud, y su articulación con la normativa vigente; así como el desarrollo de programas institucionales de capacitación sobre la normativa vigente.

## Palabras clave

---

Prácticas profesionales – Salud Mental – Derechos en la niñez – Legislación

## Abstract

---

The results of the project *Advances and challenges in the construction of an integral protection system for the rights of girls, boys and adolescents: the right to health of socially vulnerable infants in the city of Buenos Aires (UBACyT 2008 – 2011)* are presented.

Within the framework of in force laws on the rights of childhood and mental health, knowledge of the specific laws, training in the protection of rights and their effect on professional practices were analyzed.

It is an exploratory descriptive study carried out from 2006 to 2010 in the City of Buenos Aires, which included quantitative and qualitative data. The study teams were formed by professionals of the childhood mental health teams. Surveys and interviews as well as field documentary analysis were carried out.

The conclusion is that there is an insufficient and unequal knowledge of in force laws in the field of childhood mental health and rights; that there is a meager development of proposals on the gap among problematic situations, the participation of health teams and their articulation with in force laws; and that there is a scanty development of institutional training proposals on in force laws.

## Key words

---

Professional practices – Mental Health – Childhood rights– Laws

## Introducción

---

El presente trabajo se enmarca en el proyecto *Avances y desafíos en la construcción de un sistema de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes: el derecho a la salud de la infancia en situación de vulnerabilidad social en ciudad de Buenos Aires* (Secretaría de Ciencia y Técnica de la UBA, programación Científica 2008-2010). Este proyecto estudió las características de las políticas públicas de infancia, en su articulación con el campo de la salud y con las respuestas institucionales estatales a la luz de la legitimidad cobrada por la noción de protección integral de derechos. En este encuadre, abordó el proceso de construcción del “*Sistema de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes*” en la Ciudad de Buenos Aires, impulsado por la Ley Nacional 26.061 sancionada en el año 2005.

En el marco de la nueva legislación, las respuestas institucionales destinadas a la niñez se encuentran en un profundo proceso de reformulación que requiere ser analizado. Para profundizar en el conocimiento de este proceso –haciendo énfasis en el campo de la salud mental–, se establecieron para los profesionales que trabajan en los servicios de salud mental del subsector público–estatal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante CABA) dimensiones que incluían el conocimiento y la valoración de los principios fundamentales de las leyes de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes y Salud Mental, y su impacto en las prácticas y en la organización de los servicios de salud.

El análisis de los discursos de los actores respecto al marco jurídico legal existente en la CABA permitió comprender la participación de los mismos en la construcción de un campo configurado en torno de la distinción entre dos matrices discursivas respecto de la niñez: el discurso de la tutela y el de los derechos, situando las tensiones discursivas emergentes que luego se manifiestan en las prácticas profesionales que materializan o vulneran los derechos en cuestión.

## Estado del arte

---

### Sistema tutelar y sistema de protección de derechos: pugnas, transición e intersecciones<sup>(1)</sup>

---

En el transcurso de las últimas décadas se ha producido una transformación social determinada por el desplazamiento del problema de las condiciones de vida de la infancia al de las condiciones de derechos de la infancia. Este proceso encuentra su culminación con la aprobación en 1989 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Luciani Conde, 2010).

Las condiciones de derechos han devenido en la cuestión socialmente problematizada en torno de la niñez en las últimas décadas. La transformación de esta cuestión en una cuestión de Estado (Grassi, 2003) constituye un analizador de las políticas sociales, las respuestas institucionales y de los actores que han tenido voz en la construcción histórica del campo de la niñez. Esta transformación en la problemática a través de la cual se particulariza la cuestión social de la infancia en nuestra época, puede ser analizada en clave de la transición paradigmática producida en las políticas sociales destinadas a la niñez y adolescencia en este período temporal.

La división de los sujetos infantiles en “niños” propiamente dichos o en “menores” es consecuencia directa de los dispositivos generados desde la propia constitución del Estado moderno en la Argentina (Costa y Gagliano, 2000). Este primer “Estado protector de la infancia”, generó un sistema institucional tutelar destinado a “garantizar” la “protección” de la minoridad, cuyos primeros destinatarios eran los sujetos infantiles que provenían de familias que no reunían los requisitos de un modelo familiar basado en el ideal liberal conservador, estableciéndose así las condiciones iniciales de legitimidad de las políticas públicas en este campo, que encontraron en la sanción de la Ley 10.903 (1916) (“Ley Agote”), las bases legislativas para dicho sistema (Eroles, 2002).

A mediados del siglo XX se inició una crítica del sistema tutelar, a partir de la instauración a nivel mundial de los distintos regímenes del Estado de bienestar en los cuales los conceptos de ciudadanía y derechos sociales se constituyeron en ejes orientadores. Así es como se produjo un pasaje de la problematización de las condiciones de vida a las condiciones de derecho como aquella cuestión socialmente problematizada en torno de la niñez.

La preocupación por los derechos del niño se remonta a la Declaración de Ginebra (1924). Posteriormente, a partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) las Naciones Unidas pro-

claman la Declaración Universal de los Derechos del Niño (1959). Proceso que culminó con la aprobación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN) en 1989 (UNICEF, 2007). La CIDN es ratificada en Argentina en 1990, (Ley 23.849) e incorporada en 1994 a la nueva Constitución Nacional. Es así como se generó un lento proceso de incorporación e institucionalización de los instrumentos legales y jurídicos enmarcados en el “paradigma de la protección integral” que abrió un período histórico caracterizado por la coexistencia paradójica de la Ley de Patronato a nivel nacional con distintos avances legislativos en algunas jurisdicciones provinciales y municipales.

“Políticas contradictorias” y “convivencia pacífica” entre políticas y paradigmas de principios del siglo pasado junto a otros de fin de siglo que determinaron un proceso caracterizado por la fragmentación y la ambigüedad de las respuestas institucionales, consolidándose de ese modo la asistencia asilar tradicional de la minoridad por un lado, e implementándose “programas alternativos” por el otro. Cabe destacar que ese proceso se dio en el marco de un progresivo deterioro y precarización de las condiciones de la infancia (Luciani Conde, Barcala et al., 2005) en el seno de las políticas neoliberales de la década de los 90.

En el año 2005 se produjo un viraje, con la sanción de la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, que derogó (casi un siglo después) la Ley de Patronato, y postuló la conformación de un “Sistema de protección integral”. Fue esta ley la que puso fin al sistema constituido sobre la figura del patronato, que atribuía poderes discrecionales a los jueces de menores y que, durante décadas, había guiado los modos de intervención.

En este contexto, las respuestas institucionales destinadas a la niñez y la adolescencia (en sus distintos niveles jurisdiccionales) asistieron a un profundo proceso de reformulación y reacomodación integral, en el marco de la necesaria construcción del mencionado sistema. Un proceso de cambio actualmente en curso que requiere ser estudiado, dados su alcance y efectos, y con respecto al cual, no obstante, se ha observado una significativa ausencia de producción científica al respecto.

### Atención de la niñez y nuevos marcos normativos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: tensiones y desafíos

---

La CIDN efectivizó un cambio de paradigma en la concepción de infancia y, por lo tanto, promovió la transformación de las prácticas y los modelos de intervención pública a ella destinados. Asimismo, introdujo la consideración del niño, la niña y el adolescente en tanto sujetos titulares de derechos (civiles,

sociales, políticos, económicos y culturales) que el Estado está obligado a respetar, cumplir y proteger apoyándose en los principios de la protección integral y del interés superior de estos sujetos. Además, orientó y estableció límites tanto a la intervención estatal como a la de los adultos, y promovió la noción del niño y adolescente ciudadanos. Posteriormente, uno de los aportes más relevantes de la Ley N° 26.061 fue precisar el rol esencial y prioritario de la familia como medio social preferente para el desarrollo de todos los niños y adolescentes, exento de la intervención o injerencia arbitraria del Estado, al que se le reserva un rol absolutamente subsidiario (Ballarín y Rotonda, 2006).

En la CABA por su parte, se sancionaron normas legislativas que establecieron el derecho a la salud, y, específicamente, reconocieron los derechos de los niños en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En 1998 se promulgó la Ley N° 114, de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, y posteriormente las Leyes N° 153 de Salud (1999), y N° 448 de Salud Mental (2000), esta última reglamentada en 2004.

A la vez que esta progresista legislación de la CABA respecto a la niñez y a la salud mental reconoció el derecho a la salud integral de todos los niños, niñas y adolescentes, ubicándolos como sujeto de derechos, determinó también los criterios para la creación e implementación de prácticas y estrategias para favorecer su efectivización.

Sin embargo, la tensión entre legalidad y legitimidad es ineludible a la hora de analizar el impacto, las dificultades y transformaciones que se producen a partir de la sanción de nuevas normas jurídicas. Este avance legislativo no fue acompañado de las transformaciones concretas suficientes en función de los cambios que requiere el nuevo paradigma. Esto sucedió tanto en relación con las políticas que se diseñaban como al interior de los equipos e instituciones que debían aplicarlas.

Un estudio sobre las representaciones que los profesionales de salud mental del primer nivel de atención de la CABA tienen respecto a la Ley N° 448, su implementación, y su basamento teórico destaca que el conocimiento respecto del contenido de la ley no está asociado con un cambio en el modelo organizacional del sistema público, que no existe adecuación de las prácticas a lo propuesto por la ley, y, además, observa importantes obstáculos a la hora de implementar este tipo de prácticas. A su vez, respecto al criterio de desinstitucionalización progresiva mencionado en la ley, los profesionales demuestran una gran resistencia al cierre de los hospitales psiquiátricos y al trabajo comunitario con los pacientes allí internados. La disputa gremial entre psiquiatras y psicólogos por los cargos de conducción es la referencia más evocada

respecto a la transformación que propone la ley (Díaz Arana, 2007).

Según un asesor de la Legislatura porteña en el área de salud mental, también integrante del equipo de redacción de la Ley N° 448, entrevistado para esta investigación, luego de ocho años de la sanción de la misma, el panorama en lo que respecta a las expectativas de transformación del sistema en general y de la desinstitucionalización en particular, es decididamente frustrante por su incumplimiento.

La formación de los equipos de salud muestra falencias en temáticas importantes. Estudios realizados con profesionales del sistema de salud evidencian la falta de conocimientos específicos en el abordaje de ciertos padecimientos subjetivos, dificultades para implementar prácticas al respecto y para comprender interdisciplinariamente problemáticas de salud en contextos colectivos, así como la predominancia de un enfoque psicopatológico de la formación en salud mental, que no incluye capacitación en abordajes grupales y comunitarios (Antman, 2002, Torricelli, 2007). Destacan por otra parte que el perfil profesional de psiquiatras y psicólogos se sostiene en un fuerte modelo asistencial por sobre el modelo preventivo y de promoción de la salud. La representación social hegemónica se construye en torno al profesional como “especialista” clínico que atiende en su consultorio, privilegiando así su formación en esa área (Scaglia y Lodieu, 2003).

Es de destacar que durante el período 1990-2005 los servicios de salud mental infantil seguían respondiendo mayoritariamente a la lógica del patronato, desconociendo las transformaciones institucionales que las nuevas normas jurídicas tuvieron en el ámbito judicial. Estos servicios no tenían claro cuáles eran las funciones del Consejo de Derechos del Niño, Niña y Adolescente de la CABA y cuáles las del sistema judicial, ni cómo actuar frente a una situación de vulneración de derechos (Barcala, 2010).

Como indicador de esta situación, puede mencionarse la reciente intervención, llevada a cabo sobre el Programa de Atención Comunitaria a Niños y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos (PAC) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y los cambios introducidos por ésta, trasladando su dependencia funcional al hospital neuropsiquiátrico infantil, que desvirtúa sus objetivos iniciales de desinstitucionalización y garantía de derechos humanos de los niños con trastornos severos (Barcala, Torricelli, Álvarez Zúñiga, Marotta, 2012).

## Objetivos

El objetivo general del proyecto de investigación fue describir y analizar el proceso de construcción de un *Sistema de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes* en la Ciudad Autónoma de

Buenos Aires (período temporal 2006 – 2010). Los objetivos específicos fueron: a) indagar acerca del conocimiento de la legislación vigente en materia de niñez y salud mental que poseen los profesionales que asisten a niños y niñas en los servicios de salud mental del subsector público-estatal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA); b) analizar la formación que han recibido en la protección de derechos; c) explorar los efectos que esa legislación ha tenido en las prácticas institucionales destinadas a la niñez; d) analizar los discursos de los profesionales que trabajan en los servicios de salud mental infantiles del subsector público-estatal acerca de la legislación vigente en salud mental y niñez, y acerca de la protección de derechos; e) analizar las tensiones discursivas entre la referencia a las leyes vigentes y su valoración como herramienta para la transformación concreta del sistema de salud mental y del sistema de protección integral de la niñez.

## Metodología

El estudio se llevó a cabo a través de un diseño exploratorio descriptivo, enmarcado en un abordaje de tipo cualitativo (Vasilachis, 2007), con un enfoque de investigación en Sistemas y Servicios de Salud (Paim, 2000). El período temporal bajo estudio fue 2006 -2010, definido en relación con la sanción de la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (2005). El escenario en estudio fue la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La incorporación de la perspectiva metodológica de investigación en sistemas complejos (García, 1986) respondió a la necesidad de favorecer el estudio de procesos y de diversos niveles de análisis, lo que permitió conceptualizar las relaciones entre el *nivel macrocontextual* (nivel económico, social, político y normativo), el *nivel de metaprocesos* (dimensión institucional, organización y gestión de políticas, programas y servicios de salud) y el *nivel de procesos básicos* (representaciones y prácticas de los actores sociales institucionales), a través de la confección de matrices de datos.

Las unidades de análisis las constituyeron los profesionales que trabajan en los equipos de salud mental infantojuveniles de los hospitales público-estatales pertenecientes al sistema de salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las dimensiones que orientaron el proyecto, seleccionadas en función del interés del presente trabajo, fueron: a) conocimiento de las leyes de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (Ley N° 114 de la Ciudad y Ley Nacional 26.061, y la Ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad ) y valoración de sus principios fundamentales; b) formación y capa-

citación sobre protección de derechos, y c) impacto de las legislaciones en las prácticas de los profesionales en salud mental y en la organización de los servicios de salud.

Para recabar la información se elaboró y aplicó una encuesta entre agosto y noviembre de 2010, con preguntas abiertas y cerradas con el objeto de recabar datos acerca de las dimensiones mencionadas (43 en total). Además, se realizaron cuatro entrevistas con informantes clave según su carácter intencional, dinámico y secuencial (Rodríguez Gómez; Gil Flores, García Jiménez, 1996): a la coordinadora de la Red infantojuvenil, a dos miembros del equipo técnico asesor de la Dirección de Salud Mental del GCBA y a un asesor de la Legislatura porteña. En la selección de los casos para la realización de las encuestas se utilizó un muestreo no probabilístico intencional. Dicho muestreo fue de carácter individual, holístico y no directivo, a informantes seleccionados (Ruiz, 1996). Se aplicaron 43 encuestas. Finalmente, se tomaron 22 entrevistas semiestructuradas a profesionales de servicios de salud mental del subsector público-estatal, seleccionados por muestreo teórico.

La utilización de fuentes primarias (encuestas) y secundarias (análisis de leyes) permitió analizar y sistematizar las relaciones lógico-metodológicas relevantes que se establecieron entre las matrices de distinto nivel implicadas en el problema. El diseño incluyó como estrategias de integración metodológica procedimientos de combinación (Bericat, 1998).

El conjunto de los datos cuantitativos se analizó a través de procedimientos estadísticos descriptivos por medio del software SPSS (versión 15.0). El análisis de los datos cualitativos siguió los enfoques procedimentales (Rodríguez Gómez, et al. op.cit., 1996). Los resultados expresan la opinión de las personas entrevistadas y no son representativos del conjunto de profesionales ni pueden ser generalizados.

## Resultados

Para una presentación ordenada, el análisis de los resultados se organiza según las cuatro dimensiones antes mencionadas. La información surgió de las encuestas y entrevistas realizadas <sup>(2)</sup>. Las características de la muestra de profesionales fueron las siguientes: 84 % mujeres; 64 % psicólogos/as, 18 % médicos/as, 12% trabajadores/as sociales y el 6 % psicopedagogos/as; en cuanto a la antigüedad en el ejercicio de la profesión, el 54 % tenía hasta 6 años, un 22% entre 6 y 15 años y un 24% más de 15 años. El 63% trabajaba en servicios de salud mental de hospitales generales y pediátricos, el 28 % en el hospital neuropsiquiátrico infantojuvenil Carolina Tobar García y el 9% en CeSACs (Centros de Salud y Atención Comunitaria).

## A. Conocimiento de las leyes de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (Ley N° 114 de la Ciudad y Ley Nacional N° 26.061, y de la Ley N° 448 de Salud Mental de la Ciudad) y valoración de sus principios fundamentales

De la totalidad de los entrevistados, el 72 % respondió conocer la legislación sobre **salud mental** para la ciudad de Buenos Aires, afirmando que se trata de la ley N° 448. Sin embargo, el 49% no pudo especificar cuáles son los principios fundamentales de la ley. Incluso en algunos casos se confundió la Ley de Salud Mental con la Ley de Ejercicio Profesional del Psicólogo.

Se observó cierta confusión respecto a los principios, ya que los profesionales que sí respondieron, contestaron global e inespecíficamente, como por ejemplo “*garantizar el derecho a la salud mental*”, pero no precisaron nada acerca del contenido.

Los principios más mencionados fueron el abordaje interdisciplinario (26 %) y el trabajo en red (10 %). Con porcentajes mucho menores surgieron la reglamentación de las internaciones, la creación de dispositivos de atención intermedios, dispositivos de atención ambulatoria, rehabilitación y reinserción social. También se mencionó la desestigmatización como uno de los fundamentos, así como la necesidad de garantizar la accesibilidad y garantizar el acceso a la información sobre el tipo de atención y la medicación que reciben las personas que consultan los servicios.

Otro de los principios señalados fue la desinstitutionalización, aunque hay una mayor referencia al término desmanicomialización, expresión que no está incluida en el texto de la ley 448.

Solo dos entrevistados incluyeron como nociones centrales de la ley la consideración de *sujeto, integridad bio-psico-socio-cultural y la perspectiva de derechos humanos*. En solo una ocasión se nombró: *territorialidad, intersectorialidad, abordaje integral, gratuidad, y elección de la orientación del profesional*.

El mayor conocimiento de la Ley de Salud Mental y sus principios se manifestó en los profesionales residentes o concurrentes con menos años de antigüedad. Uno de los motivos de ello puede deberse a que en el examen de ingreso a residencias y concurrencias se incluye como parte de la bibliografía obligatoria el marco legislativo existente actual. Sin embargo, la mención de todos estos principios se realizó en forma aislada y en muy pocos casos en forma articulada de acuerdo con un cuerpo conceptual y normativo transformador del campo de la salud mental en términos de derechos humanos.

Con respecto a la **Ley de Protección Integral N° 114** de la Ciudad de Buenos Aires o la **Ley Nacional de Protección Integral 26.061**, solo el 37 % de los entre-

vistados respondió conocer alguna de ellas, y el 67% no pudo responder acerca de cuáles son los principios de estas leyes.

Se mencionó también que la ley refiere a la “*protección del menor*”, condensando en esta definición los dos paradigmas en pugna: el de protección de derechos y el de la tutela de menores. Esta condensación expresa la existencia de los discursos y prácticas contrapuestos que coexisten en la actualidad. A su vez pone a luz la complejidad de la organización interna de las instituciones de salud, ya que en su interior conviven prácticas y paradigmas contradictorios de acuerdo con las diversas percepciones, intereses y visiones acerca de cómo deben ser resueltos los problemas vinculados con la niñez. En los organismos estatales también se despliegan acciones de salud mental que responden a distintos paradigmas y representaciones de la niñez que tienen su origen en diferentes momentos históricos.

Respecto de la enunciación de los principios fundamentales de la legislación existente acerca de la infancia, el 16 % mencionó *el interés superior del niño/ niña como sujeto de derechos, el derecho a la educación, y el derecho a la salud*.

Menos del 5 % de la muestra mencionó el derecho a ser escuchado, a no trabajar, a ser representado ante la ley, a la identidad, a la vivienda, a la alimentación adecuada, y a no ser judicializado por condiciones de pobreza.

Solo una vez se menciona (2,3 % de la muestra) el derecho a *recibir los cuidados básicos, al tiempo libre, al bienestar, a informarse sobre los métodos anti-conceptivos, a no ser discriminado, al juego y a la libertad de expresión*.

En el análisis documental realizado sobre programas curriculares publicados tanto en universidades privadas como en la Universidad de Buenos Aires en las Facultades de Psicología y Medicina hasta el año 2010, se observó la escasa o nula inclusión en los programas de las materias, de los marcos legislativos respecto a derechos humanos, salud mental e infancia.

En este mismo sentido, en el relevamiento bibliográfico realizado sobre la temática se evidenció que las leyes de protección integral de derechos de niños, niñas y adolescentes se mencionan frecuentemente en los trabajos sobre niños/as y adolescentes en conflicto con la ley penal pero son poco frecuentes en los trabajos referidos a problemáticas de salud mental.

## B. Formación y capacitación sobre protección de derechos

Entre las funciones de la Dirección de Salud Mental como autoridad de aplicación de la Ley N° 448 se encuentra la promoción de **la capacitación de todo el personal que desarrolle actividades de salud mental**

en los tres subsectores, y de todas las acciones que garanticen los derechos relativos a la salud mental de todas las personas.

Los lineamientos correspondientes al sector estatal destacan también como criterio la actualización y perfeccionamiento del personal existente, que se lograría mediante programas de formación permanente adecuados a las necesidades del sistema.

Con respecto a la evaluación y formación en la protección de los derechos humanos en los servicios de salud mental infantiles fueron aisladas las capacitaciones realizadas. No se relevaron en los servicios de internación consultados durante el período en estudio capacitaciones sobre protección de derechos humanos para niños con padecimiento mental.

Por su parte, el 19% de los entrevistados refirió haber recibido formación sobre protección de derechos (curso que incluía la dimensión de derechos en su programación). En un caso, si bien se manifestó haber recibido formación en protección de derechos se respondió negativamente respecto al conocimiento de las leyes mencionadas.

## C. Impacto de las legislaciones en las prácticas de los profesionales en salud mental y en la organización de los servicios de salud

Algo menos de la mitad de los entrevistados (43 %) consideró que la sanción de la Ley de Salud Mental N° 448 tuvo impacto en las prácticas de salud mental en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y en un porcentaje menor (28 %) contestó que la que tuvo impacto fue la Ley 114 de Protección Integral.

De los profesionales que consideraron que la Ley de Salud Mental tuvo impacto, solo el 33% contestó que este impacto llevó a una transformación en la organización de los servicios.

Algunas de las respuestas se refirieron a que las legislaciones incorporan un cambio de paradigma o de representaciones respecto al campo de la salud mental, más que impactos objetivables sobre las prácticas. Se mencionaron al respecto de la Ley de Salud Mental, el “*respeto a la dignidad*”, la “*consideración de los vínculos familiares y sociales*”, el “*no ser discriminado*”, el “*acceso a tratamientos personalizados y atención integral en un ambiente apto y resguardando su intimidad*”.

Respecto a la Ley de Protección Integral, se mencionó que “*considerar al niño como sujeto de derecho cambia las prácticas e intervenciones*”, “*el impacto en la toma de decisiones sobre la atención y tratamiento*”, y la “*adecuación incipiente de marcos normativos institucionales y utilización de nuevos circuitos institucionales*”.

Menos del 10 % de los entrevistados incluyó como impacto de la Ley N° 448 en las prácticas al “*desarrollo de la atención interdisciplinaria, la implementación*

*de nuevos dispositivos y prácticas, equipos de salud mental en guardias generales, internación de salud mental en hospitales generales*”. Sin embargo, no dejaron de mencionar los obstáculos existentes, tales como que “*sigue imperando el modelo médico hegemónico*”, o que “*es solo un intento de trabajo en red*”.

Menos del 10% de los entrevistados describieron como impactos de la Ley N° 114: que refuerza la responsabilidad de los/las profesionales e instituciones de salud frente a las situaciones de vulneración de derechos; que valoriza el trabajo intersectorial; y que tiende a la no judicialización de los/las niños/as respetando sus derechos y resguardando su intimidad.

La Ley de Protección de Derechos del Niño, Niña y Adolescente introdujo cambios que para los profesionales entrevistados no resultan claros aun en sus prácticas. Según refieren las personas entrevistadas, “*A partir de la Ley de protección lo que llega como derivaciones a veces viene del Consejo de Derechos del Niño, no del juzgado. En el caso del juzgado, cuando interviene el juzgado en el caso cuando hay una medida excepcional de algún niño que termina judicializado es porque el Consejo de Derechos del Niño llega hasta ahí, por la aplicación de la ley.*” Los impactos mencionados se refieren principalmente a los modos de articulación y la vinculación con otros actores intervinientes: servicios de salud con los juzgados, defensorías y servicios zonales.

Si bien todo lo mencionado anteriormente manifiesta muy bajo impacto respecto a lo que se refiere a la protección integral de la niñez, hay un avance respecto a estudios realizados hasta el año 2005 (Barcala, 2010) donde la mayoría de los entrevistados consideraban que la promulgación de la CIDNy la Ley 114 no habían tenido ningún impacto en las prácticas que realizaban. Con respecto de la Ley N°114 solo dos de los entrevistados habían realizado un curso que incluía la dimensión de derechos en su programación y referían saber acerca de estas leyes. Y todos coincidían en no comprender cuáles deberían ser las implicancias de estas legislaciones acerca de la niñez en el campo de la salud mental.

## Conclusiones

Las normativas con perspectiva de derechos humanos han construido su legalidad y legitimidad en nuestro país a partir del recorrido de actores sociales que instalaron el reconocimiento a los derechos humanos de todas las personas como un eje central de la construcción de ciudadanía. No obstante el recorrido de estos actores, los derechos sociales, económicos y culturales en algunas franjas poblacionales se han visto postergados o subsumidos de diversas maneras, entre ellas las infancias vulnerabilizadas.

El campo de la salud mental infantil ha manifestado particularidades respecto a las políticas generales desarrolladas con objeto de efectivizar el derecho a la

salud. Si bien en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la legislación respecto a la salud mental muestra un carácter progresista, del mismo modo que la legislación destinada a la niñez, éstas no se han visto acompañadas de acciones e intervenciones desde el sector público estatal que mejoren la garantía del derecho a la salud y la salud mental en la niñez.

En este marco, los resultados de esta investigación muestran la existencia de un importante obstáculo de formación, en términos de dificultades para la incorporación y problematización de la normativa vigente de los profesionales de salud mental que trabajan con niños. Resultando imperioso en este sentido alentar a las instituciones de enseñanza de salud (entre las que se encuentran las distintas facultades, como medicina y psicología) a incorporar estos aspectos.

Del análisis de los resultados que hemos presentado se desprenden las siguientes conclusiones:

- a. insuficiente conocimiento de la normativa vigente, que contempla una perspectiva de derechos humanos en el campo de la salud mental y la niñez;
- b. diferencias significativas en el grado de conocimiento acerca de la Ley de Salud Mental y de las leyes sobre protección de derechos en la niñez, con predominio de conocimiento acerca de lo referido a salud mental;
- c. insuficiente desarrollo de propuestas que aborden la brecha entre las situaciones problemáticas que atraviesan los niños, niñas y adolescentes en la CABA, las intervenciones de los equipos de salud, y su referencia a la normativa vigente;
- d. insuficiente desarrollo de propuestas de capacitación sobre la normativa vigente.

A partir de estas conclusiones, consideramos necesario profundizar y ampliar el debate sobre la brecha entre la normativa vigente y las políticas públicas y las acciones implementadas en todos los ámbitos de la salud mental e infancia en la CABA.

Desde esta perspectiva, reconociendo los diferentes niveles de responsabilidad involucrados, ya sea a nivel de la definición de políticas y la gestión gubernamental e institucional de los servicios de salud, surge como recomendación la necesidad de jerarquizar el espacio de los equipos de salud, no ya como efectos sino como actores sociales comprometidos con la transformación del campo desde una perspectiva de derechos humanos.

En este marco, es necesario el conocimiento de los principios e implicancias de las normativas vigentes, en tanto herramienta para el accionar cotidiano y la construcción colectiva con otros actores, de los cambios necesarios en pos del efectivo acceso a los derechos en la niñez.

Al mismo tiempo, planteamos la capacitación como uno de los escenarios posibles y necesarios para avan-

zar en el conocimiento de estas normativas, en articulación con las problemáticas que atraviesan los niños, niñas y adolescentes que son asistidos en los servicios de salud de la CABA.

En esta línea, asumiendo la complejidad de las situaciones de salud-enfermedad/padecimiento que presentan los niños, niñas y adolescentes, las políticas, estrategias y acciones de capacitación requieren la inclusión de la normativa vigente como marco de posibilidad y exploración de abordajes colectivos respetuosos de dicha diversidad, comprometidos con el efectivo ejercicio de los derechos humanos.

Se observó, no obstante, que cada servicio determina sus propios programas, que están supeditados a la decisión de cada equipo. Por lo general, en su gran mayoría no fueron acordes con las necesidades y demandas consideradas relevantes (por ejemplo, el abordaje de trastornos mentales severos y violencia familiar), aunque los lineamientos del sistema de salud mental determinan que los responsables de los establecimientos asistenciales deben instrumentar los recursos necesarios para adecuar la formación profesional a las necesidades de los usuarios. Se evidenció la falta de un diagnóstico de capacitación que incluya a la vez la necesidad de los trabajadores de la salud y su adecuación a la necesidad de los usuarios, como así también la fragmentación o desarticulación existente entre los departamentos de docencia de los hospitales y los servicios de atención.

Todo esto profundiza la falta de planificación de la formación de recursos humanos, lo cual amplía la brecha entre formación y prácticas. A su vez, quedan librados a la responsabilidad individual o al interés personal, derivados de una concepción liberal, la formación profesional o el diseño de cursos y seminarios.

Este análisis de la situación, con su correlato en la brecha de las respuestas de los profesionales entrevistados en cuanto a su referencia a las leyes y al conocimiento de los principios que ellas establecen, nos convoca a profundizar el análisis y a abrir nuevos interrogantes que superen análisis tecno-burocráticos y permitan visualizar algunas de las implicancias político-técnicas involucradas.

Al mismo tiempo, consideramos que la brecha entre lo enunciado y lo conocido y aplicado en lo cotidiano, nos exime de posturas exitistas o simplificadoras en cuanto al análisis de la complejidad que involucra la articulación de macro y micropolíticas en lo cotidiano del trabajo en salud y del efectivo acceso de los ciudadanos niños al ejercicio de sus derechos.

Sin embargo, en el campo de la salud mental infantil ha manifestado particularidades respecto a las políticas desarrolladas con objeto de efectivizar el derecho a la salud de los niños y niñas. Si bien en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la legislación respecto a la salud mental muestra un carácter progresista, del mis-

mo modo que la legislación relativa a la niñez, éstas no se han acompañado de acciones e intervenciones desde el sector público estatal que garanticen el derecho a la salud.

El objetivo de las legislaciones analizadas –efectivizar un cambio de paradigma en la concepción de la niñez y por lo tanto promover la transformación de las prácticas y los modelos de intervención pública destinados a ella-, ha sido escasamente cumplido en el área de salud mental y merece ser tratado como un eje estratégico en la formación de recursos humanos de salud.

Existe una importante desarticulación entre este marco jurídico, las políticas y las prácticas profesionales e institucionales destinadas a los problemas de la niñez, y en particular las orientadas a la atención integral y la salud mental infantil.

Es necesario e imprescindible, para que estas normativas puedan fortalecer su rol como herramientas para la transformación, superar meras instancias de difusión o capacitación en las mismas, y propender al desarrollo de propuestas y dispositivos que interpelen la construcción cotidiana del proceso salud-enfermedad-atención/cuidado considerando las luces y sombras de estos aportes. Es en este marco que se podrá aportar a la construcción del *Sistema de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes* en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, impulsado por la sanción de la Ley 26.061/05.

## Notas Finales

1. El presente apartado forma parte del marco teórico de la tesis de Doctorado en Ciencias Sociales (UBA) de Leandro Luciani Conde “La cuestión de la niñez en la política social actual: la construcción de un Sistema de protección integral de derechos de niñas, niños y adolescentes en el Municipio de Lanús, Argentina”, realizada en el marco del presente proyecto de investigación.
2. Los profesionales encuestados y entrevistados pertenecen a los siguientes Hospitales: Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Hospital General de Niños Dr. Pedro De Elizalde, Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández, Hospital General de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz, Hospital General de Agudos Dr. Bernardino Rivadavia, Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni, Hospital Materno Infantil Dr. Ramón Sardá, Hospital General de Agudos José María Penna, Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García, Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato De Alvear, Hospital General de Agudos D. Vélez Sarsfield, Hospital General de Agudos Dr. Parmenio Piñero, Hospi-

tal General de Agudos Dr. Enrique Tornú, Hospital General de Agudos Dr. Carlos Durand, Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano, Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía. Y los siguientes Centros de Salud y Programas: Centro de Salud Mental N° 3, Centro de Salud Mental N° 1, Programa de Atención Comunitaria a Niños y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos – Dirección de Salud Mental.

## Referencias Bibliográficas

- Antman, J. (2002). Representaciones sociales acerca del quehacer profesional del psicólogo: el caso de las concurrencias de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Investigación presentada para la beca maestría UBACyT 2001. Disponible en: [www.julianantman.com.ar](http://www.julianantman.com.ar)
- Ballarin, S. & Rotonda, A. (2006). Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes: estudio comparativo de la Ley Nacional 26.061 y leyes provinciales. En *Derecho de familia. Revista interdisciplinaria de doctrina y jurisprudencia*, N° 35, Noviembre/Diciembre 2006. Buenos Aires: Lexis Nexis Abeledo – Perrot.
- Barcala, A., Torricelli, F., Álvarez Zunino, P., Marotta, J. (2012). Hubo un programa de salud comunitaria. En *Página 12*. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/psicologia/9-192177-2012-04-19.html>.
- Barcala, A. (2010). Estado, infancia y salud mental: impacto de las legislaciones en las políticas y en las prácticas de los actores sociales estatales en la década del 90. En Tesis de Doctorado presentada en evaluación. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Bericat, C. (1998). *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social*. Barcelona: Ariel.
- Costa, M., Gagliano, R. (2000). Las infancias de la minoridad. Una mirada histórica desde las políticas públicas. En Duschatzky, S. (Compiladora). *Tutelados y asistidos. Programas sociales, políticas públicas y subjetividad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Díaz Arana, F. (2007). Los trabajadores de la salud mental de los Centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y la Nueva Ley 448. En Tesis de Maestría en Ciencias Sociales y Salud, Flacso/Cedes. Manuscrito no publicado.
- Eroles, C. (2002). Paradigmas, actores sociales y políticas públicas de infancia. En Eroles, C., Fazzio, A., Scandizzo, G. (coordinadores). *Políticas públicas de infancia. Una mirada desde los derechos*. 2ª Edición. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- García, R. (1986). Conceptos básicos para el estudio de los sistemas complejos. En: Leff, E. *Los pro-*

- blemas del crecimiento y la perspectiva ambiental del desarrollo*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Grassi, E. (2003). *Políticas y problemas sociales en la sociedad neoliberal: la otra década infame (I)*. Buenos Aires: Espacio Editorial, 1ª Edición.
  - Huberman, A. and Miles, M. (1994). Data management and analysis methods in *Handbook of qualitative research* (edited by N. Denzin, Y. Lincoln), London: Sage.
  - Luciani Conde, L. (2010). Desafíos de la protección social en el contexto global: niñez, subjetividad y pos derechos en la segunda modernidad. En *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Volumen 8, Número 2, Universidad de Manizales, Colombia, ISSN 1692-715X.
  - Luciani Conde, L., Barcala, A. et al. (2005). De la infancia en los márgenes a la ampliación de los márgenes de la infancia: ¿es posible la efectivización del derecho a la salud de niñas y niños en situación de calle? En Untoiglich, G., (nterd.). *Diagnósticos en la infancia. En busca de la subjetividad perdida*. 1ª Edición. Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.
  - Paim, J. S., (2000). Redefiniciones posibles en la investigación en sistemas y servicios de salud. En Almeida, C. (Editora). *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud*, N° 1.
  - Rodríguez Gómez, G., Gil Flores J., García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
  - Ruiz, J. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Univ.de Deusto.
  - Scaglia, H., Lodieu, M. T. (2003). La ecuación psicólogo-psicoanalista. La impronta del psicoanálisis en la representación profesional del psicólogo. En *Memorias de las Jornadas de Investigación*, vol.10, n°.1, p.449-451; Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
  - Torricelli, F. (2007). Residentes en psicología clínica y en psiquiatría. Representaciones acerca de sus campos profesionales y producción inferencial clínica en su formación como psicoterapeutas. En Tesis de Doctorado inédita. Facultad de Psicología, UBA.
  - Vasilachis de Gialdino, I. (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa.
  - UNICEF (2007). Guía a la observación General n° 7: Realización de los derechos del niño en la primera infancia. La Haya: Fundación Bernard van Leer.
-



# Campo, rol y perfil profesional en los residentes en Psicología y en Psiquiatría en la Ciudad de Buenos Aires: una investigación sobre el componente “recurso humano en salud mental” en el subsector público<sup>(1)</sup>

Flavia Torricelli

Lic. en Psicología. UBA. Dra. en Psicología. UBA. Docente e Investigadora. Facultad de Psicología. Instituto de Investigaciones. UBA.

## Resumen

El artículo subraya la necesidad de fortalecer las investigaciones ligadas a los recursos humanos en salud/salud mental como eje central para empezar la transformación del sistema sanitario dado que éste exige una respuesta más adecuada a los padecimientos de la población. Los resultados obtenidos forman parte de una investigación realizada con residentes (del 1° año y el 4° año) psicólogos y médicos psiquiatras de la Ciudad de Buenos Aires entre los años 2003-2006 en el que se indagaron las dimensiones: profesión y año de formación. Los aspectos explorados se centraron en las representaciones sobre el perfil, rol, campo profesional, expectativas y las prácticas llevadas a cabo en la residencia y adscripciones teóricas. **Metodología:** Se utilizó un diseño cualitativo de tipo descriptivo-analítico. Se entrevistaron 32 residentes, 16 de cada profesión. Para el procesamiento de la información se construyeron matrices de datos y se utilizaron estrategias de categorización – del análisis temático- y estrategias de contextualización. **Resultados:**

Los resultados más destacables se sitúan respecto de la percepción acerca del hospital público que aparece como desjerarquizado, la inclusión de la interdisciplina como un modo de trabajo no valorizado. Se hallaron diferencias especialmente en las representaciones ligadas al rol profesional entre los residentes de psicología y de psiquiatría, no así entre los residentes de primero y los de cuarto.

## Palabras clave

Residentes psicólogos y médicos – Formación – Recurso humano en salud

## Abstract

The article emphasizes the need to strengthen research connected to human resources in health/mental health as a central axis to begin with a transformation of the sanitary system, given that it demands a more adequate response to the pathologies presented

by the population. Obtained results are part of a research study carried out between 2003 and 2006. The informants were (1<sup>st</sup> and 4<sup>th</sup> year) residents, psychologists and psychiatrists, of the City of Buenos Aires. The variables investigated are profession and training year. Aspects explored centered on representations on profile, role, professional field, expectations and residency practice as well as the theoretical framework of the practice. **Methodology:** The study followed an analytical-descriptive qualitative design. Thirty two residents were interviewed, sixteen from each professional background. They were divided according to the year of residency. Data matrixes were constructed for data analysis. The used strategies included strategies of categorization —theme analysis— and strategies of contextualization. **Results:** The most significant results relate to professional background and not to training years. A weakening of public hospitals and interdisciplinary work was noted. The persistence of stereotypes connected to the professional role was observed.

## Key words

Resident psychologists and physicians – Training – Human resources in health.

## Introducción

Distintos documentos han señalado la disparidad entre los recursos asignados a la investigación en salud y las necesidades de la población de los países menos desarrollados. Una estimación realizada en 1990 indicó que menos del 10% de los recursos de investigación de salud globales se aplicaban a los problemas de salud que realmente aquejaban a los países en desarrollo, aunque éstos a la vez representaban el 90% de los problemas de salud del mundo. Este problema, denominado el “desequilibrio 10/90”, ha instado –con diversos resultados- a reorientar la agenda de la política de investigación en salud hacia los problemas de salud prioritarios de las poblaciones, especialmente cuando se trata de recursos públicos (WHO, 2008, 2009).

