







---

# SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

---

Año 3, Nº 3 - Diciembre de 2013 - 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 Nac. de Lanús

**Director Asociado:** Daniel Rodríguez. Universidad Nacional de Lanús

### 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 Ausgburger - Instituto Lazarte- Universidad Nacional de Rosario
- Dinarte Ballester - Universidad Federal de Porto Alegre- Brasil
- Valentin Barenblit - Ccentre 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
- 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 I. Yanco - Universidad Nacional de Lanús
- Roxana Ynoub - Universidad de Buenos Aires
- Graciela Zaldúa - Universidad de Buenos Aires

### Colaboración en este número:

- Gabriela Castro Ferro - Universidad Nacional de Lanús
- María Belén Sopransi - 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. Entre el diagnóstico de cronicidad y el fenómeno de la discapacidad desde una perspectiva de Derechos Humanos   <i>Roxana Amendolaro</i> .....	19
2. Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones   <i>Silvia Faraone</i> .....	29
3. La Nueva Ley de Salud Mental y los actores: de corporativismos palaciegos y de oportunidades para la superación. Aportes desde el análisis de políticas   <i>Agustina Barukel</i> .....	41
4. La dignidad humana y los padecimientos mentales: una relación en construcción   <i>Ana Heller, Alejandra Petrella, Adriana Vilarnovo</i> .....	51
5. Vulneración de derechos en la infancia: la “multi-institucionalización” como modalidad de abordaje   <i>Alejandro Michalewicz, Juan Noel Varela</i> .....	61
6. Tensiones en los sentidos y experiencias juveniles en torno a los consumos de drogas   <i>Ana Clara Camarotti, Martín Güelman</i> .....	69
<b>DEBATES</b>	
1. El debate sobre las políticas de drogas se profundiza en América Latina: Carta abierta a los Gobiernos de la región presentes en la Asamblea General de la OEA   <i>Graciela Touzé</i> .....	81
2. Paradojas de las escuelas inclusivas   <i>Gabriela Dueñas</i> .....	85
3. La constitución social de la subjetividad en la contemporaneidad   <i>María Teresa Lodieu</i> .....	89
4. Entre la universidad y el barrio: “provocaciones” comunitarias   <i>Ruth G. Melnitszky, Virginia Cracco</i> .....	93
<b>INFORMACIÓN</b> .....	97





LA COMIDIA MERCHENSKY

# Editorial

---

**Emiliano Galende**

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

---

Las perspectivas epistemológicas y metodológicas en el campo actual de la Salud Mental configuran un complemento importante para los avances de una perspectiva crítica de la investigación en Salud. Las relaciones entre la medicina y la pertenencia a esta disciplina de una especialidad de lo mental (Psiquiatría), está en crisis desde que se planteara el giro hacia Salud Mental (Asamblea de la oms, 1953). Por otra parte, dado que la psiquiatría es parte de la prehistoria de salud mental y esta relación del sufrimiento mental con la medicina ha sido desde su inicio conflictiva y arbitraria, persiste una tensión entre las posiciones de la psiquiatría, hoy representada por la permanencia de los manicomios y también por el avance del positivismo médico por vía ahora del respaldo de la neurobiología y la industria farmacéutica, frente a los criterios de una perspectiva social y cultural de la salud mental. El desarrollo actual de una comprensión transdisciplinaria y social de la salud mental constituye, tras doscientos años de medicina mental asilar, el camino más racional hacia una ciencia social del sufrimiento mental; esa es la meta pero muchos son los obstáculos. Volveré sobre esto.

Aceptemos un breve recuerdo de esta historia. Desde Augusto Comte en adelante la medicina avanzó en base a dos principios: la objetividad del conocimiento y la explicación causal de las enfermedades

como verdad universal, la conocida etiopatogenia. Si bien la medicina no dejaba de ser la práctica del arte de la curación, estos dos principios la situaban en el horizonte de la racionalidad de la ciencia y sus relaciones con la técnica, ideal nunca logrado totalmente por otra parte, ya que la práctica real de los médicos, nunca perdió el carácter de “arte de curar”. Hay que aceptar que este positivismo de reducir la vida al cuerpo como objeto de conocimiento ha tenido éxito y eficacia al incorporar al arte del médico conocimientos científicos de otras ciencias (la biología, la física, la química, etc.) y más tardíamente tecnologías sofisticadas para el diagnóstico de las enfermedades. Este horizonte de racionalidad científica, aun cuando tomado de otras disciplinas científicas, permitió al médico hablar en tercera persona: la explicación causal de las enfermedades como verdad universal más allá de toda singularidad del enfermo. Del cuerpo al órgano, de éste a los tejidos, luego las células, hasta la biología molecular y los mecanismos biológicos, la verdad de la salud y la enfermedad se busca en estos ámbitos y se entiende que encontrando la alteración de su norma de funcionamiento se descubre la verdad de la enfermedad y la racionalidad de su tratamiento, a la vez que puede entonces, por su universalidad, ser incluida entre las enfermedades ya clasificadas o abrir una nueva casilla.

A modo de síntesis, y para hacer comprensible la situación actual de conflicto entre positivismo biomédico y perspectiva social en salud mental, vale recordar la historia de la producción de conocimiento en esta disciplina. La psiquiatría fue y sigue siendo una **anomalía de la medicina**; nunca logró adecuarse a sus postulados y mucho menos a sus logros. La fundación de la psiquiatría por E. Esquirol en los años veinte del siglo XIX, buscó respaldo en los postulados de Augusto Comte, afirmando, o simplemente prejuizando, basado en el postulado de la frenología de Gall, que era el cerebro enfermo la causa del trastorno mental. Debemos reconocer que esta afirmación sorprendió a muchos intelectuales de su época, que ya entonces salieron a cuestionarlo: todo el romanticismo alemán (Novalis, Goethe, Schiller) y el movimiento que se llamó “los psíquicos”. No pasó mucho tiempo hasta que se estableció la polémica entre “organogénesis” y “psicogénesis”, o causas endógenas o reactivas de la enfermedad. Dentro del principio positivista de la explicación causal ésta se divide y confronta entre causas no demostrables del cuerpo y causas tampoco demostrables del psiquismo. Desde entonces el intento de un conocimiento objetivo y causal del trastorno mental se ha demostrado entre falso o puramente impregnado de prejuicios ideológicos. La única epistemología posible de la psiquiatría ha sido la historia de diversos autores con sus propuestas de nuevas nosografías. No hay teoría más allá de la nosografía. Sobre finales del siglo XIX, Emil Kraepelin funda, a pesar de todas las críticas recibidas, su modelo “anatomoclínico”, esto es una relación causal entre cerebro (en la grosera anatomía de entonces) y los síntomas clínicos. Su investigación consistía en la disección de cerebros de enfermos mentales fallecidos buscando esta relación de correspondencia causal. Entre nosotros, Moyano se empeñó en la misma “investigación”. A pesar de lo ineficaz y hasta absurdo del intento de aplicar el modelo de conocimiento de las ciencias naturales, (que estaba dando sus frutos en la medicina), al terreno de la vida psíquica, esto permitía a la psiquiatría permanecer como parte de la medicina.

Sobre la última parte del siglo XIX Wilhelm Dilthey, desde sus investigaciones en historia y economía, había introducido la diferencia entre la explicación causal y la comprensión, abriendo la posibilidad de las llamadas ciencias sociales. Unos años después, uno de los discípulos de Edmund Husserl, Karl Jaspers, toma estos conceptos de Dilthey, y en su obra maestra “*Psicopatología General*”, divide el campo de un conocimiento posible del trastorno mental entre “relaciones de explicación” y “relaciones de comprensión”; entre la supuesta objetividad de demostrar causas sin que el investigador esté implicado como sujeto, y la comprensión empática que requiere de un sujeto de conocimiento implicado en la producción de la verdad del

trastorno. Sigmund Freud es contemporáneo de Jaspers, y de algún modo ambos participaban de un mismo medio intelectual. Requisito de la empatía para comprender el sufrimiento de un semejante, o presencia de la transferencia para levantar represiones: para ambos el sufrimiento mental solo es posible de conocer en esa relación; para ambos el enfermo no puede reducirse a un objeto de observación a la mirada del investigador, es otro que como semejante participa en la producción de la verdad de su sufrimiento. Ambos, Freud y Jaspers, (podríamos incluir a Husserl), efectúan la crítica más profunda a la pretensión de fundar un conocimiento objetivo y causal en la existencia humana y el sufrimiento mental. Desde entonces el mapa del conocimiento sobre el trastorno mental se transforma en una lucha entre el positivismo médico, insisto, derivado de Augusto Comte, y la perspectiva fenomenológica y psicoanalítica. A lo largo del siglo XX las diferentes corrientes en psicología y psiquiatría se ubicaron en una u otra perspectiva. Así se encuentra el campo de la comprensión y tratamiento del sufrimiento mental después de la Segunda Guerra Mundial, al llegar la propuesta, sin duda política, de reestructurarlo hacia los criterios de Salud Mental.

¿Por qué este recuerdo acerca de la relación entre la psiquiatría y la medicina, entre positivismo médico como disciplina reconocida socialmente y conceptos y prácticas de Salud Mental que no son contenidas por la medicina? Nuestro problema, la dificultad, es con la perspectiva de la medicina en su orientación actual y la hegemonía de sus criterios de explicación causal sobre la salud, no así con el campo de la comprensión social crítica de la Salud, con el cual, como dije antes, entendemos que salud mental forma parte de una apertura hacia la investigación social y una reformulación de los criterios disciplinarios. Por ejemplo: en el campo biomédico existe legislación para considerar incumbencias (en Argentina aún vigente la ley 17.132, dictada durante la dictadura de Onganía) que permiten considerar y punir prácticas ilegales de la medicina (curanderismo, por ejemplo), ya que la misma disciplina establece los límites de su campo de conocimiento y las incumbencias de quienes están habilitados para las prácticas terapéuticas. Esto no es posible respecto al sufrimiento mental y al campo de salud mental: en éste lo social, cultural, religioso, es tan determinante en la producción y valoración del sufrimiento mental, la interpretación de sus significados y la orientación de los objetivos terapéuticos, que hacen a estas instancias partícipes necesarios de la comprensión y la motivación terapéutica para abordarlos. Salud Mental no consiste en una disciplina que pueda fijar los límites de su campo teórico y de intervención práctica: en la producción de conocimiento acerca del sufrimiento mental, sus significados y valoraciones, como tampoco respecto de

sus prácticas terapéuticas, que se funden con prácticas espontáneas de diversos actores sociales. Sus límites son difusos, permeables, se confunden con muchas prácticas sociales con sentido de cuidado o rehabilitación de sufrimientos psíquicos, diagnosticados y atendidos con prácticas diversas, denominadas “terapias alternativas”, además de las que realizan comunidades religiosas (evangélicos, espiritistas, u otras religiones), o la misma comunidad a través de amigos, familias, grupos culturales, etc. Estas prácticas, que llamamos sociales, no son posibles de pensar y entender en los términos formales de eficacia, eficiencia o calidad, sino simplemente reconocer en su existencia real. En los últimos tiempos muchos servicios, especialmente en Europa, (admitido y apoyado por la oms), han incluido los llamados “*cuidados informales*”, aquellos que prestan la familia, la comunidad o distintas ONG a personas con trastornos mentales o en procesos de rehabilitación psicosocial. Los subsidios por “carga familiar” que otorga el Estado en estos casos deben ser entendidos como un reconocimiento de que los cuidados del sufriente mental y su rehabilitación para la vida en común, no dependen exclusivamente de los servicios formales. Hay que tener en cuenta que estas prácticas sociales y comunitarias, vinculadas a las condiciones reales de existencia del sufriente, de clase social, étnica, cultural o religiosa, no resultan antagónicas con el sistema formal de atención que prestan los servicios de Salud Mental, más bien resultan alternativas válidas que se complementan o se suman a la atención formal. Justamente estos recursos sociales de cuidado, que dominan en poblaciones rurales o grupos étnicos, se atenúan en las sociedades actuales, con dominio del estilo de vida de las grandes urbes, aun cuando dentro de los diferentes conjuntos sociales estratificados y más allá de la clase social, origen o pertenencia étnica o religiosa, la demanda de estas prácticas es evidente. Si bien resulta claro que los sectores urbanos de clase media demandan más a los servicios formales, que esto es menor en las áreas rurales o pequeñas poblaciones, y menos aún en la población de comunidades étnicas o religiosas, estas prácticas sociales con sentido terapéutico están presentes en todo el panorama social actual. El crecimiento notable de estas “terapias alternativas”, simultáneo en el caso de Argentina al incremento de la atención psicológica y psicoanalítica en las grandes ciudades, posiblemente es resultado del descrédito de las prácticas médico psiquiátricas que no favorecen la palabra y la comprensión del sufrimiento mental, al que responden con la internación asilar y la prescripción del medicamento. En el plano social es observable una creciente oposición entre el trato por la palabra versus el medicamento para el tratamiento del sufrimiento mental, esta oposición no se observa solamente entre los profesiona-

les sino que forma parte del saber popular acerca del sufrimiento mental y su tratamiento.

En el campo de Salud Mental la valoración de los “*cuidados informales*”, al favorecer la participación del grupo social de pertenencia, la familia, la comunidad, está justamente haciendo más permeable el límite entre las prácticas médico psiquiátricas y psicológicas y las alternativas de atención que se desarrollan en la sociedad, todas basadas en la función terapéutica de la palabra en una relación intersubjetiva. Esto genera al menos un interrogante: la mayor parte de la investigación epidemiológica está dirigida a la prevalencia asistida de distintas formas de sufrimiento mental, su diagnóstico por los servicios formales, las modalidades de atención y las prácticas profesionales, pero poco sabemos acerca de los recursos terapéuticos de la comunidad. Los escasos estudios epidemiológicos sobre población general se orientan por los criterios diagnósticos de la psiquiatría y están dirigidos a medir prevalencia estadística de estos trastornos clasificados. Existe poca investigación sobre los modos reales en los cuales la población transita, atenúa o cura, sus sufrimientos psíquicos. Estos estudios académicos no reflejan las modalidades socio comunitarias en la que las personas elaboran, resuelven, atenúan o agravan sus sufrimientos mentales. El sector Salud y más aún, de Salud Mental, al limitar el estudio al sistema de atención formal, identificando describiendo y evaluando las formas de atención de los que acuden a los servicios, tiende a desconocer las formas en que los individuos, grupos sociales y comunidades, acuden a otros individuos (amigos, grupo de pertenencia religiosa, cultural, política) para tramitar, aliviar o curar los sufrimientos mentales en su existencia real. Y está claro que así como los servicios formales de salud mental desarrollan estrategias de atención y clasificación (diagnósticos en base a nosografías diferentes, medicación o psicoterapia), también los grupos sociales, religiosos o culturales, tienen estrategias propias para reconocer e identificar formas de sufrimiento mental y brindar cuidados. De allí que se puede hablar de “terapias alternativas” (al saber académico reconocido y al sistema de salud basado en servicios de atención médica y psicológica). Es obvio que para conocer el funcionamiento de estas dinámicas terapéuticas de los grupos sociales deberían hacerse estudios en población general, que requieren de metodologías más cercanas a la de los estudios etnográficos que a los propios de la epidemiología académica. Luego volveré sobre esto.