Cabe señalar que entre los problemas a los que se hacen alusión en los países denominados en vías de desarrollo –entre los que se encuentra la Argentina– están aquellos ligados a los principios que deben garantizar la equidad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Basándose en estas premisas, el sistema de salud estaría en condiciones de ir pudiendo dar respuesta a algunas de sus problemáticas más acuciantes. Para ello, los organismos internacionales enfatizan la necesidad de crear sistemas sanitarios de calidad centrados en la Atención Primaria de la Salud manteniendo un equilibrio entre las actividades de promoción y prevención y, las intervenciones cu-

rativas propiamente dichas. En uno de los documentos de la OMS (2008), los responsables de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud señalan muy especialmente que las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen como los determinantes de la salud a la hora de contribuir a desterrar la inequidad –en general y sanitaria en particular-. Dentro de este esquema de determinantes sociales están incluidas las posibilidades del propio sistema de salud de brindar cuidado y atención a quienes lo requieran. *“Una distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural», sino el resultado de una nefasta combinación de políticas y programas sociales deficientes, (...) y una mala gestión política. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud, que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país”* (OMS, 2008: 4).

En ese sentido conceptualizar los procesos de salud-enfermedad-cuidado como un todo complejo promueve la puesta en marcha de un modelo que considere todo el espectro de determinantes sociales incluidos en el análisis de la respuesta brindada. Esto incluye tanto las premisas sobre las que debe funcionar el sistema de salud, como los recursos que allí se desempeñan y las prácticas que allí tienen lugar. En ese triptico uno de los factores esenciales es el ligado al propio recurso humano, el equipo técnico/ profesional. Al ser este factor, esencial en los procesos de ejecución y de cambio se vuelven a su vez más necesarias las investigaciones que jerarquizan y analizan este componente.

En el presente escrito se presentan algunos de los resultados de una investigación que ha tomado como eje de estudio a los residentes en psicología y psiquiatría de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre los años 2003 y 2006. Los residentes pueden considerarse el colectivo humano en quienes se concentra gran parte de la atención en materia de salud mental en el subsector público en el área metropolitana de Buenos Aires (Agrest, 1994; Agrest, Arin, Greco, Nemirovsky, Vainer, 1998; Agrest y Nemirovsky, 1998). Ellos son un recurso humano –remunerado y en formación– que proporcionalmente permanece por su contrato de tiempo completo una significativa cantidad de horas en los hospitales<sup>(2)</sup>. Este grupo además posee la doble característica de ser recién graduado de la Universidad y a la vez estar construyendo su identidad profesional en servicio. Estos resultados describen y comparten algunas conclusiones que pueden ser de utilidad para la formación del residente psicólogo y psiquiatra en el campo de la salud mental, a la vez que destacan la importancia de poner en el centro de la investigación en salud al recurso humano en formación.

La producción de evidencia científica –en especial dentro del campo de la salud pública desde la perspec-

tiva de Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud- brinda también la posibilidad que puedan hacerse efectivas ciertas intervenciones sanitarias que son necesarias para el sistema. La posibilidad de explorar e indagar la dimensión “recurso humano en salud” – en lo que se refiere a sus prácticas- amplía por un lado la dicotomía “usuario vs efector”, por una visión que ahonde en los aspectos vinculares entre sujetos y los servicios reubicando el tema del acceso en salud en un espacio de interrelación compleja que incluye las necesidades de los usuarios, las respuestas dadas desde el sistema de salud a tales necesidades y la vincularidad entre ambos donde se debe tener en cuenta la confluencia de lo multidimensional que se produce en ese interjuego (Stolkiner, Comes, Parenti, Solitario, Unamuno, 2003; Faraone et. al., 2011).

## Campo, roles y prácticas

Para el desglose de la vincularidad entre “usuarios y sistema de salud” considero resulta cabal introducirse en la temática de la “práctica” y el “rol profesional”. Dicho tópico sugiere adentrarse por un lado en el análisis de las incumbencias profesionales, más allá del marco normativo que las delimita, las competencias esperadas, las habilidades con las que cuentan los profesionales –provisas éstas, a su vez- por sus formaciones de grado y por las trayectorias profesionales que ellos mismos han delineado. Algunos autores incluyen además en este itinerario la repetición de los “modelos de trayectorias acumulativas familiares” (Jacinto, 2010).

Dentro del mismo tema sobre campo y rol profesional se incluyen también las representaciones construidas en torno a esos tópicos (Moscovici, 1998; Jodellet, 1984, 1989, 2003; Grimberg, 1993). También la capacitación en relación con la adquisición de destrezas y habilidades, aun cuando no hay un consenso sobre lo que da experticia y –en el caso específico del trabajo clínico- las representaciones sobre el trabajo clínico, en el que actúan: los modelos teórico-clínico, los modelos de terapia personal y las teorías explícitas o privadas (Bourgeois & Rechoulet, 1994; Tatossian, 1995; Gauron & Dickinson, 1969; Sandifier, Hordern, Green, 1970; Thoma & Kächele 1989; Canestri, 2002; Leibovich de Duarte, 1994, 1996a, 1996b; 2000).

Si en las investigaciones en salud mental no son interpelados los paradigmas y los instrumentos que se emplean a la luz de contextos latinoamericanos es factible incurrir en visiones descontextualizantes de la práctica. Aun en la exploración de las dimensiones clínicas en niveles “micro” debe incluirse también la perspectiva de los diagnosticadores y los propios terapeutas (Jiménez, 1999).

Al complejo multifacético recién descripto debe agregarse la articulación entre las expectativas del rol,

las posibilidades que brinda el escenario profesional y laboral y las habilidades con las que cuenta el graduado para dar respuesta a las necesidades que requiere y exige el entramado social y general en el que se inserta su práctica.

La topografía del rol y la práctica profesional constituyen un campo de estudio y análisis en el que resulta necesario observar cada uno de los componentes que lo integran. Esta necesidad se registra también en el campo de la psicoterapia en el que se requiere cada vez más de la definición de elementos claros y consensuados que aporten datos para poder llegar a conclusiones, que son imprescindibles a la hora de diseñar políticas públicas y planificar en salud/salud mental.

Dentro de la topografía (aquí de la práctica profesional) pueden rastrearse por ejemplo profundidades históricas que van revistiendo de un particular tinte al nuevo escenario. Con “nuevo escenario” me refiero a las transformaciones con impactos disímiles que vienen registrándose en nuestro país en materia de salud mental (Ley Nacional de Salud Mental 26.657/2010, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires/1996, la Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Nro. 153; la Ley de Salud Mental Nro. 448/2000 y diversas adscripciones a pactos internacionales ligados a la salud/salud mental).

En las prácticas en salud/salud mental podrían también vislumbrarse diferentes corrientes a veces paradójicas, a veces en tensión, o a veces en complacencia con modos en apariencia pertenecientes a otros tiempos, contextos, realidades o paradigmas.

En ese sentido Bourdieu, (1991, 1995) –al referirse al “campo” y a los actores- enfatiza cómo éstos construyen las tramas en las que intervienen las políticas públicas, las historias colectivas, los recorridos personales y distintas estrategias de reproducción social, encaminadas tanto a conservar, como a reconvertir, acumular, y transformar el patrimonio cultural, social o simbólico inicial de cada sujeto. En él se puede contemplar la herencia del pasado, las formas sociales en el que ese pasado es reproducido, apropiado, desplazado y configurado tanto en las interacciones de la vida cotidiana, como en las prácticas en salud.

Las prácticas son entonces el campo de cruce de discursos y acciones que necesitan de una reflexión crítica que no siempre tiene el suficiente lugar en los espacios en las que ellas se despliegan. Por eso investigarlas se vuelve una tarea más que imprescindible.

## Formación de grado en psicólogos y médicos

Para comenzar a entender las prácticas de los profesionales de la salud mental, en este caso de los psi-

cólogos y los médicos que se especializan en psiquiatría resulta pertinente remitirnos a sus formaciones de grado. A partir de investigaciones llevadas a cabo por García (2009) analizando los informes de la Asociación de Unidades Académicas de Psicología (AUAP-SI) –tarea que había sido llevada a cabo previamente por Courel y Talak, (2001)- el autor señala que hay escasa inclusión de prácticas profesionales extra aúlicas en el grado y una casi nula incorporación a las enseñanzas impartidas de conocimientos sobre las realidades locales. A ello suma la existencia de campos de desempeño (sanitario, comunitario, educacional, etc.) que quedan vacantes a favor de un perfil notoriamente clínico. En la misma línea, Castro Solano (2004) encontró que la imagen del graduado psicólogo está asociada con un profesional en el que prima la formación académica relacionada con el campo de la psicología clínica, en detrimento de otros campos y especialidades. Este autor ha destacado especialmente que existe como “*carencia básica la desconexión entre teoría y práctica profesional*” que aparece deslindada de las problemáticas sociales existentes tomando como referencia el análisis de los planes de estudio (Castro Solano, 2004:121).

Este panorama no es exclusivo de los psicólogos, en el caso de los médicos la situación es similar aunque en otro sentido. Según Ferro (2009) la formación del médico no escapa al paradigma asistencial y biologicista concebido desde una epistemología clásica. Basado también en un modelo escolar que se pronuncia a favor de la adquisición de habilidades técnicas específicas desde una “*racionalidad técnica*” que deja de lado la transmisión de una práctica inmersa en una realidad multifacética y compleja.

Con ese marco formativo de grado, los médicos llegan y buscan hacer la residencia como una forma de acceder a un título de especialista tal como lo señala Yanco (2009), ex coordinadora en la Dirección de Capacitación de Residencias la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que en los psicólogos embarcarse en la residencia es la búsqueda de una práctica clínica.

En la Argentina, el campo de la salud mental, y dentro de éste la práctica de la psicoterapia, constituye un fenómeno inserto social y culturalmente, desde hace varias décadas. Dicha práctica que tiene por protagonistas tanto a médicos como psicólogos exige un entrenamiento específico, para poder dar una respuesta terapéutica adecuada al padecimiento psíquico de la población. La residencia constituye uno de los modos privilegiados de capacitación.

Si consideramos además que es en las nuevas generaciones de egresados en quienes se deposita la alternativa de cambio, es sobre quienes debe prestarse una particular atención, por constituir un grupo con potencial de transformación.

## Residencias: un espacio de formación y de práctica

Los sistemas oficiales de residencias en salud mental (psicología y psiquiatría y psicología médica) insertos e instalados desde décadas diferentes en el ámbito público hospitalario ofrecen a médicos y psicólogos la posibilidad de una formación en salud mental. Estos sistemas constituyen durante cuatro años “*un sistema remunerado de capacitación de postgrado a tiempo completo, con actividad programada y supervisada*”. Dichos sistemas de capacitación se proponen entrenar a médicos y psicólogos con el fin de formar un “*recurso humano capacitado para el ámbito intra y extra hospitalario en beneficio de la comunidad (...) y se organiza en una red de capacitación en servicio*” (Programa Docente de las Residencias de Salud Mental- Psiquiatría-Psicología, 2003). Este recurso humano lleva adelante una práctica en salud mental y dentro de ella una práctica psicoterapéutica.

Es en el ámbito hospitalario que psicólogos y médicos desempeñan sus roles y prácticas profesionales en salud, en el contexto de aprendizaje propio de estas residencias, lo que a su vez impacta y atraviesa el campo de la salud mental.

A su vez, las residencias en salud mental no conforman una instancia aparte dentro del sistema sanitario, sino que se condensa en ellas la articulación de las políticas públicas y la planificación en salud mental conjuntamente con las políticas educativas.

## Metodología

Los resultados presentados del trabajo con residentes médicos y psicólogos –llevado adelante durante el período 2003-2006- han sido producto de un diseño de investigación de tipo descriptivo-analítico, utilizándose una metodología cualitativa a partir de la cual se indagaron diversas dimensiones. Con una muestra intencional no probabilística formada por 32 residentes psicólogos y residentes médicos; 16 por cada residencia, 8 de primer año de la residencia y 8 de cuarto año de la residencia. Conformada por 11 varones (34,4%) y 21 mujeres (65,6%). El promedio de edad era de 28,6 años (máx: 31 años, mín: 24; (D.S.: 1,865). Veintiocho (87,5%) provenían de universidades estatales y 4 de universidades privadas (12,5%). Clasificados desde el hospital de pertenencia, 25 llevaban adelante su residencia en un hospital general de la Ciudad de Buenos Aires, lo que equivale al 78,1% de la muestra y 7 en un hospital especializado de ese predio (21,9%)<sup>(3)</sup>. Del total de la muestra, 31 de los residentes llevaban adelante la residencia en forma conjunta médicos y psicólogos y un solo residente trabajaba por separado<sup>(4)</sup>.

**Materiales y Procedimientos:** Todos los residentes fueron entrevistados de manera individual. Se acudió para poder acceder a la población de residentes a las reuniones de jefatura de los residentes de psicología y psiquiatría del área metropolitana de Buenos Aires. Se confeccionó un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas referidas al rol, expectativas cumplidas o por cumplir, motivación para elegir hacer una residencia; la definición de campo profesional propio y del otro –psicólogo y médico- a los fines de explorar las percepciones que cada uno tiene sobre el rol propio y el del otro; las fortalezas y debilidades en su capacitación para llevarlo a cabo y las patologías tratables por psicólogos y por médicos. Se indagó también las actividades realizadas en la residencia, al marco teórico clínico con el que se identificaban, autores con los que se formaban y consideraban más influyentes en su práctica en la residencia. Otros puntos fueron: a) la suficiencia de marco teórico elegido para desempeñar dichas tareas en la residencia b) las edades de los pacientes que prefieren atender.

Se utilizó un listado de autores que influyen en la práctica clínica, basado en la “lista de autores” (Leibovich de Duarte, 1998). A partir de un total de 37 autores, se indagó el nivel de influencia de los mismos en la práctica mediante una escala tipo likert de 5 puntos.

Para el análisis de las respuestas dadas por los residentes se construyeron matrices de datos, y se utilizaron estrategias de categorización –del análisis temático- y estrategias de contextualización, para poder procesar la información recabada a partir de considerar cómo se contextúan y qué ideas se asocian a los distintos grupos de profesionales estudiados.

## Resultados y Discusión

Las diferencias más significativas se ubicaron en relación a la indagación de la dimensión profesión de origen de los residentes, no así sobre respecto del año de formación de los mismos.

Los residentes adscribieron mayoritariamente, independientemente del año de formación en el que se encontraban, a un marco teórico psicoanalítico. Desglosando el grupo de médicos en éstos la opción de marco teórico-clínico fue específicamente la psiquiatría biológica. Esta adscripción estuvo presente inclusive desde el primer año de la residencia (e inclusive desde el grado) <sup>(5)</sup>.

La mayoría de los residentes admitió la insuficiencia del propio marco teórico para desempeñar todas las actividades clínicas de la residencia y refería acudir a otros recursos teórico-técnicos pertenecientes a esquemas referenciales distintos al propio. Algunos de los residentes médicos y psicólogos refirieron acudir a la psicoterapia “cognitiva”, además los residentes médicos agregaron que acudían al “psicoanálisis” y los re-

sidentes psicólogos mencionaron además “la psicoterapia sistémica”.

Si bien admitían la insuficiencia del propio marco teórico para llevar a cabo todas las actividades clínicas de la residencia, había un esquema referencial teórico clínico-ya definido de entrada como propio. Tal elección no parecía ser el producto de una decantación posterior al conocimiento sino una elección apriorística <sup>(6)</sup>.

Respecto de los resultados referidos a los autores de influencia en la práctica clínica cotidiana, los residentes –tanto médicos como psicólogos- han señalado a los autores del psicoanálisis como los más influyentes, en especial, Sigmund Freud. Este dato ha puesto en evidencia el predominio de la teoría psicoanalítica elegida como marco teórico clínico de referencia por la mayoría de los residentes, en especial los psicólogos. En cuanto a los médicos, si bien el predominio de la teoría psicoanalítica existe, hemos encontrado también una tendencia a identificarse y preferir la línea de la psiquiatría biológica. Este último dato resulta novedoso respecto de los relevamientos realizados con residentes de salud mental del área metropolitana en la que el predominio teórico-clínico estaba exclusivamente centrado en los autores psicoanalíticos (Agrest, 1994). Además de los autores incluidos en el listado hubo una tendencia a agregar y mencionar como autores influyentes a los “supervisores” y “docentes” de la residencia, quienes en su mayoría no tenían inserción en el ámbito público.

Los residentes informaron dedicar una mayor cantidad de tiempo dentro de las actividades clínicas que tienen lugar en sus residencias –independientemente del año de residencia en el que se encontraban- a la “psicoterapia individual con adultos” realizada en los consultorios externos. Los tratamientos “grupales” y de “familia y pareja” fueron escasamente mencionados. La psicoterapia con “niños” estaba en manos, casi específicamente, de residentes psicólogos. La atención a “adultos mayores” fue mínimamente señalada por los residentes. Los residentes –independientemente de su profesión de origen y del año de residencia que cursaban- refirieron preferir atender a pacientes “adultos” en primera instancia y en segundo lugar a pacientes “adolescentes”. Y dentro de las prácticas en salud, fueron escasamente señaladas las actividades de “prevención y promoción”, “trabajo interdisciplinario / intersectorial o en redes”, o problemáticas tales como: “adicciones y alcoholismo”. Sin embargo –cabe destacarse- que la rotación por “experiencias del primer nivel de atención” forma parte del programa de las residencias.

Si a ello se suma la falta de “práctica terapéutica grupal”, de “tratamientos de pareja y de familia” se podría señalar la limitación notoria de los dispositivos terapéuticos de atención al plano específico de lo individual y la exclusión de diferentes posibles abor-

dajes terapéuticos. Esta tendencia puede guardar relación con la impronta universitaria que desde el grado también favorece la atención individual, y con el modelo de consultorio privado que parece seguir prevaleciendo en la representación de los psicólogos y médicos residentes.

Ante el avance de las patologías psicosociales y a pesar de las advertencias –por parte de los organismos internacionales– de la necesidad del trabajo con las comunidades, estas problemáticas tienden a seguir invisibilizadas y los dispositivos de atención que se ofrecen a la población siguen la tendencia de centrarse en la asistencia individual o en el plano singular-subjetivo (Barcala, Torricelli, Alvarez Zunino, Bianchi, Ynoub, 2003).

Otro de los temas que reviste interés ha sido la escasa predilección en la atención y acotada práctica de los residentes respecto de la población de adultos mayores, a pesar del aumento de longevidad de la población general y de los requerimientos que esa condición plantea, no fue ésta una opción elegida por los residentes.

El trabajo interdisciplinario, uno de los pilares del trabajo hospitalario fue escasamente mencionado en las distintas respuestas acerca de las motivaciones, expectativas y sobre la indagación del rol profesional en la residencia por los residentes independientemente de su profesión de origen y año de residencia que cursaban. Un grupo de residentes refirió tener como expectativa que el hospital fuera una *“vía de capacitación clínica para su posterior inserción en el subsector privado”*. El *“hospital”* parece ser para la mayoría de los residentes, tal como lo han demostrado muchas de las respuestas que describían la representación del rol profesional en la residencia, como un contexto ausente y vivido como un *“lugar de tránsito”* a otra práctica clínica. A pesar de ser el ámbito de desempeño y capacitación por cuatro años, hubo una desjerarquización del ámbito público. Este aspecto de no reconocimiento y desvalorización del contexto mantiene fuertes puntos de contacto con algunos de los resultados hallados por Díaz Arana (2006) en una investigación realizada con los profesionales de salud mental que trabajaban en el primer nivel de atención, acerca del conocimiento y manejo de los postulados de la Ley de Salud Mental 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000). Dicha ley que garantiza el derecho a la salud mental y determina la creación y fortalecimiento de prácticas y estrategias para la efectivización de dicho cumplimiento, constituyó en su momento un avance legal significativo. Sin embargo, la autora halló en ese colectivo de profesionales cierto desconocimiento de los postulados de la ley, aun desempeñando su actividad en los centros de salud; nivel que a su vez es enfatizado por dichos postulados, así como también la APS y el trabajo comunitario.

A partir de las respuestas de los residentes puede señalarse que la residencia parece ser una etapa en la que predomina la necesidad de capacitarse y de construir un rol profesional y de la consecuente constitución de la identidad profesional. En este proceso la idea de *“dar asistencia y ayudar a un paciente”* no resultó predominante, tomando así la capacitación un sesgo ligado a lo formativo volcado sobre sí mismo. Cuando se indagó la percepción que los entrevistados médicos tenían sobre sus colegas psicólogos, estos últimos eran vistos como *“preparados en materia de psicoterapia”* pero muy *“casados con las teorías”* y sin tener *“manejo hospitalario ni de la urgencia”* y *“dedicados a patologías leves y niños”*, *“adentro de la residencia, y sin caminar los pasillos del hospital”*.

Mientras que los residentes médicos eran vistos por los residentes psicólogos como preparados para la *“enfermedad orgánica”* pero *“sin herramientas para la práctica psicoterapéutica”*, *“sin saber qué hacer cuando no hay una medicación de por medio”*, y particularmente *“sin manejo de lo familiar y social”*. Los perfiles profesionales de psicólogos y médicos –que surgieron de los resultados de esta investigación– parecen evidenciar sesgos diferenciales a pesar de realizar un trabajo conjunto.

Las descripciones basadas en las percepciones que aportaron los residentes médicos sobre los residentes psicólogos y viceversa, resultan compatibles con las caracterizaciones profesionales que han hecho autores en la década de los ochenta en los Estados Unidos, o en los noventa en un contexto latinoamericano (Kingsbury, 1987; Garb, 1989; Pingitore, 2002; Manzi, 1995).

## Conclusiones

Las residencias son dispositivos de capacitación de cabal importancia para la formación clínica, en especial si se considera la etapa vital en la que estas tienen lugar y el corpus de incorporación de conocimientos y prácticas; ambos sentando las bases para una identidad profesional. El programa de residencias en salud mental de la Ciudad de Buenos Aires plantea desde el inicio la posibilidad de capacitarse dentro de un programa común de formación en salud mental- y propone un entrenamiento articulado, a la vez que respeta las diferencias profesionales y no las diluye.

A partir de los resultados expuestos es posible detectar ciertas dificultades al inicio de la residencia hospitalaria que experimentan psicólogos y médicos que tienen su etiología en las formaciones de grado y en la concepción de *“profesionales”* que las universidades se proponen construir. Ellas no son las mismas para el grupo de residentes psicólogos que para el grupo de residentes médicos. Para los psicólogos que salen de su Facultad con un bagaje de lecturas teóricas, las dificultades se presentan cuando llegan al ámbito hos-

pitalario con el que están escasamente familiarizados y al encuentro con pacientes, con los que han tenido poco contacto durante su formación universitaria. Por su lado los médicos, que provienen de una facultad en la que han incorporado conocimientos de la medicina general y de sus distintas especialidades –de manera global y sin particularizar en ninguna de ellas, llegan a la residencia sin contar con las herramientas necesarias para poder abordar y dar respuesta el padecimiento psíquico. En ambos puede notarse además que su práctica –en el campo de la salud mental- se presenta mayoritariamente divorciada y descontextualizada de los padecimientos y las problemáticas que se presentan en el subsector público y de las necesidades de la población a la cual brindar cuidado. Los procesos de salud-enfermedad-cuidado parecen no percibirse aún desde una perspectiva de la “complejidad”, donde el eje predominante sea el interdisciplinario e intersectorial traspasando los límites del abordaje del saber propio, y dejando de lado el sesgo meramente individual y asistencial. Este proceso supone superar la mirada dicotómica (salud/enfermedad; efector/paciente; enfermedad/curación; asistencia /prevención).

La persistencia del sesgo individual empaña además el despliegue de una perspectiva integral, necesaria para que las respuestas a los problemas psicosociales no se centren exclusivamente en el campo individual y en lo patológico. En esa persistencia se excluye el análisis de los factores ligados al contexto y las causas sociales necesarias a considerar para la producción de respuestas adecuadas que el sistema de salud debe brindar. Dicho cuadro de situación también pudo verificarse –en el subsector público- en algunos grupos profesionales que trabajaban con niños/as con patología grave y en situaciones de vulnerabilidad psicosocial (Luciani Conde y Barcala, 2008).

Dentro de la residencia pudo comprobarse que los que inician su formación se identifican con alguna línea teórica, especialmente la psicoanalítica, ya desde el comienzo mismo de la capacitación. La prevalencia de la idea de “formación” asociada a la representación del rol profesional tanto en médicos como en psicólogos, hace concebir la residencia como un momento particular de constitución de la identidad profesional. En este punto, dicha configuración aparece de algún modo cerrada desde el inicio de la residencia, siendo ésta –sin embargo- una etapa privilegiada para la incorporación y conocimiento de herramientas, considerando el grupo etario en el que se ubican los residentes. En una investigación llevada a cabo con estudiantes universitarios de la carrera de psicología, Lodieu y Scaglia (2006) hallaron identidades adquiridas con cierta fijeza ya en la formación de grado.

Si bien médicos y psicólogos realizan actividades clínicas conjuntas, existe una persistencia de estereotipos de rol que conserva aspectos *clichés*; solo en esca-

sas respuestas había un conocimiento recíproco esclarecido y fundado en experiencias compartidas <sup>(7)</sup>. En esos casos la incorporación –en esa etapa trascendental de la formación de psicólogos y médicos- del trabajo compartido puede dar bases concretas para un verdadero trabajo con otros.

Con excepción de experiencias, dispositivos y programas ligados al primer nivel de atención que trabajen con premisas de prácticas integrales y territorializadas y en confluencia con los avances legislativos que han venido registrándose, la organización actual del sistema de salud aún continúa centrando su actividad en el segundo nivel de atención y en la actividad asistencial. Ésta ocupa un porcentaje notoriamente superior respecto de la promoción, prevención y la rehabilitación. En el periodo explorado, dicho fenómeno se refleja también en las actividades llevadas a cabo en las residencias y en la formación universitaria. En ese punto los residentes son una expresión del funcionamiento sanitario más general. A ello hay que sumar también la fuerza de las identificaciones y adscripciones a profesionales psicólogos y médicos *seniors* que se desempeñan en el subsector privado bajo el ejercicio liberal de la profesión, constituyendo modelos a alcanzar.

Desde distintos planos se reproduce entonces un campo profesional y una práctica que se asienta en huellas propias de lo instituido y que tienden a filtrar lo innovador o las transformaciones y los procesos de cambio que siguen una lógica diferencial y exigen una interrogación crítica. La emergencia de lo nuevo (por ejemplo, nuevas legislaciones) o de aquello que interpela los saberes previamente adquiridos (contextos y problemáticas psicosociales que resulten acuciantes) puede disparar o bien respuestas invisibilizantes o desconocedoras de lo perturbador y tender a reproducir saberes que no entren en conflicto con lo ya conocido. Esas respuestas pueden poner en primer plano las preferencias e intereses individuales por encima de las problemáticas y necesidades prevalentes en el ámbito público al cual se le debe dar una respuesta más adecuada a su sufrimiento.

Para ello considero útil tomar la metáfora del “pentimento” nacido dentro del arte, tal como lo toma Amarasingham Rhodes (1995) desde la etnopsiquiatría para analizar los fenómenos que han tenido lugar en las prácticas médicas. Este concepto ha sido usado para describir el arte de los pintores del renacimiento europeo quienes volvían a pintar sobre los mismos lienzos una y otra vez. Por este fenómeno de capa sobre capa podían vislumbrarse trazos de pinturas, colores y ambientes, elementos anteriores diferentes y descollantes dentro de las nuevas escenas pintadas. Esos elementos podían no tener entidad en la nueva obra, sino solo como rastros a reconstruir, pero constituyen verdaderas capas inferiores que salen a la luz, de modos imprevistos.

Con respecto a las prácticas en salud de los residentes, aún cuando las escenas son otras, y la realidad es diferente o más compleja, las respuestas a veces continúan siendo las mismas, aunque cambien los dispositivos por los que se rote o las problemáticas a las que se deba responder. En ese sentido, las reformas legales que atañen a salud mental (ley 26.657/2010) constituyen un avance sobre el cual, por un lado se debe seguir profundizando y perfeccionando y por otro, un punto a ser incluido en las nuevas escenas. Para ello correspondería que formase parte del contexto de enseñanza y de transmisión tanto en la universidad como en la especialización.

La búsqueda de lo que se reproduce y de esos trazos anteriores –en la transmisión y en la formación en salud/salud mental- debería ser el puntapié para trabajar los diferentes grados de tensión entre los modelos de rol y las trayectorias profesionales imaginadas, las contradicciones existentes, la adecuación y las creencias a las nuevas realidades. Pensar y ajustar el propio rol desde una perspectiva integral incluyéndose y reconociéndose primero como un componente activo y luego como un saber más entre otros brinda la posibilidad de construir una respuesta que contribuya notablemente a transformar la propia práctica.

Los profesionales noveles son potencialmente agentes de cambio si pueden trabajar y reflexionar sobre sus prácticas profesionales, para lo cual sería conveniente que pudiesen recibir en su transmisión de conocimientos y prácticas las herramientas para poder indagar sobre las huellas que los anteceden. En esa misma trayectoria con dirección a lo actual incluir también los avatares y los procesos de reforma jurídica, el ámbito socio histórico específico en el que se encuentran y en una instancia de asimilación de lo nuevo asumir que los escenarios de desempeño de rol son dinámicos y conflictivos. Esta asunción requiere de conocimientos, aprendizajes y de cambios de paradigmas que quienes están a cargo de su formación no pueden dejar de proveerles. El presente lejos de ser una amenaza es un desafío a aprender y transformar.

## Notas finales

1. El presente artículo forma parte de los resultados expuestos en la Tesis de Doctorado de la autora: "Residentes en psicología clínica y en psiquiatría. Representaciones acerca de sus campos profesionales y producción inferencial clínica en su formación como psicoterapeutas". (Facultad de Psicología, UBA; 2007). Dicha tesis fue dirigida por la Prof. Dra. Adela Leibovich de Duarte. La investigación contó con una beca de Doctorado otorgada por la Universidad de Buenos Aires.
2. Contrato de 40hs semanales más guardias.

3. Denomino 'hospital especializado' a aquellos hospitales que se especializan o bien en niños o en emergencias psiquiátricas o en hospitales monovalentes.
4. Compartiendo espacios clínicos (pases de guardia, ateneos, supervisiones) y teóricos (cursos de capacitación) y solo 1 residente realizaba su residencia en forma separada.
5. Los residentes de 1er. año fueron entrevistados durante el primer mes de ingreso a la residencia.
6. Cabe destacar que los residentes referían intervenir decidiendo el armado de las temáticas y elección de docentes en los programas de residencia.
7. Dato aportado por el alto número de tratamientos conjuntos llevados a cabo entre psicólogos y médicos explorado por la presente investigación.

## Referencias bibliográficas

- Agrest, M. (1994). Los residentes de salud mental en 1994. Características poblacionales y sus opiniones sobre la formación. En *Rev. Acta Psiquiat y psicol.* Am. Lat, 41 (3) 219-229.
- Agrest, M.; Arín, C.; Greco, C.; Nemirovsky, M.; Vainer, A (1998). Perfil profesional de los ex residentes de salud mental. En *Rev. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, Vol. VIII N°30. 278-288.
- Agrest, M. y Nemirovsky M. (1998). Los residentes de Salud Mental. En *Rev. Clepios*, 1998, Vol IV N° 1, 15-18.
- Amarasingham Rhodes, Lorna (1995). *Empty beds. The work of an emergency psychiatric Unit*, EEUU: University of California Press.
- Barcala, A.; Torricelli, F.; Alvarez Zunino, P.; Bianchi, V.; Ynoub, R. (2003). Niños con trastornos psicopatológicos graves. Representaciones sociales de los profesionales de la salud mental que trabajan en los Servicios de Salud pertenecientes al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En *Primeras Jornadas sobre Representaciones Sociales. Investigación y Prácticas*. Universidad de Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (1995). *Las reglas del arte: Génesis y estructura del campo literario*. Barcelona: Anagrama, 384p.
- Bourgeois, M. & Rechoulet, D. (1994). Los primeros minutos: Primer contacto y rapidez diagnóstica en psiquiatría. En Pichot, P. y Rein, W. (1995) *El Abordaje Clínico en Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Pólemos, 1° edición (37-50).
- Canestri, J. European Psychoanalytical Federation (2002, consultada 12/12/2002). Mapping implicit (private) theories in clinical practice: The grid. E.P.F. Bulletin Articles. Disponible en <http://www.epf-eu.org/>

- Castro Solano, A. (2004). Las Competencias Profesionales del Psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales. En Revista *Interdisciplinaria*, 21, 2, 117-152.
- Courel, R. & Talak, A. M. (2001). La formación académica y profesional del psicólogo en Argentina. En Toro, J.P. y Villegas, J. R. (Edit.) *Los problemas centrales para la formación académica y el entrenamiento profesional del psicólogo en las Américas*. Argentina: JVE Ediciones.
- Díaz Arana, F. (2006). Los trabajadores de la Salud Mental de los Centros de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y la Nueva Ley 448. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales y Salud. Flacso/Cedes.
- Faraone, S.; Geller, Y.; Mendez, M. J.; Rosendo, E.; Torricelli, F.; Valero, A. (2011). Accesibilidad y derechos humanos en salud mental. Análisis de los procesos de atención en efectores generales de salud desde una perspectiva alternativa y sustitutiva de los modelos asilares: el caso de las provincias de Santa Fe y Tierra del Fuego. *Salud Investiga / MNSAL*.
- Ferro, R. O. (2009). Formación de recursos humanos en salud mental en la comunidad. En: *Salud Mental en la Comunidad*. Segunda edición. Rodríguez, Malvarez, González y Levav. (Edits). Washington: OPS.
- Garb, H. (1989). Clinical judgment, clinical training, and professional experience. En *Psychological Bulletin*, 105, 3, 387-396.
- García, L. (2009). La disciplina que no es: los déficit en la formación del psicólogo argentino. En Revista *Pciencia*, Volumen 1, Número 2, Octubre.
- Gauron, E. F.; Dickinson, J.K. (1969). The influence of seeing the patient first on diagnostic decision making in psychiatry. *Am. J. Psychiatry*, 126, 199-205.
- Grimberg, M. (1993). Construcción social y hegemonía: representaciones médicas sobre SIDA. Un abordaje antropológico. *Programa de antropología y salud*. Buenos Aires: I.C.A. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Jacinto, C. (2010). *La construcción social de las trayectorias laborales de jóvenes: políticas, instituciones, dispositivos y subjetividades*. Buenos Aires: Teseo-Ides.
- Jiménez, J. (1995). El psicoanálisis en la construcción de una psicoterapia como tecnología apropiada. En Defey, D.; Elizadlde, J.H.; Rivera, J. (comp.) (1995). *Psicoterapia Focal. Intervenciones Psicoanalíticas de Objetivos y Tiempos Definidos*, Uruguay: Roca Viva Editorial, 19-43.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici, S. (1985). *Psicología Social*. Buenos Aires: Paidós. Tomo II. Cap 13. (469-494).
- Jodelet, D. (1989). Représentations Sociales: un domaine en expansion. En Jodelet, D. (ed). *Les représentations sociales*. Paris: PUF.
- Jodelet, D. (2003). Seminario de Memoria. Centro Franco Argentino. Universidad de Buenos Aires.
- Kingsbury, S. (1987). Cognitive differences between Clinical Psychologist and Psychiatrists. *J. American Psychologist Association*. Vol 42 (2):152-157.
- Leibovich de Duarte, A. (1994). Inferencia clínica y Psicoterapia. Presentado en el *III Foro sobre Investigación en Psicoterapia*. Buenos Aires, Facultad de Humanidades, Universidad de Belgrano, Aiglé, pág 2.
- Leibovich de Duarte, A. (1996a). Diferencias individuales en el proceso inferencial clínico. En *Anuario de Investigaciones*, 4, 249-261. Fac. de Psicología, UBA.
- Leibovich de Duarte, A. (1996b). Variaciones entre Psicoanalistas en el Proceso Inferencial Clínico. En *Revista del Instituto de Investigaciones*. Facultad de Psicología, UBA. 1 (1) 27-38.
- Leibovich de Duarte, A. (1998). Listado de Autores. Proyecto UBACyT P049.
- Leibovich de Duarte, A. (2000). Más allá de la información dada: Cómo construimos nuestras hipótesis clínicas. *Rev. de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis*. N° 3, 97-114.
- Lodieu, M.T.; Scaglia, H. (2006). La identidad profesional del psicólogo. En *Diagnosis*. Publicación Científica de Fundación Prosam. N°3, 55-62.
- Luciani Conde, L.; Barcala, A. (Org.) (2008). *Derechos en la niñez. Políticas públicas y efectivización del derecho a la salud en el contexto de la protección integral*. Buenos Aires: Editorial Teseo.
- Manzi, J. (1995). Percepción de Roles profesionales de la Salud Mental en Chile. En Jiménez, J. P.; Buguñá, C.; Belmar, A. (comp) (1995). *Investigación en Psicoterapia Procesos y Resultados*. 1993-1994. Chile: SPR Corporación Universitaria, 71-87.
- Moscovici, S. (1998). En Castorina, J. (comp). (2002). *Representaciones Sociales. Problemas teóricos y conocimientos infantiles*. Barcelona: Gedisa.
- Organización Mundial de la Salud (2008). Resumen Analítico del Informe final: *Subsanar las desigualdades en una generación*. Disponible en [http://www.who.int/social\\_determinants](http://www.who.int/social_determinants).
- Pingitore, D. (2002). Comparison of psychiatrists and psychologists in clinical practice. En *Psychiatric Services*. Vol 53(8): 977-983.
- Programa Docente de las Residencias de Salud Mental- Psiquiatría-Psicología (2003). Dirección de Capacitación y Desarrollo, de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Sandifer, M.; Hordern A.; Green, L. M. (1970). The psychiatric Interview: the impact of the first three Minutes. *Am. J.Psychiat.*, 126, 968-973.
- Stolkiner A.; Comes, Y.; Parenti, M.; Solitario R.; Unamuno, P. (2003). Descentralización y equidad en salud: Estudio sobre la utilización de servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires por parte de usuarios pobres del conurbano bonaerense/ M.P.

Serie *Seminarios en Salud y política pública*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Seminario Junio. Buenos Aires.

- Tatossian, A. (1995). El problema del diagnóstico en la clínica psiquiátrica. En Pichot, P.& Rein, W. (1995). *El Abordaje Clínico en Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Polemos, 1º edición. Tomo 2.
  - Thoma, H. & Kachele, H. (1989). *Teoría y práctica del psicoanálisis*. Barcelona: Editorial Herder. Tomo II.
  - Yanco, D. (2009). La formación profesional en clínica en el sistema de salud dependiente del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA). Una problemática interinstitucional. Presentación en el Simposio de Prácticas Profesionales organizado por la Facultad de Psicología UBA en el Primer Congreso Internacional de Pedagogía Universitaria de la UBA.
  - World Health Organization (2008 accessed Dec 18). Bamako Call for Action on Research for Health. Strengthening research for health, development, and equity. Nov 17–19, 2008. <http://www.tropika.net/specials/bamako2008/call-foraction/BAMAKOCALLTOACTIONFinalNov24.doc>.
  - World Health Organization (2009). Bamako Global Ministerial Forum on Research Health. Who's role and responsibilities in health research. January, 6, 2009.
-



# Inclusión de la noción de sufrimiento psíquico para el abordaje de las problemáticas en Salud Mental de mujeres que viven con VIH/Sida<sup>(1)</sup>

María Julieta Obiols

Lic. en Psicología. UBA. Doctoranda en Salud Mental Comunitaria. UNLa.  
Becaria Posgrado Tipo I. CONICET

## Resumen

En los últimos años, la cronificación de la infección de VIH/Sida, posibilitada por los avances farmacológicos, permitió que se pusieran de relieve otros aspectos de la problemática, algunos de los cuales interpelan al campo de la salud mental. Este trabajo se propone comenzar a categorizar, desde la perspectiva de la salud mental comunitaria, algunas de las problemáticas que afectan a las mujeres que viven con VIH/Sida, que han sido madres recientemente y que se atienden en el sistema público de salud. Se utiliza el concepto de *sufrimiento psíquico* para pensar algunas de las situaciones conflictivas que introduce la infección en las re-

laciones con sus vínculos significativos. La inclusión de esta noción posibilita visibilizar que, desde una perspectiva clásica, tanto la psiquiatría como la epidemiología relegan este tipo de problemáticas porque no constituyen entidades psicopatológicas definidas. Permite también evidenciar, que la dimensión subjetiva se encuentra postergada en función de un abordaje fundamentalmente biomédico. En las conclusiones se enfatiza la necesidad de recuperar la dimensión subjetiva del malestar, evitando que los aspectos emocionales que acarrea esta enfermedad queden postergados. También se recalca la importancia de incluir acciones en salud mental como parte de la atención integral de las mujeres con VIH/Sida.