Si estudios realizados por la oms señalan que aproximadamente un 25 % de la población de adultos de grandes ciudades padece depresión, ¿es posible un sistema de atención que atienda a todos en base a lo que la misma oms propone, con fármacos anti depresivos y psicoterapia? La idea de una “brecha” de la aten-

ción, entre el número de personas que padecen depresión y los que consultan, resulta una idea errónea para dar cuenta del problema. La cuestión no consiste en que los servicios extiendan sus estrategias a las comunidades, sino reconocer el valor de las estrategias propias de los grupos sociales: iglesias evangélicas con adictos, yoga, meditación, respiración, psicodanza, relajación, etc. Debemos recordar y reconocer: **los servicios formales y las disciplinas médica y psicológica no cuentan con mayor verdad científica que estas prácticas de la comunidad.**

Se ha difundido actualmente el concepto de “medicalización”, para observar el efecto del avance del positivismo médico sobre la definición y el tratamiento de todos los malestares psíquicos. La vigencia actual de esta problemática debería alentar investigaciones sociales sobre su incidencia en los comportamientos de la población sobre la construcción de significados sobre el sufrimiento y la forma de atenderlo. El proceso de medicalización consiste en convertir en enfermedades toda una serie de episodios vitales de la existencia y aun de diversos comportamientos de la vida cotidiana, las cuales son explicadas y tratadas como enfermedades. Las versiones del *Manual Diagnóstico* de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM), es su expresión mayor. Estas prácticas de la comunidad constituyen una resistencia a esta expropiación de la experiencia humana del sufrimiento mental que representa la medicalización de la vida y la propuesta psicofarmacológica. ¿En qué medida esta situación del campo de Salud Mental se refleja en la investigación actual?

## El horizonte científico de la investigación en Salud Mental

La ciencia se hace con teoría y método; la teoría orienta la mirada sobre la realidad que luego con método se investiga. Según Jürgen Habermas, con una perspectiva amplia, la teoría es el camino del pensamiento hacia la verdad. Algo ya he señalado como la historia de un problema para el conocimiento en salud mental, la disyuntiva entre explicación causal o comprensión. Esto abre dos caminos epistemológicos y dos ámbitos científicos y metodológicos, el de las ciencias naturales o el de las ciencias sociales. A esto cabe agregar que la problemática de salud mental plantea temas complejos que atraviesan a varias disciplinas, como sucede en otros ámbitos del conocimiento científico del campo social y la cultura. Obviamente esto afecta a la metodología. No es posible conocer un problema con el método propio de una disciplina cuando se trata de un objeto complejo que requiere de un abordaje interdisciplinario. Definir una investigación por problemas y no objetos homogéneos, exige perspectivas

inter o transdisciplinaria, la cooperación de distintos investigadores sobre un mismo tema de investigación. Si bien hay intentos de articular metodologías propias del enfoque explicativo con los propios de la comprensión, superando la disyuntiva de una ciencia para explicar y otra ciencia para comprender (la llamada investigación estratégica propuesta por John Galton, y los dispositivos de matriz de datos, por ejemplo), debemos reconocer que las dificultades persisten. Si hemos puesto en cuestión que Salud Mental posea un objeto abordable con los criterios formales de la ciencia, (los párrafos dedicados a las terapias alternativas apuntan a eso), cabe preguntarnos entonces cómo se construye conocimiento en este campo, o si es posible un desarrollo epistemológico y metodológico del mismo. Insisto: la investigación en Salud Mental presenta cuestiones específicas, una complejidad que excede a la misma investigación en Salud.

A modo de ejemplo, vale repetir lo dicho en la Editorial del Número 2 de esta revista: *“el cerebro humano, en su estructura y funcionamiento, es universal, por lo tanto la neurobiología estudia y produce nuevos datos de sus funciones que tienen valor de verdad científica, es decir, se consideran universales. Hace 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, la cultura, 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 disciplina que haya formulado teorías que den sustento a una metodología precisa para acceder al conocimiento verdadero”*. Debemos aceptar que no contamos con el camino que señala Habermas. 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.

Vale recordar que ya Immanuel Kant en su texto tardío (*Antropología*) señalaba que la salud es un objeto ajeno al campo del saber objetivo (la explicación causal), “...la salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar”. Para Kant la salud es un concepto que no puede ser abordado desde una perspectiva poblacional, pues se refiere a individuos concretos, situados en contextos sociales específicos, que no pueden reducirse a parámetros científicos, al menos en la perspectiva de la ciencia dominada por el objetivismo positivista de su época. Por su parte Georges Canguilhem señalaba que la norma que regula los mecanismos biológicos (*Lo Normal y lo Patológico*) es interna al funcionamiento mismo de lo biológico, mientras que la norma que regula el pensamiento, la percepción y los comportamientos prácticos de los individuos es externa al sujeto, se trata de una norma social (ética o moral). De esto se desprende las dificultades para definir en términos científicos el concepto de salud mental. Igualmente el ser viviente y su medio no pueden ser considerados normales o patológicos considerando separados sujeto y medio, “*lo normal, define, es poder vivir en un medio en que fluctuaciones y nuevos acontecimientos son posibles*”. Sabemos que para Canguilhem no existe un universal de la salud como verdad del cuerpo, de allí su propuesta de “*cuerpo subjetivo*”, desde este postulado podemos avanzar en que el único universal de la salud es su carácter social. Juan Samaja (*Epistemología de la Salud*) señalaba que la Salud (y puedo agregar aquí Salud Mental) solo se hace accesible al conocimiento en la complejidad de la reproducción social, y ésta requiere fundar una racionalidad científica de sus enunciados sobre el proceso salud-enfermedad-atención. Está claro que esta perspectiva sitúa la investigación en salud mental en el campo de las ciencias sociales, a la vez que, dada la historia de la relación de la psiquiatría asilar con la medicina, se debe dar cuenta de esta relación. Debemos cuidar que esta perspectiva social de la salud mental no se convierta solamente en un humanismo militante, abandonando de este modo la investigación, y por ende la producción de conocimiento, al positivismo médico. Trato de señalar que, con las dificultades que observamos, el desafío del conocimiento en este campo es el de avanzar con el horizonte de la racionalidad científica, sin resignar su singularidad social. Contar con fundamentos epistemológicos y metodológicos es lo que puede garantizar que las acciones que se promueven desde la perspectiva comunitaria tengan consistencia metodológica y hagan posible una evaluación racional. Ocurre que muchas investigaciones interdisciplinarias recaen en el funcionalismo, o en la vieja idea de los “niveles de integración”. No se trata de separar estructuras diferentes (físicas, biológicas, psíquicas, sociales, culturales) para definir sus funciones y encontrar luego sus relaciones. La subjetividad humana, ya que sobre eso

nos proponemos investigar, es una totalidad relacional compleja, su esencia no es inmutable sino variable, cambiante, y lo social y cultural no es una relación del sujeto con algo exterior a él, es intrínseca, constitutiva de la subjetividad misma.

## Deconstrucción de la una disciplina de lo mental y construcción de la perspectiva transdisciplinaria

Después de este repaso de las dificultades y diferencias con la ciencia positiva, veamos las posibilidades. La propuesta racional de abordar los problemas de Salud Mental desde el reconocimiento de que se trata de un objeto complejo, ha llevado a la idea de un abordaje transdisciplinario para su conocimiento. Esto abre dos perspectivas: la epistemológica y la metodológica (cómo investigar y producir un conocimiento racional del mismo), y la de su impacto concreto en las prácticas de atención. Me adelanto a señalar que en lo primero hemos avanzado, pero no en el mismo grado en cuanto a las políticas de salud, las prácticas de atención y los servicios. Hace unos años muchos hemos pensado que lograr este cambio cultural en la perspectiva del conocimiento y la investigación en Salud y Salud Mental, y dado la resistencia de las carreras de grado (especialmente medicina, pero también psicología) para abordar la problemática de la Salud desde esta perspectiva transdisciplinaria en sus planes de estudio, pensamos que los posgrados en Salud, Salud Colectiva y Salud Mental, podían avanzar en estos desarrollos. En los posgrados de Salud Mental que implementamos en la Universidad Nacional de Lanús, hemos trabajado desde hace veinte años incluyendo la perspectiva de Jean Piaget y Rolando García (*Psicogénesis e Historia de la Ciencia*) sobre lo “intra”, lo “inter” y lo “trans”, bajo la idea de que el proceso de formación debía llevar desde una perspectiva disciplinaria (ya que los cursantes provienen de disciplinas diversas), hacia una transformación de su comprensión de los problemas de salud mental que definimos como transdisciplinaria. Nuestro objetivo no es solo el de enseñar sino el de promover una transformación en la teoría y sus prácticas hacia esta perspectiva. **Como creo resulta evidente, la transdisciplina no se aprende en sentido tradicional, se trata de un proceso de transformación intelectual y cultural para el pensamiento de los problemas complejos.** Mario Testa, que forma parte de este proyecto y elaboró una ampliación de las nociones de Piaget para estos posgrados, hizo extensiva las nociones de intradisciplina, interdisciplina y transdisciplina, que estos autores aplican a los objetos y a las operaciones, a los sujetos implicados en la comprensión del objeto y en las operaciones de conocimiento y transformación. Nuestra

expectativa pedagógica es lograr un desplazamiento desde lo “intra” a lo “inter” y luego a lo transdisciplinario. El proceso consiste en una progresión no de suma de factores determinantes del proceso salud-enfermedad-atención, sino de la complejidad del objeto de conocimiento donde la articulación de estos factores agrega cualidades nuevas al objeto. Producir un sujeto con un pensamiento transdisciplinario que pueda pensar un objeto complejo requiere de una transformación cultural e intelectual, ya que la mayor parte de nosotros estamos formados en base a disciplinas particulares.

Se puede aplicar la categoría “objeto” al modelo asistencial; la de “operación” a los instrumentos de la política en salud y la gestión; y la de “sujeto” a la implicación de los profesionales en este proceso de transformación intelectual, identificando a las “disciplinas” en su confrontación con la complejidad. Esto es, partir de las formaciones disciplinarias hacia el diálogo interdisciplinario, que construye las relaciones múltiples que determinan el objeto de conocimiento y concluye con la construcción de criterios transdisciplinarios en la construcción de nuevas categorías para el conocimiento. Se trata de abarcar las variables que componen el objeto “salud mental”: el modelo de atención; las políticas y la gestión; las disciplinas que intervienen; las prácticas que se realizan y los sujetos de las mismas. Se puede identificar la organización de cada una de estas categorías para tratar los problemas centrales, pero lo esencial es establecer las relaciones entre las variables que es lo que conforma el modelo explicativo de la Salud Mental. Existe siempre una tensión en la perspectiva de establecer un conocimiento del lazo social comunitario entre el conocimiento “especializado” y el conocimiento de la complejidad que integra las variables que mencionamos. Se parte del proceso hermenéutico-interpretativo de lo individual al proceso de interpretaciones múltiples del sufrimiento mental, del cual forma parte el conjunto de variables que integran el proceso salud-enfermedad-sistema de atención. Este proceso hermenéutico interpretativo global, ampliado a varias dimensiones de análisis, no es posible desde una lógica formal de la ciencia, ni es posible abordarlo desde la propuesta de un paradigma de la ciencia. El desafío es cómo establecer un conocimiento que pueda incluir el elemento de la subjetividad en el objeto y en el sujeto del conocimiento, utilizando la comprensión e interpretación en el marco de una relación intersubjetiva (tanto en la investigación como en las prácticas terapéuticas). Recuerdo lo ya dicho: el conocimiento en el campo del sufrimiento mental no puede prescindir de la relación empática (fenomenología) o transferencial (psicoanálisis). Y esta exigencia debe estar presente también cuando la investigación se dirige a alguna de las variables en particular.

Esta perspectiva transdisciplinaria y orientada por un pensamiento complejo de los problemas de salud mental, ¿Cómo incide en la orientación de la investigación actual?

## ¿Qué y cómo se investiga hoy en Salud Mental?

En Argentina es observable un avance notorio de la perspectiva epistemológica para una comprensión transdisciplinaria de los problemas de salud mental. Muchos de los artículos y ensayos teóricos sobre diversos temas de salud mental que se publican, siguen esta orientación. La prevalencia de las ciencias sociales en los estudios sobre salud mental es relevante. Ocurre algo similar con las Tesis de los posgrados en Salud Mental, casi todos calificados con la orientación “comunitaria”, lo cual ya es indicativo de la presencia de la perspectiva social. Actualmente las investigaciones que se concretan están dirigidas predominantemente al estudio del sistema de Salud Mental, los servicios, la legislación, algunos temas específicos (violencia, adicciones, etc.) y a la descripción y evaluación de procesos de reforma o planes alternativos desarrollados en algunas jurisdicciones del país. Si bien el marco teórico refiere a un enfoque crítico y transdisciplinario, suele ocurrir que en el diseño de la investigación se ignore el modelo complejo de la salud mental, al que he hecho referencia antes, y se termine estudiando según las disciplinas tradicionales, señal de las dificultades de pensar desde la complejidad. Estos desarrollos de un conocimiento transdisciplinario en Salud Mental se están haciendo presentes en el diseño de las políticas actuales en este sector, posibilitando que las propuestas de la medicina mental, históricamente comprometidas con los hospitales psiquiátricos y la cronificación de los pacientes, estén en claro retroceso.

Me parece que el positivismo tradicional en salud, especialmente en el terreno de la epidemiología, está fuertemente cuestionado y se está dando lugar a numerosas investigaciones con sentido crítico. Creo que debemos valorar que estos estudios interpelan a muchos investigadores, modifican la lectura lineal de la epidemiología de base puramente estadística y están dando lugar a la búsqueda de metodologías nuevas, muchas incorporadas del campo de la sociología de la salud y la antropología médica, que abren nuevos interrogantes y amplían el campo de conocimiento de la problemática de salud y salud mental. Este proceso ya no es incipiente, se ha avanzado mucho, especialmente en los sistemas habituales de legitimación académica: investigaciones, publicaciones y planes de estudio académicos, especialmente, por ahora, en los posgrados académicos. Esto sucede especialmente en

varios países de América Latina, con Brasil a la cabeza, donde se observan avances en la perspectiva social crítica y especialmente en el desarrollo de una epidemiología más orientada por los criterios transdisciplinarios (por ejemplo, los trabajos de Naomar de Almeida Filho en Bahía, de María Cecilia de Souza Minayo, de Juan Samaja entre nosotros). **Vale tener presente que en la perspectiva histórica, respecto a la salud, han sido siempre nuevas comprensiones, nuevos conocimientos y los modos de su legitimación, los que han precedido a un cambio en las prácticas de atención de las enfermedades.** Especialmente respecto al sufrimiento mental creo que no hay que desestimar cuánto contribuyen estas nuevas perspectivas a generar una conciencia nueva respecto de la enfermedad mental, tanto en los profesionales encargados de atenderla como en la misma sociedad civil.