## Palabras claves

---

Sufrimiento Psíquico - Salud Mental - VIH/Sida - Mujeres

## Abstract

---

In the last years pharmacological advances made possible the HIV/AIDS infection to become chronic. This allowed emerging other aspects of the problem. Some of them are related with mental health field. This work aim is to categorize some of the problems that affect women living with HIV/AIDS from the perspective of community mental health. The concept of *psychic suffering* is used to think about some of the conflict situations that affect the relationships between the women and their families. The inclusion of this concept makes possible to highlight that, from a classical perspective, both psychiatry and epidemiology relegate this type of problems because they do not constitute psychopathological entities. It also shows that the subjective dimension is neglected from a biomedical approach. Conclusions emphasize the need to recover the subjective dimension of the illnesses and to avoid neglecting the emotional aspects. It also stresses the importance of including mental health actions as part of the integral care of women living with HIV/AIDS.

## Key words

---

Psychic suffering – Mental health – HIV/Aids - Women

## Introducción

---

En las últimas décadas el desarrollo de las medicaciones antirretrovirales y la mayor accesibilidad a las mismas, han producido importantes cambios en las condiciones de vida de las personas que viven con VIH/Sida. La cronificación de la infección, posibilitada por los avances farmacológicos, permitió que se pusieran de relieve otros aspectos de la problemática, relegados en un principio, entre ellos, los que interpelan al campo de la salud mental.

En este marco, este trabajo se propone comenzar a categorizar, desde la perspectiva de la salud mental comunitaria, algunas de las problemáticas que afectan a las mujeres que viven con VIH/Sida que han sido madres recientemente y que se atienden en el sistema público de salud. Con este fin se utiliza el concepto de *sufrimiento psíquico* (Augsburger, 2004) para pensar algunas de las situaciones conflictivas que introduce la infección en las relaciones de las mujeres con sus vínculos significativos. Permite justificar la inclusión de estas problemáticas dentro del ámbito de incumben-

cia del campo de la salud mental (Stolkiner, 1988; Galende, 1997) el hecho de que las mismas constituyen causas de padecimiento y deterioran los vínculos interpersonales de las mujeres.

La inclusión de este concepto posibilita por una parte visibilizar que, desde una perspectiva clásica, tanto la psiquiatría como la epidemiología promueven el relegamiento de este tipo de situaciones problema porque no constituyen entidades psicopatológicas definidas. Por otro lado, permite poner en evidencia también, que la dimensión subjetiva de la infección por VIH/Sida se encuentra postergada en función de un abordaje fundamentalmente biomédico. Esto tiene como consecuencia que la atención en salud mental, si bien está garantizada en nuestro país (Ley 23.798/1990) para todas las personas afectadas por esta enfermedad, no se encuentra suficientemente extendida en el sistema público de salud para las mujeres que viven con VIH/Sida.

Las problemáticas que conllevan sufrimiento psíquico pueden, cuando no son atendidas, constituir no solo un problema en sí mismas sino también dificultar la continuidad de los cuidados, tratamientos médicos y farmacológicos propios y, en el caso de las mujeres en edad fértil, de los cuidados y tratamientos preventivos de la Trasmisión Vertical en todas sus etapas, embarazo, parto y posparto (Obiols, Schajovisch, Di Corrado, 2009). En este sentido es que resulta fundamental la inclusión de acciones en salud mental como parte de la atención integral de las mismas (Burzteyn, 2010).

## Aspectos metodológicos

---

El Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida (Ex CNRS) es un centro de investigación en ciencias básicas especializado en el diagnóstico y monitoreo de la infección por VIH/Sida. En 2005 se instauró, en el mismo, un dispositivo de asesoría dirigido a mujeres con VIH/Sida que han sido madres recientemente, que concurren los días de atención pediátrica, para realizar testeo diagnóstico a sus bebés por Trasmisión Vertical <sup>(2)</sup>. El objetivo inicial de la implementación del dispositivo consistió en indagar los motivos que llevaban a la interrupción del proceso diagnóstico de los bebés <sup>(3)</sup>. En el marco de este dispositivo en el que se brinda información a las mujeres sobre el proceso diagnóstico con el fin de intentar evitar la interrupción del tratamiento, se realizaron encuestas y entrevistas semidirigidas con las mujeres.

Este artículo se enmarca en la investigación que está llevando a cabo la autora como Tesis Doctoral. Se trata de un estudio de tipo exploratorio descriptivo (D'Ancona, 1998) ya que lo que se busca es comprender una temática poco explorada hasta el momento. Se trabaja con una estrategia de tipo cualitativa en

cuanto a posición epistemológica, que combina técnicas de producción y de análisis de datos cuantitativas y cualitativas (Breilh, 1994).

El análisis de los datos sociodemográficos relevados en 150 encuestas permitió realizar una primera descripción de la población de mujeres que concurre al Instituto a realizar testeo diagnóstico a sus bebés. Se trata de mujeres en edad reproductiva, con una media de edad de 29 años. El nivel educativo medio oscila entre primario completo y secundario completo. El 79% se define como ama de casa. Tienen entre 1 y 8 hijos. El 73, 33% tiene entre 1 y 3 hijos, siendo la moda 2 hijos (30%) y habiendo en la muestra 31 madres primerizas (20,6 %). Del total, 133 mujeres afirman estar en pareja con el padre del bebé que traen a testear, 14 estar separadas y 3 ser viudas. El 83% vive en el conurbano bonaerense, otro 12% en CABA y el 5% restante en otros partidos de la Provincia de Buenos Aires. Del total, 143 se atienden en hospitales públicos, 6 en el subsector de obras sociales y una en el subsector privado. El 39% que se atiende en el subsector estatal lo hace en hospitales de CABA, 55% en hospitales de Conurbano Bonaerense y el 6% restante en hospitales de otras zonas de la Provincia de Buenos Aires (Obiols, 2011).

Las entrevistas semidirigidas permitieron, además de recabar información sobre el recorrido al interior del sistema de salud, comenzar a identificar, en el relato de las mujeres, distintos tipos de problemáticas relacionadas con la infección que conllevan sufrimiento psíquico para ellas. Se trata de situaciones que afectan sus vidas cotidianas y, en particular, las relaciones con sus vínculos significativos. Los fragmentos discursivos, extraídos a partir del análisis cualitativo de las entrevistas, permitieron comenzar a delimitar y establecer las primeras categorías que permiten el análisis de estas problemáticas.

## Breve historia y situación actual de la epidemia de VIH/Sida en la Argentina

Desde 1982, año en que se notificó el primer caso de SIDA en la Argentina, el perfil de la epidemia de VIH/Sida ha ido cambiando notoriamente. Uno de los factores principales de este cambio fue la aparición y el rápido desarrollo de la terapia antirretroviral desde mediados de la década de 1990, así como también las mejoras en las posibilidades de acceso a la misma. En consecuencia, durante los últimos quince años se han producido un marcado descenso y una estabilización de la tasa de casos de Sida (4,4 por cada 100 mil habitantes en el año 2008) y de mortalidad por Sida (35,3 por millón de habitantes en el año 2008) (Boletín Ministerio de Salud de la Nación, 2010). Simultá-

neamente, resulta posible constatar en la última década un proceso de feminización (relación H/M 1,7/1 en la actualidad) y de pauperización de la epidemia (Boletín Ministerio de Salud de la Nación, 2009).

A partir de estudios de prevalencia es posible estimar que actualmente viven en la Argentina alrededor de 130 mil personas con VIH, la mitad de las cuales desconoce su estado serológico. El 69% de las personas que sí conocen su diagnóstico positivo se atiende en el sistema público de salud. La epidemia afecta principalmente a los grandes conglomerados urbanos, alcanzando el 70%, de los nuevos diagnósticos en el período 2007-2009, se verifica que un 40% del total corresponden a CABA y Conurbano Bonaerense. (Boletín Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

En relación a la infección de VIH/Sida resulta posible obtener a través de los boletines del Ministerio de Salud de la Nación y otras fuentes, datos epidemiológicos que permiten dar cuenta de la evolución y la situación actual de la epidemia. La posibilidad de establecer parámetros epidemiológicos clásicos se ve facilitada por el hecho de que la infección por VIH/Sida se construye, básicamente, como una problemática del ámbito biomédico. Esto permite definir como objeto de estudio a la infección, en tanto enfermedad, como un hecho objetivable (identificable mediante estudios de laboratorio y eventualmente por sintomatología). El hecho de que desde el año 2001 se hayan comenzado a notificar los casos de VIH (portadores sanos del virus) diferenciándolos de los de los casos de Sida da cuenta que esta posibilidad de establecer claramente la enfermedad es relativa aún en este ámbito. Este parámetro, sin embargo, conlleva una dificultad mucho mayor cuando se trata de problemáticas del campo de la salud mental.

## El sufrimiento psíquico y el malestar en los vínculos

A partir de un primer análisis de los relatos de las mujeres es posible establecer las primeras categorías que refieren a las problemáticas que introduce la infección, en particular, en la relación con sus vínculos significativos. Entre las relaciones que se ven afectadas aparecen, primeramente el vínculo con ellas mismas, la relación con el embarazo y con el bebé, con sus parejas, con sus hijos e hijas más grandes y por último, la relación con sus familias de origen. En definitiva esta enfermedad introduce situaciones conflictivas en los vínculos principales de las mujeres, lo cual puede además de ser causa de malestar, conducir al aislamiento relacional de las mismas. Un aspecto a indagar es que pocas de ellas mencionan espontáneamente tener amistades y algunas lo niegan directamente cuando se les pregunta por su entorno. Además, como la

mayoría (79%) se define, temporal o permanente como ama de casa, los vínculos familiares constituyen sus únicos vínculos en la mayoría de los casos.

El diagnóstico de la infección introduce situaciones conflictivas que delimitan primeramente, la categoría de problemáticas en la relación con ellas mismas. Una entrevistada relata el momento posterior a recibir el diagnóstico y da cuenta del impacto subjetivo que le produjo la noticia: *"...y salí de ahí, cuando llegué era mirarme al espejo, me pasó hasta hace poco, mirarme al espejo y sentir... asco por la persona que estaba mirando."* (E155 22 años Estudiante Universitaria). El impacto subjetivo, además, se encuentra fuertemente atravesado por el estigma asociado a la infección. El anoticiamiento promueve malestar en tanto conjuga lo inesperado de la noticia y los miedos que ésta despierta. Otras entrevistadas cuentan cómo se sintieron: *"Me quería morir. No lo podía creer"* (E 14B 21 años Ama de casa Secundario incompleto). *"Fue como un balde de agua fría, me preguntaba ¿por qué a mí?"* (E 25B 37 años Ama de casa Secundario Incompleto). Otra mujer da cuenta de los temores que la noticia despertó: *"Me asusté, pensaba que me quedaban pocos días"* (E 12B 21 años Desempleada Secundario completo). La enfermedad introduce distintos tipos de temores y ansiedades asociados a cambios en la percepción de ellas mismas: las consecuencias de la infección en el cuerpo, las expectativas en relación a su propio futuro y los posibles cambios en el vínculo entre ellas y los otros.

La situación de la maternidad reciente constituye una característica común a la población de mujeres entrevistadas. El embarazo con la infección promueve miedos y ansiedades particulares que dificultan la relación con el embarazo y el vínculo con el bebé. Estas situaciones conflictivas constituyen otra de las categorías establecidas. Una entrevistada cuenta: *"...el embarazo fue hermoso, fue lindo, trate de estar bien los momentos que podía, pero fue muy triste también, cuando no te los esperas [el diagnóstico] es muy triste."* (E.151 33 años Secundario incompleto). Otra entrevistada relata *"Para mí fue un golpe grande estar embarazada sabiendo que yo tenía la enfermedad ésa... (...) Fue complicado y feo porque pensás cualquier cosa, se te mete en la cabeza cualquier cosa, no sabés si tu bebé va a nacer, si no va a nacer."* (E.154 41 años Vendedora Primario completo). La infección promueve temores específicos en relación al embarazo y refuerza la ambivalencia que de por sí conlleva la experiencia de la maternidad para las mujeres.

Otra categoría que es posible delimitar en los relatos es la de situaciones conflictivas que introduce esta enfermedad en la relación de pareja. Una entrevistada relata el momento posterior a su anoticiamiento *"...no lo podía creer, porque yo tengo una pareja estable, hace catorce años que estoy casada con él, no lo podía creer. Hizo que se movieran un montón de cosas en nues-*

*tra pareja..."* (E. 151 31 años. Ama de casa. Secundario completo). También despierta preguntas acerca de la transmisión al interior de la pareja que ponen en duda la confianza y pueden dificultar el vínculo. Otra problemática que aparece en relación a los varones es que el 25% de las mujeres afirma que su pareja desconoce su propio estado serológico por no haberse nunca realizado el test diagnóstico. Esta situación, además de poner en riesgo la salud de ellos, es causa frecuente de preocupación para las mujeres y muchas veces es vivida con culpa y con sensación de impotencia. Una entrevistada dice *"todavía no logré que se lo haga [el teste]"* (E. 4 27 años. Ama de casa. Primario completo). Otra mujer cuenta: *"No sé cómo convencerlo. Hablamos del tema, vamos a ver..."* (E. 105 28 años. Ama de casa. Primario completo).

Otra categoría delimitada es la que abarca las situaciones conflictivas que introduce esta enfermedad en la relación de las mujeres con sus hijos e hijas más grandes. Una entrevistada que se anotició de su infección hace 7 años, cuenta: *"Mi nena de 12 no sabe nada de mí [acerca de la infección]. No sé cómo contarle, no quiero contarle porque siento que es muy chica para todo eso. Ella a la noche viene a mi pieza llorando y me dice que tiene miedo que yo me muera. Yo trato de esconder los remedios, que no me vea tomarlos. A lo mejor debería hablar con ella. Pero no sé cómo decirle."* (E. 129 31 años. Ama de casa. Primario completo). Estas situaciones pueden causar malestar tanto a las mujeres como a sus hijos y a la vez dificultan las condiciones para que ellas mantengan los tratamientos ya que se ven obligadas a ocultar los medicamentos, su ingesta y las visitas periódicas al médico.

Una última categoría que es posible establecer, en relación a los vínculos significativos, remite al malestar que introduce la infección en la relación con sus familias de origen. Una entrevistada que se separó de su pareja durante el embarazo después de enterarse de su diagnóstico y vive con sus padres relata: *"Sólo hablé con mi prima, si mi familia se entera me echan de mi casa. Siento que mi vida se terminó"* (E. 103 22 años. Ama de casa. Primario completo). Este malestar resulta mucho mayor cuando la familia de origen constituye el principal núcleo de sostén y apoyo de la mujer. Algunas mujeres, cuando -después de mucho tiempo- han podido hablar de su infección con sus familias perciben que fue más difícil el proceso de tomar la decisión que llevarla a la práctica finalmente. Otra entrevistada cuenta: *"Tardé 8 años en contarle a mi familia, tenía miedo, no me animaba, pensaba que no me iban a entender. Ahora me ayudan mucho"* (E. 121 35 años. Ama de casa. Primario Incompleto). En este sentido, muchas veces, lo que genera malestar es la imposibilidad de sobrellevar los miedos que provoca enfrentarse con los componentes de estigmatización que dificultan la relación con los otros.

## Articulaciones entre Salud Mental y VIH/Sida

---

Los estudios e investigaciones que vinculan la infección por VIH/Sida y la salud mental llevados a cabo hasta el momento se orientan mayoritariamente a establecer la relación entre la infección y la presencia de trastornos psicopatológicos definidos, en particular depresión mayor y trastorno de ansiedad, como consecuencia de la situación de la infección y trastornos mentales graves, en particular psicosis, y abuso de sustancias como factores de riesgo para contraer la misma. La Organización Mundial de la Salud en su informe de 2008 sobre VIH y Salud Mental determina la importancia de indagar en mayor profundidad la relación entre ambas temáticas (OMS, 2008) en ambos sentidos. Se encuentra, en cambio mucho menos extendido el estudio de las necesidades de salud mental de las personas que viven con VIH que no se basan en entidades psicopatológicas específicas.

Esta situación se repite en la mayoría de los estudios e investigaciones del ámbito de la salud mental, que tienen como objeto los trastornos mentales que responden a categorías diagnósticas definidas. Desde una vertiente clásica, tanto la psiquiatría como la epidemiología, delimitan como objeto de estudio a las enfermedades mentales, establecidas clínicamente a partir de la presencia objetiva, a los ojos de la mirada experta, de signos y síntomas concretos. A su vez la epidemiología, se basa en estas categorías para establecer indicadores poblacionales. De esta manera, y privilegiando la posibilidad de establecer comparaciones temporales y espaciales, la epidemiología, desde una perspectiva clásica, desubjetiviza el malestar y lo reduce a categorías universales que limitan las posibilidades de recabar información más completa acerca de las poblaciones. En especial en función de las características particulares y socio-históricamente contextualizadas de las mismas.

El enfoque clásico conlleva entonces dificultades para reconocer y visibilizar situaciones de padecimiento que no coinciden con entidades psicopatológicas concretas (Augsburger, 2004). Esto último tiene importantes consecuencias tanto a nivel epidemiológico como clínico. En los países en vías de desarrollo y justificándose en la escasez de recursos disponibles, esto promueve también que las políticas y acciones en salud mental suelen estar dirigidas fundamentalmente al abordaje de los trastornos mentales graves (Kohn y otros, 2005), particularmente en el ámbito de atención estatal, en el cual se atienden mayoritariamente los sectores poblacionales más desfavorecidos. En consecuencia, se relegan las situaciones de padecimiento que acompañan la presencia de enfermedades “orgánicas” las que requieren ser escuchadas y no

encuentran espacios suficientes para ser atendidas en los servicios de salud. Las problemáticas que relatan las mujeres que viven con VIH no encuentran espacios para ser alojadas en los lugares donde se atienden, porque pocas veces son visibilizadas como tales. Solo en caso de que estas situaciones conflictivas se agraven hasta manifestarse en forma de síntomas de enfermedades con diagnóstico definido (la mayoría de las veces Depresión o Trastornos de Ansiedad), serán atendidas y consideradas en los dispositivos disponibles.

## Inclusión del concepto de sufrimiento psíquico y reincorporación de la dimensión subjetiva

---

La salud mental desde una perspectiva comunitaria ha sido definida como un campo de prácticas sociales heterogéneas (Stolkiner, 1988). Se entiende a la salud mental, en la articulación entre lo social y lo singular, como “*un campo de fenómenos cuyas tensiones y conflictos tienen siempre como lugar de expresión a los individuos, sus subjetividades singulares, sus modos de vida real*” (Galende; 1997: 17). Esta perspectiva permite reconocer que en este campo “*se presentan múltiples expresiones que indicando sufrimiento o malestar no pueden encuadrarse en la categoría de enfermedad*” (Augsburger, 2004: 78). Se trata de situaciones de padecimiento subjetivo que deben ser comprendidas en sus múltiples dimensiones y desde el reconocimiento de los sujetos (Stolkiner, 2003). La noción de sufrimiento psíquico posibilita la inclusión de estas situaciones en campo de la salud mental, promoviendo la incorporación de las prácticas de salud mental en las acciones de salud en general.

Si bien las problemáticas que relatan las mujeres no pueden, ni deben ser asociadas a cuadros psicopatológicos, las mismas conllevan padecimiento para las mujeres, promueven el aislamiento relacional de las mismas y pueden interferir en la continuidad de sus propios cuidados. La tendencia de la infección por VIH/Sida a constituirse en enfermedad crónica con los tratamientos médicos y farmacológicos disponibles, requiere que la persona participe activamente en la continuidad de su propio cuidado y tratamiento, poniéndose de relieve la importancia de considerar la dimensión subjetiva en el abordaje de la misma. La inclusión de la noción de sufrimiento psíquico permite visibilizar las “*situaciones problema*” que relatan las mujeres durante las entrevistas sin recaer en la psicopatologización y, en consecuencia, en la posible medicalización de las mismas.

Al comprender el malestar como socio-históricamente contextualizado e inscripto en una trama biográfica, la implementación de acciones en salud mental

en relación a estos problemas supone una perspectiva positiva de la salud mental que no se limita a la enfermedad como objeto, sino que busca mejorar las condiciones de vida de las personas. Se trata en consecuencia, de promover la inclusión de acciones desde una perspectiva de prevención y promoción (Carta de Ottawa, 1986) de la salud mental que permitan a las mujeres reubicar las problemáticas que promueven padecimiento, para mejorar sus vidas cotidianas y sostener adecuadamente su propio cuidado y el de sus personas significativas.

## Consideraciones finales

La inclusión del concepto de sufrimiento psíquico visibiliza las situaciones conflictivas que relatan las mujeres que viven con VIH/Sida y permite justificar su inclusión dentro del campo de incumbencia de la salud mental. Esto posibilita a su vez recuperar la dimensión subjetiva del padecimiento permitiendo que sea la mujer quien de cuenta de su propio malestar y de sus necesidades en relación al mismo.

La incorporación de esta noción, permite por un lado, no recaer en la psicopatologización y eventual medicalización del malestar que conllevan estos conflictos. Por otro lado, pone de relieve la importancia de evitar que los aspectos emocionales de la infección queden relegados a un segundo plano de importancia en relación a los aspectos biomédicos. También evidencia la necesidad de implementar acciones específicas para contrarrestar las consecuencias negativas que estas situaciones tienen en la vida cotidiana de las mujeres, en la relación con sus vínculos significativos y en la posibilidad de continuar sus cuidados y tratamientos.

Las acciones en salud mental como parte de la atención integral de las mujeres que viven con VIH/Sida debería orientarse a posibilitar que las mismas puedan reubicar las problemáticas que afectan sus vínculos y a resignificar el lugar de la infección en sus vidas. Tratándose de situaciones de sufrimiento psíquico en el marco de enfermedades crónicas resulta fundamental que las acciones en salud mental se encuentren articuladas en los servicios públicos donde se atienden las mujeres. Esta inclusión se basa en una perspectiva de atención integral o de clínica ampliada, según la define De Sousa Campos (2006), la cual supone una reincorporación de la dimensión subjetiva en el abordaje de las problemáticas en salud.

## Notas finales

1. Este trabajo se enmarca en la investigación que constituye la Tesis Doctoral de la autora en el Doctorado en Salud Mental Comunitaria, de la Universidad Nacional de Lanús. La misma se titula: "Mujeres viviendo con VIH/Sida y Salud Mental:

posibilidades y obstáculos de la inclusión de acciones en salud mental para el fortalecimiento de la atención integral en el sistema público de salud de población consultante del Centro Nacional de Referencia para el SIDA (CNRS)". Es dirigida por la Lic. Alicia Stolkiner y se inserta en el marco del Proyecto UBACyT 20020100100420 "Articulaciones entre salud mental y atención primaria de la salud desde una perspectiva de derechos - Argentina - 2004 y 2014". Programación 2011-2014. La Tesis es llevada a cabo en el marco de una Beca de Posgrado Tipo I de CONICET dirigida por la Lic. Stolkiner y Codirigida por el Dr. H. Salomón, Director del Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida (Ex CNRS).

2. Transmisión madre-bebé del VIH durante el embarazo, el parto o el puerperio a través de la lactancia.
3. El proceso diagnóstico de los bebés (PCR) supone al menos la realización de dos extracciones de sangre con un intervalo de dos meses para poder arribar al diagnóstico certero. Muchas de las mujeres llevaban a su bebé para realizar la primera extracción pero no regresaban para la segunda. El objetivo inicial de implementación del dispositivo de asesoría, al interior del mismo, consistió en indagar causas de interrupción del proceso diagnóstico de los bebés e intentar subsanar esta situación brindando asesoramiento y un espacio de contención a las mujeres (Obiols, Schajovitsch, Di Corrado, 2009).

## Referencias bibliográficas

- Augsburger, C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: Un desafío para la epidemiología. En *Psicología e Sociedade*. Vol. 16 N°2. 71-80. Porto Alegre.
- Breilh, J. (1994). *Nuevos Conceptos y Técnicas en Investigación*. Ecuador: CEAS.
- Bursztyn, I.; Kushnir, R.; Giovanella, L.; Stolkiner, A.; Sterman-Heimann, L.; Riveros, M. I. & Sollazzo, A. (2010). Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. En *Revista Salud Pública* Vol 12, Abril 2010. Bogotá.
- D'Ancona, M. (1998). Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social. En *Síntesis Sociológica*. Madrid.
- De Sousa Campos, G. (2006). *Gestión en Salud en defensa de la vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Paidós: Buenos Aires.
- Kohn, R.; Levav I.; Caldas de Almeida, J. M.; Vicente, B.; Andrade, L.; Caraveo-Anduaga, J. J.; Saxena, S.; Saraceno, B. (2005) Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para

- la salud pública. En *Rev. Panam Salud Pública*. 18 (4/5):229-40.
- Ley 23.798 (1990) de Lucha contra el SIDA y Decreto Obras Sociales y Prepagas. Ministerio de Salud de la Nación (2009). *Boletín N° 26 sobre VIH Sida en Argentina* Agosto 2009.
  - Ministerio de Salud de la Nación (2010) *Boletín N° 27 sobre VIH Sida en Argentina*. Noviembre 2010.
  - Obiols, J.; Schajovitch, J.; Di Corrado, P. (2009). Implementación de un dispositivo de entrevistas dentro de un centro de investigación básica en Sida. Algunos aportes para mejorar la prevención de la Trasmisión Vertical. En *Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. Facultad de Psicología. UBA. Bs As.
  - Obiols, J. (2011). Mujeres que viven con VIH y Salud Mental. Conformación de una pregunta posible. En *Memorias IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población* Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. CD.
  - OIT, OPS/OMS (2002). Ampliación de la protección social en material de Salud: la iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo. Documento presentado durante la 26a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54a Sesión del Comité Regional. Washington D. C., USA, 23-27 de sept. de 2002. <http://www.paho.org/english/gov/csp/csp26-12-e.pdf>
  - OMS (1986). *Conferencia internacional sobre Promoción de Salud. Carta de Ottawa para la promoción de salud*. Canadá 17-21, noviembre de 1986.
  - OMS (2008). *Informe sobre VIH y Salud Mental*. 124° Reunión Consejo ejecutivo. 20 de Noviembre.
  - Stolkiner, A. (1988). Prácticas en Salud Mental. En *Revista de Investigación y Educación en Enfermería* Vol.VI N°1. Medellín: Colombia.
  - Stolkiner, A. (2003). De la Epidemiología Psiquiátrica a la Investigación en el campo de la Salud Mental. En *Vertex – Revista Argentina de Psiquiatría*. N° 54. 314-319.
-



# DEBATES





# La Reforma al Código Civil Argentino Mirando y Mirada

## Por La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Nacional de Salud Mental

María Graciela Iglesias

Abogada especialista en Derecho de Familia. Juez de Tribunal de Familia n°1 de Mar del Plata. Docente de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Docente de la UNLa- Co-Directora de la Diplomatura de Salud Mental y Derechos Humanos de la UNMDP.

*“La libertad, Sancho, es uno de los más preciosos dones que a los hombres dieron los cielos; con ella no pueden igualarse los tesoros que encierran la tierra y el mar: por la libertad, así como por la honra, se puede y debe aventurar la vida.” Miguel de Cervantes Saavedra*

La Ley Nacional de Salud Mental <sup>(1)</sup>, impone nuevas prácticas, trae derecho ubicado en los tratados de derechos humanos y estándares internacionales de intervención en salud mental, que son ahora derecho vinculante (Iglesias, 2011: 161).

Refiere a la identidad, dignidad, no discriminación, capacidad, debido proceso, garantía y protagonismo de la persona, en cualquier intervención jurídico-socio-sanitaria que se pretenda sobre ella.

Se revaloriza la palabra de quien resulta ser único protagonista: la persona con padecimiento psíquico. Es destacable que conjuntamente con la revalorización de la persona como centro de imputación de derechos, paralelamente la ley fortalece, el debido proceso, con la intervención calificada de la figura del Defensor. Éste podrá ser designado por la persona con padecimiento mental, su abogado de confianza, pero en caso de no poder o no contar con uno, el Estado debe garantizar la defensa técnica. Así el Ministerio de la Defensa Pública, asume con la ley, este

rango privilegiado que es el ejercicio de la defensa. En este sentido la Defensoría Nacional ha asumido la responsabilidad, en la organización de la función de defender a otros/as.

***“Que es misión de este Ministerio Público proveer de asistencia técnica y facilitar el acceso a la justicia de las personas con mayor grado de vulnerabilidad”*** <sup>(2)</sup>.

La ley impone otro modo de entendimiento y otro modo de conocimiento respecto de la naturaleza humana. La Ley Nacional de Salud Mental implica un desplazamiento de un concepto biológico a un entendimiento holístico, pero esto es un proceso coherente con el propio articulado de la Ley 26.657, en su artículo 1°.

Puede concluirse que trae la relación entre el espíritu, la naturaleza y la razón como un grado superior de la naturaleza humana.

Recurriendo a la voz de los maestros se ha dicho que para lograr este conocimiento, se debe corregir el entendimiento para alcanzar un mejor modo de comprender las cosas, de suerte que se puedan dirigir las

ciencias a la tarea de llegar a la suma perfección humana...de este modo, lo que se debe comprender para alcanzar la suma felicidad es la “potencia” o “poder” de conocer del entendimiento. Esta idea vincula claramente al *Tratado de la reforma de entendimiento* (TIE) con la ética (que consiste a su vez en la libertad, entendida esta última como en la ética). De esta suerte se establece una característica fundamental del método de Spinoza que lo acompañara hasta la ética, a saber, que éste consiste principalmente en la comprensión de la potencia de nuestro conocimiento, todo ello con fines que cabría denominar como “terapéuticos” con las vistas a la remoción de nuestros prejuicios e ideas falsas (Spinoza, 2008).

La Ley Nacional de Salud Mental impone una responsabilidad que no es propia ni exclusiva de un sector, tampoco de un saber. Es mi consideración una responsabilidad colectiva tanto como una deuda pendiente que se trasluce en la palabra y la visibilización de la persona con padecimiento mental. La grandeza del procedimiento judicial consiste precisamente en que incluso una pieza de un engranaje puede recuperar su condición de persona “...dos condiciones deben darse para que haya responsabilidad colectiva: yo debo ser considerada responsable por algo que no he hecho, y la razón de mi responsabilidad ha de ser mi pertenencia a un grupo, un colectivo, que ningún acto voluntario mío puede disolver (...) esta responsabilidad vicaria por cosas que no hemos hecho, esta asunción de las consecuencias de actos de los que somos totalmente inocentes, es el precio que pagamos por el hecho de que no vivimos nuestra vida encerrados en nosotros mismos, sino en nuestros semejantes, y que la facultad de actuar, que es, al fin y al cabo, la facultad política por excelencia, solo puede actualizarse en una de las muchas y variadas formas de comunidad humana...” (Arendt, 2007: 155 y 159).

Y lo mismo parece ser verdad en mayor medida para el juicio moral, para el que la excusa.

La intervención de los nombrados se extenderá desde la internación involuntaria de la persona hasta su externación. Cuando la persona se encuentre bajo cualquier proceso de determinación del ejercicio de su capacidad jurídica (v. gr. arts. 141, 152 bis o 152 ter del Código Civil), la función establecida en el art. 22 de la Ley de Salud Mental recaerá en el Curador Público que corresponda. Con relación a las internaciones ya existentes, continuará interviniendo el Curador Público pertinente.

En tal sentido, la “Unidad de Letrados art. 22 Ley 26.657” ejercerá inicialmente la defensa técnica de personas mayores de edad internadas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En cuanto a las internaciones acaecidas en otras jurisdicciones, con competencia de la Justicia Nacional en lo Civil, interviendrá el Curador Público correspondiente. Ello, sin perjuicio de los planteos de incompetencia que dichos

funcionarios puedan articular para que el contralor judicial de la medida recaiga en el ámbito provincial, conforme la doctrina emanada de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, a partir del precedente “Tufano, R.A. s/ internación” (Fallos 328:4832) <sup>(3)</sup>.

Art. 3° (Ley 26.657): “...Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas...”.

Art. 152 ter (cód. civil, incorporado por Ley 26.657): “Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de tres años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible”.

La simple transcripción de estas dos disposiciones, las únicas referidas a la capacidad, permite advertir las proyecciones que la nueva ley posee sobre todo el sistema del Código Civil. Estas normas indican que las personas que padecen alguna enfermedad mental deben ser, en principio, consideradas como plenamente capaces, y que las restricciones a dicha capacidad deberán ser establecidas e interpretadas con criterio estricto. La ley provoca así una modificación sustancial del régimen de capacidad de las personas que padecen enfermedades mentales establecidas en el Código Civil. Aun cuando subsiste una cuestión terminológica, el régimen de incapacidad que regía a los dementes declarados en juicio antes de la reforma es sustituido por un nuevo sistema de protección definido por el principio de capacidad (Laferrière, J. N. & Muñiz, C., 2011).

## Jurisprudencia

### ► Qué es la jurisprudencia

“Hay un cuadro de Klee que se llama Ángel Novus. En él se representa a un ángel que parece como si estuviese a punto de alejarse de algo que le tiene pasmado. Sus ojos están desmesuradamente abiertos, la boca abierta y extendidas las alas. Y éste deberá ser el aspecto del ángel de la historia. Ha vuelto el rostro hacia el pasado. Donde a nosotros se nos manifiesta una cadena de datos, él ve una catástrofe única que amontona incansablemente ruina sobre ruina, arrojándolas a sus pies. Bien quisiera él detenerse, despertar a los muertos y recomponer lo despedazado. Pero desde el paraíso sopla un huracán que se ha enredado en sus alas y que es tan fuerte que el ángel ya no puede cerrarlas. Este huracán le empuja irrefrenablemente hacia el futuro, al cual da la espalda, mientras que los montones de ruinas crecen ante él hasta el cielo. Ese huracán es lo que nosotros llamamos progreso.” (Benjamín, 1973).

La jurisprudencia tomando a Benjamín, toma el pasado (antecedentes) para nutrir el futuro. Es una fuente formal de Derecho: “...es el conjunto de sentencias de

los jueces que ante cuestiones de características análogas dictan resoluciones similares, ocurre muchas veces que ante la variable gama de circunstancias que las relaciones humanas presentan, los jueces se encaran con asuntos y hechos no tratados antes, debiendo tomar caminos nuevos para hacer justicia y crear Jurisprudencia. Esa labor en la que se dicta una norma individual y concreta, va abriendo caminos acorde con la permanente evolución en la sociedades y, en la sanción de la norma, los legisladores, advierten y estudian categóricamente para formar principios y dar soluciones, los cuales han nacido de la vida misma que capta la tarea judicial” (Cifuentes, 1988).

En la Ley Nacional de Salud Mental se esta construyendo un camino jurisprudencial que considero no tiene retorno ni modificación, la prevalencia de la capacidad jurídica, la legalidad y control del debido proceso, las resoluciones que imponen la aplicación de la ley con fundamento en la autonomía y voluntad de cada persona, indica que se ha instalado un nuevo orden de derecho. La armonización de la ley con la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad en la garantía de la toma de decisión por parte de las personas con discapacidad, a través de su impulso propio, la jurisdicción se alza como Salvaguardias, del mismo derecho que se reconoce, esto va sellando la eficacia normativa, y otorga validez a la ley dictada oportunamente. Ripert y Boulanger dicen que el concepto de permanencia de las reglas modela la psicología del juez y le da el culto del precedente, amen de que ello facilita su trabajo. Marty y Raynaud dicen que la jurisprudencia crea Derecho:

“Cuando la ley es demasiado lata y los jueces precisan los conceptos en su aplicación (...) cuando complementan una ley insuficiente o rejuvenecen una ley antigua o envejecida cuando se resuelven casos no previstos por la ley, a lo cual no pueden negarse (...) pero en los hechos el juez debe elegir entre dos o más interpretaciones sugeridas por las partes o por la doctrina y en ello ya aparece un poder creador...en consecuencia la creación tiene tres aspectos: -el juez precisa y completa la ley, -el juez elimina las antinomias, cuando existen en la misma ley, -el juez adapta el derecho a la evolución de los hechos.” (Rivera, 2007). Creo que asumir los hechos representa el valor actual de la jurisprudencia frente a la realidad de la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental, teniendo en cuenta que ésta representa la fusión, de derechos humanos que en su aplicación forman parte del reparto que impone la adjudicación de vida al que tiende el derecho, siendo esto su esencia.

## ► La jurisprudencia como fuente del derecho (García Belsunce, 2007)

La Ley Nacional de Salud Mental, impacta en la labor de “hacer justicia”. El juez construye el decisorio en el abanico de derecho impuesto por la ley. Su activi-

dad debe resultar coherente con la propuesta legislativa, en la aplicación de la norma. Impone una cercanía con el caso y cada caso resulta diferente, puesto que la determinación de dejar a salvo los actos de capacidad del sujeto (art. 152 ser Ley 26.657) implica el reconocimiento de la diversidad y la subjetividad de cada sujeto, cuyo compromiso de derecho, coloca la decisión en la palabra del juez. “El juez estará obligado en la sentencia a optar, definir expresiones, precisar el campo de significación de otras...la formación de la decisión judicial se constituyen en un diálogo donde el juez escucha.....” (Del Carril, 2007).

Hay una enorme tarea interpretativa por delante; la ley de manera conciente o en forma indirecta ha decidido que ser poder judicial el que tenga la misión de responder estos y otros interrogantes que genera. La carga es pesada y compleja, pero los jueces son los últimos garantes de nuestros derechos fundamentales en una sociedad democrática; si el sistema judicial tiene deficiencias trataremos de corregirlas pero no suplantemos la labor de los magistrados por otros funcionarios, sobretodo en un tema tan sensible como la libertad y autodeterminación de las personas (Crovi, 2011: 4).

Por ello, cuando se intenta abordar la intención del legislador o el espíritu como nos han enseñado y enseñamos, nos encontramos que queda librado a la doctrina y decisiones judiciales para su interpretación (Sirkin, 2011), esta es una de las razones para otorgar una reforma acorde a los presupuestos del nuevo paradigma. Nuevamente la razón, la validez y la eficacia de las normas para construir legitimidad en la estructura social.

El juez entonces examinará si las condiciones de ingreso son o no ajustadas a la legalidad y, en su caso, podrá autorizar las restricciones que sean imprescindibles para la protección de la salud, la integridad física o vida de la persona internada. Sin embargo, es posible encontrar alguna excepción motivada por razones de urgencia que puedan hacer necesaria la inmediata adopción de la medida sin que sea posible esperar a la obtención de la autorización judicial previa. Ello así, por aplicación analógica del requisito de existencia de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros propio de la admisión de una internación involuntaria, debiéndose cursar comunicación al juez y al organismo de revisión, en los términos del art. 21<sup>(4)</sup>. Esto motiva que el anteproyecto como diremos luego contemple lo dispuesto en la normativa especial.

La ley cumple entonces con lo ordenado por el art. 12.4 de la CDPD para que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, en forma proporcional y adaptada a las circunstancias particulares de cada caso.

Otro aporte importantísimo de la nueva ley, es la obligación de revisar la sentencia de incapacidad o in-

habilitación cada tres años. La revisión periódica de la sentencia es otras de las exigencias de la CDPD (art. 12.4) que ahora se encuentra satisfecha. También es valiosa la mirada interdisciplinaria que se torna ahora ineludible para determinar la procedencia de la declaración de incapacidad o inhabilitación, supliendo la vetusta concepción de los artículos 624 y 631 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación limitada a la mirada médica (Martínez Alcorta, 2010).

## ► Casuística de la ley

En suma, los derechos se encuentran restringidos injustificadamente por un dispositivo de internación, cuando dicho tratamiento puede ser llevado adelante dentro de su entorno social y familiar con los dispositivos adecuados <sup>(5)</sup>.

La resolución que se dictara en el caso, ante la petición de la Unidad de Defensa, proveyó la externación de la persona, no haciendo lugar a lo demás solicitado en relación a oficiar a la obra social, con el fin de obtener recursos que sostuvieran la externación solicitada. En el camino de construcción hacia la implementación efectiva de la Ley 26.657, no contando aún con la debida reglamentación de la misma, determina que cada juez aplique la normativa de conformidad con su interpretación y convicción. La suma de resoluciones que conforman la jurisprudencia generará una circulación en los derechos que garantiza la Ley 26.657 hasta que los Tribunales Superiores y el más Alto Tribunal de la Nación fijen la doctrina legal con la claridad con la que ya se expidiera en los casos TIR., D., H., MJ.

Respecto al derecho de defensa en juicio, la Cámara Penal Int. Sala IV I. 32.114 (52.152/2009) resolvió ante el planteo de la defensa del derecho de elegir el defensor de confianza para ser asistido en juicio lo que no puede ser suplido por la interpretación exegética de la Ley 24.946 que otorga la defensa pública en los supuestos previsto en el art. 60, ratificando en el fallo el espíritu de la Ley 26.657 en el derecho de la persona a elegir un defensor de su confianza.

## ► Voluntad de usuario receptada por los operadores judiciales

En este sentido la Unidad de Defensa <sup>(6)</sup> ha planteado en diversas situaciones reclamaciones de derecho en relación al respeto a la autonomía y voluntariedad de los usuarios que se encuentran internados por causa de su salud mental. Así en los escritos de petición por el derecho de su defendido se ha trascripto la manifestación de voluntad de usuario, plasmando así el ejercicio vivo del sujeto de derecho: “...Desde el momento en que la suscripta tomó la defensa de la Sra. D. se mantuvieron diversas entrevistas con ella y en todas esas oportunidades la misma me ha manifestado claramente su voluntad de ser externada, para poder retomar sus ac-

*tividades laborales y continuar un tratamiento ambulatorio. Ello así, mi defendida ha suscripto un acta que se acompaña, manifestando su voluntad en este sentido...”*.

La ley ha impactado en la transformación de las prácticas judiciales llevando el reclamo de la persona en una manifestación más plena y acabada de la función de los curadores oficiales, en relación a la defensa de su asistido sin perjuicio de no dejar de valorar la asistencia que desde siempre ha representado en la institución de la Curaduría Oficial para las personas que se encuentran bajo la actuación de la misma. En el supuesto de análisis el curador oficial solicitó dentro de las facultades otorgadas por la Ley 26.657 se expida el juez respecto de la externación de una joven, su derivación al lugar adecuado, solicitando se ordene medidas sancionatorias ante incumplimiento de la manda judicial, requiriendo asimismo, se intime a los órganos de gobierno a los efectos de realizar los convenios necesarios para proveer lo necesario a fin de lograr la aplicación de “ajustes razonables” que hagan a la efectividad de la medida de externación. El Dr. Olmo integró los derechos convencionales de la Ley 26.478 con la normativa vigente de la ley 26.657, es decir, opuso el plexo normativo impuesto por el paradigma vigente a la resolución judicial, quien se expidió en consecuencia, haciendo lugar a lo solicitado <sup>(7)</sup>.

El Tribunal de Familia n° 2 de la Ciudad de Mar del Plata rechazó la presentación efectuada por el director una clínica privada de psiquiatría y psicología médica de la Ciudad de Berazategui, respecto de la internación voluntaria de una joven, fundado en los artículos 14, 15 y 18 de la Ley 26.657, especificando que en caso de transcurrir el plazo legal, se debe comunicar al juez de la jurisdicción de la internación por aplicación de la doctrina del caso sobre Competencia N°1511. XL. T., R. A. s/ internación. Corte Suprema de Justicia de la Nación. Buenos Aires, 27 de diciembre de 2005.

Por ello que la Justicia debe valorar a través de adjudicaciones razonadas como justo o injusto. En ello vive un presente, actualiza el pasado y previene el futuro. Afirma Goldschmidt que “*la valoración de una adjudicación como justa o injusta produce en nosotros un sentimiento de evidencia que lleva el nombre especial de ‘sentimiento de Justicia’*” <sup>(8)</sup>.

## ► Internación como última razón terapéutica

En otro caso se resolvió de conformidad con la voluntad de la persona en un conflicto presentado por uso problemático de drogas, quién solicitó la intervención jurisdiccional, como garante del tratamiento y en ejercicio del interés a la tutela jurídica. En el caso la persona solicitó el acceso pleno a la Justicia a través de un recurso urgente y expresó que si en la eventualidad de la internación pudiera intentar socavar la decisión de mantenerse en la institución a la que ingresa, esto le fuera impedido por la autoridad judicial.

Prima facie una solicitud contradictoria entre la decisión del sujeto de derecho y los derechos garantizados por la Ley 26.657 (art.5, 16, 18 y concs de dicho cuerpo legal). “El señor A. se encuentra informado respecto de la necesidad de tratamiento, de la implicancia del mismo, habiendo prestado su consentimiento luego de recibir información clara precisa y adecuada respecto del abordaje a seguir (art. 5 de la ley 26.657)”. Dificil petición que se encuentra valorada a lo largo del resolutorio, y que crispa inicialmente la conciencia del acto voluntario a contrario de la externación, el derecho a la internación como última ratio, por la decisión en pleno discernimiento para el acto voluntario, ejerciendo el derecho a manifestar una voluntad anticipada, conociendo que no se iba a poder impedir que intentare abandonar las condiciones del abordaje. Los interrogantes, extensión y límite de la voluntariedad, valor de la expresión de la voluntad anticipada, intervención jurisdiccional oportuna a la luz de la Ley 26.657 y resolución judicial que garantiza el libre y pleno consentimiento, teniendo en cuenta el derecho al tratamiento y su continuidad<sup>(9)</sup>. Esto significa que el derecho al tratamiento y la decisión al mismo es una prerrogativa de hecho, ética y derecho del protagonista, por ello considero que el juez debe garantizar el derecho a la salud mas no invadir esfera de la decisión de la persona respecto de su salud mental (anteproyecto de reforma Art. 39).

Ahora bien, si la internación involuntaria perdura por más de 90 días, luego del tercer informe el juez debe pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento y, en lo posible, independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, siempre optará por la que menos limite la libertad de la persona internada (art. 24).

Este equipo externo, diferente del que evaluó la necesidad de internación, busca ser una garantía de imparcialidad frente a eventuales conflictos de intereses que pudieran presentarse (Pagano, 2011).

### ► Derecho a la Identidad. Derecho a la permanencia y contacto familiar

La Ley Nacional de Salud Mental, expresamente resguardó, y al hacerlo, reparó la vieja práctica de la indocumentación de las personas con padecimiento mental, alojadas en instituciones psiquiátricas. El artículo 17 de la ley visibiliza a cada persona al establecer que se deben realizar las averiguaciones tendientes a conseguir establecer la identidad de la misma. Ello genera decisorios acordes a la legislación vigente: “Librese oficio con habilitación de días y horas inhábiles al Servicio de Salud Mental del HIGA, a los fines de que tenga a bien dar cumplimiento con el art. 17 de la ley

26.657”, el cual, dispone que “en los casos en los que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que corresponda, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de proporcionar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible...”<sup>(10)</sup>. Por lo expuesto se hace saber que deberá identificarse a cada uno de los pacientes, haciendo saber a la Suscripta cuando no contase con recurso alguno para la realización del acto legal de identificación. Asimismo, ofíciase con copia de la presente providencia, al Registro Civil y de Capacidad de las Personas, para su toma de conocimiento (Art. 34, 36 del C.P.C.C.)<sup>(11)</sup>.

### ► La jurisprudencia en la transición al nuevo paradigma de la Ley 26.657

Las internaciones involuntarias deben ser comunicadas al juez a fin de controlar la legalidad de la misma. Las prácticas aún no se han internalizado en las instituciones y es fácil, ver comunicaciones que traen dudas, respecto de la involuntariedad de la internación. La decisión judicial debe esclarecer las comunicaciones efectuadas, para evitar que se vulnere el derecho a la autodeterminación y el proceso de consentimiento informado que trae la Ley de Salud Mental. En este sentido se ha resuelto: “Librese oficio al Servicio de Salud Mental (...) a los fines de que informe a la Suscripta en el plazo de 24 hs, si la Srta. C. R. F. ha prestado por sí o por otro (por medio de su representante legal) su consentimiento a los fines de su internación (arg. arts. 7 inc. j), 16 inc. c), 19 de la ley 26.657). Atento haberse denunciado, que la internación de la Srta. C. ha sido involuntaria, en virtud de lo dispuesto por el art. 21 de la ley 26.657, previo a proveer lo que por derecho corresponda, librese oficio con habilitación de días y horas inhábiles al Servicio de Salud Mental del H... a los fines de la realización de un informe ampliatorio e interdisciplinario de los profesionales tratantes, por el que se justifique o no, en su caso, la necesidad de continuarse con la medida excepcional de internación (arg. arts. 16, 20 y 21 de la ley 26.657). Dése vista a la Defensoría Oficial Nro. 3, con habilitación de días y horas inhábiles, a los fines de que en su caso, solicite las medidas correspondientes (arg. art. 22 de la ley 26.657, art. 153 del C.P.C.C.) María Graciela Iglesias. Jueza de Familia.”<sup>(12)</sup>.

El curador oficial, designado como defensor especial planteó que su joven defendida<sup>(13)</sup> debía ser externada del Hospital Tobar García a un hogar terapéutico, que sin perjuicio de no convalidar la internación, por aplicación analógica del art.24 de la Ley 26.657, el equipo de salud efectuará informes semanales de las novedades, hasta la efectivización del traslado.

## ► La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad: sustrato de la reforma civil

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (de aquí en más CDPD) <sup>(14)</sup>, ubica a todas las personas en un mismo pie de igualdad en el reconocimiento de su personalidad jurídica y la capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás personas, en todos los aspectos de la vida. Asimismo, la CDPD dispone que los Estados partes adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad el apoyo que puedan necesitar.

El concepto de capacidad jurídica traído por la CDPD es más amplio, puesto que contiene la capacidad de ser sujeto de derechos y obligaciones, pero que también implica la capacidad de ejercer esos derechos o de asumir obligaciones a través del impulso propio de sus decisiones.

Este concepto trae el respeto por la subjetividad de cada persona. Impone que los Estados partes modifiquen la normativa interna a los fines de validar el paradigma impuesto por la CDPD. Lo cierto es que este paradigma aparece colocando en crisis el modelo actual que aún se mantiene respecto de las personas con discapacidad mental, representado en procesos tutelares de interdicción y aun con el modelo de propuesta reformadora.

El actual Código Civil Argentino (CCA) estableció la condición jurídica para ser considerada una persona “demente en sentido jurídico”. El artículo 141 lo establece a partir de la imposibilidad, por causas de enfermedad mental de administrar bienes o dirigir su persona.

Cuando una persona entra en esta categoría, luego de cumplir con la disposición del artículo 142 del CCA: “La declaración judicial de demencia no podrá hacerse sino a petición de parte y luego del examen de facultativos”, tramita un proceso complejo, donde la presunción de incapacidad impregna las etapas probatorias. La institución civil de la incapacidad es entonces un mecanismo jurídico protectorio, instituido en base a un conocimiento científico <sup>(15)</sup>.

Así las cosas, la reforma debe contemplar la eliminación de barreras, realizar los ajustes razonables, regular sobre apoyos, y mantener para los casos de dependencia extrema, la sustitución en actos jurídicos determinados.

Ahora bien, mientras la interdicción implica la sustitución del sujeto en el ejercicio de su capacidad jurídica, de su capacidad de obrar, por otro, la CDPD promueve y establece el modelo de apoyos para el pleno goce de su capacidad jurídica.

Trae la CDPD la noción de que la discapacidad radica en el entorno, no en la persona, es decir, el reflejo de la discapacidad dentro del fenómeno social.

Por otro lado el reconocimiento de la personalidad jurídica significa para el sujeto ubicarse, posicionarse ante la ley. Por ello capacidad jurídica, incluye la capacidad de obrar. Conlleva al concepto de capacidad jurídica universal, el que se debe fortalecer con el diseño de estrategias que posibiliten la personalidad y la capacidad de ejercicio. Por esta razón la reforma del Código Civil en el anteproyecto que se encuentra en la faz de discusión legislativa debe aplicar el principio de efectividad de las normas. Se trata de la coincidencia de la norma con la acción. “...la idea central de la eficacia de las normas jurídicas reside en que las normas son eficaces solo si existen una correspondencia entre las normas y las acciones humanas...” (Navarro & Moreso, 1996).

Es por ello la necesidad de implementación de los apoyos, que en la modificación legislativa de los Estados, cambiaría también el abordaje judicial, pues el apoyo no representa una cuestión judicial ni puede ser sustitutivo.

La legitimidad, la igualdad, la dignidad y la honra de las personas se traducirán en el ejercicio pleno de su personalidad y capacidad jurídica sin que obste su condición de discapacidad.

La Declaración Universal de los Derechos del Hombre, establece que todos los hombres nacen libres e iguales en dignidad y en derechos, Declaración Universal de los Derechos del Hombre llamando a los seres humanos en el artículo 1º “dotados de razón y conciencia” ¿basta ser persona humana para estar dotado de razón y conciencia? <sup>(16)</sup>. La sociedad tomando la idea de Norberto Bobbio en su obra, *El tiempo de los Derechos*, legitima las diferencias. El autor da el ejemplo de las personas con discapacidad mental y niños como exceptos de la referencia a estar dotados de razón y conciencia, para preguntarse si la desigualdad que implica no encontrarse ubicado en el alcance del art. 1 de la Declaración Universal, las absorbe la sociedad? Podríamos decir en la actualidad que, el principio de autonomía progresiva de los niños, así como en los derechos de las personas con discapacidad (pcd) y la CDPD, como la Ley Nacional de Salud Mental, establecen, una nueva categoría de igualdad, a partir del reconocimiento a la niñez de la expresión de su opinión, el valor de su escucha, y las decisiones que puede tomar y en materia de Salud Mental, por los presupuestos del art. 12 CDPD, que implica la capacidad de la decisión <sup>(17)</sup>.

Entonces podemos afirmar que la igualdad se manifiesta como ejercicio de la toma de decisiones, se manifiesta como ejercicio de los derechos civiles, como la eliminación de la barrera entre los demás y el sujeto. El respeto a su privacidad y seguridad CDPD arts 14, 22 y concs.

Toda persona tiene derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica: este derecho está reconocido por la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) en su artículo 6, por el Pacto Internacio-

nal de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) artículo 16, la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH) artículo 3.-estas normas se encuentran formuladas de modo operativo, es decir, resultan de aplicación directa y automática-, la CDPD artículo 12.

Resulta vital el reconocimiento de la personalidad jurídica, puesto que ello lleva a considerar el derecho de las personas con discapacidad intelectual o psicosocial:

- a defender su capacidad civil
- a eliminar el proceso de interdicción
- que la reforma contenga estos principios

Concordando con los tratados genéricos mencionados supra, instrumentos internacionales dictados específicamente para la protección de las personas con discapacidad mental expresan que: “todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y otros instrumentos pertinentes, tales como la “Declaración de los Derechos de los Impedidos” y el Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión”<sup>(18)</sup>.

Palacios Agustina, marca con claridad un camino de construcción de un modelo de intervención judicial con el otro, cuando refiere al modelo social de la discapacidad y la diversidad. Ya no es suficiente la justicia de acompañamiento que refiriera el maestro Morllo<sup>(19)</sup>, hoy se requiere una justicia con el otro, cada resolución ajustada a la extraordinaria dimensión de la capacidad que impone el respeto a la personalidad jurídica de la persona.

El artículo 12 de la CDPD constituye el gran desafío de garantizar la igualdad en el ámbito de la capacidad jurídica.

La CDPD resulta una síntesis de otras convenciones dictadas de derechos humanos como la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad o Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, expidiéndose en forma clara sobre conceptos, valores y principios que el conjunto colectivo de discapacidad ha venido mostrando como necesarias acciones a seguir.

Dejar atrás las limitaciones y las restricciones del modelo de sustitución que implica necesariamente la intervención de un tercero por el sujeto, significa el mandato convencional que impone la plena capacidad jurídica de las personas con discapacidad.

El ordenamiento civil argentino<sup>(20)</sup> trae un concepto biológico-jurídico que con claridad se pone en su articulado, más precisamente, en su artículo 141 del CCA cuando establece que: “Se declaran incapaces por demencia las personas que por causa de enfermedad mental no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes” Este concepto, como se dijo, involucra

el reinado del dictamen médico para la determinación de la incapacidad de un sujeto e incluye el concepto jurídico en la falta de aptitud para dirigir su persona y bienes, es decir, establece una relación médica con una valoración socio-económica y un concepto tutelar propio de la modernidad en lo que se refiere a la peligrosidad para sí y para terceros.

La reforma constitucional del año 1994 en la República Argentina recreó el protagonismo de las personas sujetas a un proceso de incapacidad logrando que los jueces reconozcan sus capacidades residuales a través del dictado de las sentencias, quienes conforman la doctrina de la capacidad gradual: “Una consecuencia ineludible de la consagración de un sistema de capacidad gradual es el reconocimiento de la participación activa...”<sup>(21)</sup>.

Sin embargo lo precedentemente reseñado se contradice con el espíritu convencional y la efectividad y operatividad de las normas contenidas. La denominación de un sujeto a través de una sentencia como insano o inhabilitado implica la etiqueta legal que clasifica y atribuye un concepto de discriminación para sí y para la sociedad. Esta discriminación se demuestra en la afectación del principio de igualdad de oportunidades y de trato contraviniendo a su dignidad personal y al derecho de diferenciarse con otros: “Son derivaciones de la libertad las que permiten comportarse en forma disímil a los demás individuos. Este derecho a comportarse en forma diferente no debe enmarcarse en un exagerado individualismo –contraproducente- sino en un plano de interdependencias y de compatibilidad entre las decisiones colectivas y las individuales. De la conjunción de los principios de la igualdad con el de no discriminación resulta la protección de este valor, el derecho a la diferencia” (Kiper, 1998: 133).

Este concepto tiene como argumento las Normas Uniformes de Naciones Unidas sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, año 1993. Ello significa que el derecho a la justicia y el acceso a la misma deben resguardar el principio que todos los derechos humanos son interdependientes, universales, exigibles y justiciables porque ello caracteriza a un sistema democrático y se traduce en que todos los hombres son iguales ante la ley.

La CDPD representa la herramienta viva para que invertir la premisa actual capacidad/incapacidad, reconociendo la plena capacidad jurídica con apoyos, actos de sustitución en casos excepcionales e implementación de las salvaguardias.

## Anteproyecto de modificación al Código Civil Argentino

Todo lo expuesto en el análisis anterior tiene su corolario en la reforma al Código Civil Argentino que se ha presentado para su discusión legislativa y posterior sanción.

La reforma integral propone un desplazamiento del paradigma de protección patrimonial al protagonismo de la persona, sus derechos personalísimos y autonomía, ubicados en el eje principal de la reforma.

La reforma establece en la Sección 3º bajo el título de Personas con incapacidad y con capacidad restringida por razón de discapacidad mental

1. Así se establece la presunción de capacidad, invirtiendo la relación diagnóstico- incapacidad, del modelo tutelar.
2. Que las limitaciones son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de las personas.

En el artículo se ha plasmado algunos de los derechos contenidos en los Estándares mundiales de intervención en materia de salud y mental (inc c, d, e, y f) como la resolución 46/119, 46 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 189, ONU Doc. A/46/49 (1991). / diciembre de 1991 de la Asamblea General de Naciones Unidas.

En el artículo 32 trae nuevamente el binomio incapacidad- capacidad restringida: *“con intervención judicial para limitar la capacidad a quien padece una adición por alteración mental permanente o prolongada de suficiente gravedad que el ejercicio de su capacidad jurídica puede resultar un daño a su persona o a sus bienes”*. El artículo hace mención a curador (sistema de representación) o apoyos (paradigma social de la discapacidad), quienes deben actuar promoviendo la autonomía y para favorecer las decisiones que respondan a las preferencias de las personas.

Sin embargo no trae la reforma una regulación específica y convencional, respecto de los apoyos.

El marco de las obligaciones, contratos (actos de disposición y administración extraordinaria) se conmueve frente a los ajustes razonables que se deben efectuar a través de la toma de decisión de las personas (art. 12 CDPD), los apoyos y las salvaguardias. Se debe reformar el régimen de representación, y ello implica un “nuevo paradigma: múltiples desafíos”.

## Personas. Apoyo y justicia. Salvaguardias y justicia

Las salvaguardias deben asegurar que las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica respeten los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, esto significa evitar que haya conflicto de intereses ni influencia indebida, por otro lado que los apoyos sean proporcionales al interés de cada persona, que las medidas se apliquen en el plazo más corto posible y que sean revisadas, por parte de una autoridad o un órgano judicial competente. Las salvaguardias serán proporcionales al grado en que dichas medidas afecten a los derechos e intereses de las personas.

Es cierto que existen personas con dependencia extrema de un tercero y la regulación del CCA debe con-

tener estos supuestos, pero el nuevo paradigma impone ajustes razonables: Apoyo y justicia, salvaguardias y justicia, es decir, estos supuestos deben ser regulados en la excepcionalidad expresa.

La fórmula de proyecto continua en contradicción de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, porque el art. 12 se trata del enunciado más importante probablemente de toda la CDPD, y se extrae principalmente del inciso 2 del artículo 12, pero también de los párrafos 1 y 2 del artículo 5 que establece en el primer caso que: *“Los Estados Partes reconocen que todas las personas son iguales ante la ley y en virtud de ella y que tienen derecho a igual protección legal y a beneficiarse de la ley en igual medida sin discriminación alguna”* y en el segundo caso, que *“Los Estados Partes prohibirán toda discriminación por motivos de discapacidad y garantizarán a todas las personas con discapacidad protección legal igual y efectiva contra la discriminación por cualquier motivo”*.

De la interacción de estas disposiciones se pueden extraer las siguientes premisas: 1) que las personas con discapacidad (incluidas las que tengan deficiencias mentales o intelectuales) tienen como presupuesto general plena capacidad jurídica, que incluye la capacidad de obrar, y 2) que la discapacidad nunca debe ser motivo de discriminación. Ello ocurrirá cuando exista *“cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo”* (Bariffi, 2009).

El desafío convencional implica: Capacidad plena, regulación sobre los apoyos y actos de sustitución para las personas más dependientes.

Ahora bien, la faz negocial y la seguridad jurídica frente a los terceros habilita un mecanismo de representación, en los casos de excepcionalidad manifiesta, y eso implica para la justicia civil, encargada del orden de los repartos en la vida privada una empresa exigida por la seguridad de las contrataciones y responsabilidades emergentes y la constitucionalización social del concepto de capacidad jurídica traída por la CDPD.

El anteproyecto en discusión en la actualidad mantiene el régimen de incapacidad, flexibilizando con un sistema de capacidad gradual (art. 38 del anteproyecto), que jurisprudencialmente se venía realizando por un sector de la justicia. Pero que pese al esfuerzo del legislador no alcanza a la transformación que impone el Art. 12 de la CDPD.

Los apoyos se mencionan en el artículo 39, Medidas de protección<sup>(22)</sup>, pero no hay una definición de apoyo, ¿Los apoyos lo serán judiciales? ¿Serán allegados, ONG, otra/o rcd? ¿O serán los apoyos como las personas con discapacidad lo necesitan y proponen? ¿Las curadurías mantendrán entonces su competen-

cia atento como ha quedado reformulada la curatela en el anteproyecto? <sup>(23)</sup>.

Por su parte el anteproyecto de reforma al CCA regula la internación psiquiátrica en el artículo 41, remitiendo a la legislación especial (Ley 26.657). Sin embargo el inc. e del artículo no resulta claro si hace referencia a la única excepción que legitima la internación judicial por la ley especial, o hace una referencia general a la sentencia por internación dictada por los jueces lo que, contraviene lo regulado por ésta <sup>(24)</sup>, cuando dice: *“la sentencia que dispone la internación debe especificar su finalidad y periodicidad de la revisión”*.

Todos interrogantes y observaciones que se pudieran seguir realizando se sintetizan en la posibilidad histórica de realizar los ajustes razonables, revisar la historia y plantear el futuro. En este camino las organizaciones de Personas con Discapacidad, están alzando la voz, haciendo cumplir “nada de nosotros sin nosotros”, los juristas reformadores con una extrema vocación democrática, han escuchado todas las voces y finalmente la legislatura se pronunciará en nombre de sus representados, con el asesoramiento de una comisión de expertos que integre esta discusión.

## Conclusión

*“En el conocido cuento Alicia a través del espejo, de Lewis Carroll (Charles Lutwidge Dodgson), matemático, fotógrafo y escritor británico del siglo XIX, Alicia atraviesa el espejo que hay encima de la chimenea del salón para pasar al otro lado donde encuentra piezas de ajedrez que hablan y se mueven y un jardín con flores parlantes; al otro lado del espejo, la reina cambia de tamaño, hay que correr deprisa si se quiere permanecer en el mismo sitio, el campo se hace tablero de ajedrez y el tablero de ajedrez campo, los insectos son elefantes, etc. Sin embargo, al final del cuento, Alicia cree que se pelea con el Rey del tablero de ajedrez para despertarse peleando con su gato: todo ha sido una ilusión. En realidad, en el espejo solo se ve la parte de atrás del reloj que hay encima de la chimenea delante y que se refleja en él. Los otros reflejos son ilusiones, espejismos, imágenes ficticias de una realidad que no se puede aprehender sin cruzar definitivamente el espejo y viviendo allí.”*

*A algunas personas la vida les ha hecho cruzar al otro lado del espejo, el lado en el que la sociedad les discrimina por ser diferentes, por no entrar en los cánones de funcionamiento de la mayoría social, en la norma estadística. En algunos casos se cruza al nacer, en otros a lo largo de la vida, en la mayoría de ellos por el paso del tiempo y al llegar a avanzada edad”* (Romañach Cabrero, 2009).

Couture dijo en el VIII Mandamiento *“Ten fe en el Derecho como el mejor instrumento para la convivencia humana; en la Justicia, como destino normal del Derechos, en la Paz, como sustitutivo bondadoso de la Justicia, y sobre todo, ten fe en la libertad, sin la cual no hay Derecho, ni Justicia, ni Paz”* (cit. en Ossorio; 1978: 14).

El otro que con su rostro nos impone la responsabilidad de su existencia <sup>(25)</sup>. Es como en el cuento de *Alicia a través del espejo* atravesarlo para comprender que cada persona es lo que resulta de su mismidad a la espera de una oportunidad, que representa una actividad transformadora y reformadora que haga decir a la norma. *“Yo soy porque tu eres”* <sup>(26)</sup>.

## Notas finales

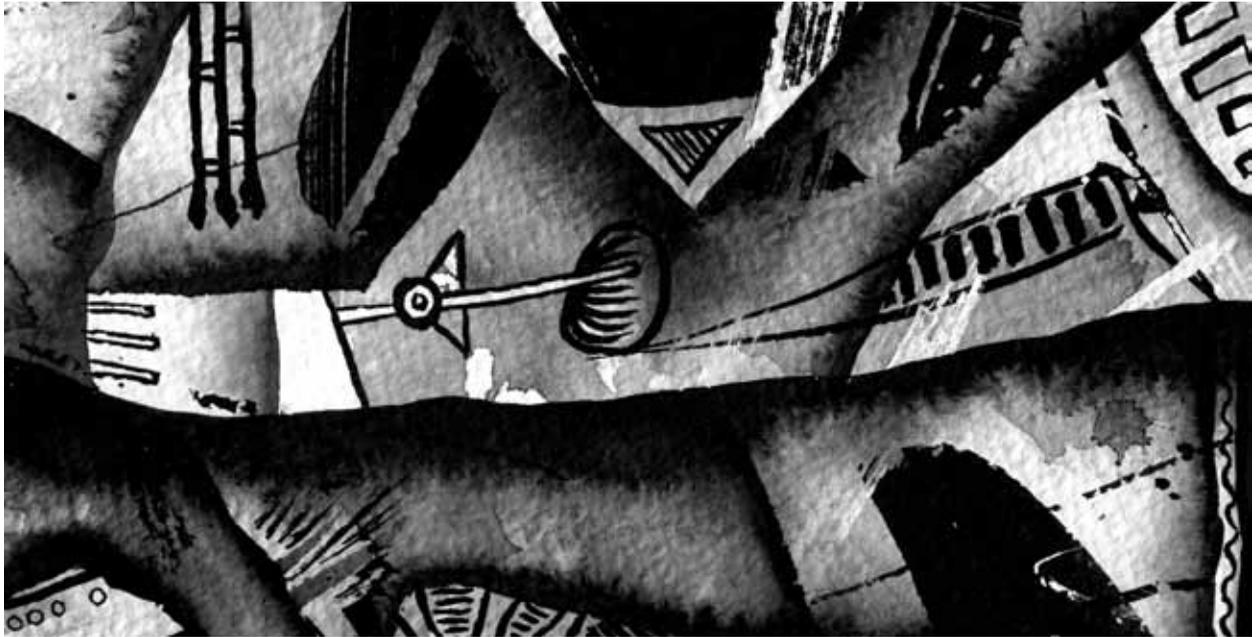
1. Sancionada el 25 de noviembre de 2010, promulgada el 2 de diciembre de 2010 y publicada en el Boletín Oficial del 3 de diciembre de 2011.
2. Resolución DGN N° 1728710 /14-12-2010. Buenos Aires.
3. Buenos Aires 12 de mayo de 2011, DGN Nro. 558/2011.
4. Comentario a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Por Pilar María Pinto Kramer y Juan Pablo Olmo Publicación: Editorial La Ley “en prensa” ([www.laleyonline.com.ar](http://www.laleyonline.com.ar)).
5. En el marco del art.22 de la Ley 26.6457 y las Res. del Ministerio Público de la Defensa, a partir de las Res. que dieron origen a la creación de las Unidades de Defensa Técnica del art. 22 de la ley, los defensores realizaron presentaciones, como la referenciada, a los fines que los jueces provean en consecuencia a los derechos garantizados en la Ley 26.657.
6. Es destacable la labor de la Defensora Nacional Stella Maris Martínez en la implementación e intervención acorde a la Ley 26.657, así como la actividad de la defensa sostenida desde la Unidad de Defensa por el art. 22 de la Ley 26.657 que coordina el Doctor Mariano Laufer.
7. M.E.M s/ Proceso Especial. Expte. Nro.52817/2005. Juzgado Civil Nro. 92.
8. Iglesias, María Graciela. La Capacidad de no ser Capaces. Teoría del Derecho las tres Dimensiones. *Revista Jurídica*. Facultad de Derecho Universidad Nacional de Mar del Plata (en prensa).
9. A.A.F. s/ Medida autosatisfactiva, exped. 46672 20/07/2011. Tribunal de Familia 1. Mar del Plata.
10. Art. 17 de la Ley 26.657.
11. C.M.V s/ Internación 23/02/2011. exped. n° 24522. Tribunal de Familia n° 1 de Mar del Plata.
12. C.L. s/ Denuncia de internación involuntaria. 27 de setiembre de 2011, Tribunal de Familia n°1 de Mar del Plata.
13. El Dial.com - AA6D7A Publicado el 01/08/2011.
14. En Argentina ratificada por la Ley Nacional Nro. 23.678.
15. Definición de la Organización Mundial de la Salud.
16. La Declaración Universal de los Derechos del Hombre y el Ciudadano de 1789 conc Declaración de Derechos Universal Humanos 10/12/1948 comienza con estas palabras: Artículo 1: Todos los

seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

17. El doctor Francisco Bariffi afirma de modo coloquial y al mismo tiempo categórico: “el problema del art. 12 se reduce a quién es el que decide”.
  18. Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental.” Principio 1.
  19. Augusto Mario Morello, célebre jurista argentino, quien forjara una nueva etapa en el derecho procesal argentino.
  20. Sancionado en el año 1869, en la Presidencia de Domingo F. Sarmiento, y redactado por Dalmacio Vélez Sarsfield.
  21. Ídem, p.2.
  22. Art.39. Medidas de protección. El juez debe adoptar medidas tendientes a la protección de la persona y a la recuperación de la salud, a este fin puede establecer redes de apoyo y designar personas que actúen con funciones específicas según sea la causa de la discapacidad mental. Anteproyecto de reforma al Código Civil Argentino, presentado el 27 de marzo de 2012 por la Comisión Nacional de Juristas, dec 191/2011 a la Titular del Poder Ejecutivo Argentino Dra. Cristina Fernández de Kirchner.
  23. Art 138. Normas aplicables. La curatela se rige por las reglas de la tutela no modificadas en esta Sección. La principal función del curador es la de cuidar a la persona y los bienes de la persona incapaz o con capacidad restringida, y tratar de que recupere su salud. Las rentas de los bienes de la persona protegida deben ser destinadas preferentemente a ese fin.
  24. El juez solo puede ordenar una internación por sí mismo cuando cumplidos con los requisitos del art. 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla Art.21 de la Ley 26.657.
  25. Concepto del filósofo Emmanuel Levinas, en su obra “Humanismo del otro Hombre”. Ed. Siglo XXI Editores.
  26. Ciuro Caldani, Miguel Angel. El 23 de abril de 2012, el maestro dio una conferencia sobre la justicia de familia en la Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Derecho en el marco de las Jornadas Tribunales de Familia diez años después, con esa motivación cerró su disertación con la frase de referencia.
- de la Convención de la ONU Contribución a la obra: “Hacia un Derecho de la Discapacidad. Estudios en Homenaje al Profesor Rafael De Lorenzo” Editorial Aranzadi. Centro de Investigación y Docencia en Derechos Humanos. Universidad Nacional de Mar del Plata.
  - Benjamín, W. (1973). *Tesis de Filosofía de la Historia*. Madrid: Taurus.
  - Cifuentes, S. (1988). *Elementos de Derecho Civil*. Buenos Aires: Astrea.
  - Crovi, L. D. (2011). Capacidad de las Personas con padecimientos mentales. En *Suplemento La Ley*. Martes 25 de octubre 2011.
  - Del Carril, E. (2007). El lenguaje de los jueces. Criterios para la delimitación de los significados lingüísticos en el razonamiento judicial. *ED*. Buenos Aires: Ad-Hoc.
  - García Belsunce, H. (2007). La jurisprudencia como fuente del Derecho. *Suplemento El Derecho*, jueves 8 de marzo del 2007.
  - Iglesias, M. G. (2011). Poder Decirlo Todo. En *Revista de Derecho de Familia* n° 51, Editorial Abeledo Perrot, Octubre 2011.
  - Kiper, M. C. (1998). *Derecho de las Minorías ante la discriminación*. Argentina: Ed. Hammurabi.
  - Laferrière, J. N. y Muñoz, C. (2011). La nueva Ley de Salud Mental. Implicaciones y deudas pendientes en torno a la capacidad *ED*, [241] - (22/02/2011, nro 12.697).
  - Martínez Alcorta, J. A. (2010). Primera aproximación al impacto de la nueva Ley Nacional de Salud Mental en materia de Capacidad Civil Sup. Act. 07/12/2010.
  - Navarro, P. & Moreso, J. J. (1996). Aplicabilidad y eficacia de las normas jurídicas. Fuente Internet: [http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/02405065325240496976613/isonomia05/isonomia5\\_07.pdf](http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/02405065325240496976613/isonomia05/isonomia5_07.pdf)
  - Ossorio, A. (1978). *El alma de la toga*. Buenos Aires: Ediciones Jurídicas Europa-América.
  - Pagano, L. M. (2011). Las internaciones involuntarias en la Ley de Salud Mental 26.657. *El Derecho*. Diario de Doctrina y Jurisprudencia, 11/02/2011.
  - Rivera, J. C. (2007). *Instituciones de Derecho Civil*. Buenos Aires: Ed. Lexis-Nexis. Abeledo Perrot.
  - Romañach Cabrero, J. (2009). *Bioética al otro lado del espejo: las personas con diversidad funcional y el respeto a los derechos humanos*. España: Diversitas Ediciones.
  - Sirkin, E. (2011). Acerca de la nueva Ley de Salud Mental, su reforma a los Códigos Civil y Procesal de la Nación sobre inhabilidades e incapacidades y las dificultades de su implementación. *El Dial.com*. - DC 1533.Publicado 03-03-2011.
  - Spinoza, B. (2008). *Tratado de la reforma del entendimiento*. Buenos Aires: Colihue.

## Referencias Bibliográficas

- Arendt, H. (2007). Responsabilidad colectiva. En *Responsabilidad y juicio*. Barcelona: Paidós Básica.
- Bariffi, F. J. (2009). *Capacidad Jurídica y Capacidad de Obrar de las Personas con Discapacidad a la Luz*



# Capacidad Jurídica: el derecho a ejercer derechos

**Luciana Capria, María Fernanda Díaz Fornis, Javier Frías, Ana Cecilia Garzón, Mauro Gimenez, Luciana Gioja, Juan Pablo Oszurkiewicz, Patricia Alejandra Zubiarrain, Mariana Sabina Baresi.**

Elaborado en forma conjunta por integrantes de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación.

## Introducción

El presente trabajo surge de la tarea desarrollada por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación (en adelante DNSMyA) en relación a la evaluación de la Capacidad Jurídica de las personas sometidas a juicio de insania o inhabilitación y de la experiencia previa que aportaron quienes llevan adelante esta tarea.

Luego de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 <sup>(1)</sup> la Justicia Nacional en lo Civil comenzó a solicitar a la DNSMyA la realización de evaluaciones adecuadas a los requerimientos de la nueva normativa en relación a las condiciones de internación y de capacidad jurídica <sup>(2)</sup>.

En particular, para responder a los pedidos de evaluación sobre capacidad jurídica se constituyó este equipo formado, hasta el momento, por profesionales de la psiquiatría, psicología, trabajo social y abogacía, que pudiera satisfacer estos requerimientos a la luz de los arts. 3, 5, 8 y 42 de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y el art. 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Ley 26.378.

El art. 3 de la Ley 26.657 define “...a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas...”. Esta definición contempla a la salud mental como un proceso, flexible, complejo, variable, en movimiento, ligada a los tan diversos aspectos que atraviesan nuestra vida, al contexto en el que la desarrollamos y en particular a la posibilidad de concretar, ejercer, nuestros derechos.

Así la Ley 26.657 se pone en la línea de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), reforzando la regla de que todos somos capaces jurídicamente, concepción que se encuentra enmarcada en el art. 3 inc. a) de la CDPD que define como principio “El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas” y que se profundiza en el art. 12 como veremos más adelante.

Sobre dicho sustento realizamos nuestra tarea y este trabajo, en el cual nos proponemos abordar lo siguiente:

- 1) Brindar una aproximación al pasaje del modelo tutelar al modelo social de la discapacidad y al concepto de Sistema de Apoyos para la toma de decisiones, reflejado en la nueva normativa.
- 2) Explorar el alcance que tiene el concepto de capacidad jurídica en la vida cotidiana de las personas que se ven sometidas a un juicio de insania o inhabilitación; teniendo en cuenta que es un concepto técnico poco conocido que sin embargo tiene gran repercusión en la vida cotidiana y con incidencia directa en la posibilidad del ejercicio de derechos.

## Desde el modelo tutelar al modelo social

Nuestro Código Civil está basado en el modelo tutelar, que entiende que las personas con discapacidad requieren del cuidado de otro que la reemplace y sustituya en todas o gran parte de las decisiones que atraviesa la capacidad jurídica, conceptualizando a la discapacidad como un estado inmodificable. Desde esta perspectiva suelen devenir intervenciones protectorias y asistencialistas sobre la persona, sin contemplar como eje fundamental el desarrollo y la potenciación de sus habilidades y capacidades.

Desde este modelo se considera que diagnosticado un padecimiento mental se requerirá asistencia permanente, para uno, varios, o todos aspectos de la vida cotidiana. Las acciones que se suceden a continuación de esta consideración suelen producir una naturalización de la dependencia, que en el afán de proteger inhibe las capacidades presentes o potenciales de las personas, creando nuevos obstáculos para el desarrollo de habilidades. Como consecuencia, se genera la pérdida de recursos objetivos y subjetivos, sociales, culturales, físicos, económicos, entre otros, dificultando las posibilidades de desarrollo autónomo.