Sin duda la hegemonía de las llamadas “ciencias médicas” muestra más resistencia a la incorporación de estas perspectivas, especialmente porque en fuerte alianza con las nuevas tecnologías de diagnóstico y tratamiento, y la investigación biológica que alimenta la oferta farmacológica actual, se logran importantes resultados en el objetivo de curar o controlar enfermedades. Esto genera en los médicos, y también en la población, la ilusión de que los problemas de la salud se resuelven por medio de los recursos de curación o control (calmar dolores y malesares). Naturalmente la política actual de ampliación mercantil de la salud como un consumo más, la destacada oferta en el mercado de productos ya no solo para atenuar dolores y sufrimientos varios sino también ofrecidos para una mejor performance, (prolongar la vida, vencer al envejecimiento, llevar el cuerpo a la estética deseada, potenciar la sexualidad, etc.) constituyen en la cultura actual un frente ideológico fuerte que alimenta un saber vulgar sobre el cuerpo y la felicidad humana. Sin duda se construye un imaginario social sobre la salud como un dato más de la banalidad y el dominio de la imagen en la cultura mercantil actual, donde los ciudadanos son consumidores y todo puede ser comprado. Como resulta obvio, esta situación está orientada y dirigida a la producción de mayores rentas económicas y se vale de mayores inversiones para obtener estas mayores rentas, por lo tanto el financiamiento está vinculado a esta perspectiva, difícilmente el mercado se interese en financiar nuevos y mejores conocimientos dirigidos a un mayor empoderamiento de los mismos individuos respecto a la atención de sus malestares o a los cuidados racionales de su salud. Es el sector público el que aporta el escaso financiamiento con que contamos para investigación desde esta perspectiva, algunos programas como los FONCYT (Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica), Salud Investiga, etc. son un ejemplo en Argentina.

Dentro de este panorama actual de la salud, ¿cómo se relaciona la perspectiva de un conocimiento crítico y transdisciplinario con la situación actual de la medicina? Sin duda se produjo un clivaje, una cierta disociación, entre el desarrollo del antiguo arte de curar, ahora potenciado y revestido de ciencia por su alianza con la tecnología y la investigación dirigida a la producción de nuevos fármacos, frente a los desarrollos de una perspectiva crítica y no positivista de la salud. Esto es más crítico en el caso de Salud Mental, como luego veremos. Para algunos la salud se reduce a la eficacia de esta medicina tecnificada, que suponen más científica, (y sin duda cuentan con un imaginario social que acompaña esta posición), relegando la intervención de las ciencias sociales a un humanismo social, donde la mención de “social” les parece aludir a una preocupación militante por lo público y los pobres. Se instala así la falsa oposición de medicina social versus medicina científica.

Creo que debemos evitar esta oposición, la perspectiva crítica en salud debe atender en sus desarrollos también a las prácticas de la medicina tecnificada. Por ejemplo: la investigación sobre SIDA reúne ambas posiciones que en gran parte se potencian, la investigación biológica sobre retrovirus, la vinculada a la producción de nuevos fármacos, y las investigaciones sociales sobre subjetividad, comportamientos y estigmas sociales, forman un abordaje integrado sobre esta enfermedad. Se puede constatar que los criterios de atención integran estas diferentes perspectivas. Igual sucede con problemas como la tuberculosis, el chagas, las parasitosis, el dengue, entre otras afecciones. Temas como los trasplantes y la donación de órganos, la ovo donación y el alquiler de vientres, la reproducción asistida en su conjunto, reúnen el costado biológico y técnico de estos problemas junto a la dimensión de las subjetividades comprometidas en estas prácticas.

Creo que por el camino de evitar la disociación mencionada y avanzar con criterios integrales sobre salud es posible ir construyendo un concepto de salud en sentido positivo, que integre a la vez lo científico y tecnológico de la medicina con la comprensión social crítica, y que a la vez integre la dimensión social e individual de la salud.

Observé antes que en Salud Mental esta oposición es más notable. El antiguo positivismo médico de Comte está regresando con nuevos ropajes que lo presentan como “lo más nuevo de la ciencia”. Me refiero a la neurobiología y la producción de nuevos psicotrópicos. Curiosamente actualizan los mismos criterios de la frenología de Gall en el siglo XIX. Ya Canguilhem hace 30 años (*El Cerebro y el Pensamiento*) advertía de este retorno, aun cuando no existían aún las tecnologías sofisticadas como la Resonancia Magnética Funcional y la Cámara de Positrones, que permiten observar en pantalla tanto la estructura como algunos



procesos del cerebro, especialmente poder seguir el circuito neuronal cuando se prueban nuevas moléculas de fármacos. Se trata de la vieja idea, que siguió Kraepelin: localizar los sufrimientos psíquicos, las diferentes patologías, pero también deseos y pensamientos, en el funcionamiento del cerebro. **Se invierte la relación: el cerebro piensa, no es que pensamos contando con el cerebro.** Un destacado neurobiólogo, Jean-Pierre Changeux (*La Naturaleza y la Norma*), no duda en afirmar que la neurobiología actual tiene el secreto del espíritu humano, y que sus investigaciones nos darán el conocimiento que no se logró durante tres mil años de reflexión filosófica.

Gran parte de la investigación actual, que es la que leen los psiquiatras, surge de la multiplicación de imágenes cerebrales en las cuales se investiga nuevas patologías psíquicas dirigidas a la producción de nuevas moléculas de fármacos útiles para intervenir, modificar u orientar, el comportamiento humano. Se trata de afirmar que existe una equivalencia entre funciones mentales y procesos cerebrales, especialmente en la comunicación entre neuronas (la sinapsis), que permitirían hacer accesible al conocimiento científico las emociones, la sensibilidad, el pensamiento, los sufrimientos y comportamientos de los individuos. No hay duda acerca de que estas investigaciones neurobiológicas y sus metodologías son científicas, pero trasladadas al terreno médico para la interpretación del sufrimiento mental resultan falsas: no pueden dar cuenta de la singularidad de cada sujeto, de la capacidad humana de creación, de la diversidad de modos de interpretar la realidad y el medio social en que habitan, la plasticidad de la conducta en relación con el medio natural y social. Es abusivo y poco científico reducir el pensamiento a una función puramente cerebral, a interacciones químicas en la sinapsis (los neurotransmisores) ignorando la capacidad de cada sujeto para la invención y la creación de nuevos modos de interactuar con el mundo, y entre otras cosas de inventar el lenguaje específico para la vida social humana.

No hay duda acerca de que toda inversión en esta línea de investigación, que realiza la poderosa indus-

tria farmacéutica, está destinada al descubrimiento y la producción de nuevos psicofármacos para controlar estados afectivos (ansiolíticos, sedantes, tranquilizantes, inductores del sueño, estabilizadores del ánimo, etc.) o para optimizar el desempeño (estimulantes, curar la impotencia sexual, mejorar el rendimiento, etc.) o controlar algunos síntomas que expresan el sufrimiento mental. Se introduce falsamente la idea de que calmar un síntoma es igual a la curación de una enfermedad. Esto es trabajo de la industria farmacéutica y multitud de institutos de investigación e investigadores que lanzan los nuevos productos, con apoyo a investigaciones ciertas realizadas con métodos científicos. Luego se agregan las Asociaciones de psiquiatras (no siempre científicas, el ejemplo más claro es el de la Asociación Psiquiátrica Americana y su Manual Diagnóstico, DSM) que en base a nuevos psicofármacos crean nuevas enfermedades a la vez que establecen su tratamiento en base a estos fármacos. En gran parte se valen de la permeabilidad de la línea que separa algunos malestares psíquicos de la existencia con trastornos mentales más severos, o aun de comportamientos o capacidades cognitivas. Por la difusión de estas investigaciones de las neurociencias también regresa la idea positivista de normalidad como frecuencia estadística y de patología, o locura, como el desvío de medidas preestablecidas de comportamiento y formas de pensar; otra vez la verdad de lo normal y lo patológico se pretende como alojada en el cuerpo y de valor universal.

Si menciono sintéticamente esta línea, hoy dominante, de investigación que afecta a los problemas de salud mental, es para destacar que los supuestos epistemológicos que guían la investigación, los efectos reales de la misma, no son entendibles si no ampliamos la mirada a su sentido político y ético. Investigar la problemática de la salud mental desde la perspectiva crítica y transdisciplinaria es actuar abriendo el debate ético, político y también epistemológico que nos permita enfrentar esta nueva avanzada del positivismo, nuevamente lanzado a la pretensión de ubicar en el funcionamiento cerebral lo normal y lo patológico del su-

frimiento mental. Está claro que la casi totalidad de la investigación neurobiológica está financiada por la industria farmacéutica. Según señalaba hace poco en la Argentina Christian Griesinger, Doctor en química y responsable de la Sociedad Max Planck, “*las grandes empresas farmacéuticas han cambiado su modelo de negocios*”, disminuyen sus propios institutos o departamentos de investigación y tratan de impulsar, y financiar, a universidades públicas o empresas privadas de biotecnología, que se hacen cargo de la investigación solicitada u orientada por la industria farmacéutica, que luego se hace cargo de la etapa final de producir el psicofármaco. Si bien uno de los ejes de investigación son las enfermedades neurológicas degenerativas (básicamente, Alzheimer, Parkinson y demencia), también se ocupan de la investigación de nuevos psicofármacos. Cuenta para su programa de investigación con mil quinientos millones de Euros anuales. Dificilmente podríamos obtener esa cifra para investigación dentro de lo que he llamado el “modelo complejo de salud mental comunitaria”.

Creo que el problema de la medicalización no solo está vigente sino con una potencia mayor como creador de una cultura de la salud y una subjetividad singular que construye los significados y valores acerca de su salud, física y mental, sobre los valores y sentidos que impone el mercado. Varias asociaciones y muchos Congresos y Jornadas se están dedicando a abordar este tema, especialmente porque en esta medicalización ampliada de la vida se está incluyendo progresivamente a los niños y adolescentes. Algo ya señale respecto al fuerte impulso económico destinado a este proceso de medicalización y la cooptación de institutos universitarios de investigación para brindar legitimidad académica a estos desarrollos que en verdad responden a intereses económicos de mercado. Quienes en nombre de otros principios más científicos, más racionales y más éticos nos oponemos a este verdadero desvío de la razón, debemos defender una investigación crítica sobre estos procesos. Y creo resulta claro que es responsabilidad de las ciencias sociales desentrañar con investigaciones serias y fundadas el sentido político y económico de esta medicalización. Es obvio que la investigación biológica actual está dominada y dirigida a las necesidades del mercado, de allí que cuenten con cuantiosos fondos de financiamiento. Insisto en que los circuitos de legitimación de los conocimientos, especialmente cuando están dirigidos a una mayor racionalidad en los comportamientos humanos, pasan por el reconocimiento académico de las Universidades y los Institutos de Investigación, por las publicaciones, revistas y libros, por lo cual debemos defender el lugar de la investigación social crítica dentro de estos espacios.

En cuanto a la categoría que introdujo hace tiempo Eduardo Menéndez (*Modelo Médico Hegemónico*), creo

que un primer efecto fue cuestionar la dominancia del modelo médico y de qué modo esto llevaba a desestimar las prácticas de salud orientadas por las comunidades, los grupos humanos y aun los individuos. Obviamente se trata de que el poder de definir los significados y valores de la salud fuera dominado por la ciencia médica, restando poder, o aun persiguiendo como práctica ilegal, a las realizadas por los no médicos. Esta observación fue efectiva en cuanto abría una reflexión sobre estas prácticas que la medicina oficial calificaba de míticas o primitivas (ver la aún vigente ley 17.132, que las regula). Creo que en la actualidad esto ha cambiado: la medicina hegemónica, potenciada por la relación con la tecnología y la investigación biológica, está fuertemente orientada por intereses económicos, como he señalado, y en función de su eficacia para curar o controlar diversos padecimientos, impregna a escala global los significados y valores con los que los individuos perciben su salud y orientan las prácticas de atención. No desestimo que se puede avanzar hacia un mayor empoderamiento de los individuos y las comunidades en los cuidados de salud, pero el escenario es otro como consecuencia de esta globalización del mercado. Me parece que el desafío actual es enfrentar los engaños, la falsedad, la banalidad, denunciar los intereses mercantiles en salud, el trasfondo ético de la política que sostiene esta cultura, (sin duda hegemónica), de la salud, sin desestimar el valor y la eficacia de esta medicina para vencer las enfermedades y prolongar la vida biológica. Para esta política, que entiendo como creación de una cultura de la salud, no se trata de vivir bien (que de eso se trata en salud) sino de vivir más. La hegemonía es parte de los procesos políticos y la lucha por el poder, tal como lo mostró Antonio Gramsci, y hoy esta lucha se juega en el poder simbólico, quién domina las interpretaciones y la construcción de los significados y valores que orientan las conductas prácticas de los individuos. Vale recordar que la percepción humana, contra lo que postuló el positivismo médico, es siempre una interpretación, la percepción del cuerpo y los malestares de la existencia, no pueden escapar del campo simbólico de su interpretación. La lucha es quien domina estas interpretaciones. En primer lugar quien define la comprensión del sufrimiento mental o la enfermedad (el dominio de la interpretación y construcción de significados); quiénes deben tratar estos sufrimientos (el conflicto de los saberes, las disciplinas y las corporaciones profesionales); por último, cómo deben tratarse (la lucha por el trato, el respeto de los derechos humanos, la dignidad y los derechos a la igualdad de los pacientes). No dudo que frente a este panorama las ciencias sociales y su investigación en Salud y Salud Mental, es la herramienta fundamental en los tres niveles de esta lucha por la hegemonía.

Noviembre, 2013.





# ARTÍCULOS







# Entre el diagnóstico de cronicidad y el fenómeno de la discapacidad desde una perspectiva de Derechos Humanos<sup>1</sup>

Roxana Amendolaro

Lic. en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

## Resumen

En el presente trabajo se propone revisar el concepto de “cronicidad” en salud mental desde la perspectiva de Derechos Humanos, incorporando una mirada centrada en los procesos psicosociales que conducen a los llamados estados de cronicidad.

Para ello se toman en consideración la investigación que dio lugar al informe CELS-MDRI “*Vidas arrastradas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental*” y el documento CELS “*Contenidos Mínimos necesarios desde una perspectiva de Derechos Humanos para avanzar en la formulación de una Ley Nacional de Salud Mental y otras regulaciones vinculadas con el acceso a la justicia*”.

Asimismo, se retoma la noción de estado de lucidez y la posibilidad de otorgar el consentimiento informado para toda intervención en salud mental, tal como lo establece la Ley Nacional de Salud Mental en sus artículos 10° y 16°. En este sentido, se vincula esta noción de estado de lucidez con los derechos: a la información

y la comunicación de las propias decisiones; a recibir atención integral de la salud mental; a la integración en la comunidad; a la garantía del debido proceso y a contar con asistencia jurídica gratuita en los procesos de internaciones psiquiátricas involuntarias y de cuestionamiento de la capacidad legal tomando para este último, como ejemplo, la experiencia de la “Unidad de Letrados Art. 22 Ley 26.657” de la Defensoría General de la Nación, creada en agosto de 2011.

## Palabras clave

Cronicidad - Derechos Humanos - Lucidez - Consentimiento Informado - Capacidad Jurídica.

## Abstract

This paper intends to review the concept of “chronic” mental health from the perspective of human rights, incorporating a look-focused psychosocial processes leading to chronicity called states.

This will take account of the investigation leading to CELS-MDRI report “*Ruined Lives: Segregation from Society in Argentina’s Psychiatric Asylums. A report on Mental Health and Human Rights*” and the document CELS “*Minimum content required from a human rights perspective to advance the development of a National Mental Health Act and other regulations related to access to justice*”.

It takes up the notion of state of alertness and the ability to give informed consent for any intervention in mental health as established National Mental Health Act in articles 10° and 16°. In this sense, this notion is linked lucid state with rights: information and communication of their own decisions, to receive comprehensive care mental health integration into the community, to the guarantee of due process and have legal aid in the process of involuntary psychiatric hospitalizations and questioning the legal capacity to take the latter, for example, the experience of “Lawyers Unit Art. 22 Law 26.657” of the Public Defender’s Office, created in August 2011.

## Keywords

Chronicity - Human Rights - Lucid - Informed Consent - Legal Capacity.

## 1. Algunas aproximaciones al concepto de cronicidad

El concepto de cronicidad ha sido concebido en diferentes ámbitos como un elemento constitutivo de determinados diagnósticos en salud mental, como por ejemplo la esquizofrenia. Cronicidad en este campo involucra un progresivo deterioro subjetivo de la persona o la existencia de síntomas residuales que condicionarán su vida. En general, crónico se suele contraponer a agudo y se lo asocia frecuentemente a la imposibilidad de curación.

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, cuarta edición (en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM IV*) de la Asociación Americana de Psiquiatría (1994) (2), se consideran enfermos crónicos aquellas personas que padecen:

- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos;
- Incapacidades de larga duración;
- Necesidad de dependencia externa;
- Alta sensibilidad al estrés;
- Dificultades para afrontar las necesidades de la vida diaria.

Asimismo, una definición operativa del llamado “enfermo mental crónico” de acuerdo a pautas establecidas por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), podría ser: “son aquellas personas que sufren

ciertos trastornos psiquiátricos graves que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades, y que además dificultan el desarrollo y mantenimiento de su autosuficiencia económica” (3).

Definiciones como la mencionada han contribuido a estigmatizar a las personas con padecimiento mental (4) como peligrosos o incapaces. Durante los últimos tres siglos han sido invisibles y marginadas de la garantía de ejercicio de sus derechos fundamentales en muchas sociedades. La diferencia que supone la discapacidad mental ha sido percibida como motivo de segregación y naturalización de la exclusión concomitante. Aunque se vienen produciendo en Argentina importantes transformaciones sociales, el paradigma todavía hegemónico se basa en la concepción de las personas con padecimiento mental como objetos de tutela y protección que entonces, por su propio bien y el de la sociedad, deberían ser “sustituídos” en la toma de las decisiones que afectan su vida, restringiendo así su capacidad de ejercer derechos.

Ahora bien, ¿cómo podemos sostener la existencia de la cronicidad en salud mental, en apariencia inherente a diagnósticos como los mencionados, si nos encontramos con un estado de cosas que evidencia la convivencia del diagnóstico con representaciones sociales estigmatizantes que suelen asociar diagnóstico en salud mental con déficit o peligrosidad y con situaciones de vulneración sistemática de los derechos fundamentales de las personas de las que se trata? ¿Es el diagnóstico el que contendría en sí como resultado necesario la cronicidad? ¿Podemos analizar la cronicidad sin tomar en consideración las condiciones de vida de la persona? ¿Y las visiones predominantes entre los técnicos y la comunidad de la que forma parte?

## 2. Estado de situación en Argentina

Las personas usuarias de servicios de salud mental han sido históricamente invisibilizadas y marginadas del ejercicio de sus derechos.

El modelo de atención en salud mental aún vigente ha llevado a que hayan sido y, en muchos ámbitos, aún sean:

- Obligadas a someterse a procesos de internación sin tomar en cuenta su voluntad;
- Concebidas como objetos de tutela y protección negando su capacidad para tomar decisiones e insertarse en la comunidad;
- Hospitalizadas durante largos períodos en grandes centros de internación donde sufren la ruptura de sus lazos sociales;
- Medicadas innecesariamente o en forma excesiva;
- Socialmente estigmatizadas y por esto restringidas en sus derechos fundamentales, como por ejemplo trabajar, estudiar, casarse, votar, tener hijos.

La lógica del modelo que, también afecta a familiares y agentes de salud, conduce a destinar gran parte de los recursos en salud mental a una hospitalización que excluye a las personas de su entorno y favorece, paradójicamente, la cronicidad, el deterioro, la discapacidad y la segregación social.

**Cabe subrayar que, desde hace varios años en Argentina, se viene impulsando desde el Estado y distintas organizaciones de la sociedad civil un proceso de reforma del sistema de salud mental (5). Se han dado pasos muy importantes, pero la implementación de cambios es paulatina, requiere tiempo y esfuerzo ya que se debe modificar un escenario por demás complejo.**

En septiembre de 2007 se estimaba que en nuestro país aún existían alrededor de 25.000 personas en centros de internación en salud mental (66 % en el sistema público y 33 % en el privado). En promedio, más de un 80 % de estas personas permanecía internada durante más de un año y otras lo habían estado de por vida.

Aproximadamente el 70 % de estas personas continúa institucionalizada en hospitales psiquiátricos por haber perdido sus lazos sociales, encontrarse en situación de pobreza, desamparo social y familiar, y por la aún insuficiente existencia de dispositivos comunitarios que garantice su atención.

Asimismo, en las instituciones psiquiátricas argentinas se pudieron constatar graves hechos de abuso y negligencia: muertes no investigadas, privación sensorial mediante aislamiento y actos de violencia física y sexual. Se ha hecho evidente, además, una importante falta de recursos, el mal estado de las instituciones y la insuficiencia de mecanismos de supervisión pública.

Durante la investigación que dio lugar al informe *“Vidas Arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental”*, se pudo constatar en cada una de las visitas realizadas durante los tres años que demandó la investigación (2004-2007) que la situación de las personas internadas obedecía más a la ausencia de tratamiento y abandono institucional y social que al diagnóstico en salud mental que había motivado la internación. En la mayoría de los casos este hecho se remontaba a muchos años atrás en la vida de esas personas.

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

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

En una de las visitas realizadas al Hospital Moyano de la ciudad de Buenos Aires durante el año 2006, frente a la inminencia de posibles traslados a centros de internación privados, una mujer internada mencionó que quería quedarse en el hospital. Una primera lectura ante dicha respuesta pudiera ser que debiera respetarse la voluntad de esta persona: su decisión de permanecer internada. Sin embargo, si se revisa esa primera lectura tal vez puede intuirse la tensión que ella misma encierra. Retomando los indicadores de estado de situación sobre el sistema de salud mental en Argentina arriba mencionados, cabe preguntarse: ¿qué alternativas genuinas de tratamiento e inserción social se le estaban ofreciendo a esta mujer y a otras tantas? ¿Se le estaba diciendo que existían oportunidades reales para que viviera en una casa en la comunidad, que podría retomar su trabajo, que se vincularía nuevamente con su familia? No. No se le estaba ofreciendo nada de eso. ¿Cómo puede afirmarse entonces que se trataba de una decisión si no podemos enumerar más opciones que la de permanecer internada? ¿Cómo puede afirmarse que se trataba de una decisión si desde hace años y años gran parte de los derechos fundamentales de esta mujer habían sido sistemáticamente vulnerados?

### 3. Documento CELS

#### **Contenidos mínimos necesarios desde una perspectiva de Derechos Humanos para avanzar en la formulación de una Ley Nacional de Salud Mental y otras regulaciones vinculadas con el acceso a la justicia (6)**

Este documento, de agosto de 2009, tuvo como objetivos colaborar en el proceso político-social que condujo finalmente a la aprobación de la Ley Nacional de Salud Mental en diciembre de 2010, y establecer los contenidos mínimos que, desde una perspectiva de Derechos Humanos, debían tomarse en consideración para garantizar el derecho a la salud y el acceso a la justicia de las personas usuarias de servicios de salud mental.

*“No hay salud mental sin concreción de los Derechos Humanos”* fue el horizonte ético que en todo momento guió a quienes redactaron el documento destinado a promover que la garantía de atención en salud mental es un aspecto fundamental del ejercicio de los derechos humanos de todas las personas.

Desde esta perspectiva se plantea que para garantizar el acceso a la salud y el reconocimiento de las personas usuarias de servicios de salud mental como sujetos de derecho es fundamental:

1. Asegurar el derecho a recibir atención gratuita, rehabilitación e integración social. En este sentido, el Estado debe garantizar atención integral en las comunidades. Asimismo, deben proveerse intervenciones de salud mental a través de la atención primaria, en un entorno favorable para el bienestar, la autoestima, la dignidad, la intimidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad;
2. Promover la integración social, familiar, laboral y comunitaria. De parte del Estado deben proveerse dispositivos de atención de la salud mental basados en la comunidad, que promuevan la integración y fomenten la creación de vínculos y grupos de personas usuarias y ex-usuarias;
3. Garantizar el derecho a que toda prestación en salud sea provista luego de que la persona usuaria otorgue el consentimiento libre e informado. Consentimiento obtenido libremente, sin amenazas, ni persuasión indebida, después de proporcionar a la persona información adecuada y comprensible, en una forma y en un lenguaje accesibles, en relación con el diagnóstico y su evaluación; el propósito, método, duración probable y beneficios que se espera obtener del tratamiento propuesto; las demás modalidades posibles de tratamiento –incluidas las menos alteradoras de la integridad de la persona–; los dolores o incomodidades posibles y los riesgos y secuelas del tratamiento propuesto;
4. Establecer el derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas, ni de tratamientos experimentales o psicoquirúrgicos, u otros tratamientos irreversibles o que afecten o modifiquen la integridad de la persona. Los tratamientos médicos de carácter alterador e irreversible pueden constituir tortura y malos tratos si se aplican o administran sin el consentimiento libre e informado de la persona. Se debe prohibir expresamente la esterilización, así como prohibir o regular estrictamente el uso de terapia electroconvulsiva y de celdas de aislamiento;
5. Fijar garantías de debido proceso y el derecho a contar con asistencia jurídica gratuita en los procesos de internaciones psiquiátricas involuntarias y de cuestionamiento de la capacidad legal;
6. Incentivar la excepcionalidad de la internación psiquiátrica involuntaria y el derecho a su revisión judicial desde su comienzo y en plazos razonables mientras se prolongue la medida. Se debe prever que la internación psiquiátrica involuntaria solo podrá ser utilizada cuando no sean posibles los abordajes comunitarios, y como medida terapéutica excepcional. Además, debe ser lo más breve posible, y únicamente debe tener lugar en el caso de que exista riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros, y que se trate del único medio disponible para impedir daño físico a la persona;
7. Impulsar la implementación de un Órgano de Revisión de la atención de la salud mental y el respeto de los derechos humanos de las personas usuarias. Tal Órgano de Revisión, de carácter independiente, interdisciplinario e intersectorial, deberá fijarse como objeto proteger los derechos humanos de las personas usuarias de los servicios de salud mental, en especial de las personas internadas, y de todas aquellas sometidas a procesos judiciales iniciados por cuestiones de salud mental;
8. Promover una política de sensibilización, concientización y lucha contra los estereotipos y prejuicios respecto de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Como parte de un Plan Nacional de Salud Mental, el Estado deberá implementar una campaña nacional educativa para combatir el estigma y la discriminación contra las personas usuarias de los servicios de salud mental, incluyendo la capacitación de profesionales de la salud, académicos y otros trabajadores que atienden a las personas usuarias, tendientes a generar conciencia en la comunidad en temas de derechos humanos y discapacidad psicosocial.

Como se afirmó más arriba, una de las conclusiones fundamentales del Informe “Vidas arrasadas...” fue que aproximadamente el 70 % de las personas permanecía internada sin que existiera motivo alguno de salud mental que justificara tal internación. La situación de deterioro subjetivo que podía observarse en las personas internadas, poco o nada tenía que ver con los diagnósticos psicopatológicos que se enseñaban en la facultad. Fundamentalmente tenían que ver con la ausencia de tratamiento, el abandono, la pobreza y el olvido en el que estas personas se encontraban.

En el año 2007 el tiempo promedio de internación en la ciudad de Buenos Aires era de 10 años. A la pregunta sobre cuál consideraban que era el tiempo promedio de internación para brindar la asistencia necesaria a una persona en el momento agudo de una crisis por motivos de salud mental, los trabajadores del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) (7) respondieron: “15 días”. Pasado el momento agudo, con los dispositivos comunitarios y apoyos necesarios, esa misma persona puede seguir llevando adelante su vida, como las demás.

#### **4. La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y cómo construir condiciones de lucidez conforme a *debido proceso***

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en diciembre de 2010 marcó un hito en el camino de desandar el paradigma, todavía hegemónico en Argenti-

na, que se basa en la concepción de que las personas usuarias de los servicios de salud mental son objetos de tutela y protección, y que deben ser sustituidos en la toma de sus decisiones. Asimismo, reconoce el derecho de todas las personas a acceder a la atención integral en salud mental de acuerdo a sus necesidades, en un marco de igualdad y no discriminación.

Este cambio de paradigma, de objeto de tutela a sujeto de derecho, es consecuente con la ampliación de derechos civiles para numerosos grupos sociales, entre los que podemos mencionar a niños, niñas y adolescentes, mujeres, personas que integran colectivos por la diversidad sexual, migrantes, adultos mayores, entre otros.

**Aunque el reconocimiento de la condición de sujetos de derecho para estos grupos sociales tiene respaldo en la normativa internacional de Derechos Humanos y, desde la reforma constitucional de 1994, dicha normativa tiene jerarquía constitucional en nuestro país, este proceso de ampliación de los derechos civiles se ha ido consolidando en los últimos años.**

También hubo avances fundamentales en la ampliación de derechos para las personas con discapacidad. La aprobación de la Ley Nacional de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en mayo del 2008 ha sido uno de los más importantes. La sanción de esta ley constituyó un paso adelante para promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales a todas las personas con discapacidad.