El informe sobre Derechos Humanos en Argentina 2009 del Centro de Estudios Legales y Sociales, reconocida organización civil especializada en el tema, afirma: *“El sistema tradicional de abordaje judicial de los problemas de salud mental se basa en la idea de que el presunto enfermo mental necesita la protección estatal, es decir, un aparato tutelar que vele desde afuera y desde arriba por los intereses de un objeto de protección que debe ser sustituido en la toma de sus decisiones, restringiendo su capacidad de ejercer derechos, para evitarle así los males mayores que puede traer aparejados su interacción con el mundo exterior”* (CELS, 2009: 366).

Según Michel Foucault, el enfermo mental es el que ha perdido el uso de las libertades que le ha conferido la revolución burguesa, libertad cuyas formas civiles y jurídicas son reconocidas a las personas por las decla-

raciones de derechos. *“Además, la desfalleciente voluntad del enfermo es sustituida por la voluntad abusiva de un tercero que utiliza sus derechos (...), en otras palabras, otro lo ha sustituido como sujeto de derecho. Para evitar esta alienación de hecho, el Código Penal ha previsto la Interdicción (...) alienación de derecho, que transmite a otro legalmente designado los derechos que el enfermo ya no puede ejercer (...)”* (Foucault, 2008).

En nuestro país, la interdicción está contemplada por el Código Civil<sup>(3)</sup>, a través de los institutos jurídicos de insania e inhabilitación, enmarcados ambos bajo la lógica del modelo tutelar. Consideramos pertinente señalar que si bien existen diferencias entre la insania y la inhabilitación, ambas refuerzan el estigma que generalmente recae sobre las personas con discapacidad; y tienen consecuencias prácticas limitantes en el acontecer de su vida cotidiana, obstaculizando el desarrollo de la autonomía e incidiendo negativamente en la toma de decisiones de la persona; en síntesis, es vivenciada por las personas inmersas en estos juicios como su muerte civil:

*“La norma pilar de este paradigma resulta ser el Código Civil, que define a las personas declaradas incapaces como “menores de edad”, sustituyendo su voluntad por el criterio del curador y aplicando para el manejo de sus bienes y de su persona reglas de tutela propias del viejo sistema asistencial que consideraba a los niños como objeto de protección y no como sujetos de derecho. Así, el tutor (o curador del incapaz) termina siendo el representante ‘en todos los actos de la vida civil’ del afectado y, además, ‘gestiona y administra solo’, ‘sin el concurso del menor y prescindiendo de su voluntad’. Su figura termina de moldearse cuando el Código le impone el deber de administrar los intereses del menor como ‘un buen padre de familia’”* (CELS, 2009: 366)<sup>(4)</sup>.

En este marco se vuelve de vital importancia habilitar los nuevos conceptos sostenidos por la CDPD y la Ley 26.657 traduciéndolos en prácticas que permitan la sustitución del modelo tutelar hacia el pleno ejercicio de los derechos de un grupo vulnerado y estigmatizado como el de las personas con discapacidad, conceptos y prácticas validados en el modelo social.

Reconociendo y legitimando la necesidad de la sustitución y el pasaje del modelo tutelar al modelo social el 6 de diciembre de 2006, la Asamblea General de Naciones Unidas, sancionó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por nuestro país en septiembre de 2008 por la Ley 26.378, pasando a integrar nuestro plexo normativo.

La CDPD entiende a la discapacidad como el resultado de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras del entorno que obstaculizan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás (Preámbulo CDPD, pto d). Es decir, que la discapacidad resulta tal debido a los obstáculos sociales, económicos, sanitarios y cul-

turales que impiden la accesibilidad y el ejercicio de los derechos –capacidad jurídica- de las personas. En ese marco, “(...) a partir del paradigma de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, no resulta ser el modelo médico rehabilitador el sistema de inclusión para las personas con discapacidad, sino el modelo social donde la discapacidad anida en todos los resortes socio-económico-sanitarios que impiden la accesibilidad y el reconocimiento por tanto de la capacidad jurídica de las personas (art. 1, 3, 4, 9 de la ley 26.378)”. (conf. consid. 1º, “S. T. s/inhabilitación”, Expte. N° 14813, Tribunal de Familia N° 1 de Mar del Plata, 9 de Agosto de 2011).

Tradicionalmente desde el modelo tutelar se ha dado una respuesta universal, naturalizando la dependencia de las personas con padecimiento mental, dependencia que se traduce en la sumisión a criterios establecidos por otros (institución, familia, profesionales) opacando la conciencia de dignidad inherente de los seres humanos. Por consiguiente uno de los desafíos de la actualidad es la implementación del modelo social en la creación de nuevas respuestas -tanto desde la salud como desde otros sectores- que trascienda las resistencias existentes a nivel institucional, familiar, profesional, social, etc., y acompañen efectivamente procesos singulares, caso por caso.

Levantando un poco más la mirada, Ota De Leonardis, en relación a los criterios de justicia del Estado de bienestar, refiere “que la capacidad de las personas, capacidad de ser y hacer, se expresan y crecen con el uso, esto es, son practicadas para realizar en y realizar algo”. “(...) las condiciones para que esto se produzca [el ejercicio de las capacidades], son de naturaleza exquisitamente social. Partiendo del contexto social en el cual se pueden practicar y cultivar, ellas requieren de poner a mano herramientas constitutivamente colectivas (solos en la ciudad de todas maneras nos volvemos incapaces): y es aquí, sobre estas herramientas, que entran en juego poderes, instituciones y saberes dedicados a producir bienestar o mejor asistencia social, el estar bien y aún más, el estar mejor” (De Leonardis, 2011).

Desde el modelo social la dignidad humana, la igualdad, la autonomía, la libertad deben traducirse a través de la efectivización de los derechos y la participación activa de la persona con discapacidad en todos los ámbitos, “(...) asume una mirada desde los derechos porque considera que las limitaciones que las personas con discapacidad padecen para participar plenamente en la vida social no son ni naturales, ni inevitables, ni tolerables, sino el producto de una construcción social y de relaciones de poder que constituyen una violación de su dignidad intrínseca. Y mira hacia los derechos porque considera que el Estado y la sociedad tienen la responsabilidad de acabar con esta exclusión garantizando el pleno respeto de la igual dignidad de las personas con discapacidad. Así, las respuestas sociales frente al fenómeno de la discapacidad consisten, precisamente, en políticas de derechos hu-

manos. Pues bien, este discurso es perfectamente aplicable al ámbito de la capacidad jurídica e inspira el art. 12 de la CDPD” (Cuenca Gómez, 2010).

Una de las bases para ello es el art. 12 de la CDPD, que reconoce la personalidad y la capacidad jurídica de las personas con discapacidad pues “la consecuencia inmediata del reconocimiento de la persona es la atribución de capacidad jurídica, que es la aptitud para ser titular de derechos y obligaciones (...) Quien tiene personalidad jurídica tiene capacidad jurídica. Además, como la personalidad jurídica, la capacidad jurídica también es plena y no admite restricciones” (Biel Portero, 2010). Desde allí la CDPD sostiene la obligación de adoptar “las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica”. Estas medidas deben apuntar a conformar sistemas de apoyo para la toma de decisiones, centrados en el protagonismo de la persona, sus deseos y voluntad, en lugar de instalar un tercero que la reemplace.

Se parte de la idea de persona como sujeto singular, atravesada por un contexto socioeconómico, histórico, cultural, político, etc. El análisis de la situación particular de una persona implica una mirada que abarque la mayoría de los aspectos que hacen a la construcción de sí misma y la realidad actual que transita. Así, la integración de varios saberes y sectores colaboran para abordar la situación desde su complejidad misma -dado que las respuestas no son solo disciplinarias- y dando lugar a un cúmulo de conocimientos no sistematizados que atraviesan la vida de la persona. Con este encuadre, se vuelve fundamental, para poder pensar cuáles serán los apoyos necesarios, que la voz de la persona aparezca como protagonista de los procesos que la involucran. Serán justamente las personas involucradas en su propio proceso de vida y contexto las que tendrán las respuestas para sí mismas, su voz puede y debe ser escuchada.

## Una aproximación al concepto de Capacidad Jurídica y sus implicancias

La noción de capacidad jurídica contempla dos elementos esenciales: la capacidad de ser titular de derechos y la capacidad de obrar y ejercerlos, que comprende la posibilidad de acudir a la justicia en caso de afectación de esos derechos.

Para nuestro Código Civil –art. 52- implica tanto la capacidad de adquirir derechos como de contraer obligaciones. La doctrina civilista clásica, siguiendo el sistema legal francés, señala que la capacidad jurídica es uno de los atributos esenciales de la persona, lo que jurídicamente nos define como sujetos de derecho, junto al nombre, el domicilio, el patrimonio y el estado ci-

vil, siendo estos atributos “*las cualidades o propiedades del ser jurídico, por medio de las cuales el sujeto-persona puede individualizarse y formar parte de la relación de derecho*” (Cifuentes, 1999).

Aún así, la capacidad jurídica, para nuestro Código Civil, puede ser restringida o anulada a través de un juicio de insania o inhabilitación -arts. 141 y 152 bis-, se basa para ello en criterios biológicos-jurídicos dando primacía a la mirada médica para su determinación.

En relación a la capacidad jurídica de los niños sostiene la International Disability Alliance (IDA) que “*Todos los niños y las niñas, incluidos aquellos con discapacidad, tienen una capacidad jurídica en evolución, que al nacer, comienza con la capacidad plena de titularidad de derechos y en la edad adulta se amplía hasta abarcar la capacidad plena de obrar. Los niños y las niñas con discapacidad tienen el derecho a que se les reconozca su capacidad, en la misma medida que a otros niños y niñas de la misma edad, y a que se les proporcionen los apoyos apropiados a su edad y a su discapacidad para ejercer su capacidad jurídica en evolución*”<sup>(5)</sup>.

El Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad sugiere “*tomar medidas, en consonancia con el artículo 12 de la Convención de Naciones Unidas para garantizar el reconocimiento de la capacidad jurídica universal (...) y en consecuencia con ello, iniciar en el más breve plazo un proceso de sustitución de la práctica de la interdicción, curatela o cualquier otra forma de representación, que afecte la capacidad jurídica de las personas con discapacidad, a favor de la práctica de la toma de decisiones con apoyo*”<sup>(6)</sup>.

En el mismo sentido, el Comité de Derechos Humanos de la Asamblea General de la ONU ha sostenido que “*Toda ley que prevea que la existencia de una discapacidad es motivo directo o indirecto para declarar la incapacidad jurídica entra en conflicto con el reconocimiento de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad consagrado en el párrafo 2 del artículo 12*”<sup>(7)</sup>.

Si bien el art. 140 del C.C. afirma que la capacidad jurídica es la regla –todas las personas somos en principio consideradas capaces jurídicamente- en contradicción con la CDPD, el C.C. contempla las excepciones de su limitación o privación a través de los arts. 141 y 152 bis citados; por lo cual la ratificación de la CDPD implica para la Argentina la obligación de modificar el régimen interno de capacidad jurídica.

La Ley 26.657 refuerza la regla de la capacidad para todas las personas (art. 3) y afirma que no puede deducirse incapacidad solo por la existencia de un diagnóstico de padecimiento mental (art. 5), e introduce en el C.C. el art. 152 ter que obliga a una revisión por lo menos cada tres años de estas sentencias, avanzando en la línea de que el ejercicio de la capacidad jurídica es un proceso dinámico.

Pero intentemos traducir lo antedicho a la realidad concreta de las personas que se ven sometidas a un

juicio de insania o inhabilitación. Su declaración determina la imposibilidad de ejercer por sí mismo derechos de los que toda persona es titular, referidos a la capacidad jurídica y a modo ejemplificativo: la prohibición de contratar (realizar un contrato de alquiler, de trabajo, el contrato con una compañía de celulares, poder ser titular de una caja de ahorro o una tarjeta de crédito, la titularidad de los servicios de la casa que se habita, comprar un electrodoméstico en cuotas, etc.) donar, testar, heredar, ejercer la patria potestad, casarse, divorciarse, reconocer un hijo, asociarse, votar, administrar dinero, brindar consentimiento informado.

El establecimiento de estas imposibilidades acarrea para la persona, en muchas ocasiones, la estigmatización de saberse “bajo juez”, de identificarse como insana o la percepción de sentirse excluido de su condición de ciudadano.

Dado que la existencia del juicio, aún antes de la sentencia, sumado a sus consecuencias estigmatizantes, repercute enormemente en la vida cotidiana; y que hemos referido como fundamental dar lugar protagónico a la voz de la persona y su contexto, cabe hacer un breve análisis del concepto. La trascendencia de este concepto se revela en que en la vida cotidiana es donde se instituye un sistema de usos, de expectativas, de instituciones, que se conforman de diverso modo en función de las circunstancias y de la medida en que sus características particulares se desarrollan en un ambiente dado. En ella se ponen en obra todos los sentidos, las capacidades, ideas, sentimientos, etc. La vida cotidiana, que se organiza en el aquí y ahora, se estructura sin embargo tanto en el espacio como en el tiempo. La estructura espacial en particular posee una dimensión social, en la medida en que allí se intersectan las zonas de encuentro de los sujetos, la temporalidad, que se da asimismo intersubjetivamente, proporciona la historicidad, ambos organizan la situación del sujeto en el mundo de la vida cotidiana. Lo territorial, la pertenencia, los vínculos y sus expresiones singulares, son ejes a tener en cuenta al momento de considerarla (Lugano, 2002).

Más aún, para las personas que residen en espacios institucionalizados, de encierro o aislamiento, en los que la vida cotidiana se encuentra controlada, normatizada y sujeta a las improntas de dicha lógica, minimizando la capacidad abordar de manera singular su tiempo, su espacio, su cuerpo, e imposibilitando de este modo la apropiación y gestión de los espacios habitados, se determina una cotidianeidad impuesta por normas ajenas a la propia subjetividad, transformando así su vida cotidiana en un transcurrir signado por automatismos invalidantes que limitan significativamente las posibilidades de autonomía. Para Giddens “*La vida cotidiana es simultáneamente habilitante y constrictiva. Sus mecanismos y lógicas de operación al ser rutinizadas, constriñen los actores sociales, les imponen*

*unos límites, fijan unos márgenes y modos de operación”* (Giddens, 1993). Las condiciones para el desarrollo de la autonomía serán ofrecidas por la persona y su contexto, y potenciadas por los lazos sociales, el intercambio de afectos, bienes, las oportunidades de crear, innovar, y orientar los propios actos; las mismas se ven por lo tanto limitadas en una vida institucionalizada.

Es entonces en la persona, en su contexto y su vida cotidiana donde encontraremos los recursos para establecer, construir, un sistema de apoyos para la toma de decisiones que posibilite el ejercicio de derechos por parte de su titular, en lugar de la designación de un tercero que la reemplace. Para las personas institucionalizadas requerirá, en algunos casos, identificar al menos la punta del ovillo de la cual comenzar a tirar y desarmar los nudos en los que la institucionalización los ha ido atando. El desarrollo personal en un tiempo-espacio determinado y resignificado de manera particular, la revalorización y fortalecimiento de aquellos ámbitos en los que una persona transita sus vivencias son aspectos fundamentales a tener en cuenta para la implementación del sistema de apoyos, en marco de la Ley 26.657 y la CDPD.

## Sistema de Apoyos

A diferencia del modelo tutelar, que pone a la persona en un rol pasivo, un Sistema de Apoyos consiste en acompañarla y asistirle en la toma de sus propias decisiones, se constituye con los recursos propios y los del entorno y debe colaborar en generar las condiciones necesarias para el desarrollo de su proyecto de vida, promoviendo su autonomía.

Según la International Disability Alliance (IDA), *“apoyo significa desarrollar una relación y formas de trabajar con otra u otras personas, hacer posible que una persona se exprese por sí misma y comunique sus deseos, en el marco de un acuerdo de confianza y respeto de la voluntad de esa persona”*.<sup>(8)</sup>

En tanto la capacidad jurídica es un atributo esencial que nos define como personas y que el sistema de apoyos debe allanar el ejercicio de derechos, el mismo debe cristalizarse de manera tangible, real, funcionar operativamente en la vida cotidiana, ser viable y sustentable y orientado al desarrollo de la autonomía.

Por ello, en la construcción de un sistema de apoyos para la toma de decisiones, es necesario indagar en varios aspectos, el lugar donde la persona vive, el entorno, el territorio en el que se encuentra inmerso y del que surgirán los recursos necesarios, los vínculos que podrían tener transcendencia para la red de apoyos, trabajo, intereses, actividades que realiza o le gustaría realizar, tratamiento en algún caso; espacios en los que la persona construirá los lazos que le permitirán ejercer sus derechos y medios para concretar el proyecto de vida deseado.

Para el desarrollo de las potencialidades resulta evidente la importancia de la accesibilidad a la educación, la salud, a la socialidad, al trabajo, la justicia, entre otros, lo que implica la eliminación de barreras; que pueden ser de tipo geográfico, financiero, socio-cultural, económico, de género, etc..

Una de las bases para la inclusión en la comunidad de los usuarios de servicios de salud mental parte del reconocimiento de que tanto las personas como el contexto en el que viven, son fuente de recursos y respuestas, los que en algunas ocasiones no han sabido capitalizarse o no han sido legitimados como válidos por el modelo tutelar. Entre estos podemos contar los vínculos afectivos, experiencias de vida, participación en diferentes grupos sociales, reconocimiento de situaciones de crisis y de referentes a quien solicitar ayuda. Estos recursos permiten entamar la red donde el sujeto puede apoyarse dentro de la comunidad. Las situaciones de desamparo y faltas de respuestas suelen estar relacionadas con la ausencia o desvalorización de dicha red más que con el padecimiento propiamente dicho. Se trata de indagar los apoyos con los que la persona cuenta o podría contar como recursos propios para habilitar, co-gestionar, co-construir de manera que se orienten hacia la autonomía.

*“Para evitar caer en eufemismos, pensamos que ante todo tenemos que pulverizar la idea del administrador (función del curador del interdicto) como única opción. Tenemos que ser capaces de pensar en infinitas posibilidades, incatalogables todas, en lugar de una sola figura fijada por ley (...) este sistema contribuye a que la persona siga ejercitando el uso de sus capacidades conservadas y evita la perezosa actitud de que lo haga todo un curador representante en su lugar, lo que al final de cuenta no hace más que agravar su cuadro y socavar su dignidad al `inutilizarlo`”* (Olmo & Martínez Alcorta, 2010).

Nuestro sistema jurídico actual, que como hemos dicho aún admite la limitación o privación de la capacidad jurídica, no contempla en la normativa de jerarquía inferior a la CDPD un modo de establecer un sistema de apoyos acorde con la misma. Para ayudarnos a reflexionar sobre las formas posibles de reflejarlo en nuestra normativa interna, que deberá ser modificada, nos referiremos a la figura de la administración de sostén, introducida en el Código Civil italiano por la Ley 6-04 (9).

La administración de sostén toma como criterio para su implementación, la inadecuación gestional en lugar de la *“incapacità di intendere e di volere”* (10) homologable al criterio establecido en nuestro Código Civil, la ineptitud *“para dirigir su persona o administrar sus bienes”* (Art. 141 C. C.). La idea de la inadecuación gestional nos pone fácilmente en la dimensión de que en la vida cotidiana, sobre todo urbana, debemos realizar innumerables gestiones de mayor o menor complejidad que inciden directa-

mente en nuestra calidad de vida y colaboran en la concreción del proyecto de vida. Se trata de un procedimiento judicial por el cual se designa un administrador de sostén que apoye la realización de estas gestiones de manera activa.

Esta herramienta permite además desidentificar la necesidad de apoyo de algunos diagnósticos en particular, determinándose su necesidad a partir de cualquier circunstancia de la vida en la que más estable o transitoriamente se pueda requerir. Es decir, es un instrumento útil no solamente para usuarios de servicios de salud mental o personas con discapacidad intelectual o psicosocial, su práctica se va difundiendo en Italia para cualquier persona que en cualquier circunstancia pueda requerir apoyo para la toma de decisiones, privilegiando la soberanía de la persona sobre sí misma; por ejemplo un anciano, un extranjero que no hable el idioma local, una persona que por cualquier motivo de salud se encuentre impedida transitoriamente de ocuparse de algunas gestiones.

Puede ser solicitada al juez por el futuro beneficiario o cualquier otra persona, salvo los operadores socio sanitarios que tienen la obligación de señalarlo cuando identifiquen la necesidad. Para su presentación en principio no es requisito el patrocinio letrado. El beneficiario debe aceptar la administración de sostén sino la ha requerido personalmente. Concordantemente con lo que se viene diciendo, se valoriza en estos procedimientos todo tipo de información –no solo la médica– ya que para elaborar una respuesta a la demanda, que no sea solamente patrimonial o sanitaria, debe surgir como actor fundamental la comunidad, haciéndose cargo de la diversidad de la que está compuesta. Ello tanto para el relevamiento de la información necesaria como para la designación del administrador de sostén, que recae generalmente sobre una persona de estrecha confianza del beneficiario, salvo que por las características particulares del caso se requiera la designación de un voluntario o un profesional, en general abogado o contador.

Esta propuesta parte de un nuevo modo de considerar las capacidades de las personas y su dimensión social, permitiéndonos crear y efectivizar nuevos modos de abordajes e intervenciones enmarcados en la Ley 26.657, teniendo como eje la efectivización plena de los derechos de todas las personas. El camino hacia el ejercicio de la capacidad jurídica que toda persona posee, nos abre un abanico infinito de alternativas posibles en el armado de un sistema de apoyos que apunte a la igualdad de oportunidades, promulgada por el modelo social.

## Cómo hacemos nuestro trabajo

Retomando lo dicho en la introducción, jueces o curadores que intervienen en un juicio de insania/inhabi-

litación solicitan a la DNSM y a la evaluación de la capacidad jurídica de la persona sometida a dicho proceso.

En esta tarea, el equipo asesora al Juez sobre la decisión que deberá tomar en relación a la capacidad jurídica del sujeto o en caso de que el pedido sea remitido al equipo por curadores o defensores nuestra evaluación puede integrarse al expediente como prueba de parte.

Para ilustrar este acápite acompañamos en anexo el instrumento de relevamiento elaborado por el equipo, con su instructivo y la guía para la elaboración del informe que remite a su estructura.

El eje que direcciona nuestra tarea es el proyecto de vida de la persona con la que haremos la evaluación; en el que se expresan sus intereses y deseos, su voluntad y decisiones. En caso de que tal proyecto de vida no esté definido, es importante identificar cuáles fueron las dificultades para la construcción del mismo, dado que en ocasiones han existido obstáculos que han impedido a la persona pensar nuevas alternativas.

Consideramos que las personas estamos en constante transformación, producto de las distintas situaciones que atravesamos y hemos atravesado a lo largo de la vida, donde cobran relevancia, como hemos dicho, el contexto social, cultural, económico, político, biológico, mental; y que las respuestas que elaboramos y/o actuamos responden a las herramientas con las que contamos, tanto personales como las que nos proporciona el entorno. Por lo cual nuestra tarea debe considerar esta complejidad, aprovechando los recursos que ofrecen las diversas disciplinas que integran el equipo y la necesidad del trabajo intersectorial (arts. 8, 9, 11, 13 y 15 Ley 26.657), asumiendo que solo desde algunas disciplinas y más aún, solo desde el ámbito de la salud esta complejidad es inabarcable. Para enfrentar este desafío *“La interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina”*. (Stolkiner, 2005).

Es por ello que a la primera entrevista con la persona concurren dos integrantes del equipo de al menos dos disciplinas diferentes y se realiza en los espacios en los que desarrolla su vida cotidiana, como lo establece el punto v) del Preámbulo de la CDPD, considerando a los espacios sociocomunitarios y familiares como fuentes de aquellos recursos que constituirán el Sistema de Apoyos (Ppio. 3 de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Salud Mental de Naciones Unidas (11) y el art. 7 inc. e) y 9 in fine de la Ley 26.657).

Es importante tener en cuenta que la primera entrevista se realiza a solas con la persona, respetando su intimidad y la confidencialidad de los datos consultados, de acuerdo a lo establecido en el art 7 inc I de la Ley 26.657 y Art 22 de la CDPD, explicando el propósito de dicha entrevista con lenguaje sencillo para

que la persona pueda dar su consentimiento informado sobre la realización de la misma de acuerdo al art. 10 de la Ley 26.657. A partir de allí se evalúa la necesidad de relevar otras fuentes de información para la elaboración del sistema de apoyos, algún familiar o referente afectivo, el equipo tratante cuando existe, el curador, etc.

Ello en tanto el pedido de evaluación de capacidad jurídica remite necesariamente a evaluar las posibilidades del ejercicio de derechos (administrar bienes y patrimonio, cambiar su estado civil, votar, heredar, decidir sobre los servicios de salud, ejercer la patria potestad, por ejemplo) e identificar aquellas situaciones para las cuales, la persona necesitaría asistencia (de manera transitoria o permanente) para la toma de decisiones.

En muchas ocasiones hemos relevado que la necesidad subyacente no está relacionada con el ejercicio de la capacidad jurídica en particular cuanto con la necesidad de una red eficiente para que la persona desarrolle su autonomía. Algunos juicios no se inician siquiera para la protección de la persona, sino por lo que hemos dado en llamar “mitos psico-jurídicos”, desde los cuales se presume que el juicio es necesario para acceder a un beneficio económico asistencial o previsional, o al certificado de discapacidad o con la presunción de que la justicia podría resolver otras necesidades sociales o económicas de la persona que en realidad corresponden a las tareas de gestión que debe realizar un servicio sociosanitario. Según Franco Rotelli estos servicios deben garantizar la creación de condiciones concretas para que sus usuarios ingresen al contrato social (Rotelli, 2004).

Así, nuestros informes apuntan al conocimiento de la persona en cuanto a su historia de vida, proyectos, condiciones de accesibilidad, y la sugerencia de acciones que apunten al armado o el fortalecimiento en caso de existir, de una red social y/o familiar que constituya un sistema de apoyos que garantice el pleno ejercicio de la capacidad jurídica de toda persona.

Para ilustrar sencillamente una conclusión posible citamos el discurso de cierre de la película sobre la vida de Harvey Milk, político y activista norteamericano: *“Quiero que 5, 10, 100, mil personas se alcen, (...) les pido que el movimiento continúe porque no importa el beneficio personal, ni el ego, ni el poder, solo importa que las minorías estén ahí arriba, y no solo los gays, sino los negros, los asiáticos y los ancianos, los discapacitados, las minorías. Sin esperanza las minorías se rinden, ya sé que no se puede vivir solo de esperanza, pero sin esperanza no merece la pena vivir, así que tu y tu y tu, tienen que darles esperanza”*.

Las normas que fundan nuestra tarea, como tantas otras que se van incorporando al sistema jurídico en la Argentina y en otros países, van en la línea de sustituir la consideración de algunas personas como

peligros a excluir, objetos a proteger, someter o controlar, por el reconocimiento y la valoración de la diversidad humana como una riqueza para la comunidad que integran, por lo mismo es responsabilidad de todos que estos altos ideales reflejados en las leyes se vayan transformando en realidades concretas y tangibles. Como ha sucedido con los negros, la diversidad sexual, las mujeres, los derechos de los trabajadores; hoy ingresan al contrato social, legítimamente, las personas con discapacidad.

## Notas finales

1. Sancionada por unanimidad en ambas Cámaras, promulgada el 2 de diciembre de 2010, publicada en el Boletín Oficial el 3 de diciembre 2010, vigente en todo el país.
2. En este trabajo desarrollaremos en particular lo atinente a la capacidad jurídica.
3. El Código Civil se sancionó en el año 1869, a través de la Ley 340.
4. CELS conf. Arts. 377, 411, 413, y 475 del Código Civil.
5. International Disability Alliance (IDA), Principios para la implementación del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Ppio 7. Recuperado de <http://www.internationaldisabilityalliance.org/representation/legal-capacity-working-group/>
6. Comité para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad de la Organización de Estados Americanos, Observación General sobre la necesidad de interpretar el artículo I.2, Inciso B) In fine de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, en el marco del artículo 12 de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación General OEA/Ser.L/ XXIV.3., CEDDIS/RES.1 (I-E/11), 4 de Mayo de 2011, punto 3.
7. ONU, Asamblea General, Consejo de Derechos Humanos, A/HRC/10/48, 26/1/2009. Estudio temático preparado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos para mejorar el conocimiento y la comprensión de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, punto 45.
8. International Disability Alliance (IDA), Principios para la implementación del artículo 12 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Ppio 4.
9. Para mayor información sobre administración de sostén se sugiere el sitio web [www.personaedanno.it](http://www.personaedanno.it), a cargo de Paolo Cendon, autor del proyecto de ley original.

10. Incapacidad de entender y querer.
11. Asamblea General de las Naciones Unidas Resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991, texto integrante de la Ley 26.657.

## Referencias bibliográficas

- Biel Portero, I. (2010). *De la Sustitución al Apoyo de Capacidades: ¿El Fin de los Internamientos Forzosos? Perspectiva Internacional y Europea*. Presentado en el 1º Congreso Internacional sobre Discapacidad y Derechos Humanos, C.A.B.A., 10 y 11 de junio de 2010. Recuperado de <http://www.articulo12.org.ar>
- CELS, (2009). *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2009*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Cendon, P. (2007). Rafforzamento dell'amministrazione di sostegno e abrogazione dell'interdizione e dell'inabilitazione. *Persona e danno*. Recuperado de: <http://www.personaedanno.it>
- Cendon, P. & Rossi, R. (2008). ADS: La domanda di protezione. *Persona e danno*. Recuperado de: <http://www.personaedanno.it>
- Cifuentes, S. (1999). *Elementos de derecho civil, Parte general*. Buenos Aires: Editorial Astrea. 4ta edición actualizada y ampliada, 2da reimpresión.
- Cuenca Gómez, P. (2010). *La igualdad en la capacidad jurídica de las personas con discapacidad: algunas implicaciones del art. 12 de la CIDPD en el ordenamiento jurídico español*. Presentado en el 1º Congreso Internacional sobre Discapacidad y Derechos Humanos, C.A.B.A., 10 y 11 de junio de 2010. Recuperado de <http://www.articulo12.org.ar>
- De Leonardis, Ota (2011). Introducción. En. Appadurai, Arjun *Le aspirazioni nutrono la democrazia*. Milán: et al Ediciones.
- Foucault, M. (2008). *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Giddens, A. (1993). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Editorial Alianza Universidad.
- Lugano, Cl. (2002). El concepto de vida cotidiana en la intervención del Trabajo Social. En *Revista Margen N° 24*. Recuperado de <http://www.margen.org/>
- Olmo, J. P. y Martínez Alcorta, J. (2010). *Art. 12 CDPD: Medidas de Apoyo y de Salvaguardia. Propuestas para su Implementación en el Régimen Jurídico Argentino*. Presentado en el 1º Congreso Internacional sobre Discapacidad y Derechos Humanos, C.A.B.A., 10 y 11 de junio de 2010. Recuperado de <http://www.articulo12.org.ar>
- Rotelli, F. (2004). Foucault, Trieste e Totò. Recuperado de <http://www.redsaludmental.org/docs/Foucault%20Trieste%20y%20Tot%C3%B3.pdf>
- Rotelli, F. (1993). Re-habilitación. Recuperado de <http://www.redsaludmental.org/docs/RE-1.pdf>
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. Presentado en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental; I Jornadas Provinciales de Psicología; Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de Hoy, 7 y 8 de octubre 2005, Posadas, Misiones.



# Relato de una experiencia en salud mental comunitaria: cuando de la niñez se trata

**Programa de Atención Comunitaria de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos (PAC) Dirección de Salud Mental. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires**

**Alejandra Barcala, Patricia Álvarez Zunino, Julio Marotta, Vicente De Gemmis, Valeria González, María Florencia Brown, Graciela Rajnerman, Sandra Calvo, Noris Pignata, Flavia Torricelli.**

## **Necesidades que fundamentaron la creación del programa**

Diversas investigaciones en sistemas y servicios de salud que llevamos a cabo en la Ciudad de Buenos Aires un equipo de investigación formado por profesionales del Hospital de Día Infantil “La Cigarra” perteneciente al Centro de Salud Mental N°1 e investigadores pertenecientes a la Universidad de Buenos Aires en el marco de un Proyecto UBACyT con sede en la Facultad de Psicología, demostraron que durante el período 1995-2005 hubo un aumento de las problemáticas psicosociales en la niñez, así como de las consultas de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos.

Esta nueva demanda evidenció la insuficiencia de servicios para brindar los cuidados de salud necesarios y las importantes barreras en la accesibilidad a los mismos, dada la complejidad del padecimiento que presentaban los niños, niñas y adolescentes con sufrimiento psicosocial. Tales barreras se expresaban –desde el sistema de salud– en la insuficiente cantidad de equipos que trabajaran de manera interdisciplinaria, en una deficitaria capacitación dentro de los equipos, en la escasa detección temprana de trastornos menta-

les severos, e inclusive en los tiempos de tratamiento que el propio sector salud estipula para dar respuesta al sufrimiento psíquico. A estas situaciones se agregaban además las dificultades que experimentaban los equipos para la implementación de estrategias de inclusión en la comunidad de estos niños, niñas y adolescentes. Por otra parte, entre 1993 y 2005 se duplicaron las internaciones psiquiátricas de los mismos y se prolongaron los períodos de internación dada la ausencia de dispositivos terapéuticos territorializados en donde pudieran continuar los tratamientos, y de lugares de alojamiento subjetivantes, no asilares, cuando no contaban con familia.

El diagnóstico de situación al que habíamos arribado –tras varias investigaciones– ponía en relieve por un lado la escasez de respuestas sanitarias estatales a la totalidad de la demanda que se presentaba y por otro un lesionante proceso de inequidad que estaba dejando desamparados a niños, niñas y adolescentes con profundas necesidades de cuidado integral. Esto nos interpelaba como efectores del sistema de salud y siendo entonces parte activa del proceso salud-enfermedad-cuidado nos situaba ante la necesidad de construir otros puentes en la accesibilidad a los cuidados de salud.

En el marco de este escenario, la creación del Programa de Atención Comunitaria a niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos - PAC (Resolución 1175 del año 2007 Ministerio de Salud GCBA) fue iniciativa de un grupo interdisciplinario de profesionales que a partir de las necesidades relevadas, lo diseñaron, lo consensuaron con la Red de Servicios de Salud Mental de Niños de la Dirección de Salud Mental y lo presentaron a las autoridades logrando su inclusión en el organigrama del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad, colocando en agenda la problemática de la niñez con grave sufrimiento psíquico. La creación del programa partió de la detección concreta de dificultades ubicables dentro del propio sistema de salud, la experiencia clínica sostenida en el subsector público, relevamientos estadísticos y la investigación académica de corte más analítico y cualitativo. La transferencia de estos conocimientos que incluyeron una doble e imbricada articulación entre las condiciones singulares de cada niño/a y las condiciones macro sociosanitarias hicieron posible el diseño del programa.

La mayor vulnerabilidad se evidenció en niñas y adolescentes privadas de cuidados parentales que padecían discapacidad mental, que estaban en situación de calle, y/o estaban embarazadas y/o con hijos pequeños, que consumían PACO o eran víctimas de violencia y abuso, las que requerían una respuesta por parte de los servicios de salud a sus necesidades.

Según el "Acta Compromiso: Relevamiento de Niños, Niñas y Adolescentes sin cuidados parentales en la República Argentina"-iniciativa, implementada durante el año 2010 y 2011, realizada mediante un trabajo en conjunto con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Universidad de La Matanza en nuestro país hay 14.675 niños, niñas y adolescentes privados de cuidados parentales, sobre un total de 12.333.747. En la Ciudad de Buenos Aires muchos de ellos (alrededor de 900 niños y niñas) se encuentran institucionalizados. Esto llevó a la Dirección de Niñez (GCABA) a solicitar la colaboración del PAC tanto para la capacitación de los equipos de supervisión de los hogares donde se encontraban institucionalizados los niños, niñas y adolescentes, así como para la implementación de estrategias de cuidados integrales. Según datos de CIOBA (Centro de Información de las Organizaciones de la Ciudad de Buenos Aires, Guía de Servicios Sociales 2011), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tiene convenio con 40 hogares, y posee un solo hogar propio en funcionamiento.

De acuerdo al Informe de la Asesoría General Tutelar de la C.A.B.A. (2011) en el marco de un relevamiento realizado por ese organismo en relación con los niños y niñas alojados en distintas instituciones de esa jurisdicción -respecto del acceso a la oportuna y adecuada educación- se constató que el 30% de las instituciones aloja a niños sin escolaridad formal. Este

problema registra niveles más altos para las modalidades de "atención especial", "atención integral de la salud mental", "atención de necesidades especiales", "paradores" y "comunidades terapéuticas". Vale decir que el cuidado integral de los niños ya sea desde el plano de la salud como de la educación -ambos polos e instituciones que resultan esenciales en la infancia- es aún una deuda pendiente para con este colectivo que reclama ser incluido y ser protegido y no desde respuestas que ratifiquen su exclusión.

## Objetivos del Programa

El PAC se propone brindar cuidados integrales a niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos o en situación de vulnerabilidad psicosocial, ampliando las alternativas de atención de las familias que consultan en los servicios de salud u otras áreas gubernamentales.

Se trata de un dispositivo cuya intención es garantizar el derecho a la salud en el marco del paradigma del Sistema de Protección Integral, tal como lo plantea la Convención Internacional de los Derechos del Niño, la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral, la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental; y las Leyes N° 114 y N° 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires.

Sus objetivos son:

- detectar tempranamente e intervenir en forma precoz con el fin de evitar mayores niveles de sufrimiento.
- promover el funcionamiento e integración intersectorial para el abordaje de estas problemáticas complejas.
- construir y organizar una red comunitaria para la atención e inclusión social de niños y niñas con vulnerabilidad psíquica y social que, desde una perspectiva territorial, favorezca la integración, la autonomía y la calidad de vida de los niños /as y sus familias.
- evitar la internación de niños, niñas y adolescentes a través de la sustitución de los servicios asilares por otras estrategias de atención.
- realizar acciones de capacitación para los profesionales y de sensibilización a la comunidad para la aceptación y el respeto de las diferencias, estimulando la creación de lazos solidarios.
- desarrollar acciones de apoyo tendientes a orientar a la mejora de las condiciones de vida de las familias de niños, niñas y adolescentes con sufrimiento psíquico.
- promover la participación directa de los ciudadanos -asociaciones de padres, organizaciones de la sociedad civil y cooperativas- en el diseño, gestión y realización de las actividades.
- realizar investigaciones referentes a la evaluación del Programa e impacto de sus acciones.

## Población a la que está dirigido

El programa está dirigido a los niños, niñas y adolescentes de hasta 15 años con trastornos mentales severos o problemáticas complejas que reciben atención y/o consultan en los efectores dependientes del Ministerio de Salud u otras áreas del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En los últimos años la edad se ha ampliado hasta los 18 años.

Desde una perspectiva de derechos brinda **cuidados en salud mental** a la población infantil de mayor nivel de vulnerabilidad psico-social en la Ciudad de Buenos Aires.

Al no tener un plazo máximo de atención **permite** la continuidad de un abordaje en salud mental mientras el niño y niña lo necesiten, incrementando de este modo las posibilidades actuales de los servicios de salud mental hospitalarios a dar respuesta a los niños y niñas con intenso padecimiento subjetivo.

## Fundamentos del Programa

El PAC da respuesta a los padecimientos psicosociales de la población infantil en el medio familiar y comunitario. Es un programa que por la metodología de abordaje territorial e integral del padecimiento de salud mental se propone fortalecer el funcionamiento del Sistema de Protección Integral de Derechos, ya que convoca a todos los actores relevantes para el niño/a que son responsables de su cuidado y protección, más allá de la relación biológica o de afectividad con el mismo.