La Convención establece que en lugar de privar a la persona usuaria de los servicios de salud mental de su capacidad legal e instalar un tutor o curador para que cuide sus intereses, *deben crearse condiciones que ayuden a la persona a obrar con impulsos propios*. Es decir, generar políticas públicas y normativas que promuevan la dignidad inherente a la toma de las propias decisiones con los riesgos que ello pueda involucrar, y la posibilidad de andar por el mundo con todos sus peligros y posibilidades.

En este sentido, el artículo 3° de la Ley de Salud Mental *“reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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”*. Asimismo, establece que *“se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”*.

Más adelante, en el artículo 7° se detalla toda una serie de derechos que el Estado debe reconocer ineludiblemente a las personas usuarias de salud mental, como el derecho a recibir atención sanitaria, social integral y humanizada; el derecho a conocer y preservar

su identidad; el derecho a no ser identificado, ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado, entre otros.

Seguidamente, en el artículo 10°, se determina que *“por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley”*.

Finalmente, en el artículo 16°, se establece que toda disposición de internación debe contar, dentro de las primeras 48 horas, con el requisito del *“consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda”*. En el mismo texto se aclara que *“sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación”*.

Retomando la pregunta inicial sobre el concepto de *“cronicidad”* en salud mental desde la perspectiva de Derechos Humanos y la consideración de los procesos psicosociales en el diagnóstico, se debe señalar la propuesta de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que enfatiza la necesidad de *crear condiciones que ayuden a la persona a obrar con impulsos propios*.

Con estas referencias ¿podríamos entonces animarnos a conceptualizar la llamada lucidez para la toma de decisiones como el **resultado de un proceso** y no solamente como un estado de orientación temporal y/o espacial? Como un proceso anclado en el acceso efectivo al ejercicio de los derechos fundamentales y en el acceso a la información necesaria y accesible para poder tomar reales decisiones informadas. Y entonces **¿podríamos hablar de la construcción de lucidez para la toma de decisiones conforme al debido proceso** (8)? ¿Y de la disminución de la llamada cronicidad o retroceso en el deterioro subjetivo cuando se generan condiciones para que la persona pueda obrar con impulsos propios?

## 5. El Derecho a la Información y a la Comunicación como garantía de igualdad y no discriminación en el acceso al ejercicio de derechos fundamentales

El derecho a la información y a la comunicación constituyen derechos humanos fundamentales. Toda persona tiene el derecho a buscar, recibir y difundir información, opiniones y decisiones libremente en los términos que estipula el artículo 13° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Todas las personas deben contar con igualdad de oportunidades para recibir, buscar e impartir información por cualquier medio de comunicación sin discriminación.

La posibilidad de investigar, recibir, producir y difundir información contribuye de manera vital al de-

sarrollo de la vida en democracia. La **Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual** reconoce el derecho universal a la información, considerada como bien público. También concibe de este modo a los servicios que la brindan y difunden.

Asimismo, en tanto que Derecho Humano, el Derecho a la Comunicación está previsto en el **Artículo 19° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos**, en el que la Asamblea General proclama que: *“Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión”*.

Por otro lado, el **artículo 21° de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)**, referido a garantizar la libertad de expresión y de opinión y acceso a la información, establece que los Estados Partes deben adoptar todas las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan ejercer el derecho a la libertad de expresión y opinión, incluida la libertad de recabar, recibir y facilitar información e ideas en igualdad de condiciones con las demás y mediante cualquier forma de comunicación que elijan con arreglo a la definición del artículo 2° de la presente Convención, entre ellas: a) Facilitar a las personas con discapacidad información dirigida al público en general, de manera oportuna y sin costo adicional, en formato accesible y con las tecnologías adecuadas a los diferentes tipos de discapacidad; b) Aceptar y facilitar la utilización de la lengua de señas, el Braille, los modos, medios, y formatos aumentativos y alternativos de comunicación y todos los demás modos, medios y formatos de comunicación accesibles que elijan las personas con discapacidad en sus relaciones oficiales; c) Alentar a las entidades privadas que presten servicios al público en general, incluso mediante Internet, a que proporcionen información y servicios en formatos que las personas con discapacidad puedan utilizar y a los que tengan acceso; d) Alentar a los medios de comunicación, incluidos los que suministran información a través de Internet, a que hagan que sus servicios sean accesibles para las personas con discapacidad; e) Reconocer y promover la utilización de lenguas de señas.

Paralelamente, el **Informe del Relator Especial de ONU sobre el derecho de toda persona al más alto nivel posible de salud física y mental** (2009) examina el papel fundamental que desempeña el consentimiento informado con respeto a la protección y el ejercicio del derecho a la salud. Asimismo menciona los desequilibrios de poder que comprometen la posibilidad de ejercicio de derechos de determinadas personas. Sobre la base del reconocimiento del consentimiento informado como ejercicio efectivo de la capacidad jurídica el Relator subraya la necesidad de integridad de

la información y el valor de la comunicación efectiva para disminuir la *brecha* que se genera en la relación profesional-consultante por desigual nivel de conocimientos, desequilibrios de poder y confianza.

Finalmente, el **artículo 66° de la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual**, respecto a la accesibilidad, establece que *“las emisiones de televisión abierta, la señal local de producción propia en los sistemas por suscripción y los programas informativos, educativos, culturales y de interés general de producción nacional, deben incorporar medios de comunicación visual adicional en el que se utilice subtítulo oculto (closed caption), lenguaje de señas y audio descripción, para la recepción por personas con discapacidades sensoriales, adultos mayores y otras personas que puedan tener dificultades para acceder a los contenidos. La reglamentación determinará las condiciones progresivas de su implementación”*

Coincidimos con Washington Uranga, sobre que no es posible construir y garantizar la existencia de una ciudadanía activa, emancipada de sus necesidades materiales y con acceso fehaciente a sus derechos civiles y políticos sin la creación de espacios de concertación sustentados en la garantía del derecho a la información, la comunicación y la participación real y efectiva de todos los actores sociales involucrados.

Aunque pueda parecer redundante conviene subrayar que para garantizar el derecho a la comunicación de las propias opiniones, opciones o decisiones, debe garantizarse, asimismo, el derecho a la información previa necesaria para construir tales opiniones, opciones o decisiones. Ninguna está en el inicio ni constituye una esencia inherente, sino que son el resultado de un complejo proceso en cual el Estado tiene un indelegable rol de garante. Fundamentalmente en aquellos casos en los que nos encontramos frente a grupos en especial situación de vulnerabilidad social como las personas privadas de libertad, migrantes, usuarios de servicios de salud mental, con discapacidad, por solo mencionar algunos de los grupos posibles.

## 6. La Unidad de Defensa del Art. 22° de la Ley Nacional de Salud Mental de la Defensoría General de la Nación<sup>9</sup>

La *Unidad de Letrados art. 22° Ley 26.657*, dependiente del Área Técnica de la Defensoría General de la Nación (DGN), fue creada en agosto de 2011 mediante las Resoluciones DGN N° 558/2011 y N° 841/2011.

Dando cumplimiento a la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 y a los “Principios de Salud Mental de la ONU” (A.G. Resolución 46/119, 1991), esta unidad brinda un abogado defensor gratuito a las personas que son internadas de manera involuntaria en

centros de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. Con la creación de la Unidad se apuntó a garantizar el goce efectivo e inmediato de sus derechos mientras dura la internación, materializando así el derecho a ser oído y el acceso a la justicia de este grupo social en especial situación de vulnerabilidad.

La Unidad está conformada por abogados que integran equipos interdisciplinarios. Cuentan con el apoyo técnico de médicos psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales, que forman parte de la actividad de defensa técnica y acompañan presencial y permanentemente durante las entrevistas con las personas que reciben la asistencia y en el diseño de las estrategias de intervención. El objetivo general es brindar una prestación especializada conforme lo previsto por las reglas 41 y 64 de las “Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad”.

Siempre y en todos los casos los abogados de la Unidad basan sus planteos en los intereses de sus defendidos, de acuerdo a su voluntad, deseos y preferencias, tal como lo prevé el artículo 22° de la Ley 26.657, los artículos 12° y 13° de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, y la normativa internacional de derechos humanos en que se apoya la actuación de esta Unidad.

En una comunicación reciente la Defensoría General de la Nación circuló una reglamentación que intentaba esclarecer el modo de intervención de la Unidad ante juzgados, hospitales y clínicas. Entre los puntos centrales se refirió al ingreso de la defensa, sin necesidad de autorización, a establecimientos de internaciones de salud mental, públicos y privados; a la prestación del servicio de defensa técnica sin condicionamientos, más allá de si un juez hubiera tomado o no intervención previa y a la exigibilidad de comunicación libre, permanente, confidencial y reservada de la defensa con la persona internada (10).

Con el objetivo de seguir aproximándonos a una mejor comprensión del funcionamiento de la Unidad, cabe resaltar que los abogados se oponen a la internación en todos los casos en los que sus defendidos así lo requieren.

De acuerdo a las primeras estadísticas que dicha Unidad está generando como resultado de sus intervenciones, puede subrayarse que de los 2241 casos defendidos hasta agosto de 2012, casi el 70 %, 1555 resultaron en altas “extrajudiciales”. Es decir, reclamadas por la Unidad y efectivizadas por las instituciones tratantes, sin necesidad de una petición judicial específica (11).

Cabe subrayar que este porcentaje coincide con la información recabada durante la investigación que dio lugar al Informe “*Vidas Arrasadas...*” donde al menos, el 60% de las personas que permanecía internada, no debía estarlo. Su voluntad, en la mayoría de los casos, no había sido tomada en cuenta.

## 7. Algunas articulaciones transitorias y parciales a partir de lo ya planteado

El derecho a la información y a la comunicación constituyen entonces las vías necesarias para garantizar derechos humanos fundamentales como por ejemplo, el derecho a la salud, al trabajo, a la educación, a tomar las propias decisiones, a la participación en la vida política, entre otros. Sin la garantía del derecho a la información y sin la promoción y difusión de tecnologías de información y comunicación accesibles para todos los grupos sociales se generan y perpetúan barreras en el acceso al ejercicio de tales derechos en condiciones de igualdad.

De acuerdo a la publicación “Salud Mental y Derechos Humanos. Vigencia de los estándares internacionales” (OPS/OMS, octubre de 2009), según datos elaborados hasta el año 2004, en los países “desarrollados” no recibieron atención en salud mental entre el 35% y el 50% de las personas que la requerían. En los países “en vías de desarrollo” esta cifra ascendía al 76% - 85%. La publicación también cita un estudio británico realizado en torno a personas que recibían atención en salud mental según sistemas basados en la comunidad, lo que arrojó las siguientes cifras: cuando las personas estaban fuera de los hospitales y sufrían una nueva crisis, el 40% llegaba a la consulta de atención primaria. De ese 40%, el 80% del problema pudo ser resuelto en ese mismo nivel y el 20% entró en el sistema de atención psiquiátrica. De estos últimos, solo el 20% requirió una internación más extendida. Solamente un 0.5% del total requirió internaciones de más de nueve días, por lo que la internación prolongada fue un recurso excepcional.

Asimismo, de acuerdo al Informe “Algunos aportes de la epidemiología de la salud mental con enfoque de derechos. Hacia la construcción de un nuevo paradigma en salud mental”, en diciembre de 2011 los recursos para afrontar la situación epidemiológica en Argentina eran aún insuficientes, no estaban distribuidos apropiadamente y, en algunas provincias, subsistía un modelo de servicios centrado en el hospital psiquiátrico tradicional como respuesta privilegiada.

De acuerdo a la mencionada fuente, en mayo de 2011 nueve provincias argentinas no utilizaban instituciones monovalentes de estructura manicomial. Por ello sigue siendo fundamental profundizar el proceso de disminución de camas de internación en hospitales monovalentes (12) y su reemplazo por camas en hospitales polivalentes y en dispositivos comunitarios, tal como en la actualidad se sigue impulsando desde los diferentes poderes del Estado y las organizaciones de la sociedad civil.

Cuando el punto de partida son los campos de problemas sobre los que debemos intervenir y no los conceptos, por un lado se hace evidente la necesidad de la aproximación interdisciplinaria e intersectorial (técnicos, usuarios, familiares, activistas), y por otro, muchos conceptos y perspectivas resultan redefinidos y ampliados a la luz de una mirada que incorpora la complejidad de los procesos.

El estigma social que pesa sobre la locura es una construcción colectiva que no determina lo que una persona es o puede hacer. El padecimiento mental nos habla de un acontecimiento transitorio que afecta parcialmente su vida. Con los apoyos necesarios esa misma persona puede seguir llevando adelante su vida, puede trabajar, casarse, votar, tener hijos o lo que ella decida mejor para sí.

## 8. ¿Existe el “paciente crónico”?

¿Existe la cronicidad en salud mental? Cómo responder a esta pregunta sin atender a, por lo menos, los **últimos tres siglos de segregación**, invisibilización y negación de la condición de sujeto de derecho de este grupo.

En primera persona, ¿cómo puedo preguntarle a una persona por qué quiere seguir internada si no puedo ofrecerle las opciones mínimas necesarias para que pueda comenzar a imaginar otro escenario de vida?

Reformulo la pregunta: ¿cómo se produce la cronicidad en salud mental? Tomando su dimensión ético-política: ¿por qué producimos cronicidad en salud mental?

**Lo que sigue es interrogarse sobre si efectivamente existe el llamado “paciente crónico” o si esta noción pudiera estar haciendo referencia a una incapacidad social y operativa del sistema en relación con padecimientos cuyas respuestas requieren abordajes más complejos basados en el respeto por la autonomía de las personas diagnosticadas. Y, asimismo, si dicha noción podría ser un pretexto institucional para reproducir esquemas institucionales ineficientes donde se requiere de intervenciones selectivas para fortalecer y no cronificar a las personas bajo cobertura.**

Para poder responder a estos interrogantes deberíamos poder acompañar, en todos los casos y de manera sistemática, la historia de la evolución de una persona una vez establecido el diagnóstico en salud mental y contar con los dispositivos necesarios con base en la comunidad.

No se puede responder por la existencia o no del llamado “paciente crónico” en el ámbito de la salud mental por fuera de los dispositivos de apoyo y lo que ellos proponen: *el poder hacer como potencia productiva o el poder hacer como potestad de algunos pocos...* el partir de lo que la persona quiere y puede y no solamente desde las definiciones que establecen los técnicos.

Si consideramos los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS-OPS), en países como el nuestro, al menos el 76% de la población en algún momento de su vida no recibió la atención a su salud mental requerida. La evolución que hubiera podido tener el diagnóstico es desconocida ante la falta de asistencia necesaria.

De acuerdo con las conclusiones de la investigación “*Vidas arrasadas...*” al menos el 60% de las personas que se encontraba en centros de internación de salud mental no debería estar internada. Su permanencia en dichos centros se relacionaba con la insuficiente provisión de dispositivos de atención basados en la comunidad y de mecanismos institucionales para garantizar la reinserción social de dichas personas.

*“Hace muy poco tiempo estuve en Open Door, en la Colonia Cabred. Allí, hablando con su Director, me dijo acá hay alrededor de 1.064, o una cifra parecida, [de] internos. Me dijo, más o menos 750 están por pobres; es decir, están porque hace mucho que están y están porque nadie los va a buscar, y están porque no tienen adónde ir si salen. Se suma todo: el tiempo que llevan, la soledad, el acostumbramiento a esa soledad o a esa forma de vida y el no tener parientes interesados en ellos. Es decir que no son locos, son pobres y solos; que es una buena manera de volverse locos”* (13).

En la mayoría de las instituciones visitadas gran parte de las personas institucionalizadas no recibía una rehabilitación adecuada. El principal problema que pudo observarse es la generalizada inactividad, marcada por un importante número de personas que se encontraban acostadas sobre sus camas o en el piso, completamente inactivas.

Por otro lado, hace algunos años, dos de los fundadores de Mental Disability Rights Internacional (MDRI), Daniel Fishery (14) Laurie Ahern (15), elaboraron un documento basado en sus experiencias. Allí proponen que la recuperación completa y definitiva de las llamadas “enfermedades mentales”, incluso en sus formas más severas, es posible.

MDRI es la organización coautora del Informe “*Vidas Arrasadas...*”.

En el documento llamado “Asistencia Personal para la vida en la comunidad” (PACE por sus siglas en inglés) (16) retoman investigaciones llevadas a cabo en el ámbito de la salud mental y concluyen que con los apoyos necesarios las personas pueden recuperarse definitivamente de una “enfermedad mental”. Entre los factores más importantes subrayan la necesidad de la creencia en la posibilidad de la recuperación y la revisión de los estigmas sociales; los vínculos de confianza y respeto; enfatizar la condición de persona antes que “paciente”; el fortalecimiento de las habilidades necesarias para que las personas puedan retomar y conducir sus propias vidas; y la vida integrada en la comunidad.

Es así que no podemos responder cabalmente sobre la existencia o no de los “pacientes crónicos”, de la evolución hacia la cronicidad en salud mental, sin atender paralelamente a los dispositivos específicos de atención con los que efectivamente se cuenta en un momento determinado. Esto no significa negar de plano la posibilidad de que frente a determinadas circunstancias la situación de una persona con diagnóstico en salud mental pueda evolucionar hacia el deterioro y la cronicidad. Pero si obliga a una *profunda y compleja revisión de todos y cada uno de nuestros dispositivos de trabajo y aquello a los que éstos disponen*.

## Agradecimientos

Este documento fue elaborado en diálogo permanente y con los valiosos aportes de Ana Domínguez Mon, doctora en Ciencias Antropológicas e Investigadora en el área Salud y Población. Impulsora en la sede andina de la Universidad Nacional de Río Negro (UNRN) de la Unidad Interinstitucional de Salud Colectiva (UISC) integrada por los Hospitales de Bariloche y El Bolsón.

## Notas finales

1. Trabajo presentado en el Simposio Nacional “Del padecimiento a la agencia social en salud colectiva. Personas que viven con enfermedades crónicas y vida cotidiana”. Hospital Zonal “Dr. Ramón Carrillo”, 25 y 26 de octubre de 2012, San Carlos de Bariloche, Pcia. de Río Negro.
  2. American Psychiatric Association, <http://www.psych.org/practice/dsm>
  3. Estudios del Psicoanálisis y la Psicología, <http://psicopsi.com/Rehabilitacion-psicosocial-del-enfermo-mental-cronico>
  4. Se utilizarán indistintamente los términos “personas usuarias de los servicios de salud mental”, “personas con discapacidad mental” o “personas con discapacidad psicosocial”. En tal sentido, se han contemplado los estándares internacionales en materia de derechos humanos de las personas con discapacidad y la actual discusión de este grupo en torno a cómo autodenominarse. Estos términos también incluyen a personas que puedan estar sujetas a discriminación basándose en la percepción de que tienen una enfermedad o un historial previo de discapacidad mental.
  5. En 2005 se creó la **Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos**. Se trata de un espacio intergubernamental e intersectorial, inicialmente impulsado por la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y la entonces Unidad Coordinadora de Salud Mental del Ministerio de Sa-
6. Documento elaborado por Roxana Amendolaro y Mariano Laufer Cabrera con la colaboración de Paula Litvachky y Andrea Pochak.
  7. El Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA) –dependiente del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires– funciona apoyando a las mujeres que permanecieron internadas en el Hospital Estéves a integrarse en un ambiente colectivo de casas en la comunidad y ayudándolas a aprender o reaprender habilidades esenciales para la vida.
  8. El **debido proceso** es un principio legal por el cual el gobierno debe respetar todos los derechos legales que posee una persona según la ley. El *debido proceso* es un principio jurídico procesal según el cual toda persona tiene derecho a ciertas garantías mínimas, tendientes a asegurar un resultado justo y equitativo dentro del proceso, a permitirle tener oportunidad de ser oído y a hacer valer sus pretensiones legítimas frente al juez. El *debido proceso* establece que el gobierno está subordinado a las leyes del país que protegen a las personas del Estado. Cuando el gobierno daña a una persona sin seguir exactamente el curso de la ley incurre en una violación del debido proceso lo que incumple el mandato de la ley.
  9. La Unidad es coordinada por el Dr. Mariano Laufer Cabrera, Secretario de la Defensoría General de la Nación. E-mail de contacto: [letrados-saludmental@mpd.gov.ar](mailto:letrados-saludmental@mpd.gov.ar)
  10. Disponible en <http://www.mpd.gov.ar/noticia/index/noticia/estandares-de-intervencion-para-la-unidad-de-letrados-art-22-de-la-ley-de-salud-mental-532>
  11. Entrevista mantenida con Mariano Laufer Cabrera, Coordinador de la *Unidad de Letrados art. 22 Ley 26.657* (12/10/2012).
  12. Se trata de hospitales especializados destinados a prestar asistencia a la salud en una única especialidad, por ejemplo, salud mental.
  13. Discurso del entonces Gobernador de la Pcia. de Buenos Aires en la apertura de 135° período de sesiones ordinarias de la Honorable Legislatura Bonaerense, 1 de marzo de 2007, disponible en <http://www.spd.gba.gov.ar/cgi-bin/noticias/view-news.cgi?newsid1172793522,83252>

14. Daniel Fisher es una persona que se recuperó definitivamente de la esquizofrenia. Estuvo internado en varias oportunidades antes de volverse psiquiatra y es uno de los pocos psiquiatras en los Estados Unidos que discute abiertamente su recuperación definitiva de una enfermedad mental. Es codirector del Centro Nacional de Fortalecimiento (NEC por sus siglas en inglés: National Empowerment Center).
15. Laurie Ahern se presenta como una sobreviviente del sistema psiquiátrico, que se recuperó luego de haber sido hospitalizada y etiquetada con una enfermedad mental a la edad de 19 años. Actualmente se desempeña como Directora Asociada de Mental Disability Rights International (MDRI). Anteriormente ejerció, durante diez años, la codirección del Centro Nacional de Fortalecimiento (NEC).
16. Personal Assistance in Community Existence.

## Referencias bibliográficas

- Amendolaro, R. & Laufer Cabrera, M. (2009). El derecho a la defensa y el acceso a la justicia de las personas usuarias de los servicios de salud mental. En *CELS. Derechos Humanos en Argentina. Informe 2009*. Buenos Aires: Siglo XXI. Disponible en: <http://www.cels.org.ar>
- Amendolaro, R. & M. Laufer Cabrera, M. (2012). Ingreso y permanencia involuntaria de personas con discapacidad en centros de internación. Su viabilidad a la luz de la CDPD. En *Capacidad Jurídica, Discapacidad y Derechos Humanos. Una revisión desde la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (Coordinación a cargo de Agustina Palacios y Francisco Bariffi). Buenos Aires: Editorial Ediar.
- Asociación Americana de Psiquiatría (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Cuarta edición*. Recuperado de <http://www.psych.org/practice/dsm>
- Centro de Estudios Legales y Sociales - CELS (2009). *Contenidos mínimos necesarios desde una perspectiva de derechos humanos para avanzar en la formulación de una Ley Nacional de Salud Mental y otras regulaciones vinculadas con el acceso a la justicia*. Documento elaborado por Roxana Amendolaro y Mariano Laufer Cabrera con la colaboración de Paula Litvachky y Andrea Pochak. Recuperado de [www.cels.org.ar/common/documentos/regulacion\\_salud\\_mental.pdf](http://www.cels.org.ar/common/documentos/regulacion_salud_mental.pdf)
- 100 Reglas de Brasilia sobre Acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad. Recuperado de <http://www.mpd.gov.ar/articulo/index/articulo/100-reglas-de-brasil-ia-sobre-acceso-a-la-justicia-de-las-personas-en-condicion-de-vulnerabilidad-258>
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcc-convs.pdf>
- Di Nella, Y. y cols. (2011). *Algunos aportes de la epidemiología de la salud mental con enfoque de derechos. Hacia la construcción de un nuevo paradigma en salud mental*. Artículo de circulación interna del Curso Virtual de Actualización en Salud Mental de la Ley 26.657 organizado por la Dirección Nacional de Salud Mental con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS), durante septiembre de 2011.
- Informe del Relator Especial de ONU sobre el derecho de toda persona del más alto nivel posible de salud física y mental (2009). Recuperado de <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4aa770872>
- Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual N° 26.522. Recuperada de <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/155000-159999/158649/norma.htm>
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Recuperada de <http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-la-comunidad/ley-nacional-de-salud-mental-no-26657>
- Mental Disability Rights International (MDRI) y CELS (2008). *Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental*. Buenos Aires: Siglo XXI. Disponible en [http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri\\_cels.pdf](http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) (2009). *Salud Mental y Derechos Humanos. Vigencia de los Estándares Internacionales*. Recuperado de [http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubops\\_arg/pub65.pdf](http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubops_arg/pub65.pdf)
- Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. A.G. res. 46/119, 46 U.N. GAOR Supp. (No. 49) p. 189, ONU Doc. A/46/49 (1991). Recuperado de <http://www1.umn.edu/humanrts/instreet/spanish/st2pppmif.html>
- Uranga, W. (2011). Sin comunicación no hay políticas públicas democráticas. Recuperado de <http://www.wuranga.com.ar/>



# Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones

**Silvia Faraone**

Lic. en Trabajo Social. Dra. de la Universidad de Buenos Aires en Ciencias Sociales. Titular de la Cátedra de Problemáticas de la Salud Mental en la Argentina. Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

## Resumen

En la Argentina la ley 26.657 sancionada en el año 2010 impone un proceso de reforma en el campo de la salud mental sin precedente para este país y para América Latina. Esta legislación basada en los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental, pone en crisis la propia construcción histórica de la enunciación del problema sobre el cual se interviene.

Si bien la ley establece la noción de padecimiento psíquico, su reglamentación avanza sobre otras nociones tales como trastorno y enfermedad. Así, la consolidación de estas formaciones discursivas supone asumir estos enunciados articulados con prácticas sociales concretas. Éstas ubican puntos de conflicto en los procesos transformadores y sobre los cuales se armonizan intervenciones heterogéneas en tensión permanente.

En este artículo se despliegan y problematizan estos diferentes enunciados desde una perspectiva histórica. Los mismos identifican una problemática difusa que supone una diversidad de significados y que involucran la producción de prácticas sociales e intervenciones diversas con mecanismos no homologables de tutela jurídica y de igualdad de derechos.

## Palabras clave

Enfermedad mental - Trastorno mental - Discapacidad mental - Padecimiento psíquico.

## Abstract

In Argentina, 26.657 Law, promulgated in 2010, imposes a reform process in mental health field that has no precedents in the country neither in Latin America. This legislation is based in the human rights of the mental health services' users, and enters a crisis in the very historical construction of the problem' enunciation in which it intervenes.

Even if the law establishes the notion of psychic suffering, its regulation moves forward on other notions such as disorder and disease. The consolidation of this discursive formations lead to suppose this enunciations in its articulations with specific practices. They locate conflict points in transforming processes on which heterogeneous and in tension interventions are harmonized.

This article unfolds and problematizes different enunciations from a historical perspective. They identify a vague problematic that supposes a variety of meanings and that involves the production of social practices and diverse interventions, with mechanisms that are not comparable to juridical tutelary and equality of rights.

## Key words

Mental disease - Mental disorder - Mental disability - Psychic suffering.

## Introducción

---

Hablar de las nociones, conceptos, tipificaciones en el campo de la salud mental exige recorrer un camino de especificaciones no poco conflictiva, ya que las mismas difieren teórica, conceptual y legalmente; pero también, desde lo contextual, esos enunciados tienen implicancias prácticas, subjetivas y sociales sobre los sujetos portadores de esos significados. Esa enunciación contribuye diferencialmente a la colonización de la vida del sujeto (Grimberg, 2003; Tamburrino, 2009).

La ley nacional de salud mental 26.657 sancionada en la Argentina en el año 2010 define en su artículo primero que tiene por objeto el goce de los derechos humanos de “*aquellas personas con padecimiento mental*”. La reglamentación avanza sobre la definición de padecimiento mental y establece “*que se refiere a todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como situaciones más prolongadas de padecimientos incluyendo trastornos y/o enfermedades*”.

A través de las investigaciones realizadas por la autora (1) se pudo identificar que las nociones expuestas por la ley y la reglamentación –padecimiento/sufrimiento, trastorno, enfermedad– involucran dimensiones históricas, sociales, económicas, morales y epistemológicas que impactan diferencialmente en la construcción de práctica en el campo de la salud mental. Como señala Ana C. Augsburg (2002), esas nociones organizan tanto saberes populares –consecuencia de experiencias cotidianas– como un cuerpo teórico conceptual entramado en prácticas profesionales específicas.

Son esas enunciaciones expuestas por la ley y la reglamentación las que guían la discusión abordada en este artículo ya que si bien entre ellas se abren zonas de intersección, lejos de clausurar un problema en el campo de la salud mental, instituyen tensiones, disputas y conflictos. Para abordar este problema, se rastrea el modo particular por el cual se definen históricamente esos enunciados, a partir de buscar “*sus condiciones de existencia en las prácticas sociales y no en los sujetos*” (Murillo, 1997: 30). Se recurre entonces a la construcción de un mapa conceptual, a partir de una búsqueda organizada en base a documentos que permiten avizorar nociones, conceptos, tipificaciones, en las cuales es posible más de una respuesta en forma simultánea, incluso a pesar de las contradicciones que se puedan presentar. Así, estos enunciados responden a conjuntos expresados y articulados con prácticas concretas que no forman un sistema homogéneo, sino que “*se articulan en la dispersión, en la diferencia*” (Murillo, 1997: 34). Enfermedad, trastornos, sufrimiento/ padecimiento, discapacidad mental, identifican una problemática difusa, con intersecciones incom-

pletas, con regularidades y dispersiones, que supone una diversidad de significados y que involucran la producción de prácticas diversas y mecanismos no homologables de tutela jurídica y de igualdad de derechos.