Considera al niño/a como un sujeto de derechos, en lugar de pensarlo como objeto de estudio y tratamiento, portador de una patología. El modo de abordaje respecto a los niños, niñas, adolescentes propuesto por el Programa de Atención Comunitaria implica una concepción de sujeto que lo aleja de una mirada objetivante que ve en estos mismos niños, niñas y adolescentes “enfermos a ser curados”. La singularidad de cada uno de los abordajes construye no solo una especificidad de la óptica de trabajo, sino también propone un modo de pensar a los niños, niñas y los adolescentes. Para ello, el psicoanálisis ha sido el esquema referencial teórico-clínico y operativo que ha posibilitado escucharlos, reflexionar sobre cada una de sus necesidades y aunar junto con la perspectiva de derechos la construcción de una respuesta más adecuada.

El diseño del PAC respetó los principios éticos y clínicos sobre el padecimiento de niños, niñas y adolescentes conjuntamente con los problemas y las dinámicas de integración-exclusión social contemplados por el Programa Especial para la Atención Comunitaria del Trastorno Mental Severo (PEAC) ideado y propuesto por Emiliano Galende en el año 2002, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El PAC plantea entonces una mirada integradora, descentrando lo psicopatológico como el eje principal a ser abordado. Así proponemos la idea de “situaciones complejas”, incluyendo otras áreas vitales para el crecimiento y desarrollo de los niños, niñas y adolescentes. Nos referimos a lo familiar, escolar, subjetivo, social. Es un programa que busca enriquecerse constantemente de diferentes miradas y disciplinas, complejizando las estrategias de abordaje. De este modo, las acciones se articulan alrededor de tres ejes fundamentales: la atención interdisciplinaria, la conformación de redes y la capacitación de recursos humanos.

El trabajo en RED intenta favorecer y fomentar la organización de los servicios cercanos a los destinatarios, superando la estratificación por niveles de atención. Por ello es central la conformación de la Red intrasectorial e intersectorial a partir de la creación del PAC para brindar los cuidados especiales a niños niñas y adolescentes en situaciones de gran vulnerabilidad desarrollando colectivamente estrategias tendientes a maximizar las potencialidades de cada uno desde un abordaje integral. En este sentido ha reunido esfuerzos y compromisos en una tarea de responsabilidad compartida entre diversos sectores del sector público (salud, educación, justicia, desarrollo social) y de la sociedad civil, a través de acuerdos de trabajo así como la participación de usuarios en torno a la construcción de alternativas para dar respuesta a una importante demanda social: la de una población que históricamente ha sido desalojada de los espacios de educación, salud y comunitarios.

Al poner énfasis en la atención comunitaria, el PAC, ayuda a los sujetos más vulnerables, con riesgo de perder su inserción y producir directa o indirectamente una demanda de institucionalización a enlazar y construir puentes con su medio para colaborar en la resolución de las problemáticas propias y favorecer procesos de inclusión, evitando -de este modo- los fenómenos de derivas institucionales que son representante del rechazo y no alojamiento de un sujeto con sufrimiento psíquico.

La modalidad del programa permite integrar a sujetos con capacidades diversas, fomentando - en un espacio de atención a los niños, niñas y adolescentes con padecimientos mentales- la diversidad y la no discriminación e incluyendo una perspectiva de género.

Todas las acciones del Programa tienen como eje central ser una alternativa a la institucionalización psiquiátrica de niños, niñas y adolescentes con padecimiento psicosocial, evitando de este modo el encierro, que constituye hoy la situación de mayor vulneración de derechos que sufren los niños, niñas y adolescentes en la Ciudad.

El PAC es una propuesta que se enmarca entonces, en el campo de la salud mental comunitaria con énfasis

sis en la perspectiva de derechos y la perspectiva de género. Responde a los siguientes criterios:

- a) *Criterios de selección de Buenas Prácticas* basados en los estándares internacionales desde una perspectiva de derechos: Criterios de UNICEF (WorldForum'04. Foro Mundial sobre planes nacionales de acción para la infancia. Buenas Prácticas en el Marco de la CIDN, 2004): Efectividad de los derechos, Integralidad e Interdependencia de los derechos, Responsabilidades compartidas, Participación, Universalidad, No discriminación, Sostenibilidad e Incidencia y
- b) *Criterios de Buenas Prácticas de la Red de Intercambio de Buenas Prácticas en el campo de los Servicios Sociales, de Salud de Base y Salud Mental* de la Agencia de Salud de Trieste (ASS1), -Centro de colaboración de OMS/OPS para la Salud Mental- y la Región Friuli Venecia Giulia (FVG): Transformación de las instituciones y de los servicios hacia una perspectiva territorial, intersectorialidad de las intervenciones (activación de políticas integradas) y centralidad de los niños, niñas y adolescentes y de su contexto (y no centralidad de la enfermedad o del déficit).

## Acciones del programa

El PAC nos permite brindar cuidados integrales a niños, niñas y adolescentes con padecimiento subjetivo severo. Realizamos un abordaje clínico y social para la atención personalizada de cada uno de los niños, niñas y adolescentes según sus necesidades específicas.

Ofrecemos atención psicológica, psiquiátrica, psicopedagógica y estrategias de inclusión social a partir de la construcción de un proyecto singular personalizado de acuerdo a los intereses y posibilidades de cada niño/a, enfatizando el trabajo de fortalecimiento y acompañamiento familiar. También se realizan abordajes grupales y talleres de reflexión de elaboración compartida acerca de situaciones singulares de cada uno de los/las integrantes.

Desarrollamos acciones para fortalecer y acompañar los vínculos familiares de los niños, niñas y adolescentes que -en muchos casos- ven amenazada su continuidad dado el desamparo social en que la mayoría de sus familias se encuentran. Esta tarea es llevada a cabo a partir del espacio de construcción colaborativa de estrategias de apoyo y contención al niño/a y a su familia. Estas actividades tienen como objetivo contextualizar al niño/a, además de identificar adultos de sostén que puedan acompañarlo a lo largo del tratamiento, y se constituyan en referentes válidos para cualquier estrategia de vida integrada en la comunidad.

Nuestro quehacer apunta no solo al nivel de la trama familiar, sino desde una perspectiva transubjetiva ya que incluimos el nivel social en que dicha familia se

encuentra. Trabajamos creando o fortaleciendo el lazo social, para lo cual hacemos visitas domiciliarias en los casos que se requieran, no solo con el objetivo de tomar contacto con el hábitat, sino también como ayuda en la construcción del vínculo.

Trabajamos en forma conjunta con las escuelas en la creación de estrategias comunes para cada momento particular en que los niños, niñas y adolescentes se encuentran. Aludimos a la especificidad del caso por caso, buscando la singularidad de cada una de las situaciones que se nos presentan. Intentamos desarrollar, crear los modos de acercamiento más adecuados a la tarea escolar. Esta tarea posibilita la inclusión de muchos niños, niñas y adolescentes en las distintas modalidades del sistema educativo que de otro modo no hubiera sido posible.

Desde el Programa se realizan acciones destinadas a mejorar la oportunidad de los niños, niñas y adolescentes privados de cuidados parentales e institucionalizados en hogares a acceder al cuidado y al acompañamiento necesario. Realizamos -con cada uno de ellos- un trabajo de historización y elaboración simbólica de los traumatismos sufridos. Nos proponemos favorecer el proceso de desinstitucionalización, a partir de estrategias de recuperación de los lazos familiares, fortalecimiento familiar y acompañamiento de las niñas y adolescentes en la reconstitución de esos vínculos cuando es posible, así como acompañando los procesos de adopción o implementando estrategias de externación asistidas cuando son mayores de edad. Trabajamos en la constitución de una filiación tardía elaborando tanto la fantasmática como los miedos que surgen por parte de los padres adoptantes como por parte de los niños a ser adoptados. Abordamos el trabajo con grupos de hermanos, que en varias oportunidades es la única referencia familiar de muchos de los niños, niñas y adolescentes. Consideramos el abordaje sobre el vínculo fraterno como dador de pertenencia y a su vez posibilitador de la inscripción del niño/a en un linaje.

Con respecto a las adolescentes embarazadas institucionalizadas en *hogares maternos* pertenecientes al Gobierno de la Ciudad, implementamos en conjunto con la Fundación Kaleidos<sup>(1)</sup> un equipo de intervención temprana que tiene como finalidad fortalecer la relación afectiva de las adolescentes embarazadas o que son madres con sus hijos, promoviendo un adecuado desarrollo evolutivo de ambos, y una mejora en la calidad del vínculo a través de un acompañamiento personalizado en la crianza y en el proyecto educativo y/o laboral personal de la adolescente madre.

Muchos niños y niñas en situación de vulnerabilidad psicosocial, en especial los niños privados de cuidados parentales, que consultan en el PAC están en un riesgo constante de quedar fuera del juego social, dificultando su posibilidad de tener experiencias vita-

les saludables. Intentamos de la manera más creativa brindar dichas experiencias que hacen a la situación de infancia. Favorecemos también la posibilidad de elaborarlas, intentando entamarlas tanto en el día a día como en la historia de cada niño/a o adolescente. Esta tarea es llevada a cabo en articulación con otros organismos favoreciendo el armado de un proyecto identitario que intentamos no quede necesariamente basado en el déficit o en la patología.

Para la atención integral y la inclusión social, en cada situación se implementa un dispositivo en RED que convoca a la construcción colectiva de estrategias interdisciplinarias e intersectoriales en las que se implican actores de instituciones educativas, de salud, de desarrollo social, organismos de protección de derechos, organismos de la sociedad civil y los niños, niñas y adolescentes y sus familias y/o referentes, recuperando el valor de las redes comunitarias como favorecedoras de la integración, la autonomía y calidad de vida. De este modo se construye un dispositivo de corresponsabilidad en las estrategias que incluye a todos los actores sociales; y donde resulta central la consulta a los niños, niñas y adolescentes y la escucha de su opinión. Se trata de un trabajo colectivo entre distintos actores estatales, organizaciones del tercer sector y las familias para garantizar el acceso de los mismos a sus derechos.

El programa realiza también actividades culturales y expresivas con el objetivo de favorecer y promover la participación social de niños, niñas y adolescentes y establecer instancias mediadoras con el sistema educativo. Mediante diferentes herramientas expresivas y disciplinas artísticas se producen efectos terapéuticos y se favorece el proceso de socialización. Estas actividades y talleres (taller de radio, taller de restauración de edificios y muebles históricos, taller expresivo artístico entre otros) incluyen a niños, niñas y adolescentes con y sin padecimiento de trastornos mentales severos con el objeto de promover la inclusión social. Todos los años organizamos en el zoológico el festejo del Día del Niño donde participan más de 500 niños y niñas de la Ciudad. El objetivo de este encuentro es la difusión de derechos. Pretende aportar a la comprensión y valorización de la diversidad de la niñez y promover la sensibilización y solidaridad, evitando la estigmatización y discriminación, y favoreciendo actitudes positivas en relación al reconocimiento y la aceptación de las diferencias. Es una de las tareas de sensibilización a la comunidad para la aceptación y el respeto de las diferencias, y la construcción de prácticas inclusivas, estimulando la creación de lazos solidarios.

En síntesis, todas las actividades del PAC tienden a respetar el criterio de territorialidad y a evitar la institucionalización psiquiátrica de niños, niñas y adolescentes al abordar tempranamente las situaciones

complejas en el medio social y familiar donde suceden, al mismo tiempo que participamos en los procesos de desinstitucionalización de los niños y niñas alojados en *hogares de discapacidad o de salud mental* junto con organismos de Desarrollo Social, el Consejo de Derechos de niños, niñas y adolescentes y la Asesoría Tutelar de Ministerio Público de la Ciudad en la implementación de estrategias de externación de niños, niñas y adolescentes.

En el marco del Programa se realizan anualmente cursos de capacitación a diferentes actores sociales que trabajan en el campo de la niñez en diversos sectores gubernamentales. Anualmente rotan residentes y concurrentes psicólogos y psiquiatras del GCBA para recibir formación y experiencia práctica en Atención Primaria de la Salud y Salud Mental. También participan de estas capacitaciones alumnos de grado y posgrado de la Universidad de Buenos Aires, UCES (Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales) y la Universidad de Belgrano, con el objeto de transferir posteriormente esta experiencia en otros ámbitos. Se trata de una capacitación que incluye la experiencia de lo interdisciplinario y la articulación intersectorial no de manera teórica sino en la praxis misma, permitiendo la incorporación de esta tarea como modalidad privilegiada desde la cual partir y operar en toda situación de vulnerabilidad psicosocial. Con la expectativa de multiplicar este modo de trabajar en sus lugares de pertenencia laboral se han capacitado más de 250 profesionales desde que se ha creado el Programa. Consideramos que es desde la propia vivencia de una praxis transformadora que es posible la transferencia de dicha práctica.

## Recursos

---

El programa depende de la Dirección de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y tiene sede en el Centro de Salud Mental N°1. Los recursos físicos y humanos del equipo de base se sustentan con el aporte del gobierno de la Ciudad.

El trabajo está a cargo de un equipo interdisciplinario formado por 6 psicólogos, 3 médicos psiquiatras infantojuveniles, 1 abogado, 2 psicopedagogos, 1 trabajador social y 1 asesor médico psicoanalista. Además cada año se integran al equipo durante 9 meses, 16 residentes psicólogos y médicos psiquiatras y 3 concurrentes psicólogos que se encuentran realizando su formación en hospitales del Gobierno de la Ciudad y rotan por el mismo con el objeto de recibir capacitación en APS y salud mental, y luego transferir la experiencia a sus hospitales de base. También lo componen 7 psicólogos pasantes pertenecientes al Centro de Salud Mental N°1. En los últimos dos años, la madre de uno de los niños bajo programa, quien además pertenece a la Red FUV (Red de familiares, usuarios y

voluntarios por los derechos humanos en salud mental) se incorporó como miembro del equipo.

Para ampliar la cobertura en salud y garantizar un mayor acceso a los servicios de salud mental de las niñas y adolescentes institucionalizadas desde el año 2010 trabajamos en alianza con el *Programa de extensión "Niños y niñas privados de cuidados parentales"* de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires para la realización de los tratamientos terapéuticos de los niños y niñas bajo Programa que se encuentran alojados en hogares pertenecientes a la Dirección de Niñez del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. El Programa está compuesto además por 15 psicólogos que trabajan supervisados por los dos coordinadores del mismo. El trabajo articulado con este Programa de extensión universitaria promueve además una formación en servicio ligada a la temática de niños institucionalizados en hogares <sup>(2)</sup>.

Como respuesta a la necesidad específica de atención integral a la problemática de maternidad y primera infancia en situación de vulnerabilidad psicosocial constituimos un equipo específico en el marco del Programa en alianza entre el sector público y una organización no gubernamental: *la Fundación Kaleidos*, quien cooperó con recursos humanos: una psicóloga, una operadora social y un supervisor clínico para este trabajo particular, así como con la infraestructura para las capacitaciones de todo el Programa.

La cooperación con la ONG *La casona de los Barriletes/CETTAD/ Espacio abierto* posibilitó, además de un trabajo articulado cotidiano con niños y adolescentes con vulnerabilidad psicosocial, contar con un trabajador social incluido en el equipo.

Organizamos la Red de niños, niñas y adolescentes con trastornos mentales severos para la atención e inclusión social de niños y niñas con sufrimiento psíquico nucleando a los distintos servicios que integran el área de salud, educación, justicia y el Consejo de Derechos de niños, niñas y adolescentes para poder abordar dichas problemáticas. Esta Red que se enmarca en la Dirección de Salud Mental se reúne mensualmente desde el año 2007 y ha realizado actividades conjuntas de capacitación y asistencia y elaboración colectiva de respuestas para aquellas situaciones problemáticas que lo requirieran.

Para la realización de las actividades culturales y talleres, diversas instituciones de la niñez como el zoológico de Buenos Aires, La linterna mágica (espacio cultural de cine) en la Ciudad Cultural Konex y la escuela secundaria técnica ORT (taller de radio) brindan infraestructura edilicia y recursos humanos.

Con el objetivo de garantizar el criterio de territorialidad y favorecer la accesibilidad a los servicios de salud, se encuentran en proceso de implementación -para el primer semestre del año 2012- tres nuevos dispositivos interdisciplinarios de trabajo, cuyas sedes

son centros de salud y acción comunitaria en las zonas y comunas más vulnerables de la Ciudad: Villa Lugano, Bajo Flores y Boca- Barracas. Se aprobaron la asignación de recursos para la contratación de psiquiatras infantiles, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y psicólogos para conformar equipos tendientes a la ampliación y el fortalecimiento del primer nivel de atención a partir de un modelo de atención comunitaria en salud mental.

## Logros alcanzados

Desde el año 2007 hasta la actualidad brindamos atención y cuidados a más de 550 niños, niñas y adolescentes con padecimiento psicosocial y sus familiares a partir de la puesta en marcha de un dispositivo de atención que favorece la accesibilidad a los cuidados de salud necesarios de un grupo vulnerable de niños, niñas y adolescentes abordando sus necesidades diferenciales. De este modo se incrementó la capacidad de respuesta de los servicios de salud mental públicos en la Ciudad en los últimos 5 años. Vale decir que el objetivo de contribuir a mejorar la accesibilidad de niños y niñas con sufrimiento psicosocial -objetivo señalado como principal desde su gestación se halla en gran medida cumplido.

Por otra parte, el impacto social que el Programa ha tenido incluye no solo la atención directa y cuidados de la salud de los niños, niñas y adolescentes y sus familias sino también indirectamente a las escuelas, instituciones y actores sociales y todos los miembros que han participado en las estrategias compartidas.

En el marco de una complejidad propia de un medio urbano con altos niveles de desigualdad, violencia y fragmentación institucional, el abordaje que contempla y alberga la complejidad en el análisis de cada una de las problemáticas, tiene un efecto innovador, dado que es a partir de la construcción de una estrategia colectiva, conjunción de esfuerzos, experiencias, conocimientos y herramientas provenientes de diferentes campos disciplinarios y sectores que son elaboradas las respuestas y las estrategias para cada niño/a y cada situación problemática. El proceso ha incluido la participación directa y la perspectiva de los niños, niñas y adolescentes, sus familiares y/o referentes, y las organizaciones de la sociedad civil en el diseño, gestión y realización de las actividades.

Este trabajo en Red en el que participaron más de 200 instituciones ha sido multiplicador y transformador de las prácticas en la Ciudad de Buenos Aires hacia un modelo de atención integral, territorial, respondiendo tanto a una perspectiva de derechos como al nuevo paradigma propuesto por la legislación vigente.

Esta modalidad de abordaje superadora de la dicotomía (salud-enfermedad y prevención-atención) que elabora estrategias desde una concepción de "inte-

gralidad” y deja de lado la descontextualización de la práctica, da lugar a una praxis territorializada. Todo este proceso está en sintonía con las propuestas y los lineamientos sugeridos por los Organismos Internacionales (OMS/OPS). Dichos postulados (que jerarquizan radicalmente el primer nivel de atención) promueven prácticas que den respuesta al sufrimiento de la gente para poder subvertir el famoso problema denominado “desequilibrio 10/90”, que ha obligado a reorientar la agenda de la política de investigación en salud hacia los problemas de salud que realmente son prioritarios en las poblaciones en particular en los países emergentes. Entre los lineamientos que señalan los Organismos Internacionales a las diferentes regiones se encuentra: garantizar la equidad, poner en marcha la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Para ello propone crear sistemas sanitarios de calidad que contemplen la complejidad de los determinantes psicosociales y se centren en la Atención Primaria de la Salud. Desde ese punto de vista la existencia de un Programa de Atención Comunitaria con sede en el primer nivel de atención también ve cubierto el objetivo propuesto en torno de seguir los lineamientos y estándares previstos para una buena praxis atenta a las reales necesidades y demandas de la población.

Considerando particularmente la situación de vulnerabilidad psicosocial, se favorece especialmente la atención a los niños, niñas y adolescentes privados de cuidados parentales. Más del 10 % de estos niños, niñas y adolescentes institucionalizados en la Ciudad (en total rondan los 900) son atendidos en el PAC, siendo en su mayoría mujeres. La perspectiva de igualdad de género se encuentra incluida en la propuesta de integralidad del PAC. De la totalidad de consultas al PAC provenientes de hogares convivenciales y terapéuticos, el 75 % corresponde a mujeres.

Entre los cambios cualitativos a través de las diferentes acciones: se pudieron evitar internaciones y abuso de medicación psiquiátrica, colaborando a una mayor inclusión en los espacios sociales a través de una lucha contra la estigmatización y la patologización de la niñez.

EL PAC es un dispositivo de consulta de parte de diversos organismos del Estado nacional o provincial colaborando con distintas provincias en la elaboración conjunta de estrategias que transmiten la modalidad y fundamentos de la experiencia del programa con sede en CABA. Desde un funcionamiento en Red se fomentan y acompañan la creación de nuevos dispositivos de atención basados en los criterios del Programa.

El programa ha favorecido la capacitación de recursos humanos en especial residentes y concurrentes de salud mental del GCBA ampliando los recursos profesionales para la atención de los niños y niñas con padecimientos subjetivos graves y, brindando un aprendizaje en servicios y una formación en un dispositivo

que forma parte de un paradigma de salud mental contemplado en las leyes vigentes (Ley de Salud Mental 26.657 y Ley de Protección Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes 26.061). Permite que los profesionales que rotan por el mismo, incorporen conocimientos teórico-prácticos sobre la atención de salud mental comunitaria a niños y niñas.

El mayor desafío actual del PAC consiste en la activación, avance y consolidación de políticas sociales integradas así como la adecuación de los marcos jurídicos existentes a las respuestas institucionales para garantizar el derecho a la salud y a los cuidados adecuados favoreciendo la accesibilidad, no discriminación, universalidad, equidad.

El PAC ha sido seleccionado como nodo en la Argentina de la *Red Internacional de Intercambio de Buenas Prácticas en el campo de los Servicios Sociales, de Salud de Base y Salud Mental* con sede en Italia.

Se ha constituido en el último año como una de las instituciones de referencia -en la Argentina- del Proyecto Laboratorios Sociales. Trabajando en red con los que ya funcionan en Francia (con el respaldo de Paris VIII); en Trieste (Italia) y en Fortaleza (Brasil) -bajo la Dirección del Dr. Miguel Benasayag- pretende capitalizar estos recorridos bajo la óptica privilegiada que ofrecen los dispositivos de investigación-acción en la producción de conocimientos acerca de los determinantes sociales del sufrimiento psíquico contemporáneo, desde los nuevos paradigmas epistemológicos que se promueven desde los Laboratorios Sociales.

Ha recibido además los siguientes premios:

- Año 2008: **Premio Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.** Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psicología **”Programa de Atención Comunitaria a niños/as y adolescentes con trastornos mentales severos: “una construcción que articula la experiencia clínica, la investigación académica y su transferencia al sistema sanitario”.** Autores: Alejandra Barcala, Flavia Torricelli, Patricia Álvarez Zunino, Julio Marotta. Este trabajo fue publicado en la Revista Vertex 2009 Jul-Ag; 20(86):282-92. Buenos Aires, Argentina
- Año 2010: Segunda Mención **Premio a la Mejor Comunicación Científica** en el XXVI Congreso de la Asociación de Psiquiatría Argentina (APSA). **“Diseño e implementación de un Programa de Atención Comunitaria para niños y adolescentes con trastornos mentales severos”.** Autores: Julio Marotta, Flavia Torricelli, Alejandra Barcala, Patricia Álvarez Zunino.

## Evaluación del Programa

Actualmente el Programa es objeto de evaluación de un proyecto de investigación financiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires (Programación científica 2011-2014) cuyo pro-

pósito es monitorear las acciones del PAC, contribuir a construir conocimientos y concebir evidencia empírica para la planificación en salud mental tendientes a mejorar y/o transformar procesos de atención orientados a favorecer la equidad en salud.

En el año 2010 el equipo de investigación del Programa realizó una evaluación cuyo objetivo fue valorar la integralidad de las acciones diseñadas y desarrolladas poniendo énfasis en la inclusión social de los niños, niñas y adolescentes, así como en el desarrollo de estrategias de territorialización, accesibilidad, adecuación y articulación intersectorial. Entre los resultados preliminares se observó: 1) un incremento anual de 41% de las consultas en los primeros dos años 2) la extensión de la edad de consulta de 15 a 20 años, 3) La ampliación de la cobertura incluyendo situaciones de mayor complejidad: violencia contra los niño/as y adolescentes, embarazo y maternidad adolescente, niños, niñas y adolescentes con discapacidad institucionalizados en hogares que en-

contraban barreras de accesibilidad importantes en los dispositivos tradicionales.

El vínculo con las Universidades y la incorporación de integrantes del PAC en proyectos de investigaciones en sistemas y servicios de salud favorecen el proceso de construcción de conocimientos a partir del procesamiento metodológico de la experiencia clínica cotidiana y la transferencia inmediata sobre los servicios de salud. Además la sistematización de la práctica de estos años permite analizar las necesidades de salud mental de los niños, niñas y adolescentes así como pensar propuestas superadoras de atención en salud mental.

---

## Notas finales

- 1. Fundación Kaleidos a través de Programa Jakairá a cargo de Dr. Ricardo Gorodich, programa destinado a adolescentes madres y padres.
- 2. Dicha tarea es coordinada por Dr. Carlos Tkach y supervisada además por Lic. Fabiana Issa.



## Entrevista a Alberto Sava y a Liliana Cobe

---

**Alberto Sava: Artista. Fundador del Frente de Artistas del Borda. Psicólogo Social. Presidente de la Red Argentina de Arte y Salud Mental**

---

**Liliana Cobe: Actriz. Directora Teatro. Psicóloga Social. Secretaria de la Red Argentina de Arte y Salud Mental.**

---

**Entrevista realizada por María Teresa Lodieu y Susana Yacobazzo**

Fecha: 7 de marzo 2012

---

Salud Mental y Comunidad: Quisiéramos que nos informen sobre la situación actual del Frente de Artistas del Borda, qué están haciendo, y después que nos relaten un poco la historia del Frente de Artistas.

**Alberto Sava (A.S.):** El Frente de Artistas del Borda (FAB) en este momento está funcionando dentro del hospital. El Hospital Borda es un hospital de hombres, donde viven 800 personas.

Nosotros como Frente Artista no pertenecemos legalmente a la institución, o sea nunca nos reconoció el Hospital Borda dentro de la estructura, ¿esto qué sig-

nifica? Significa que no tenemos recursos, ni humanos, ni técnicos, ni económicos, ni presupuesto. ¿Y eso por qué sucedió? Sucedió porque nosotros desde el Frente de Artistas del Borda tuvimos siempre una postura en favor de la desmanicomialización, la desinstitucionalización de la locura y el hospital está como en la vereda del frente, si bien no nos prohíbe la actividad no nos apoya.

El Frente de Artistas del Borda está estructurado con un encuadre de trabajo, donde lo fundamental de ese encuadre es la construcción del proyecto entre todos, cuando digo entre todos me refiero a las personas que viven dentro del hospital, las personas que se van a atender que vienen de afuera del hospital, o sea

lo que se llama usuarios, pacientes, los internados, externados y ambulatorios, y también las personas que coordinan las actividades del Frente de Artistas del Borda, que son generalmente artistas, psicólogos y psicólogos sociales.

Ese proyecto del Frente de Artistas del Borda lo pensamos, lo discutimos, lo debatimos y lo votamos entre todos, en un espacio colectivo que se llama la asamblea. Esa asamblea fue el órgano fundante del Frente de Artistas del Borda, donde ahí se pensó hasta el nombre: Frente de Artistas del Borda. *Frente* por estar frente a una realidad y cambiarla, *Artistas* porque queremos ser artistas, no “loquitos que hacen cualquier cosa”, sino formarnos como artistas, y *Borda*, bueno, fue un debate intenso pero se llegó a la conclusión de que teníamos un problema con Frente de Artistas del Borda pero para dignificar esa imagen que tiene la palabra Borda, se decidió llamarse así.

En este momento, el Frente de Artistas del Borda lo constituyen 12 talleres, de los cuales 10 son de arte, y los otros 2 no artísticos, uno es de Periodismo y Comunicación, se organiza una revista, se producen materiales para presentar en radio, TV, etc., y otro taller que se llama Desmanicomialización, que es un taller conceptual, teórico, donde nos formamos conceptualmente y teóricamente sobre los objetivos del Frente de Artistas del Borda. Los demás talleres son circo, mimo, música, fotografía, teatro, plástica, literatura, expresión corporal y danza, murga, teatro participativo, en fin, en total son 10 talleres artísticos y 2 que no son. Esos talleres tienen la función de producir arte, coproducir, en el caso del periodismo, notas periodísticas, reportes, revistas, diarios, esa producción entra en un proceso creador, que debe ser presentado fuera del hospital.

Nosotros pensamos que si esa producción no circula fuera del hospital, el hospital lo traga, lo fagocita, y al mismo tiempo no se produce ese efecto desmanicomializador. El arte produce efectos desmanicomializadores en la medida en que salga esa producción artística, produce efectos en los artistas, en los usuarios, produce efectos dentro de la institución y produce efectos fuera de la institución. Decimos efectos desde lo subjetivo personal porque en general el manicomio, es un lugar donde se violentan todos los derechos humanos, se atrofian las voluntades, el deseo, la pasión, los vínculos, el arte lo que genera es que potencia todo eso, vuelve la gente a tener ganas, a tener deseo, voluntad, a vincularse con otros, entra en un proceso creador, entonces sale de esa posición de objeto a sujeto, de lo siniestro que es el manicomio a lo maravilloso que produce el arte.

Después el segundo efecto es institucional, porque en la medida en que la producción artística sale, sale la persona internada, el usuario, el paciente, que puede recuperar su voz, puede hablar, puede denunciar lo

que le pasa en el hospital y eso que finalmente repercute afuera vuelve al hospital, genera dentro del hospital un gran lío, los que están a favor de los procesos de cambio y los que quieren que todo siga como está.

Y el tercer efecto es social, la idea es que circula el Frente de Artistas del Borda, que circula la Colifata, que se escuchan otras voces fuera del hospital, la gente como uno, la comunidad, la sociedad, comienza a tener una imagen distinta del paciente, del usuario, y tampoco es una imagen de “pobrecito el loco” sino que es una imagen más política.

Bueno, el Frente de Artistas en este momento es eso, y a partir de esa experiencia se construyeron muchas cosas, a partir de ese modelo de trabajo hay muchas actividades, muchas funciones, se creó un Festival Latinoamericano de Artistas de Internados y Externados de Hospitales Psiquiátricos, que el año pasado le cambiamos el nombre, se llama “Festival y Congreso de Arte, Una puerta a la Libertad- No al Manicomio”, donde participan todas las delegaciones de arte que trabajan en los hospitales psiquiátricos oficiales en todo el país y algunos países vecinos. Y a partir del Frente de Artistas se creó la Red Argentina de Arte y Salud Mental, que es un espacio donde se nuclea a todos estos grupos que trabajan con el arte en el campo de la salud mental, con la idea de intercambiar, de crecer juntos, tanto humanamente como artísticamente.

### **SMyC: Con respecto a cambiarle el carácter social a la locura, ¿han podido percibir cambios, desde inicio al momento actual?**

**A.S.:** Si, yo creo que hay cambios importantísimos, los cambios se dan en el imaginario social, tanto de las personas que están dentro del hospital como fuera del hospital. Por ejemplo, dentro del hospital, cuando nosotros entramos a trabajar el 95 % de la población que trabaja en el hospital estaba en contra de estas propuestas; yo diría que se revirtió en un 70 % a favor y un 30 % que todavía están en contra. En el afuera, yo creo que ayudó a cambiar la imagen de la locura, el arte potencia una imagen completamente distinta, más humana, más linda, entonces la gente que tiene contacto con la gente de este hospital directa o indirectamente modificó su pensamiento con respecto al loco.

Después creo que cambió en cuanto dio a conocer el concepto de la desmanicomialización, no quiero decir con esto que el Frente de Artistas fue el promotor exclusivo de esto, pero el arte trabaja mucho con la subjetividad de las personas, tiene un discurso que otros discursos no lo tienen, trabaja mucho con la emoción, con el sentimiento, con la sensación, y tiene mensajes más llanos, no tan intelectuales, tan científicos, entonces modifica inmediatamente el pensamiento de la gente común, la gente como uno. Yo creo el arte ayu-

dó a que mucha gente entienda el concepto de desmanicomialización y yo creo que un buen porcentaje de la población hoy ve con buenos ojos que haya proyectos de desmanicomialización. El arte cumplió un rol importante en ese sentido.

**Liliana Cobe:** Los festivales y los congresos que se hicieron, con artistas internados y externados de hospitales psiquiátricos públicos, desde que empezó esto, en 1989, desde entonces a ahora la gente que participaba, los trabajadores de los hospitales públicos que hacían talleres artísticos y participaban de estas experiencias, también cambiaron ellos mismos el imaginario. Estos festivales ayudaron a crear una conciencia sobre conceptos que tienen que ver con algo ideológico, como uno se para frente al enfermo mental, con qué mirada, con qué concepción del mundo y del otro nos relacionamos con el usuario. Y esto no es menor. Nuestra mirada y nuestras creencias sobre las potencialidades del otro hacen la diferencia. Toda esta situación manicomial estuvo sustentada por una formación académica y con un discurso hegemónico en el que la gente que trabaja en los hospitales públicos había quedado inmersa. Yo participo en los festivales desde el año 96, vi cambios increíbles en la gente que venía cada dos años a participar en cuanto al trato con los pacientes, de los enfermeros que también participan en estos festivales, por ejemplo recuerdo a un enfermero que participaba de la mesa “los enfermeros hablan” diciendo “yo recién ahora me doy cuenta que estas personas pueden pintar, dibujar”. O sea, había una concientización por el solo hecho de participar, ver a otros, o sea, es un proceso lento, como todo cambio cultural, pero por lo menos dentro de los trabajadores de salud que participaron de estos festivales se produjeron cambios y hoy en día entre la gente que viene a participar, ya no se encuentran delegaciones con esta mentalidad fascista con los pacientes. Al participar de estos festivales, intercambiar y conocer otras experiencias fueron cambiando su manera de proceder, mostraban otra forma de relacionarse

**A.S.:** Con respecto a lo que dice Liliana, los artistas por lo general, comunes, los artistas que todos conocemos, tienen la tendencia a hacer festivales: festivales de teatro, festivales de música, festivales de cine, ¿qué es un festival? El festival es un encuentro de pares, como un congreso científico, donde nos encontramos estos pares para poder intercambiar proyectos, experiencias, ver cómo está uno ubicado en función de su propuesta ideológica o práctica, qué es lo que hace el otro, cuáles son sus conceptos, cómo evolucionaron los conceptos y además tiene un trasfondo humano. Entonces cuando nosotros en el Frente Artístico vimos que había muchos grupos haciendo este tipo de actividades, se nos ocurrió hacer el festival, es un invento nuestro, es un evento único en el mundo, no existe en el mundo un festival dedicado exclusivamente a la salud mental.

**L.C.:** es muy simpático que cuentes cómo nació la idea de hacer un Festival de “locos” porque es muy linda la anécdota sobre la película que viste...

**A.S.:** Ah sí, la idea del festival salió viendo una vez una película protagonizada por Osvaldo Martínez. Osvaldo Martínez era un actor uruguayo con muchos años de residencia en Argentina, que tenía un personaje televisivo que se llamaba Uvalvino, era un borracho simpático, y la trama de esa película era que él recibía una herencia y entonces se le ocurrió hacer una convención de borrachos mundial. Y se veía en la película que bajaban de los aviones borrachos franceses, norteamericanos, alemanes, y yo dije “qué buena idea, por qué no hacer una convención de artistas locos” y ahí un poco se me ocurrió la idea del festival. Y este festival al principio, el primero que se hizo en el 89 en el Teatro Cervantes, en el Teatro San Martín, en varias salas en simultáneo, participaron solamente 8 delegaciones y 90 artistas internados. El festival tiene otra característica: que el 70% de los participantes tiene que ser pacientes, usuarios, internados, externados, ambulatorios, no es un congreso de técnicos ni profesionales.

**SMyC:** ¿El primero fue nacional o vinieron también participantes de otros países?

**A.S.:** Fue latinoamericano, con muy poca presencia latinoamericana siempre, 2, 3 países, además de Argentina, por cuestiones económicas, por cuestiones a veces legales, muchos países no dejan viajar a los locos, por ejemplo en uno de los festivales, creo que fue el que se hizo en Córdoba, la gente de Chile no pudo viajar porque LAN Chile no les permitió viajar a los locos en avión, o también, puede ser que no permitan sacar al paciente del hospital.

Y en el último festival que se hizo en Mar del Plata, en 2011, participaron 600 personas, en realidad se anotaron 700, pero teníamos capacidad para 600, y eran 30 delegaciones. Ahí también hubo un cambio en la conciencia de la gente en cuanto a la importancia que tiene el arte dentro de la estructura de las instituciones psiquiátricas.

**SMyC:** ¿Qué pensás que se puede hacer con los manicomios?

**A.S.:** Nosotros tanto del Frente de Artistas del Borda como desde la Red Argentina de Arte y Salud Mental pensamos que los manicomios no deben existir, son una vergüenza mundial, es un cachetazo a la dignidad de las personas, es un lugar donde se violentan todos los derechos humanos. Uno camina por el manicomio, cualquier manicomio no solo el Borda, cualquier manicomio del país, se va a encontrar con que es muy mala la comida, gente que no tiene libertad, es

muy mala la ropa, hay sobremedicación, hay violencia, física y psíquica, allí se violentan todos los derechos humanos, entonces es un lugar indigno.

¿Qué se puede hacer con ellos? Creo que hay experiencias en el mundo que demuestran que es posible hacer una transformación. Yo estuve en Trieste, en Italia, que fue la primera experiencia a nivel mundial de transformación, ellos lo llamaron *Reforma Psiquiátrica*, fue la primera experiencia desmanicomializadora, donde el Estado armó un dispositivo que está basado en un cierre progresivo del manicomio. Eso no significa que se cierra el edificio, desaparece el manicomio, ahí no se van a internar más personas con tratamiento psiquiátrico, y esos edificios se convierten en hospitales generales y todos los hospitales generales tendrían que tener un servicio de salud mental como cualquier otra patología: tenés una úlcera te atendés en un hospital, tenés un gripe y te atendés en un hospital, y además lo que generó, Franco Basaglia que fue el promotor de esta experiencia, fue que creó un dispositivo comunitario, con el que se garantizaba a las personas con sufrimiento mental la vivienda, el trabajo, la educación y los afectos, que pudiera la familia contenerlo, incluso se trabajaba con familias sustitutas o vivían entre ellos, 2 o 3 personas en departamentos. NO se crearon las casas de medio camino porque tanto para Basaglia como para nosotros, las casas de medio camino se transforman en pequeños manicomios.

### **SMYC: Pero eso implica estructuralmente otro presupuesto...**

**A.S.:** Si, de todas maneras eso que yo te cuento que pasó en Italia y que pasó en muchas partes del mundo, incluso acá en la Argentina, en Río Negro y en San Luis, el presupuesto es el mismo que se gasta en el hospital, o sea todos esos recursos humanos, técnicos y económicos se vuelcan en este sistema comunitario con internaciones muy cortas, por ejemplo en Trieste, cuando estuve hace 5 años, el promedio era 12 días de internación y había 17 cooperativas de trabajo, se crean empresas que ellos llaman empresas sociales, donde esas empresas son exclusivamente de usuarios, como le dicen ellos, o a veces mixtas, usuarios, obreros y empleados. Yo visité 3: una fábrica de camisas, una empresa de jardinería y una fábrica de cuero. Ellos tienen un sueldo mínimo, en ese momento eran 800 euros, y después tenían una ganancia con la cooperativa. El grupo de teatro que estuvo en Córdoba, ellos también cobraban 800 euros mínimo, y después si hacían funciones se repartían el dinero recaudado.

Entonces ese sistema, sin idealizarlo, nada es perfecto, pero es diez mil veces mejor que la existencia del manicomio. El manicomio no tiene ninguna razón de ser, ya la OMS en la Declaración de Caracas insta a los gobiernos firmantes a realizar la atención de la sa-

lud mental en hospitales generales, en los centros comunitarios y con una mirada más comunitaria. O sea que la OMS no se puede considerar que sea un organismo transformador, o de izquierda, o de vanguardia, al contrario, sin embargo desde la derecha misma también se está diciendo que el manicomio no sirve para nada. Así que no tiene razón de ser, científicamente, económicamente, humanamente, no tiene razón de existir el manicomio, es un negocio para mucha gente.