Metodológicamente, el trabajo propuesto se realizó a través de un relevamiento de fuentes secundarias con un procesamiento y análisis utilizando el método analítico-interpretativo. El corpus de la fuente documental incluye legislaciones nacionales, internacionales y supranacionales, tratados y manuales de clasificación, artículos académicos, así como sitios de Internet –donde se accedió a información periodística, producciones y difusiones que son accesibles por este medio– (todos ellos se detallan en la bibliografía).

## Enfermedad mental

---

La incorporación de un mapa conceptual permite comprender el modo de definir la enfermedad mental y su paralelismo con el proceso diagnóstico y la terapéutica de encierro impuesto por la psiquiatría tradicional, así como las diferentes perspectivas que la discuten y cuestionan. Un conjunto de documentos y normativas internacionales debaten la utilidad de esta noción; por ejemplo, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, ya en 1977, redactó un primer conjunto de recomendaciones vinculadas a prácticas extramurales sobre la situación de las ‘personas con enfermedad mental’ (Council of Europe, 1977). Su importancia es relevante a los efectos aquí analizados, ya que introduce los primeros cambios en la perspectiva de los abordajes en salud mental en torno a procesos de reforma, pero no acerca de la propia noción de enfermedad mental. Este documento coloca el término enfermedad mental como un concepto extremadamente difícil de definir, y expresa que esta dificultad se debe a que el concepto de salud / enfermedad mental cambia con el tiempo y en las distintas regiones, a la par que surgen nuevas alteraciones psicológicas relacionadas con el ritmo de trabajo, el estrés y los modelos sociológicos de la vida moderna.

En ese mismo documento se recomienda redefinir otras nociones imbricadas en el campo de la salud mental tales como: peligrosidad, detención compulsiva, tribunales, o comisiones especiales e independientes de bienestar mental. Asimismo, insta a los Estados parte a otorgar al paciente mental el derecho de ser escuchado ante la justicia, y a tomar medidas para reducir las grandes instituciones psiquiátricas y desarrollar servicios sociales ramificados en la comunidad. Si bien este documento avanza sobre concepciones transformadoras en el campo de la salud mental, la noción de enfermedad mental reasume un nuevo estatus social que reubica, hasta la actualidad, la relevancia y persistencia de este concepto en las prácticas en este campo.

## Discusión socio-antropológica

La interrelación en la construcción de un hilo conductual que estudia la enfermedad mental, desde el método científico de la medicina positivista –pensamiento fundado en el modelo anatomoclínico kraepeliano de fines del siglo XIX y basado en la experimentación de síntomas– es debatida desde perspectivas socio-antropológicas, generando un cuestionamiento sobre la propia noción de enfermedad mental. Así, el término de “enfermedad” circunscribe al sujeto de la intervención a la mediación de la biomedicina y, por lo tanto, la problemática del campo de la salud mental queda capturada por una disciplina que adquiere carácter médico y a partir de la cual el hospital asume un espacio que está determinado por lo curativo-terapéutico (Foucault, 1996). Precisamente este concepto proviene asociado a la medicina biológica, en términos a-históricos, fijo en su diagnóstico, a-cultural.

Desde un trabajo que cuestiona estas perspectivas, en *Enfermedad mental y personalidad*, Foucault establece que no se puede enunciar la noción de enfermedad mental (patología mental) relacionada a la enfermedad orgánica (patología orgánica), sino que solo se puede pensar ésta asociada a una reflexión sobre el “hombre mismo” (Foucault, 1961). En *El poder psiquiátrico*, Foucault (2007) retoma esta idea y establece que la diferencia entre lo mental y lo orgánico resulta central ya que pone en juego la posibilidad de establecer si una determinada situación, una conducta, una forma de actuar, es o no una enfermedad mental, a diferencia de las enfermedades orgánicas que no admiten esta duda.

Lo que es y lo que no es enfermedad mental, la nebulosidad acerca de esta noción, ha atravesado –y continúa haciéndolo– el campo de la salud mental en todas sus dimensiones. También en este aspecto los diferentes anclajes epistemológicos ubican esta noción de modo multívoco. El libro de Roger Bastide, *Sociología de las enfermedades mentales*, problematiza la dispersión entre las significaciones otorgadas a la enfermedad mental y a la psiquiatría social. Este autor plantea que la noción de enfermedad mental acarrea grandes diferencias de definiciones según las orientaciones de los usos del término. Y pone en juego la interrelación entre enfermedad mental y el estudio de lo normal y lo anormal (lo patológico), estableciendo que “en el curso de estas discusiones se han ido desprendiendo nociones que interesan a la sociología psiquiátrica tanto como a la etnopsiquiatría” (Bastide, 1998: 90).

El histórico trabajo de Ruth Benedict, publicado en 1934 en el artículo *La antropología y el anormal*, ya introdujo en ese momento una disputa entre la psiquiatría y la antropología. Esta autora pone en cuestión las categorías nosológicas con las cuales los psiquiatras definen lo anormal en términos de enfermedad men-

tal, y observa en sociedades primitivas estudiadas por etnólogos situaciones análogas a las definidas por estos como anormales, pero ocupando lugares diferenciales de la anormalidad. Dice al respecto: “Lo cierto es que existen culturas bien descritas en las cuales los anormales funcionan cómodamente y con honor y, aparentemente, sin peligro, ni dificultad para la sociedad”, establece que la descripción de esas sociedades, “nos pone frente a la evidencia que la anormalidad se define culturalmente” y que “ninguna civilización puede utilizar en sus normas tradicionales todo el rango potencial de comportamiento humano”. Benedict concluye que, “el concepto de lo normal, es en realidad, una variante del concepto de «el bien», refiere a lo que la sociedad ha aprobado” (Benedict, 1934).

Por otro lado, John Foley, en un análisis que plasma Bastide, realiza un intento interpretativo para “hacer salir el problema de lo patológico de la subjetividad de los juicios de valores y darle una base científica; no que él elimine los valores, sino que los valores se constituyen aquí en «hechos» colectivos, observables y cuantificables y no como «juicios de valores»” (Bastide, 1998: 92). En este concepto, Foley tiene una interpretación sobre lo anormal (patológico) afín a lo desarrollado por Emile Durkheim en *Las reglas del método sociológico*, quien establece que “un hecho sólo puede calificarse de patológico con relación a una especie dada” y que “las condiciones de salud y de enfermedad no pueden definirse en abstracto y de una manera absoluta” (Durkheim, 1991: 58).

Otros autores del campo social reinterpretan el hecho de lo anormal-patológico-enfermedad mental a partir de diferentes teorías, particularmente las del “etiquetamiento” y la “teoría de la desviación” (Goffman, 1989, 2004; Becker, 1971), y su relación con los procesos de producción. En este argumento, el valor otorgado a lo normal como adaptación, y a lo anormal como desviación, introduce nuevas dimensiones al análisis de la enfermedad mental, vinculadas a la segregación y al castigo en espacios de internamiento crónico.

Esta perspectiva será reinterpretada por Eugene Minkowski al establecer que el enfermo mental (alienado), más que un desviado es un ‘diferente’ que se ha apartado, no respecto a otros hombres como de sí mismo: a partir de esto, el enfermo mental puede explicarse “no tanto como un desviado sino un diferente” (citado en Canguilhem, 2009: 85).

Para estos autores del campo social, el “rótulo”, en términos de diagnóstico psiquiátrico, imprime un “estigma social” (Goffman, 1989) que no se condice en términos de enfermedad, sino en un conjunto de valores negativos para el sujeto que lo acarrea. Desde esta perspectiva, es determinante la noción de “peligrosidad” en la construcción del imaginario social sobre la enfermedad mental.

En esta dirección, David Rosenhan parte de la hipótesis de que la noción de enfermedad mental pierde todo rigor de verdad, al ser determinada por procesos diagnósticos de escasa seriedad. Los difusos límites entre normalidad y anormalidad son el enclave que Rosenhan pone en cuestión. Señala que *“la normalidad y la anormalidad, el estar sano y el estar loco [enfermo], así como los diagnósticos que se derivan de ellos son posiblemente menos determinantes de lo que se cree generalmente”* (Rosenhan, 1982: 99).

## Las corrientes reformistas

En la misma trayectoria que los aportes antropológicos y sociológicos, un conjunto de autores pertenecientes al campo de la salud mental –específicamente vinculados a movimientos de reformas psiquiátricas– también pusieron en duda la construcción del diagnóstico psiquiátrico y la propia noción de enfermedad mental, tal como se interpreta desde la nosología psiquiátrica.

Varios autores ligados a la reforma psiquiátrica en Italia, particularmente Franco Basaglia, centraron el análisis de la noción de enfermedad mental en las condiciones concretas de producción económico-social, lo que los llevó a considerar que no se encuentra definida por la ideología médica, sino por el sistema socio-económico que determina sus modalidades (Basaglia, 1986). La enfermedad mental reviste, en este análisis, un significado distinto según el nivel social del enfermo.

Desde esta perspectiva se le asigna al diagnóstico psiquiátrico un valor de etiquetamiento que codifica una pasividad irreversible que, sostiene Basaglia, puede ser de otra naturaleza; no es siempre, ni únicamente patológica pero, dice, *“desde el instante en que se la considera únicamente en términos de enfermedad, no entra en duda la significación discriminatoria de ese diagnóstico”* (Basaglia, 1972: 141). Esta construcción deja abierto un interrogante acerca del lugar específico de la enfermedad mental en el contexto global de las problemáticas sociales en general. Este será un nuevo avance en términos teóricos, que enfatiza la imprecisión de esta noción y el riesgo de englobar las problemáticas sociales como enfermedad, al medicalizar aquello que se percibe como problemático cultural y socialmente.

Giovanni Jervis, otro autor italiano y colaborador de Basaglia, realiza un intento por encontrar una respuesta a este interrogante al analizar las variables particulares que intervienen para que un comportamiento interpretado como desviación, anormalidad, se diferencie de otros, en términos sociales, y le incumba en forma particular a la psiquiatría. El autor estableció que aquellos a quienes se atribuye un diagnóstico de enfermedad mental suelen ser individuos con pro-

blemas que son más graves, o bien diferentes, de los que padecen el resto de los oprimidos o marginados (citado en Menéndez, 1979: 47). Sin embargo no logró especificar cuál es esa particularidad que establece la categoría de gravedad.

La antipsiquiatría inglesa de mediados de siglo pasado se preguntó también acerca de los límites en la producción de las categorías que explican la enfermedad mental. La obra del psiquiatra David Cooper cuestiona la noción de enfermedad mental, y establece una crítica a lo que define como la objetivación de los síndromes y síntomas que son observados para conformar un diagnóstico de enfermedad mental. A partir del intento de definir la esquizofrenia, cuestiona los enunciados diagnósticos y establece que *“se refieren a las perturbaciones externas de un grupo y no a los desórdenes de las personas que padecen dichos síntomas”* (Cooper, 1985: 15).

Sin embargo, el anclaje crítico más resonante, desde la perspectiva de la antipsiquiatría, estuvo dado por el autor húngaro radicado en EE. UU. Thomas Szasz, cuando interpretó que *“la categoría enfermedad mental es un mito construido socialmente, una metáfora que equivocadamente se ha considerado un hecho real”* (Szasz, 1976: 32). Este autor buscó demostrar que la noción de enfermedad mental funciona como un mito. Para Szasz *“los hombres tienen problemas de la vida, problemas biológicos, económicos, políticos y/o psicosociales”* (Szasz, 1976: 33), incorpora dentro de estos últimos a los que afectan los valores morales y puntualiza que los problemas definidos como enfermedad mental se supeditan a estos valores. Así, la utilización de la noción de enfermedad mental se relaciona con las estructuras de poder económico-político.

## Síndrome o Trastorno mental

Otro conjunto de enunciados tipificados en diferentes documentos ubica al sujeto de la intervención en salud mental como portador de síndromes o trastornos mentales, redefiniendo así la propia noción de enfermedad mental. En esta interpretación han tenido un papel prioritario los manuales de clasificación internacional, que codifican modos de pensar y organizar el comportamiento, y los clasifican en categorías nosológicas. Augsburger dice que una clasificación se define como *“un sistema de categorías a las cuales se asignan entidades mórbidas de acuerdo con criterios preestablecidos”* (Augsburger, 2002: 63).

A partir de la noción de trastorno mental, la psiquiatría, como práctica política, encuentra nuevos nichos de control social que instituyen innovaciones al proceso de medicalización, redefiniendo la significación de lo normal o lo patológico (siempre en términos de anormalidad) y las terapéuticas, específicamente las de encierro institucional.

## La valoración de los manuales de clasificación internacional

Para elaborar diagnósticos en salud mental son utilizados, en particular, dos instrumentos: la *Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE)*, de la OMS, y el *Manual de Diagnóstico y Estadístico de Salud Mental (DSM)*, de la American Psychiatric Association (2).

La CIE es una nosografía de características descriptivas del conjunto de problemas salud-enfermedad, utilizado en principios con fines estadísticos y epidemiológicos. Si bien el propósito de consensuar internacionalmente los sistemas clasificatorios de enfermedades se remonta al siglo XIX, fue recién a partir de la sexta edición del Manual de la CIE, publicado en 1952, cuando se incluyó un apartado específico para problemáticas de salud mental. La revisión en vigencia, CIE-10, fue publicada en 1994 y, entre sus 21 capítulos, tiene uno, el quinto, dedicado a “trastornos mentales y del comportamiento”, que incluye la mayoría de las problemáticas referidas al campo de la salud mental.

El DSM, es un instrumento con características de nomenclatura y orientación diagnóstica. Su primera edición data de 1952 y, desde entonces, en sucesivas revisiones, se fueron incorporando modificaciones metodológicas y conceptuales de acuerdo al contexto socio-político general y del campo de la salud mental en particular.

El DSM IV, aún en vigencia en la Argentina (ya se ha publicado en EE.UU. el DSM V), reconoce como objetivos, tal como el CIE-10, constituirse como una herramienta para la investigación epidemiológica y el intercambio científico. Pero, además, se enuncia como guía útil para la práctica clínica (Fortineau, 2002; Stagnaro y Tesone, 2004; Mises, 2004).

Jane Russo y Ana Venâncio señalan que el DSM, particularmente a partir de la versión III, es proclamado como un manual a-teórico, basado en principios de testeo y verificación a partir de los cuales cada trastorno es identificado por criterios accesibles a la observación y medición empíricas. Según las autoras esta clasificación, con pretensiones de neutralidad y generalidad para todo tiempo y lugar, condujo a la globalización de la psiquiatría norteamericana (Russo y Venâncio, 2006).