**L.C.:** Además, en cuanto a la existencia de los manicomios si se optimizaran hoy los recursos humanos y los recursos económicos se pueden cambiar, o sea, cerrar los manicomios. Cerrar el manicomio no significa dejar a los locos en la calle, significa SÍ a la atención de la salud mental en hospitales públicos, pero transformándola, haciéndola más digna, no a través del encierro y el abandono de la persona. Porque no solo se trata de crear nuevos dispositivos, sino que, esto hay que remarcarlo, lo que hay que hacer es optimizar los recursos económicos invertidos por el Estado, conocer por cuáles intersticios se diluye ese dinero ¿Cuánto es el presupuesto actual del Hospital Borda?

**A.S.:** 15 mil pesos al mes por internado

**L.C.:** Uno entra al Borda y conociendo que el presupuesto por internado es de 15 mil pesos por mes y uno los ve deambulando por los pasillos desdentados, abandonados, percibe que pasa algo raro, que en realidad ese dinero no va al paciente y esto hay que denunciarlo para promover una transformación digna y decente en la atención del padecimiento mental. Para ello sería necesario realizar una especie de auditoría y políticas activas de Estado, quien debería tomar y tener el control del sistema de salud. Lamentablemente no tenemos un sistema de salud integrado, que permita estos análisis, pero es importante hacer auditorías y estudios sobre la eficiencia y eficacia de cada inversión, teniendo en cuenta, que los hospitales se crean para los usuarios, únicos sujetos activos de esas instituciones. Primero se deben atender los derechos de los usuarios y luego todo lo demás.

Además no es todo tan difícil de implementar, si se empieza con pequeños dispositivos, pequeños cambios. Un ejemplo de ello, fue la experiencia iniciada, creo a fines de los '90 impulsada por el director del Estéves, el Dr Lineros de Lomas de Zamora, de externación de mujeres (ex internadas del Estéves) que comenzaron a vivir en pequeños grupos en casa alquiladas. Ese programa se llama PREA, Programa de Rehabilitación y Externación Asistida. Muy interesante el laburo de esa gente.

Lamentablemente en la Capital Federal, se invierte dinero en refaccionar los hospitales, en vez de pensar integralmente en crear nuevos y dignos dispositivos de externación asistida.

**A.S.:** Sí, porque esto son 15 mil pesos, si sacamos la cuenta dentro del plan de optimización con 3 mil

pesos cada uno ya resolvés el problema de subsistencia de la persona. En Italia alquilaban un apartamento, ellos lo llaman apartamento, en un grupo de 2 o 3 personas con la misma plata que gastabas en el manicomio alquilabas un departamento, y el resto lo volcabas en la parte de atención, terapéutica. Cuando yo decía que el manicomio es un gran negocio, porque si bien el manicomio es un lugar del Estado, público, su funcionamiento está privatizado, está concesionado, la comida está concesionada, la medicación está hecha por laboratorios privados, la seguridad, la limpieza está hecha por empresas privadas, entonces todo eso presiona para que siga existiendo el manicomio y sobretodo a nivel medicación. A mi me decía un médico una vez, esto fue anotado por la Comisión de Derechos Humanos del Hospital Borda, que el 70% de la medicación utilizada en el Borda no tiene razón de ser, no se utiliza personalmente, es una medicación general para que todo el mundo quede dormido, tranquilo, quedan "pacientes".

Alfredo Moffatt decía una vez: "la medicación no solo tranquiliza al paciente sino que tranquiliza a los dueños de los laboratorios", es decir, dejarían de recibir fabulosas sumas de dinero al año, entonces ellos quieren que existan estos lugares.

**SMyC:** Respecto a la presencia de la Universidad que es un punto que nos interesa particularmente, como evaluás esta situación?

**A.S.:** Con las universidades creo que existe un proceso de apertura pequeña, pero existe, por lo menos la experiencia que tenemos con las Universidades de la Capital Federal, las Facultades de Psicología, de Medicina, de Ciencias Sociales, cuando yo entré no había ningún tipo de pasantía, de participación, incluso de la carrera en la currícula no había experiencias prácticas y los estudiantes no iban al manicomio a trabajar. Desde hace unos 10, 12, 15 años atrás ciertas cátedras empezaron a relacionarse, por lo menos la Facultad de Psicología, a relacionarse con los hospitales psiquiátricos y empezaron a establecer pasantías. Hemos hecho convenios con el Hospital Borda con Graciela Zaldúa, que dicta una de las cátedras, con Ana Tisera, con Alicia Stolkiner, o sea ellos nos vinieron a ofrecer hacer pasantías y ya desde hace 10-12 años regularmente todos los años los alumnos están empezando a tener experiencias prácticas. En general los alumnos que han ido a ciertas charlas, ciertas mesas de debate en Jornadas de la Facultad, se quejan de que no hay prácticas en la carrera, de que es pura teoría y que no hay trabajo de campo.

Después lo que se ha dado a nivel oficial es que antes cuando se hacían las residencias, las rotaciones de residentes, generalmente iban a los servicios de internación o de consultores externos, pero no iban a los

lugares donde hay estos trabajos interdisciplinarios, los trabajos alternativos, como el Frente de Artistas, la Colifata, por lo menos del Borda, y desde hace 3-4 años los residentes que son profesionales recién formados tienen la posibilidad de elegir la rotación, que es generalmente durante un año, por estas experiencias. Entonces en el Frente de Artistas desde hace 3 o 4 años estamos recibiendo estos profesionales recién recibidos que hacen la rotación y les cambia la mirada que tienen sobre la locura, sobre la atención, y a tal punto que en el Frente Artista muchos de esos residentes pasaron a integrar el equipo de coordinación del Frente de Artistas del Borda, sean psicólogos o sean psiquiatras.

Pienso que en la medida en que avance esta idea de la desmanicomialización a nivel social la Universidad se va a ir abriendo, le falta mucho, creo que todavía está abriendo una puertita muy chiquita pero no abrió el portón.

**SMyC:** Una pregunta, en relación a la gente que va a los talleres, ¿qué cantidad van y si ustedes tienen unos talleres que los eligen más y cómo hacen para incluir a la gente en los talleres?

**A.S.:** Los talleres en el Borda, en general yo diría que va un 15-20 % de la población total, o sea que si hay 800 personas deben ir entre 120-150 personas que participan de los 12 talleres. Si uno lo mira desde un lugar es mucha gente, si lo mira desde otro lugar es poca gente. ¿Por qué poca gente? Porque en principio no a todo el mundo le gusta hacer arte, trabajamos con el arte nada más y a eso se suma la poca disposición que hay de los profesionales o del hospital de estimular y fomentar este tipo de actividades. Incluso yo diría que eso fue un poco disminuyendo, en su principio muchos de los jefes de servicio prohibían a sus pacientes, como dicen ellos "mis pacientes", participar de estas actividades artísticas porque decían que los estimulábamos demasiado, que volvíamos muy tarde, los de muy mala leche decían que les pasábamos droga, que nos emborrachábamos, que éramos comunistas, eso fue como disminuyendo.

Creo que hay un núcleo duro, fuerte que es una minoría, será un 10-15-20 % de jefes de servicio de más edad que mantienen esa línea ideológica de pensamiento, pero debo reconocer que la llegada de muchos profesionales jóvenes ha hecho que eso se flexibilizara.

Los usuarios, los muchachos por lo general llegan al Frente de Artistas porque nosotros hacemos alguna difusión dentro del hospital, hacemos algunos actos, algunas actividades o por el boca a boca entre ellos, algunos pocos profesionales derivan, se acercan a la

oficina del Frente de Artistas del Borda y nos presentan “mirá que este muchacho toca muy bien la guitarra”, “este muchacho pinta muy bien”. Y también el hecho de hacer funciones afuera, a veces aparecemos en la radio, en la televisión, eso también contagia un poco y hace que se acerquen, no solo gente de adentro del hospital, sino gente de afuera, gente del Hospital Moyano, cualquier persona porque la experiencia del Frente de Artistas del Borda es una experiencia abierta a la comunidad, cualquiera de nosotros puede participar como si fuera un paciente, un usuario más.

### SMyC: ¿Cómo es la proporción de los que participan de los talleres que vienen de afuera?

**A.S.:** A mi me asusta, que cada vez es más, a tal punto que yo a veces me enojo porque en un espectáculo a veces vos ves la misma cantidad de usuarios, pacientes que gente de afuera, lo cual es bueno, pero si seguimos así vamos a terminar siendo un grupo de artistas como cualquier otro y no un grupo de internados.

**L.C.:** A mi no me parece tan mal porque eso también ayuda a la desmanicomialización, porque hay que desmanicomializar no solo a la gente dentro del hospital, a los pacientes para que reconozcan que son sujetos de derecho, que pueden exigir, sino a los que trabajan en el hospital, al de afuera, o sea que cada persona que viene después es un agente multiplicador de esta experiencia, siempre es bueno que toda la gente participe de los talleres, participe de los festivales de la Red Argentina de Arte y Salud Mental porque también desmanicomializa y crea conciencia. En realidad todo este sistema perverso está sustentado por una cultura que permitió que esto sucediera, por un prejuicio social que lo avaló, porque en algún momento surgió esto de manicomializar y estigmatizar: al loco peligroso, hay que encerrarlo, recluirlo, y la idea es cambiar ese imaginario social y revertirlo en toda la sociedad. En ese sentido cuanto más gente participe mejor, a pesar de que pasa esto que a Alberto no le gusta porque, él quiere que se respete la norma de participación en los festivales, donde se estipuló que el 70 % tienen que ser usuarios. En un momento esto se puso como condición solamente para que no fueran los festivales una oportunidad para irse de vacaciones a Mar del Plata. O sea la idea es que lo utilicen los usuarios pero bueno, la incorporación de otras personas ayuda a ir generando este cambio de conciencia social.

**A.S.:** También se ve la participación de la sociedad, de la comunidad como público en los espectáculos, los festivales se llenan de gente, las presentaciones del Frente de Artistas se llenan de gente y la gente ya no va con esa actitud peyorativa de saber qué hacen los loquitos. El Frente de Artistas y la Red Argentina de Arte y Salud Mental intentamos que los espectáculos tengan calidad, que sean buenos de bueno para arriba,

no de bueno para abajo. La gente va a ver espectáculos, va a ver una obra de arte dentro de las posibilidades que tenemos, y eso va aumentando en cuanto a la calidad y la cantidad de público que asiste a este tipo de trabajo. En esto por lo menos el Frente de Artistas es muy celoso en el sentido de querer mantener calidad, si los muchachos no están en condiciones se les habla con claridad, el Frente de Artistas tiene una organización muy horizontal donde yo te decía al principio que lo decidimos entre todos y estos problemas también se plantean entre todos, y si los compañeros no están en condiciones técnicas de hacer un buen papel en teatro, o tocar un instrumento se los va preparando para eso y para que llegado el momento puedan participar, mientras tanto colabora y ayuda de otra manera dentro del grupo. El trabajo siempre es grupal, solidario, cooperativo, dentro de una línea que es totalmente opuesta a lo que es el manicomio, el manicomio tiene una estructura vertical donde el paciente, el usuario no tiene influencia, nosotros lo que intentamos, tanto en el Frente como en la Red que esa estructura sea lo más horizontal posible y todos los que participamos tengamos voz y voto y eso le ha dado un signo muy interesante. Yo creo que si el Frente de Artistas del Borda se mantuvo tanto tiempo es por esta posición ideológica de horizontalizar las decisiones.

### SMyC: ¿Cómo fue que te interesaste por trabajar en el Borda?

**A.S.:** Bueno, a ver, llegué al Borda como artista, vengo del campo del mimo y del teatro, el teatro participativo, o sea no es casual mi llegada al Borda, siempre tuve una actitud transformadora en relación al arte, Pichon Rivière siempre decía el artista tiene como dos caminos: o es un afianzador de una estructura para el statu quo de esa estructura, sea personal, institucional, grupal, o social, o es un transformador. A mi siempre me interesó y he estado con personas que también me han enseñado esto, a que el arte y el artista tiene que ser un agente de cambio, tiene que ser un transformador, un revolucionario, revolucionario de ideas, conceptos, de organización. Previo a llegar al Borda siempre me interesó trabajar desde el teatro y el mimo en lugares más periféricos, incluso estuve trabajando en un manicomio en el Moyano desde el 74 hasta el golpe de Estado del 76 con José Grandinetti, que estaba a cargo de un servicio en el Moyano y él me invita a trabajar con las mujeres a través de la expresión corporal y técnicas de Mimo. El manicomio y la locura lo que hacen es entumecer el cuerpo, están los cuerpos muy estructurados, muy duros, entonces trabajamos mucho con la flexibilidad del cuerpo, con la comunicación del cuerpo, y esto fue hasta el 24 de Marzo del 76 que no nos dejaron seguir trabajando. Cuando a Grandinetti lo nombran Jefe del Servicio de Psicología Social en el Borda

en el año 84, cuando Argentina quería implementar un proyecto de salud mental desmanicomializador. Vicente Galli, Director Nacional de Salud Mental, había propuesto 3 proyectos en el país asesorado por los italianos para hacer una experiencia desmanicomializadora en Argentina, una fue en Río Negro, otra en Córdoba y otra en el Borda. En el único lugar que avanzó, donde se concretó fue en Río Negro, donde se cierra el único manicomio de la ciudad de Allen y se convierte en hospital general. En Córdoba y en el Borda no se concretó ese proyecto de desmanicomialización pero pudimos instalar con la anuencia en ese momento de la Dirección Nacional de Salud Mental y la intervención del hospital durante dos años una primavera democrática en salud mental para ver cómo el arte podría ayudar a esa reforma que se intentaba hacer.

Y bueno, ahí entré, vi que había una cantidad de muchachos con una potencialidad artística, eso lo veía en los pasillos, en los poemas, o en las rondas de mate cuando cantaban, en los grafitis en las paredes y les propuse en el Borda a esos 50 o 60 que yo veía con muchas ganas y calidad que si querían formar un grupo de artistas. Y ahí en esa primera reunión surge el nombre del Frente de Artistas, como te decía al principio de ir al frente, ser artista e identificar el tema de la locura y al Borda.

Esa fue mi llegada al hospital, siempre desde una posición política e ideológica, que el arte además de ser una actividad de entretenimiento, fundamentalmente el arte tiene que estar en función de una transformación social, debe servir para uno y para los demás, tomar este pensamiento de Pichon, de ser un agente de cambio y transformador.

**SMyC: ¿Cursaste la carrera en la Escuela de Pichon Rivière?**

**A.S.:** Yo soy psicólogo social también. Una alumna Ida Galer, que falleció, me decía *“mirá vos que trabajás con grupos sería bueno que pudieras hacer la carrera de psicólogo social”* y la verdad es que sí, creo que me sirvió mucho, me dio muchas herramientas y además muy coincidente lo que yo pensaba del arte con la teoría de la psicología social.

**SMyC: Quizás también era un momento muy particular, ¿no?**

**A.S.:** Si, un momento particular, la década del 70...

**SMyC: Exacto, porque también los psicólogos la idea era que teníamos que ser agentes de cambio...**

**A.S.:** Sí, pero no todos los psicólogos, ni todos los artistas estaban en esa línea, había gente de toda clase...

**SMyC: Por supuesto no todos compartían esa idea de agente de cambio, pero alguna gente continuó por ese camino a pesar de la dictadura.**

**A.S.:** Si, luego vino el teatro participativo, que es un tipo de teatro que si podemos diferenciarlo. Yo empecé a hacer teatro, después hice mimo moderno con Ángel Elizondo que fue la persona que me abrió la cabeza en cuanto a la valorización del cuerpo en el arte, bueno estuve en Europa, estudié teatro también, estudié mimo, vine aquí, puse la Escuela de Mimo Contemporáneo, y a partir del cuerpo empecé a indagar qué pasa con el cuerpo en el espacio real, el teatro en vez de ser un lugar de ficción por qué no puede ser un lugar de realidad, en vez de que la gente mire un espectáculo, por qué no participar, entonces yo le llamé teatro participativo que se diferencia del teatro común en tres elementos básicos: uno sería el espacio, no es el teatro sino cualquier espacio real puede ser objeto teatral, una plaza, un bar, una calle, un colectivo, una cárcel, una cancha de fútbol, una pileta, cualquier espacio. Después no trabajar con la ficción, no con una historia que escribe alguien sino con la realidad de ese espacio, cómo poder generar un guión o una cantidad de situaciones que tengan que ver con la realidad de ese espacio, para poder crearle nuevas realidades. Y la gente en vez de mirar el espectáculo, de espectar, de ser espectador que sea participe también de esa situación. Yo eso lo llamé teatro participativo.

José Grandinetti que supervisaba mis trabajos del teatro participativo, cuando él entra al Borda dice *“sacaste el teatro a la calle, ahora vamos a sacar la locura a la calle”*. Ahí, surge esta idea, a mi también me interesaba porque yo pensaba que el teatro participativo no solo pueden participar personas o grupos sino también instituciones. Como el teatro participativo es un teatro que trabaja en la realidad para transformarla, donde propone participación a todos los sujetos, propone vínculos con la institución, entonces tomar una institución principal como es el Borda, conectarla con otras instituciones, vincularla a través de un argumento, una trama, en términos teatrales, que sería la locura y vincularla con otras instituciones para dejar un mensaje a la sociedad, como hace el teatro, el teatro tiene actores, que emiten un texto, dejan un mensaje al espectador. Acá bueno, el vínculo de esas instituciones a través del teatro participativo, dejan un mensaje a la sociedad para poder transformar la conciencia de esa sociedad.

Yo creo que la experiencia del Borda es una experiencia de teatro participativo a través de instituciones, por eso también me interesó entrar al Borda desde una concepción o desde el concepto teatral participativa.

**SMyC: ¿Cómo fue que surgió dentro tuyo esta idea del teatro participativo?**

**A.S.:** Es evolución, creo que tiene que ver con maestros que tuve, estuve una época en Europa, en el año 70 viviendo 8 meses en París, me agarró todo el coletazo del Mayo francés, todo el coletazo del hippismo, todo el arte que se puede llamar *efímero* o el arte espontáneo, el festival de Nancy (Francia) con muchos grupos teatrales de todo el mundo, que estaba en una época de grandes transformaciones en el teatro y, por cierta formación que tenía acá en Argentina, ahí confluieron algunas ideas que tenía sobre el teatro, me llevó a transformar esto que es el teatro participativo. Creo que no se inventa nada, todo es consecuencia de otros que han hecho y uno va acumulando y como dando otras vueltas, otros aportes.

**SMyC: Moreno, con su trabajo con el teatro espontáneo, el psicodrama claro, es también teatro espontáneo o sea haciéndolo en la calle, en la plaza en cualquier lugar...**

**A.S.:** Bueno todo eso. Augusto Boal tiene un libro que se llama "Técnicas Latino-Americanas de Teatro Popular" él le llama *teatro invisible*, pero el teatro invisible tampoco es un invento de Boal ni de Moreno viene más de Richard Schechner que es un renovador del teatro en E.U.U., que él llamó *teatro de guerrilla* no porque tuviera relación con la guerrilla sino por la manera que iba intervenía un lugar con una estructura teatral y la gente no sabía si era real o ficción, no sabía nada, por eso acá Boal lo llamó teatro invisible. En general hay distintas maneras, porque uno puede ir afuera a un lugar real con una obra de teatro, acá lo hizo mucho Norman Briski en la década del 70 con el grupo Octubre iba a las villas, él tomaba una problemática de las villas y después la transformaba en un texto y actores profesionales y actores de la villa representaban esa obra. El teatro participativo tiene otra cuestión, o sea la gente puede utilizar la técnica del teatro invisible, o sea intervenir en un lugar pero siempre en la realidad, no haciendo personajes ni ficción, pero también podemos hacer un tipo de teatro que la gente sepa antes que va a participar o que sepa durante la experiencia que va a participar, son distintas maneras del teatro participativo, pero está todo relacionado: el teatro espontáneo, el teatro periodístico, el teatro de guerrilla. El teatro participativo tiene mucho que ver en ese tipo de teatro que intenta romper la cuarta pared famosa, y que la gente pueda vivenciar la experiencia teatral no solo desde el mirar sino desde el sentir y con el cuerpo. Creo que tiene que ver con esto de poner el cuerpo con el arte y la locura...

**SMyC: Desde tu historia, ¿cómo fue que te interesaste por el mimo?**

**A.S.:** En realidad yo hacía teatro, soy de la provincia de Santa Fe, de Venado Tuerto, terminé el secundario y a los 18 años vine a estudiar teatro acá, estudié teatro, estaba haciendo teatro y en el año 63, 64 cuando llegué a Buenos Aires el teatro era un teatro de texto, o sea no se trabajaba con el cuerpo, por lo menos donde yo estudié era el teatro textual, el cuerpo era un acompañamiento de la palabra pero no expresaba mucho más de lo que la palabra quería.

Un día vi un afiche que decía "*Ángel Elizondo vuelve de Europa y abre una escuela de mimo y expresión corporal*", a mí me interesó expresión corporal no me interesó mimo, mimos había visto una vez en cine, en Venado Tuerto en el secundario trabajaba en un cine, los dueños tenían dos cines y yo llevaba las películas de un cine a otro, y ahí veía todas las películas, es así que también estudié cine cuando vine a Buenos Aires, y una vez en el Cine Ideal, donde yo estaba trabajando pasaron una película de Marcel Marceau, me aburrí olímpicamente. Cuando vi "mimo y expresión corporal", voy a hacer expresión corporal no mimo, y Elizondo desarrolló la técnica de Mimo de Etienne Decroux de Francia, que estuvo muchos años en Europa, tomó la línea moderna del mimo, no es el mimo estilizado, estereotipado, con una técnica y un vestuario determinados, sino que tomó una línea de mimo moderna donde se trabaja a nivel grupal, se trabaja con dinámicas corporales comunes, donde se valoriza todo el cuerpo, no una parte del cuerpo como hace el mimo clásico con las manos y la cara, donde se hace un uso del vestuario teatral y se utilizan las palabras como apoyo, y todo eso a mí me sirvió mucho con lo que venía haciendo en teatro, me tomó el mimo, o sea yo estuve con Elizondo desde el 64 hasta el 70, 6 años en que estuve con él, integré la compañía, hicimos 3 espectáculos. Y bueno, en el 70 me fui de su Escuela y Compañía, e hice un espectáculo como solista que se llama "el mimo cine", una combinación de mimo con cine, que es la historia, yo digo que a mí el tema de la locura me signó porque esa obra era una persona que en la ciudad se volvía loca, y mi primer trabajo profesional fue en la Botica del Ángel de Bergara Leuman, y un día sale en el diario que convoca mimos y me eligió a mí para representar al loco mientras JOVITA LUNA cantaba "Balada para un loco" y después me convocan para trabajar en el Borda y eso fue lo que me llevó a trabajar con el tema de la locura.

Y la locura que se yo, yo creo que cuando me ofrecieron trabajar en el Borda si me hubiesen ofrecido trabajar en una fábrica ocupada lo hubiese hecho, en una villa lo hubiese hecho, coincidió también y a mí el tema de la locura nunca me asustó, al contrario nunca tuve rechazo, me sentí siempre muy bien, como en-

contrar un lugar en el mundo, y además me di cuenta de que había un campo árido, por hacer, y de ahí surgió esta idea de ir a las provincias, de crear los festivales, de crear la Red Argentina de Arte y Salud Mental, me parece que todavía hay mucho por hacer y además a nivel latinoamericano. Yo estuve en Paraguay, en Chile, en Ecuador, está todo por hacer, hay unas cosas hechas. En estos momentos en el Frente, tengo una función más de asesoramiento, de dirección general, me estoy dedicando más a la Red Argentina de Arte y Salud Mental, porque creemos que es una herramienta en función de la nueva Ley Nacional 26.657, desde el arte se puede ayudar a la Ley y la Ley puede ayudar al arte, con Liliana y otros compañeros formamos una comisión directiva, la Red ya desde hace muchos años que existe, desde el año 95 pero hubo un periodo hace 3, 4 años que había estado sin actividad y desde el año pasado ya la reformulamos, formamos una comisión directiva, delegados regionales, vamos a hacer acá el encuentro nacional de delegados regionales y de participantes de la Red, donde vamos a impulsar la Red con Jornadas Nacionales, Jornadas Simultáneas, Encuentros Provinciales, asistencia técnica, participar activamente con la Carpa de ARTE, DDHH y DESMANICOMIALIZACION del Congreso de Derechos Humanos y Salud Mental.

**SMyC:** Yo te haría una pregunta porque me parece interesante saber cómo lo definís vos, saber ¿Desde tu experiencia, cómo puede aportar el arte a la salud mental?

**A.S.:** Bueno puede aportar de distintas maneras, una es a nivel preventivo en la medida en que todo el mundo puede hacer arte desde muy chico, en todos los lugares eso puede ayudar a tener una mejor salud mental, si el arte pudiera estar en las escuelas, en los jardines de infantes pero como una actividad completa no solo de entretenimiento, sino como parte de una formación en los colegios, o un despliegue, un desarrollo, yo creo que puede trabajar mejor los sentimientos, las emociones, el arte tiene una tendencia a trabajarse en grupos entonces es integrador, en general la mayoría de estas actividades artísticas son grupales: la danza, el teatro, la música. Yo creo que trabaja la sensibilidad, trabaja los lazos solidarios, el arte da para mucho a nivel preventivo. Cuando se está con el problema yo creo que ayuda a equilibrar, ese desequilibrio físico, psíquico el arte lo ayuda a equilibrar, lo normaliza de alguna manera y después lo proyecta de una manera más positiva y creo que también ayuda a crear conciencia en la gente, el arte tiene un discurso como decía anteriormente que es más sensible, más de la emoción, que convence más o hace más claro el aprendizaje.

El arte es un elemento absolutamente necesario que hace también a la evolución del hombre y es un

muy buen “remedio”, en el buen sentido de la palabra, lo hace más sensible, lo hace más humano, lo hace más cooperativo, más social, el arte es un elemento que socializa, lo hace mejor persona, no es poca cosa. Y creo que también el arte es una posición ideológica, yo vengo de una posición política socialista también, donde no hay que trabajar solo lo individual sino lo grupal, no trabajar solo lo particular sino trabajar lo social, de repente es más cooperativo, más sensible, el arte tiene herramientas como para mejorar la salud mental de todas las personas y hacerlas buenas personas, que ya desde ese lugar es salud también.

**SMyC:** ¿Qué quisieras desde el Frente de Artistas del Borda, qué desearías que sucediera?

**A.S.:** Lo primero como Frente de Artistas es que no existan más los manicomios, que se arme un dispositivo de desmanicomialización como decíamos al principio; que el Estado debe garantizar la salud mental como debe garantizar la educación, el trabajo, la vivienda, pero en este caso sería la salud mental; que los hospitales generales tengan un servicio de salud mental con internaciones muy cortas, y que el arte acompañe eso, el arte no tiene que estar solo en los manicomios, tiene que estar en todos los sectores de la salud, y en la medida que se eso se cumpla el objetivo estaría cumplido.

Nosotros en el Frente tenemos una consigna: “arte, lucha y resistencia: hasta que los muros caigan”, y yo diría no solo hasta que los muros caigan, una vez que los muros caigan desplegar esta potencialidad que tiene el arte en este caso en todos los campos de la salud mental, en la salud comunitaria, en la salud en general porque tiene herramientas que ayudan a vivir mejor.

**L.C.:** Lo que es necesario es que se acepte al arte como una herramienta de salud mental, como un servicio de salud mental porque hoy en día no están reconocidos los talleres artísticos, ni siquiera en la nueva Ley estuvieron reconocidos, o sea que es importante que pronto tengamos una reglamentación, en donde taxativamente se mencione a los talleres artísticos como un servicio de salud mental, especialmente cuando se reglamenten los artículos 8 y 9 de la Ley, de modalidad de abordaje.

**SMyC:** El reconocimiento es económico también...

**L.C.:** Por eso, el reconocimiento también debe ser económico. Como explicaba Alberto, por ejemplo en el Frente de Artistas los compañeros son personas excepcionales que hacen un aporte valiosísimo a la salud mental y su trabajo no ha tenido nunca un reconocimiento económico. Y cuando hablamos de dignidad

y de inclusión, se debe ampliar la mirada y ver también por los que luchan por la dignidad humana de las personas más vulnerables, en este caso, los internados en neuropsiquiátricos. Esto aún no ha pasado y es algo que nosotros como Red Argentina de Arte y Salud Mental queremos que suceda también

**SMyC: No tiene que ser algo colateral sino como parte integral de la terapéutica, de la política de salud...**

**L.C.** El arte toma a la persona en su totalidad, como una persona que piensa, que siente, que hace, el arte opera sobre todo eso, aborda a la persona como una totalidad, entonces tiene efectos diferentes. El arte es preventivo y muchas veces nos salva de la locura. Es una posibilidad de expresión y de liberación. En los talleres artísticos nos paramos frente al tallerista con una mirada sin la limitación de un diagnóstico. No tratamos de ver ni analizar la patología que tenemos enfrente, sino a un ser humano, con un potencial de expresión, que nadie puede decir con exactitud, cual será. Como coordinadores artísticos nunca perdemos nuestra capacidad de asombro. El arte nos rescata y tiene una característica increíble, que es su posibilidad de hacer visible lo invisibilizado. A veces, las terapias no alcanzan para conocer al individuo. El arte muchas veces logra sintetizar una percepción más nítida y profunda de una situación. El arte es síntesis. Lo que viene haciendo todas las experiencias artísticas nucleadas en la Red, es tener una mirada diferente, una posición casi podríamos decir ideológica, de pararnos frente al tallerista simétricamente, de iguales en la diversidad., con respeto, con escucha y con nuestra capacidad de asombro intacta. El arte permite este cambio de paradigma de paciente objeto y sumiso a un sujeto activo y creador.

**A.S.:** sí, continuando un poco el pensamiento de Liliána, en la superestructura política el arte no estaba reconocido como un elemento transformador, se usaba como arte terapia.

**SMyC: Como entretenimiento...**

**A.S.:** Sí, como entretenimiento, por ahí como dispositivo terapéutico nada más, no como transformador institucional y social, creo que últimamente comienza a aparecer en la cabecita de algún funcionario de la Ciudad de Buenos que el arte puede tener una función más allá de lo terapéutico. Yo creo que el arte tiene la función de transformar las instituciones y la sociedad. A veces me da mucha bronca que estos funcionarios no vuelquen recursos o no acepten proyectos dentro de esta línea, porque todavía no lo ven, si algunos, creo que hemos tenido mucho apoyo de algunas organizaciones del Estado a nivel cultural: el

Instituto Nacional de Teatro, la Secretaría de Cultura de la Nación, el Ministerio de Turismo nos da cada dos años el Complejo Turístico Chapadmalal gratuitamente para alojar 500 o 600 personas, en el Complejo Turístico Chapadmalal nunca se había aceptado a locos, el Frente de Artistas inaugura de alguna manera la participación de artistas locos en Chapadmalal. Ese mito que hay con respecto a la locura, de que el loco es violento, que el loco es agresivo...

**L.C.:** Aparte se dieron cuenta que nunca estuvieron los complejos tan limpios y tan prolijos que cuando vienen las delegaciones de los festivales, o sea, ahora nos reciben con alegría y nos han contado que cuando vienen delegaciones de chicos o de deportes dejan todo destrozado y cuando vienen los pacientes esto no pasa. Justamente lo contrario a lo imaginado de la peligrosidad de la locura, tal vez, porque tantos años de sufrimiento, de mal trato, de sumisión, la verdad que la mayoría de los locos son seres sufrientes y no peligrosos y dañinos. Sin lugar a dudas la gente de los complejos de Chapadmalal ya están "desmanicomializados", y una prueba de eso, y del reconocimiento, es que el año pasado Alberto recibió del Consejo Deliberante del Municipio de General Pueyrredón, la mención de Visitante Ilustre por los Derechos Humanos y Mar del Plata será en el futuro sede permanente de estos festivales.

**A.S.:** Tenemos una anécdota: cuando se hizo el primer festival, acá en Buenos Aires no venían muchas personas, 70 u 80 personas, empezamos a recorrer los hoteles de Buenos Aires y cuando empezamos a decir que éramos del Borda no pudimos conseguir ningún hotel, decían "nos van a romper todo, los pasajeros se van a ir", y lo único que conseguimos fue el Hospedaje del Albergue de la Juventud que está en Constitución, los albergues de la juventud son albergues a nivel internacional que son muy baratos en general y son colectivos. El único lugar que teníamos era el albergue que tenía capacidad para 100 personas pero estaba ocupado 50 por estudiantes de Arquitectura que participaban en un congreso en la Facultad de Arquitectura, entonces nosotros decidimos meter ahí 50 y los otros 40 y pico en un albergue en un colegio de Don Bosco, en un colegio religioso de Don Bosco, estos estudiantes de Arquitectura cuando se enteraron que al albergue donde ellos estaban iban a venir 50 locos se fueron, salieron espantados, a nosotros nos vino bien porque nos permitió traer a los de Don Bosco y quedaron todos en el albergue, el albergue de los locos. En la fiesta que se hizo al final con la gente que regenteaba el albergue, al principio ellos también tenían sus reparos en hacer entrar a los locos, pero fue maravilloso, en esa fiesta final nos divertimos como locos.

**L.C.:** Estamos en un momento histórico excepcional. Recuerdo en el año 2001 en el taller de Desmanicomialización del Frente de Artistas del Borda, luego de dos años de trabajo con los pacientes que asistían,

se llegó a redactar como un catálogo de lo que era DESMANICOMIALIZAR y lo que no era DESMANICOMIALIZAR. Ahora que muchos tratan de bastardear la palabra desmanicomialización, y la asemejan a externar a todos los locos indiscriminadamente y sin un plan, o a una reforma edilicia, nada más. Muchas veces se dice lo mismo, pero se piensa diferente. Bueno, volviendo al Taller, desde el año 2001, leíamos convenciones internacionales, los principios de las Naciones Unidas para los enfermos mentales del año 1991, artículos del Código Civil, las experiencias de Trieste, Italia, de San Luis, que fue importantísima en nuestro país. Nos informábamos, se debatía y reflexionaba un montón, el taller estaba integrado en un 90 % por pacientes internados entusiasmados en conocer sus derechos. Parecía ciencia ficción para ellos conocer los principios de 1991 consagrados en la ONU. En el Frente de Artistas del Borda era un tema serio que los pacientes supieran que ellos eran sujetos de derecho. Pero ahora, a más de 10 años de entonces, ya estamos para pensar con ellos, cómo desenvolverse fuera del manicomio. Aprender a tomar decisiones, a resolver la cotidianeidad. A recuperar todo el potencial perdido por el hospitalismo. Empezó hace unos años, un fuerte proceso de externalización de pacientes, por eso se disminuyó bastante la población de los monovalentes más importantes, pero se hizo muy desprolijamente, ya que no estaban aún los dispositivos necesarios. Era sólo decirles que vuelvan a casa. Eso no es así. Conocemos a muchos externados para quienes es muy difícil enfrentar la vida. Tantos años pastillados, encerrados y estigmatizados, dejan huellas muy fuertes, Además de falta de recursos económicos para vivir, no tienen contención, y no hablo de terapias, sino de círculos de afectos para ayudarlos a tomar decisiones sobre su cotidianeidad y a enfrentar su vida y se requiere que esto sea tenido en cuenta para lograr una buena rehabilitación y una vida lo más normal posible, después de tanto sufrimiento y exclusión.

Nadie mejor que los poetas que vivieron el encierro pueden describir la vida y los efectos en la subjetividad producidas por la estigmatización sufrida en un manicomio. Si me permiten quiero leerles unos poemas emblemáticos, donde esto queda plasmado. Uno es de Marisa Wagner y se llama “consejos para visitantes” y dice así:

*“si usted hace caso omiso de nuestra sonrisa desdentada, de las contracturas, de las babas, se encontrará, le juro, un ser humano. Si mira más profundo todavía verá una historia interrumpida, que hasta por ahí es parecida. Si no puede avanzar, si acaso le dan nauseas o mareo no se vaya, antes por lo menos déjenos cigarrillos”.*

Y el otro es de Jacobo Fijman que dice así:

*“no soy enfermo, me han reprimido, me consideran un incapaz, ¿quiénes son mis jueces? ¿quiénes responderán por mí? Hice conducta de poesía, pagué por todo. Sentí de pronto que tenía que cambiar de vida, alejarme del mundo*

*y me fui de todos, aun de mí, hoy es la demencia mi estado natural, todas las palabras son esenciales, lo difícil es dar con ellas, el delirio son instantes, puede durar toda la vida, mi poesía es toda medida, el arte tiene que volver a ser un acto de sinceridad”.*

**A.S.:** Jacobo Fijman internado 30 años en el Borda y murió en el Borda. Marisa Wagner estuvo internada en el Hospital Montes de Oca y allí escribió un libro que se llama “*Los montes de la loca*”, que es un libro que escribió por un premio porque ella se presentó una vez a un concurso de la Provincia de Buenos Aires de poetas, se presentó como persona, no como loca de Montes de Oca y le permitió editar el libro y ya lleva como 8 ediciones, y estuvo internada unos días en el Borda hace unos 4, 5 años atrás, es una poeta excepcional. Tiene un hijo, está viviendo en Olavarría ahora, políticamente muy militante, tiene un compañero desaparecido, es una persona honesta, creativa...

**L.C.:** Y para terminar tres poemas más de Marisa Wagner, que nos ayudan a reflexionar sobre las prácticas, tan difíciles de cambiar a pesar de la sanción de la Ley, son estos:

## Litio

---

*Se habla de la bipolaridad de mi locura./  
De la necesidad del litio de por vida. Hace diez años:/  
Litio en desayuno./  
Litio en el almuerzo./  
Litio en cena./  
Y cada tres meses una litemia. (Valor de litio en sangre)/  
Una ecuación psiquiátricamente perfecta./  
Sin embargo, yo siento que mi locura tiene mucho más que dos polos./  
Muchos más matices./  
Muchos recovecos./  
¿Será, tal vez, multipolar y multifáctica?/  
Me pregunto si puede el litio con todo esto./  
¿No estarán podridas mis neuronas de tanto Ceglución en cuotas?/  
Maníaca. Depresiva. Psicótica./  
Caractericemos./  
Encuadremos./  
Traguemos la pastilla./  
Que pobre mi locura bipolar/  
que se queda quietita con el litio./  
Que retrocede asustadiza./  
Y yo vuelvo a ésta lucidez de morondanga./  
Prolijita, Mustia. Gris./  
Casi calladita./  
Es que si rio demasiado tiemblo./  
(Me estoy euforizando, temo)/Si lloro, también tiemblo./  
(Me estaré deprimiendo, pienso)./  
HAY QUE CUIDARSE DE LOS POLOS./  
Me convenzo-/  
que a no olvidar son dos. Y me rebelo.”*

## Historia Clínica

---

Ya no consumo Halopidol,/   
sólo Tegretol, Anafranil y Litio./   
Estoy compensada./   
Traduzcamos:/   
me mantengo de éste lado,/   
es decir, sin delirios/   
y deambulo/   
(porque, nosotros, los pacientes, deambulamos)/   
Es una nueva costumbre que he adquirido./   
Deambulo -como digo-/   
libremente por el enorme parque del hospicio./   
Estoy lúcida, ubicada en tiempo y espacio,/   
por lo tanto:/   
sé en qué día vivo./   
¿Vivo? Me pregunto,/   
y me entra la tristeza y me deprimó./   
La historia clínica se pone gorda de tristezas./   
Yo soy mi historia clínica./   
¿Dejé de ser mi historia, acaso?/   
Es muy malo preguntarse tantas cosas/   
que complican, además, el tratamiento./   
Tengo sueños, pesadillas/   
que a nadie se las cuento, por las dudas,/   
no sea cosa, vayan a la historia clínica./   
Pero si tengo insomnio, por ejemplo,/   
esto es inocultable,/   
y va derecho a la historia clínica./   
Mi psiquiatra, entonces,/   
regula las pastillas./   
Duermo. Se anota en la historia clínica./   
Doctor, estoy amando/   
¿Esto también irá a la historia clínica? “

## Juego de espejos

---

Cuando se toca fondo/   
y se mastica el polvo, /

te das cuenta, aprendés, /   
que aún no lo has perdido todo, /   
que hay más para perder, /   
que el fondo, en realidad, no tiene fondo, /   
que aún se puede descender /   
y descender. /   
Se piensa que ya no se puede estar más solo /   
y sin embargo, sí se puede/   
hay más soledad, te lo aseguro. /   
Pero un día /   
un día cualquiera, se te da por mirarte en el espejo /   
(no abundan los espejos en el manicomio, /   
por razones obvias, se me ha dicho). /   
No importa, el espejo del que hablo, está en otro lado, /   
adentro. /   
Y te das cuenta, por ejemplo, /   
que tenés dos piernas, /   
te las mirás, las sometés a prueba, /   
y te vas a dar una vuelta por el parque del hospicio. /   
Y te cruzás entonces, con otro espejo que deambula, /   
más valioso y fidedigno /   
¡Y acaece la revelación! /   
¡Qué voy a estar sola... sí somos mil setenta locos acá   
adentro! /   
Y cuando nos juntamos los espejos /   
uno le da coraje al otro y resistimos. /   
La subestimación. /   
La discriminación. /   
Los abandonos. /   
Pero bueno, estas ya no son cosas de locos.”

A.S.: Bueno estas son dos personas emblemáticas por su experiencia...

## SMyC: Muchas gracias

A.S.: El frente de Artistas tiene una página, si quieren buscar más que es: [www.frentedeartistas.com.ar](http://www.frentedeartistas.com.ar) también hay videos.



# Participación en la salud mental comunitaria

---

**Mirta Susana Elvira**

Lic. en Psicología. UBA Coordinadora del Centro Cultural Camino Abierto

Hospital Zonal Bariloche, Prov. Río Negro.

Actual Delegada del Ministerio de Desarrollo Social de Bariloche, Prov. Río Negro

Becaria Doctorado de Salud Mental Comunitaria. UNLa.

---

## Resumen:

Dentro del marco de las prácticas en Salud Mental Comunitaria el concepto de participación es de vital importancia para lograr llevar a cabo las estrategias planteadas por el equipo de salud mental de manera interdisciplinaria e intersectorial.

Este trabajo tiene como objetivo mostrar una experiencia realizada en el marco de la Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufriamiento Mental, llamada Ley de Desmanicomialización (Ley 2440 de Río Negro), en la Ciudad de Bariloche, Provincia de Río Negro, a lo largo de 20 años.

La apertura de un Centro Cultural Comunitario dentro del marco de las estructuras intermedias de dicha ley facilitó el despliegue de una serie de estrategias que si bien en sus comienzos generaron resistencia y estigmatización, la participación que se fue logrando en el ámbito artístico, laboral y deportivo, junto con las asambleas comunitarias permitió una real aceptación por parte de la comunidad de Bariloche de este dispositivo.

El proceso que posibilitó la inserción comunitaria del Centro Cultural, nos muestra que no es suficiente contar con un respaldo político y una Ley de Salud Mental para instalar dispositivos y prácticas comunitarias en Salud Mental. El logro de este objetivo solo pudo alcanzarse mediante la participación activa de la comunidad.

## Palabras clave

Salud Mental Comunitaria – Participación – Empoderamiento – Estrategias Artísticas.

## Solos, aislados, incomunicados, estigmatizados, etiquetados. Peligrosos, sobremedicados, naturalizados, encerrados, Diagnosticados...

---

¿Son las leyes, las convenciones, las declaraciones, los pactos, los convenios, los programas dedicados a la salud mental, los que nos garantizan la liberación de todas las etiquetas que estos conceptos conllevan?

Da la impresión de que hace falta algo más. Creemos que una fuerte participación comunitaria puede garantizar que lo que la legislación prescribe, no pase a ser una letra muerta.

## Participación social

---

El educador Paulo Freire considera que la capacitación para la libertad es praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo. También sostiene que la liberación es un proceso personal y grupal de toma de conciencia y construcción de confianza.

La enfermedad mental comienza con la pérdida de capacidades sociales para poder integrarse en un mundo simbólico. Se produce un desorden en todos los ámbitos de la vida social, amorosa, familiar, laboral, vincular. Es necesario trabajar mucho para lograr en aquellas personas que han estado reclusas, el sentimiento de confianza necesario para que se desprendan de los sentimientos de miedo, impotencia y resignación que han resultado de la exclusión y la falta de oportunidades para imaginar cambios. Es una problemática que incluye amplias dimensiones sociales y

culturales, y debe ser atendida por recursos complejos y multidisciplinarios.

Consideramos, entonces, fundante para este proceso de liberación y concienciación, **el desarrollo de relaciones personales confiables.**

Nos preguntamos cómo lograr esa confianza en una sociedad donde prevalece el individualismo, la competencia, la exclusión, la lucha de poderes. ¿Cómo abrir caminos a la inclusión y participación de los usuarios de salud mental en la comunidad?

A lo largo de la historia hemos constatado una tendencia a encerrar en instituciones a todo aquel que presenta algún grado de dificultad o incapacidad para vivir en sociedad (Hogar de menores, hogar de ancianos, madres solteras, manicomios, cárceles, etc.). El encierro es una forma cruel de acallar el problema y además borra los vínculos con la familia, el trabajo, los amigos, etc.

La desinstitucionalización es una alternativa comunitaria para que las personas con trastornos severos puedan tramitar su deshabilitación social en el seno de la comunidad, con el fin de ampliar las capacidades sociales. Es necesario deconstruir lo instituido, rehabilitar estrategias sociales planteando nuevas políticas, nuevos dispositivos.

La Salud Mental Comunitaria aporta una nueva visión y una nueva estrategia. Se revalorizan las condiciones sociopolíticas de los grupos humanos, el desarrollo de la psicofarmacología moderna, las reformas sociales (no segregación, modificación del encierro asilar, tratamientos en y por la comunidad, etc.).

Disminuir el impacto del estigma de la enfermedad mental es uno de los mayores desafíos para mejorar la atención de las afecciones en la comunidad. Resulta necesario implementar diversas estrategias que tiendan a modificar las actitudes de la población, del sistema educativo, de los medios de comunicación y de diferentes profesionales de la salud. El trabajador de la Salud Mental Comunitaria está constantemente expuesto a situaciones complejas y su liderazgo consiste en la capacidad de compartir decisiones con el paciente, su familia y la comunidad, así como con personas de otros sectores, por ej.: municipio, justicia, iglesias, juntas vecinales, colegios, etc. Solo la participación activa de todos los sectores involucrados permitirá encarar la complejidad inherente a las problemáticas de la salud mental.

## Una experiencia en Bariloche. Orígenes y proceso

En la ciudad de San Carlos de Bariloche, Provincia de Río Negro, a fines del año 2007, se intentó abrir una estructura intermedia dependiente del Hospital Zonal, que alojara usuarios de salud mental que hubieran pasado por internación en su cuadro agudo. Para ello, el Ministerio de Salud Pública de la provin-

cia alquiló una casa donde se pudiera abrir esta estructura intermedia.

Tras los primeros anuncios, un grupo numeroso de vecinos se levantaron en protesta y se organizaron para frenar dicho emprendimiento. Hubo asambleas barriales de participación vecinal únicamente y otras ampliadas que contaron con la presencia del Director del Hospital Zonal, personal del mismo, el Intendente Municipal, Concejales, Jueces de Familia, integrantes del Ministerio de Acción Social de la Provincia de Río Negro y personal de los medios de comunicación.

En dichas asambleas realizadas en lugares públicos, los vecinos argumentaban los motivos por los que “no iban a permitir” que esa estructura funcionase en ese barrio, debido a la “peligrosidad” y posibles “actos de violencia” que los “enfermos mentales” pudieran ocasionar. Manifestaban que no iban a poder estar tranquilos, que sus hijos no podrían circular libremente, fundamentando este presentimiento en que “los enfermos mentales son violentos” y que debían estar en otro barrio más aislado.

Una nota del Diario Río Negro del 18 de septiembre del 2007, informaba:

*“Los vecinos que habían juntado 1400 firmas para manifestar su oposición a que se instale en el barrio Ñireco la “Casa de medio camino” para pacientes del área de salud mental, fueron recibidos esta semana por el Secretario de Gobierno quien les manifestó que el municipio rechaza la instalación del centro de salud en esa área de la ciudad ... que dicha casa de medio camino no podía funcionar en el barrio por un impedimento de la “Carta orgánica” de Bariloche ... que los códigos urbanos lo prohíben. ... que el problema pasa por definir dónde va a poner la sociedad a la gente diferente.”*

La pregunta era ¿cómo trabajar con una comunidad que rechaza, margina y estigmatiza al sufriente mental? Y ¿cómo efectivizar la Ley en tanto, la población no acompaña plenamente el proceso de cambio?

El Ministerio de Salud Pública, atendiendo a los reclamos de los vecinos y en consonancia con lo estipulado en la Carta Orgánica -respecto a que no se podían instalar centros de salud en ese lugar de la ciudad- acordó un cambio y en lugar de la “Casa de Medio Camino” acepta la propuesta de abrir un “Centro Cultural Comunitario”, dado que era posible una institución de estas características en el barrio.

Se mantuvieron reuniones con diferentes sectores de la comunidad para comunicar e informar sobre la nueva propuesta que, en principio, había sido recibida con mucha desconfianza.

Los vecinos insistieron en su negativa e interpusieron una acción de amparo para que no se instalase el Centro. Los tribunales locales, ante el cambio de “Casa de Medio Camino” a “Centro Cultural Comunitario”, fallaron a favor de la institución, obligando a pagar las costas del proceso a los vecinos.

El Centro se constituyó como un espacio abierto a la comunidad en donde se realizaron talleres culturales y laborales para los usuarios de salud mental.

La implementación de una asamblea general semanal (con personal de salud, vecinos, autoridades, consejo local de salud) permitió debatir el funcionamiento del dispositivo. En el proceso de aceptación e inserción del Centro fue muy importante el intercambio con organismos públicos, con diversas instituciones y miembros de la comunidad: Educación, Cultura, Acción Social, Justicia, instituciones religiosas, medios de comunicación, ONG, Universidades, clubes, comercios, etc.). La participación de estas instituciones colaboró en la comunicación con los vecinos y permitió enfrentar las resistencias que obstaculizaban la instalación y el funcionamiento del Centro.

Desde la coordinación del Centro se comenzó a trabajar con los usuarios en tres áreas específicas: cultural, deportiva y laboral.

El Centro Cultural Comunitario de Salud Mental funciona actualmente como un dispositivo abierto a todos los individuos de la comunidad, para atender con igual dedicación y respeto a niños, jóvenes o ancianos, familias, con o sin padecimientos psíquicos.

Un claro ejemplo de la apertura y participación de los vecinos en las actividades del centro, se vio reflejada en las fiestas de fin de año, en la cual hubo corte de calle y armado de escenario y en donde se pudo exponer el trabajo realizado en los talleres por los usuarios del centro, a lo que se sumó la participación de artistas locales y vecinos con alguna especialidad artística.

Hemos relatado el proceso de conformación del Centro Cultural Comunitario. Informaremos a continuación los recursos jurídicos, ideológicos, formales, terapéuticos que han contribuido, junto con los esfuerzos y voluntades personales, a sostener esta experiencia.

## Marco jurídico - Ley 2440

En la Provincia de Río Negro se promulgó la Ley N° 2440, Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental, también llamada Ley de Desmanicomialización. Fue aprobada el 11 de septiembre de 1991, en base a un anteproyecto del Dr. Hugo Cohen con asesoramiento del Dr. Horacio Jouliá, abogado de la Asamblea Permanente de los Derechos Humanos.

Por esta ley queda prohibido la habilitación y funcionamiento de manicomios, o neuropsiquiátricos, o cualquier otro equivalente, público o privado. La internación se concibe como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas.

Con esta Ley, Hugo Cohen y Graciela Natella consideran que: *“Se incorporan a la práctica de salud: policías, docentes, vecinos y otros referentes comunitarios, como*

*recursos válidos para el seguimiento y rehabilitación de la persona en su localidad de origen, actuando en muchos casos como familia sustituta. Entendemos así que la recuperación de la persona es la recuperación de los vínculos sociales.”* (Cohen y Natella, 1995: 26).

La ley en su artículo 11° postula: *“los recursos terapéuticos se deberán proveer, para su correcta efectividad, en el lugar habitual de residencia de las personas o el más cercano.”*

La familia, vecinos o amigos, familias sustitutas, como toda otra expresión de la organización comunitaria son parte activa para la recuperación de la persona con sufrimiento mental. Con el sufriente mental se trabaja en su lugar de residencia y recuperando sus vínculos sociales. Es decir en y con su red social significativa, cuyas fronteras incluyen todos los vínculos interpersonales del sujeto: familia, amigos, relaciones de trabajo, de estudio, de inserción comunitaria y de prácticas sociales.

La Ley 2440 en el Anexo I, artículo 10 habilita a la creación de Estructuras Intermedias: *“El Consejo Provincial de Salud Pública determinará la localización y gestionará las partidas presupuestarias necesarias para la instrumentación y funcionamiento de los lugares de rehabilitación y resocialización, contemplando que en una primera etapa, estos funcionen en las localidades de: El Bolsón, General Roca y Viedma. En una segunda etapa se habilitarán en las localidades a determinar conforme a las necesidades regionales.”*

Uno de los decretos de la reglamentación de la Ley 2440 establece la instrumentación de casas de medio camino, cuya función es de rehabilitación y resocialización de la persona en crisis. Esta figura nos remite a los CAPS (Centros de Atención Psicosocial) y los NAPS (Núcleos de Atención Psicosocial) establecidos desde 1987 en algunos estados de Brasil tras procesos de reforma y desmanicomialización del sistema de salud mental.

A modo de fundamentación, Cohen y Natella escribieron: *“Frente a una sociedad que le ha recortado una serie de derechos- legales, civiles, laborales, políticos y económicos- lo que se busca es que el sufriente mental vuelva a ser visualizado como un sujeto que puede ejercer una vida plena, que pueda desarrollar nuevamente todas sus capacidades: vivir con su familia, mantener su hogar, desempeñar un trabajo, ser sujeto de crédito.”* (op.cit.:74).

Esta búsqueda implica una estrategia terapéutica según la cual, *“...más que trabajar con el síntoma (por ejemplo, si bebe o no, en el caso del alcohólico), lo que se intenta es desencadenar los procesos para la reconstrucción de la vida de la persona. Por allí pasa la medida de la mejoría que es tomada en cuenta al realizar la evaluación del proceso.”* (Cohen y Natella, op.cit.:86).

## Recursos terapéuticos

Decíamos antes que la enfermedad mental implica cierta pérdida de capacidades sociales para poder

integrarse en un mundo simbólico y produce un desorden en todos los ámbitos de la vida social, amorosa, familiar, laboral, en los vínculos amistosos. Es claro que debe ser atendida con recursos complejos y multidisciplinarios.

La reorganización del nuevo sistema asistencial comunitario implica la modificación o la conformación de nuevos dispositivos. En primer lugar, se constituirán **equipos terapéuticos interdisciplinarios** en los que se integran operadores de salud mental. La figura del operador de salud mental remite a la experiencia de desmanicomialización que se produjo en Italia y amplía la intervención a profesionales y/o operadores que no provienen del campo médico. La noción de interdisciplinariedad que se maneja abarca los saberes populares además de los de la enseñanza técnica o universitaria.

En segundo lugar, se conforman las llamadas **patrullas en salud mental** como respuesta al imperativo de descentralización. Ante un pedido de la justicia o de un hospital, las patrullas se trasladan al lugar y proyectan la estrategia terapéutica a seguir según las características del caso. La patrulla buscará que el proceso terapéutico se desarrolle en un hogar, sea el de la persona en crisis o uno sustituto. Cuando esta resolución no es posible, el sistema determina que, ante la necesidad de internación hospitalaria, ésta se realizará en el marco de una sala general, *“...evitando así la marginación del paciente y el nefasto efecto de la estigmatización y consecuente cronificación.”* (Cohen y Natella, op.cit.:71).

La intervención conlleva también la tarea de generar una red comunitaria de cuidados. Luego que la patrulla establece los primeros vínculos con la persona y el entorno, se constituye un equipo terapéutico que se encargará de actuar durante el desarrollo de la crisis.

La labor debe centrarse en recomponer los lazos sociales del que sufre y no alcanza para ello el uso del psicofármaco y la psicoterapia. Gran parte del fracaso de las intervenciones se debe a que el usuario recibe una cobertura fragmentaria, es decir, que solo se atiende una parte de su problema.

Brambilla afirma: *“Se trabaja con la comunidad poniendo en tela de juicio el recorte individual aislado del sujeto, la relación excesivamente técnica del profesional hacia el paciente, la hegemonía de la terapia farmacológica y los procesos alienantes de internación carentes de dinámicas de promoción, rehabilitación y aprendizaje.”* (Brambilla et. al. 2002).

Cuando se detecta una falta de acompañamiento de algunos sectores de la comunidad, se discute en torno a las formas de incorporación de la comunidad (vecinos, autoridades) y se propone implementar estrategias de convivencia caracterizadas por la solidaridad, la participación.

En materia de rehabilitación social, el objetivo principal es reactivar la capacidad de trabajo de la persona. La tarea de organizar y a veces gestionar soluciones la-

borales puede llegar a involucrar a otras instituciones públicas, como el Municipio, el Ministerio de Trabajo y el de Asuntos Sociales.

La nueva figura que se promueve es llamada Empresa Social, la justificación es la siguiente: *“No se compra un cenicero o una alfombra como acto de caridad o filantropía, se adquiere por su belleza, calidad y costo en las condiciones de un mercado regido por las leyes de la oferta y la demanda. Esta característica de igualdad en capacidades y competencias permite un notable refuerzo en la autoestima de la persona históricamente marginada. Simultáneamente, actúa sobre las representaciones sociales de la comunidad al ubicar al “loco” como alguien que es capaz de crear, producir y trabajar como todos los “normales”.* (Cohen y Natella, op.cit.:83-84).

## Algunas producciones artísticas

Un claro ejemplo de esta manera de encarar la salud mental desde una estructura como el Centro Cultural, son todas las intervenciones artísticas llevadas adelante por los usuarios y la comunidad en la Ciudad de San Carlos de Bariloche.

- “Compañía del Mate” Grupo de Teatro y Literatura del Centro Cultural CAMINO ABIERTO, los integrantes del Centro realizan intervenciones en la calle relacionadas con la defensa de los derechos de los usuarios de salud mental a través de obras escritas y actuadas por ellos.
- “Grupo Literario” del Centro Cultural CAMINO ABIERTO. Una situación particular encarada por este grupo fue la siguiente: ante los reiterados reclamos a la municipalidad por el pago de un alquiler a una usuaria de salud mental, se realizó una instalación en la oficina pública con lectura de poemas como reclamo. Esta intervención sumó mucha gente, se regalaron poemas y se realizó una sentada en el interior de la oficina. El dinero del alquiler apareció en ese mismo día.
- “Murga Salto de Alegría” la murga de CAMINO ABIERTO es requerida en muchos eventos de Bariloche, suma mucha gente de la comunidad y vecinos.
- “Mostrando la Hilacha y Grupo Arte-Sano” emprendimientos laborales de CAMINO ABIERTO, los integrantes venden sus productos en numerosas muestras y exposiciones de la ciudad.
- Producciones de los talleres de Música, Máscaras, Circo, Plástica, Cerámica, Comunicación y Cortometrajes.

## El empoderamiento para la producción de subjetividad

El empoderamiento es un proceso que consiste en aumentar el control de los ciudadanos sobre los fac-

tores y decisiones que influyen en sus condiciones de vida; habilita a la comunidad a protagonizar el rol de “agente de salud”, coordinando las acciones de salud mental a través del diálogo con la red de servicios y con los niveles más altos de la toma de decisiones. De esta manera, la comunidad se ayuda a sí misma, con sus propias prácticas y recursos inherentes a ellas.

Así expresa Mario Argandoña Yañez: “El empoderamiento, habilitación o protagonismo de las redes sociales se basa en la idea de que todos nosotros procuramos defender nuestra salud a través de nuestra forma de vida, con el respaldo de nuestros allegados y amigos, al mismo tiempo que se toma conciencia de que la salud representa una de las tareas de la humanidad enfrentada a multitud de riesgos y amenazas que nos afectan en forma directa. Se trata de posibilitar el cambio desde una postura comunitaria pasiva-dependiente-demandante a una postura activa-responsable-creativa que deberá construirse en los procesos de implementación del Plan de Salud Mental.” (Argandoña Yañez, 2009: 139).

En el Centro Cultural los talleres artísticos, deportivos y laborales, permiten a todos sus participantes desarrollar habilidades e intereses personales, a la vez que favorecen el contacto social. Las experiencias positivas generan autoestima, protagonismo e independencia. La convivencia entre usuarios de salud mental y e integrantes de la comunidad permite elaborar el etiquetado y el estigma atribuido a los enfermos mentales.

Destacamos en el decir de los usuarios, el valor adicional que representa el hecho de que las relaciones interpersonales entre los usuarios, vecinos, talleristas, trabajadores de la salud, sean de respeto, entendimiento y comprensión. Estas situaciones van conformando las **relaciones personales confiables** que constituyen un apoyo subjetivo necesario en el proceso de integración social.

La mayoría valora el sentido del humor con el que se trabaja, la colaboración, la posibilidad de conectarse emocionalmente con otras personas, la valoración de los cuidados autogestionados, el poder asumir responsabilidades. La posibilidad de ponerse metas, la libertad de expresar sentimientos incómodos o negativos, el sentirse parte de la comunidad y la posibilidad de ejercer la ciudadanía. Tener una fuente de trabajo y ocupar el lugar de ayudar a otras personas de la comunidad sean o no usuarios de salud mental.

En cuanto a los usuarios de salud mental la estrategia básica de este proceso es avanzar con pequeños pasos hacia la realización de un proyecto de vida. En el camino a este objetivo es necesario trabajar reforzando a los usuarios en las habilidades para la vida, la capacidad para enfrentarse exitosamente a los problemas y elevar la autoestima.

El Centro integra la atención primaria, más el arte como herramienta de transformación social.

## Horizonte

“Todas las personas con trastorno mental tienen el derecho y la capacidad para proyectar su futuro y tomar decisiones sobre su propia vida, y por consiguiente tienen el derecho de participar en el proceso de rehabilitación. Cuando se trata de conseguir buenos resultados con la rehabilitación, la clave no es hacer cosas para beneficiar al paciente, sino permitirle que haga sus propios planes y tome sus propias decisiones. Los clientes son los expertos en su propia situación y el papel del profesional rehabilitador es el de un colaborador o un consultor. La tarea del profesional es alentar y apoyar las competencias de su cliente en los procesos de planificar el futuro y tomar decisiones. La rehabilitación apoya el crecimiento de las capacidades y las libertades.” (Argandoña Yañez, 2009: 150).

Un Centro Cultural que dependa de Salud Mental del Hospital Público abierto a toda la comunidad, permite que la cultura sea la llave que sirva para abrir y derribar los muros mentales. Desterrar la idea de encierro que tan naturalizada está en las conciencias de nuestra sociedad.

## ¿Será la actividad artística quien introduzca calladamente y de manera inofensiva, el espíritu revolucionario?

Argandoña Yañez propone “*avanzar en la tarea, en la lucha, por la instauración de la salud mental y el vivir bien, en una comunidad dialogal de personas libres, razonables y éticas.*” (ibíd.).

**Compromiso, tarea y utopía que es y será nuestro horizonte, decimos nosotros.**

## Referencias bibliográficas

- Argandoña Yañez, M. (2009). Los escenarios de la Salud Mental. Quinta disertación. En *Integración de cuidados de salud mental en la atención primaria de la salud*, Edición para clases en Universidad Nacional de Lanús.
- Brambilla, M, Irigoyen Testa, R. H. & San Sebastián, G. (2002). Pasantía Interdisciplinaria en Salud Mental y Desmanicomialización. Publicación digital en Portal de Psiquiatría Comunitaria, Buenos Aires. Recuperado de: <http://psiquiatria.comunitaria.googlepages.com/ResumenPASANTIAPORSALUDMENTALYDESMAN.doc>.
- Cohen, H. & Natella, G. (coord.) (1995). Trabajar en Salud Mental: La desmanicomialización en Río Negro. Buenos Aires: Lugar Editorial.



# Información

## Reseña X Jornadas de Salud Mental Comunitaria “Atención Primaria de la Salud y Salud Mental Comunitaria”

El Área de Salud Mental del Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús realizó los días 31 de agosto y 1º de septiembre de 2012 las X Jornadas de Salud Mental Comunitaria: “Atención Primaria de la Salud y Salud Mental Comunitaria”.

El campo de la Salud Mental Comunitaria (SMC) es un espacio en construcción sobre el que vienen convergiendo organizaciones y profesionales en pos de la defensa de los derechos de quienes padecen trastornos mentales, a favor de la desmanicomialización, de la integralidad de las prácticas de salud y de la inclusión de la comunidad en los procesos salud – enfermedad – atención – cuidados. En las propuestas de transformación de los modelos de atención de la salud mental hacia perspectivas de base comunitaria, ha estado presente la necesidad de vincularlas con la estrategia de atención primaria de la salud. Las formas de articular dicha estrategia con la salud mental han tenido múltiples versiones, las que han variado entre otras razones en función de la evolución que ambos campos han atravesado. A partir de estas relaciones y su incorporación en las políticas y programas que abordan la salud mental es que se han instrumentado diversas prácticas y dispositivos de trabajo en terreno para el abordaje de las distintas complejidades en salud. La convocatoria de las Jornadas propuso la problemati-

zación de la articulación de estos dos campos en las cotidianidad de los servicios y programas de salud.

### Desarrollo de las actividades

Las Jornadas fueron abiertas por una mesa integrada por la Lic. María Matilde Massa, Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, el Dr. Emiliano Galende y la coordinación de la Lic. Débora Yanco.

Los tres ejes que ordenaron las diferentes instancias de participación fueron:

- a. Un primer panel trabajó sobre el abordaje de la salud mental en los ámbitos comunitarios. Contó con la participación de la Mgter. Sandra Gerlero, la Dra. Marcela Corín, la Lic. María Alejandra Adán, y el Dr. Jorge Bernstein<sup>1</sup>.
- b. El segundo eje - el abordaje de los trastornos mentales severos en el contexto de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud - fue desarrollado en

1. Mgter. Sandra Gerlero. Docente del Instituto de la Salud “Juan Lazarte” y Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario, Dra. Marcela Corín, Directora del CESAC N° 24 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Lic. María Alejandra Adán, perteneciente al Servicio de Salud Mental del Hospital Roque Saénz Peña de Rosario y ex Directora de la Dirección de Salud Mental, Secretaría de Salud Pública, Rosario, y Dr. Jorge Bernstein, coordinador de la Comisión de Salud Mental de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General.

un panel con la presencia de la Lic. Alicia Stolkiner, la Dra. Graciela Natella, la Lic. Marcela Giménez y la Lic. Claudia López Mosteiro<sup>2</sup>.

- c. El tercer panel trabajó sobre el abordaje de las adicciones en el contexto de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud y estuvo conformado por el Lic. Alberto Calabrese, el Dr. Carlos Sanguinetti, el Dr. Mario Acuña, y la Lic. Paula Goltzman<sup>3</sup>.

Por otro lado, fue decisión del Comité científico y organizador de las Jornadas, convocar a participar a las asociaciones de médicos generalistas (Federación de Medicina Familiar y General y Federación Argentina de Medicina General) entendiéndolo que esta disciplina produce cuidados, habitualmente, en los efectos del primer nivel de atención y que en muchos de ellos, son quienes participan de gran parte de las actividades del campo de la salud mental.

Por último, cabe destacar que se seleccionaron 34 trabajos para su exposición en los talleres.

Todas las actividades se desarrollaron con una importante participación y concurrencia y en todo momento se evidenció el papel de la UNLa como un espacio promotor de nuevos paradigmas en la producción de cuidados en salud mental.

## Acerca de los concurrentes

Se acreditaron 283 personas en el evento. Proporcionalmente, un 33% fueron estudiantes de diversas universidades nacionales, mayoritariamente alumnos de la UNLa, y un 66%, fueron profesionales y miembros de la comunidad. Ha sido relevante la participación de numerosos equipos institucionales de trabajo, lo que evidencia –una vez más– el carácter convocante del evento.

Concurrieron asistentes de la CABA, la Pcia. de Bs. As. Córdoba, Mar del Plata, Bahía Blanca, Bariloche, Tierra del Fuego y Uruguay.

Entre las organizaciones que se hicieron presentes se encuentran:

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, Universidad de la República de Uruguay, Hospital Moyano, Hospital Borda, Hospital Gandulfo, CESAC 40, CESAC 24, PREA, SEDRONAR, Asociación Civil Intercambios, Federación de Medicina Familiar y General, Café Basaglia, Proyecto ISOLe, entre otras.

2. Lic. Alicia Stolkiner, docente de los posgrados en Salud Mental Comunitaria UNLa y Facultad de Psicología UBA, Dra. Graciela Natella, Coordinadora del Programa Nacional de Patologías Mentales Severas y Prevalentes de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Lic. Marcela Giménez del Proyecto ISOLe, Integración socioeconómica y lucha contra la exclusión social en áreas prioritarias de la Argentina, y Lic. Claudia López Mosteiro del Café Basaglia.

3. Lic. Alberto Calabrese de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, Dr. Carlos Sanguinetti, Subsecretario de Salud Mental y Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires, Dr. Mario Acuña, Vicepresidente Federación Argentina de Medicina Familiar y General y Lic. Paula Goltzman de la Asociación Civil Intercambios

## Aspectos a destacar de debates e intercambios

- En cada uno de los paneles se incluyeron presentaciones que combinaron políticas y/o dispositivos correspondientes a los gobiernos nacional o provincial, y también, experiencias surgidas en o con participación de organizaciones de la comunidad.
- Tanto en los paneles como en los talleres estuvo presente de manera recurrente la tensión entre los espacios vinculados con las políticas y aquellos en los que se desarrollan prácticas comunitarias.
- El concepto de *territorio* atravesó varias de las ponencias, trazando un adentro y un afuera de las prácticas y dispositivos tradicionales. Las experiencias comunitarias instalaron escenarios por fuera de las instituciones de salud (bares, centros culturales, organizaciones sociales, etc.).
- Los funcionarios asistentes a los paneles plantearon entre las condiciones necesarias para garantizar un abordaje en el marco de la APS, la SMC o la Ley Nacional de Salud Mental vigente, contar con formaciones profesionales y prácticas diversas a las actuales.
- Los equipos a cargo de la implementación de políticas nacionales o provinciales comprometidos con los abordajes de APS y SMC, han planteado que ha existido, en variadas instancias, la necesidad de desarrollar acciones desde “afuera” de las instituciones de salud para evitar quedar atrapados por los dispositivos tradicionales.
- Por último, nominaciones como sufrimiento mental, sufrimiento psíquico, padecimiento mental, fueron instalándose por sobre las denominaciones psiquiátricas, al mismo tiempo que el *cuidado* fue reemplazando a la *atención*.

### ► **Presidente de las Jornadas**

Dr. Emiliano Galende

### ► **Comité Científico**

Dr. Claudio Antonioli.

Mgter. María Teresa Lodieu.

Dr. Daniel Rodríguez

Lic. Cecilia Ros.

Dr. Alejandro Wilner.

Lic. Débora Yanco.

### ► **Comité organizador**

Lic. Guadalupe Ares Lavalle.

Lic. Cecilia Ros.

Dr. Alejandro Wilner.

Lic. Débora Yanco.

### ► **Asistencia técnico-administrativa**

Valeria Bosio

Sonia Olmedo

## Congreso Mundial de Salud Mental 2013 de la World Federation for Mental Health: “Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención”

---

*Buenos Aires, 25 al 28 de agosto de 2013.*

Buenos Aires será anfitriona por primera vez del Congreso Mundial de Salud Mental de la World Federation for Mental Health (WFMH, Federación Mundial para la Salud Mental), organizado en esta oportunidad por la Asociación Argentina de Salud Mental (AASM).

La Federación Mundial para la Salud Mental es una organización internacional fundada en 1948 para promover, entre todos los pueblos y naciones, la prevención de los trastornos mentales y emocionales, el tratamiento y el cuidado de las personas con estas problemáticas y la promoción de la salud mental.

El Congreso Mundial de Salud Mental de 2013 tiene como objetivo debatir importantes temas de salud mental y estimular a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales a emprender más y mejores programas de salud mental para el bien de la sociedad.

Se puede consultar la página web para mayor información: <http://www.wmhc2013.aasm.org.ar/es>

## Segundo Congreso Europeo de Seguimiento Asertivo “Mejorando la integración”

---

Avilés, Asturias, España, 26 al 28 de junio de 2013

El Seguimiento Asertivo (Assertive Outreach) es un término utilizado para las intervenciones -con objetivos diversos- destinadas a enfermos mentales en la comunidad.

El Seguimiento Asertivo puede ser encarado por diferentes servicios multidisciplinarios. No todos los países europeos tienen programas de Seguimiento Asertivo, y aquellos que los poseen difieren en relación a la población objetivo, los modelos organizacionales, la participación de los clientes y los resultados encontrados.

El propósito del Segundo Congreso Europeo de Seguimiento Asertivo es estimular el desarrollo de modelos basados en la evidencia de Seguimiento Asertivo, a fin de establecer un amplio diálogo en los siguientes tópicos: resultados investigativos, modelos de Seguimiento Asertivo incluyendo Tratamientos Asertivos Comunitarios (ACT), poblaciones-objetivos (incluyendo grupos de edades, diferentes, personas sin vivienda, pacientes con psicosis tempranas), estrategias implementadas, casos encontrados, problemas motivacionales, rehabilitación y recuperación, participación de los clientes, intervención en crisis, continuidad en los cuidados y otras prácticas basadas en la evidencia dentro del contexto del Seguimiento Asertivo.

Se puede consultar la página web para mayor información: <http://www.eaofaviles2013.com/>

---

# SECCIONES Y PAUTAS

---

El Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús inicia una publicación periódica en el área de salud mental: *Salud Mental y Comunidad*. Nuestro objetivo es publicar artículos originales del campo de la salud mental comunitaria.

Queremos profundizar y difundir los conocimientos sobre este área y favorecer el intercambio de experiencias comunitarias orientadas a la promoción de los derechos humanos y de la salud mental. Invitamos a los investigadores, académicos, trabajadores del campo de la salud mental y de los derechos humanos a participar de este emprendimiento.

*Salud Mental y Comunidad* adopta para su publicación las normas establecidas por el Manual de Estilo de la APA (American Psychological Association) 6<sup>a</sup>. Ed. <http://www.apastyle.org/>

## Secciones

---

### Artículos

Textos originales de investigación teóricos o de praxis del campo de la salud mental y comunitario. Las investigaciones deberán estar respaldadas por instituciones científicas acreditadas

### Debate

Ensayos, Conferencias, artículos que reflejan comentarios y opiniones de los autores.

### Información

Informaciones de acontecimientos diversos del campo de la salud mental y comunitario.

## Pautas para la presentación del texto

---

Se aceptan únicamente textos escritos en lengua española. Deben presentarse a doble espacio, con letra Times New Roman 12, en hoja ISO A4, en Word (sistema operativo de Windows). Alineación a la izquierda. Las páginas no deben estar numeradas.

Primera página: el nombre del autor/es, título de grado y de posgrado, institución de pertenencia, correo postal, correo electrónico de cada autor. Segunda página: título del artículo, resumen en español e inglés, tres a cinco palabras clave en español e inglés.

Resumen de doscientas palabras. El número total de páginas no debe exceder las veinte páginas. Los trabajos serán enviados a:

[saludmentalycomunidad@unla.edu.ar](mailto:saludmentalycomunidad@unla.edu.ar)

## Notas finales

Refieren a comentarios que especifican o aclaran un concepto o una idea expresada en el texto. Deben presentarse en forma numérica, en el cuerpo del texto entre paréntesis y en orden correlativo. No deben presentarse a pie de página sino como nota final, allí la numeración se presentará sin los paréntesis.

## Ilustraciones

Se aceptarán un máximo de cinco figuras o cuadros en blanco y negro. Deben ser enviados en hoja aparte con su correspondiente título, uno por hoja, en el programa utilizado para su confección (excel, power point o cualquier programa de uso generalizado) y se organizarán correlativamente con numeración arábiga. La información contenida en las ilustraciones no debe duplicar o reiterar lo expuesto en el texto del artículo. Si se hará uso de una figura o cuadro ya publicado, debe explicitarse la fuente y obtener el permiso por escrito para su reproducción.

## Agradecimientos

Los autores podrán agradecer a aquellos que hayan colaborado en la elaboración del texto a presentar. En caso de contar con fuentes de financiamiento, deberán ser explicitadas.

## Referencias bibliográficas

La bibliografía citada y la bibliografía de consulta deben presentarse en hojas separadas del texto y acorde a lo estipulado por el Manual de Estilo de la APA, 6<sup>a</sup>. ed.

Deben presentarse en orden alfabético.

## Libro completo

Autor, A. (Año). *Título del libro*. Lugar: Editorial.

Minayo, M. C. S. (1995). *El Desafío del Conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

## Capítulo de un libro

Autor, A. (Año). Nombre del capítulo. En *Título del libro*. Lugar: Editorial.

Goffman, E. (2004). Sobre las características de las instituciones totales. En *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

---

# SECCIONES Y PAUTAS

---

## Revista profesional impresa

Autor, A. (Año). Título del artículo. *Titulo de la revista*, Vol (#), pp.

Shramm, F.R. (2009). Violencia y ética práctica. *Salud Colectiva*. Vol 5 (1), 13-25.

## Revista profesional digital

Autor, A. (Año). Título del artículo. *Titulo de la revista*, Vol (#), pp. doi: #

Herbst-Damm, K.L. & Kulik, J.A. (2005). Volunteer support, marital status, and the survival times if the terminal ill patients. *Health Psychology*, 24, 225-229. doi: 10.1037/0278-6133.24.2.225.

## Revista en línea

Autor, A. (Año). Título del artículo. *Titulo de la revista*, Vol (#). Recuperado de URL

Tosta Berlinck, M. (2009). La Reforma Psiquiátrica Brasileña: perspectivas y problemas. *Salud Mental*. Vol 32 (4), 265-267. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58212276001.pdf>

## Periódico

Autor, A. (Año, fecha). Título del artículo. *Titulo del periódico*, pp.

Fava, A. et al. (2009, febrero, 19). Una experiencia desmanicomializadora. *Página 12*, 33.

## Periódico en línea

Autor, A. (Año, fecha). Título del artículo. *Titulo del periódico*. Recuperado de URL

Galende, E. (2011, junio, 9). Amor fascista, amor conyugal, amor romántico. *Página 12*. Recuperado de <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-169714-2011-06-09.html>

## Carta de cesión de los derechos de publicación

Junto con el envío del trabajo se deberá incluir una carta firmada por todos los autores con el mismo orden de presentación del artículo con los siguientes datos: a) nombre y apellido de los autores; b) nombre completo de la institución de pertenencia de cada autor; c) autor responsable del envío con su dirección postal, teléfono y correo electrónico; d) texto en donde se indique que es un texto original que no ha sido publicado ni total ni parcialmente y que no ha sido enviado en forma simultánea a otra publicación; e) que en el caso de ser aceptado para su publicación en la Revista ceden sus derechos de publicación a la *Revista Salud Mental y Comunidad*.

## Selección de trabajos

Todos los trabajos recepcionados serán evaluados en una primera instancia por el Comité Editorial a fin de determinar su adecuación con los objetivos de la revista, con la política editorial y con las pautas editoriales. Los textos de la Sección Artículos que se encuadren dentro de esta orientación, serán enviados a un sistema de pares evaluadores en forma anónima para su evaluación. El resguardo de confiabilidad engloba tanto a los autores como a los evaluadores.

El Comité Editorial y/o los evaluadores podrán proponer modificaciones al texto presentado, pudiendo los autores presentar nuevamente el texto para su evaluación.

La revista se reserva el derecho a rechazar artículos que no respondan a la política editorial o a las pautas de presentación.

Las afirmaciones vertidas en los trabajos son de exclusiva responsabilidad de las/los autoras/es.

Se enviarán tres ejemplares de la revista al autor responsable de los artículos publicados.

*Departamento de Salud Comunitaria  
Universidad Nacional de Lanús*



**EDUNLa Cooperativa**

29 de setiembre 3901

Remedios de Escalada – Partido de Lanús

Pcia de Buenos Aires – Argentina

TEL. 54 11 6322-9200 int. 5727

[edunla@unla.edu.ar](mailto:edunla@unla.edu.ar)