Es a partir de esta versión del DSM cuando emerge el concepto de trastorno mental. Este concepto es asimilable a un “síndrome o manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica, sin especificación de causa” (DSM III). El surgimiento del término trastorno, en la década de 1980, significó una categorización si / no de acuerdo a “supuestos criterios objetivos dados por una taxonomía del síntoma” (González Pardo y Pérez Álvarez, 2007: 29). Es interesante señalar aquí los estudios desarrollados por Shorter

y publicados en su libro *Historia de la psiquiatría*, de 1999, estos marcan como a lo largo de cuarenta años se extendió sensiblemente la clasificación de trastornos en este manual. En el DSM I, en 1952, se detallaban 106 diagnósticos y en el DSM IV, en 1994, alcanzaban los 297 diagnósticos (citado en González Pardo y Pérez Álvarez, 2007: 31). Con la publicación del DSM V la producción de nuevos trastornos se verá incrementada aún más drásticamente. Esto puede enmarcarse en lo que se denomina un abordaje dimensional, que en lugar de recortar entidades discretas apunta a establecer continuos y borra aún más las demarcaciones entre lo definido como normal y patológico. Según Allen Frances esto se dará de dos maneras: nuevos diagnósticos que podrían ser común en la población general y umbrales de diagnósticos más bajos para muchos desórdenes existentes (Frances, 2010).

En el sentido aquí desarrollado, Arthur Kleinman y Meter Benson agregan que a través de estos instrumentos la experiencia moral del paciente está siendo privada de moralidad, y que la subjetividad misma está experimentando transformaciones “en virtud de las cuales se reconforman alrededor procedimientos burocráticos y modelos técnicos de manera que la vida deviene algo nuevo, diferente y peligroso” (Kleinman y Benson, 2004: 21). El DSM utiliza desde entonces la noción de trastorno mental como “un concepto que no tiene límites precisos y que carece de una definición operacional” (Korman e Idoyaga Molina, 2010: 31). El propio manual expresa la conflictividad acerca de esta conceptualización, a pesar de lo cual, la asume y la instala como hegemónica para la lectura de las problemáticas en el campo de la salud mental.

Es interesante la traslación de la noción de enfermedad mental a la de trastorno mental; noción que no tiene límites precisos y posibilita nuevas interpretaciones acerca de prácticas, comportamientos, actitudes, etcétera, de los sujetos individuales y sociales sobre los cuales interviene específicamente el campo de la salud mental. Este pasaje debe ser problematizado en los procesos des/ institucionalizadores, ya que esta noción condujo a una refundación de nuevas formas de medicalización y a una reconfiguración de los mecanismos de control social duro, centrados históricamente en la institución asilar, por mecanismos de control social blando basados en estrategias extramurales (Pavarini, 1994). Así se abren nuevos desafíos que reinterpretaron lo normal, lo anormal, la desviación y la diferencia en innovadores procesos de medicalización.

## Los actuales procesos de medicalización

Se requiere hacer un breve paréntesis para expresar qué se entiende por medicalización. Al conceptua-

lizar el término desde los aportes de ciencias sociales, Foucault abordó la cuestión de la medicina y la medicalización como estrategia de gobierno de las poblaciones, trabajando sobre la hipótesis que ningún problema es intrínsecamente médico o no.

La medicalización como proceso histórico es un tema muy amplio, que ha sido abordado desde múltiples campos y tradiciones de pensamiento. Acuñado por el filósofo, historiador y crítico social Ivan Illich, en su libro *Némesis médica: la expropiación de la salud* en 1975, el término medicalización define un proceso que se extendió de forma imparable por la sociedad de nuestro tiempo, por el cual los médicos se ocupan y tratan problemas no médicos que atañen al bienestar humano. Es interesante observar que la medicalización aquí presentada no está asociada a lo que anteriormente señalaba Jervi en términos de gravedad, sino que está centrada en términos de extensión de prácticas médicas a problemas que antes eran señalados como de otro orden.

La medicalización se presenta entonces a modo de un producto socio-cultural, donde inciden diversos factores que en, un contexto social e histórico específico, permiten que se desarrollen las líneas argumentales de los diversos actores sociales que han intervenido e intervienen en la génesis y producción (y reproducción) de dicho proceso.

Una reseña realizada por Peter Conrad acerca de estudios sobre medicalización llevados cabo desde 1980 considera que la clave de este proceso está en la definición de un problema en términos médicos, utilizando un lenguaje médico para describirlo, adoptando un marco médico para entenderlo, y/o utilizando la intervención médica para tratarlo (Conrad, 1992), dando cuenta de una serie de condiciones para que un comportamiento sea medicalizado; esto es, concebido y tratado como un trastorno, de manera tal que se incorpore al ámbito de injerencia de la medicina, y en el caso particular de la salud mental, también de la psicología.

En esta misma línea, en su artículo *Medicalization of everyday life* Szasz discute el problema de la medicalización, entendiendo que ésta no es medicina ni ciencia sino una estrategia semántica y social que beneficia a algunas personas y daña a otras. El autor marca que en la actualidad cualquier sujeto puede ser, en algún momento, alternativamente socorrido o dañado por la medicalización (Szasz, 2007a, 2007b).

Muchos académicos contemporáneos posicionan hoy al complejo médico-industrial como actor que ocupa el lugar que antes tuvieron los médicos en el proceso de medicalización de la vida humana (Blech, 2005; Moynihan y Cassels, 2006; Metzl y Herzig, 2007; González Pardo y Pérez Álvarez, 2007; Iriart, 2008). Este nuevo proceso de medicalización es denominado por Szasz como farmacracia (Szasz, 2007a).

Para finalizar, y retomando la noción de trastorno mental aquí expresada, la misma reubica al campo de la salud mental, sus estrategias y prácticas, en una nueva dimensión de la medicalización; así, la relación estrecha entre padecimientos sociales y trastorno mental que se asigna en la actualidad al campo de la salud mental, condiciona el proceso de atención, las prácticas institucionales y las dimensiones de los procesos des/institucionalizadores. La medicalización de los problemas sociales en el campo de la salud mental no es nueva, pero sin embargo, a partir de la difusión de la noción de trastorno mental –y su interpretación en los manuales de clasificación psiquiátrica– adquiere una mayor relevancia, tanto en procesos medicalizadores como en las innovadoras y diversas líneas conductuales de la psicología.

## La noción de discapacidad en el campo de la salud mental

Si bien ni en la ley 26.657, ni en su reglamentación emerge esta noción, considero central ubicarla en este recorrido ya que la misma ocupa un lugar central en los debates actuales del campo.

Así la noción de discapacidad mental irrumpe en documentos de organismos internacionales que ponen en escena, en el campo de la salud mental, otro modo de enunciación del sujeto de la intervención. Esta noción estuvo vinculada históricamente a diagnósticos relacionados al retraso mental o debilidad mental –oligofrenia– (Aznar y González Castañón, 2010; Wahlberg y Triskier, 2010), sin embargo, hoy su enunciación se amplió encontrando, en algunos textos jurídicos (Kraut, 2006), ciertos intersticios para dar legitimidad a derechos sociales –acceso a los servicios de salud, rehabilitación, etcétera– que con otras enunciaciones no son garantizados.

Dos instrumentos internacionales, vinculados a garantizar los derechos de los pacientes, dan la primera identidad a la emergencia de la noción de discapacidad relacionada genéricamente a la enfermedad mental. Por un lado, la *Declaración sobre los derechos del retrasado mental* del año 1971, de la ONU, que incorpora en una misma categoría conceptual los derechos de las personas enunciadas como “mentalmente desfavorecidos”. El objetivo de este documento fue establecer el bienestar y el respeto de los derechos de estas personas. Esta enunciación es vaga y permite ampliar la noción de discapacidad en términos poco precisos. La declaración introduce el concepto de atención comunitaria, así como la protección contra la explotación, los abusos y los tratos degradantes. Asimismo, establece la figura de tutor, el derecho a un debido proceso en caso de haber cometido algún delito, la figura de la salvaguarda jurídica, y el derecho a revisiones periódicas.

cas ante los juicios de la declaración de incapacidad o insania (onu, 1971).

Por otro lado, la *Declaración de los derechos de las personas impedidas*, también de la onu del año 1975, modificó el término de retraso mental por el de “persona impedida”, y en su artículo 1º lo define como aquellas “*personas incapacitadas de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales*” (onu, 1975). Incapacidad y discapacidad, en términos enunciativos, son homónimos y el documento expresa la garantía de los derechos civiles y la igualdad de condiciones entre las personas incapacitadas / discapacitadas y los demás sujetos sociales. Otro aspecto abordado por la declaración es la autonomía de los sujetos (denominadas personas impedidas en este instrumento jurídico).

En el sentido aquí expresado por ambos documentos la formación discursiva instala un conjunto de expresiones imbricadas en prácticas legislativas, jurídicas e institucionales que ubican al sujeto de la intervención en salud mental en términos de sujetos con ‘retraso mental’, ‘personas impedidas’, ‘personas incapacitadas’. Así, la garantía de derechos sociales fue encontrando discursivamente en estos documentos una primera asociación con características enlazadas a aspectos contradictorios de la enfermedad mental, es decir, ubicando el centro de la denominación en aquellos aspectos discapacitantes del sujeto. Lo que se pone en escena, entonces, es que el derecho aquí expresado puede interpretarse solo en tanto a “persona discapacitada” y no en tanto “sujeto de derecho”.

Este aspecto señalado tomó aún mayor vigencia en 1993, cuando la onu reintrodujo la centralidad del concepto de *discapacidad* en la agenda de los Estados miembros para garantizar los derechos de las personas con enfermedad mental. Esta centralidad se dio a través de las *Normas uniformes sobre la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad* (onu, 1993a). En el mismo año, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena (onu, 1993b), hizo hincapié en que los derechos de las personas con discapacidad mental están protegidos por los derechos internacionales, ya que todos los derechos humanos son universales y comprenden a estas personas. La Conferencia solicitó a los gobiernos que establecieran legislaciones especiales con el fin de garantizar esos derechos.

Otro conjunto importante de normativas lo constituyeron las observaciones generales del cdesc, de la onu. En 1994, dicho Comité adoptó la *Observación general n° 5* (onu, 1994), que especifica la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos-Sociales de las personas con discapacidad (oms, 2005: 10). Estas observaciones constituyeron un aporte impor-

tante a la aplicación específica de los pactos de derechos humanos y reestructuraron un posicionamiento, al formular objeciones al término de “persona discapacitada” utilizado hasta ese momento, y pronunciarse hacia una nueva enunciación: “persona con discapacidad”. Si bien se especificaba que no había una definición acordada sobre este concepto, el documento adopta una mirada tendiente a que “*la discapacidad puede revestir la forma de una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiera atención médica o una enfermedad mental*” (onu, 1994: art. 3).

Más cercanamente en el tiempo la *Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad* (oëa, 1999), aprobada en nuestro país por la Ley 25.280 de 2000, y la *Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad* (onu, 2008), que se incorporó al derecho interno de nuestro país través de la Ley 26.378, del mismo año, abarcan un conjunto de dimensiones y dominios que introducen el concepto personas con discapacitadas psicosociales.

Como punto central, estos documentos permitieron recolocar derechos sociales ceñidos al concepto de “discapacidad mental”. Como consecuencia, se reubicaron nuevas formaciones discursivas en las cuales la discapacidad mental emerge ligada a la garantía de derechos de los sujetos que dan cuenta de esa *discapacidad* (aunque sea en términos transitorios) a través de una certificación (certificado de discapacidad), y resigna a otros sujetos de la intervención en salud mental que no pueden legitimar, a través de un certificado, su dolencia.

Situar estos documentos plantea nuevos desafíos dado que, como ya se expresó, amplían derechos –y en este sentido podría pensarse en los pacientes institucionalizados por años–, pero también implica problematizar la forma confusa de la “certificación mercantil de la discapacidad” que hoy se instituyen en las prácticas sanitarias, judiciales y sociales en nuestro país.

## Padecimiento mental

También, se pueden ubicar entre las convenciones las pertenecientes a la Asociación Mundial de Psiquiatría (amp): la *Declaración de Hawaii II* (amp, 1983), y la *Declaración de Madrid* (amp, 1996), que reglamentan un conjunto de principios de la práctica del profesional psiquiatra en el marco del respeto por los derechos humanos de las personas con “padecimiento mental”.

Estos documentos enfocan la importancia acerca de que los pacientes psiquiátricos deben ser tratados con las mismas reglas que los otros pacientes, y se organizan en torno de la discusión de la asistencia en la voluntariedad del paciente, en el tratamiento ambulatorio y en la restricción a la hospitalización. En otro orden, un punto particular en el análisis de protección de derechos lo constituye el artículo 7 del *Pacto Internacio-*

nal de Derechos Civiles y Políticos, de 1992, que protege contra la tortura y los tratos crueles, inhumanos y degradantes, así como a ser sometidos, sin libre consentimiento, a experimentos científicos y/o médicos. Se aplica además a las instituciones médicas, en especial las psiquiátricas, y exige que los gobiernos prevean información sobre la detención en hospitales psiquiátricos y las medidas para prevenir abusos (OMS, 2005: 12).

La emergencia del concepto de padecimiento psíquico está aquí vinculada no solo a los derechos sociales, sino también a los derechos humanos y políticos.

## Implicancias epistemológicas del padecimiento / sufrimiento

La enunciación en estos documentos de las nociones de “padecimiento psíquico” o “sufrimiento mental” pueden ser vinculadas a una ruptura epistemológica en el campo de la psiquiatría y la salud mental. Algunos autores enlazan la enunciación de estas nociones a la emergencia de la constitución del propio campo de la salud mental (Galende, 1990). El sufrimiento psíquico se vincula con el tejido social en el sentido de entender el padecimiento no restringido a la noción de enfermedad-trastorno-discapacidad –como fue expuesto hasta aquí–, sino a la propia relación del sujeto (incorporando su punto de vista) con lo social y lo cultural (Menéndez, 1997; Conrad, 1987; Alves, 1993).

Estas nociones irrumpen y dislocan las concepciones biomédicas sobre el propio proceso de salud-enfermedad / trastorno-atención; a diferencia del concepto de “enfermedad” o “trastorno”, los nuevos enunciados de “padecimiento” o “sufrimiento” instituyen un concepto histórico-social sobre el padecer (sufrir), es decir un concepto cultural y, por lo mismo, cambiante en cada contexto. Emiliano Galende introduce la noción de “performativo” para demostrar esta diferencia, y establece que “*los enunciados performativos constituyen un caso particular de lo que Bourdieu denomina «dominación simbólica» hecho constatable en el juego de poder (y frecuentemente de violencia) que sostiene la intervención del psiquiatra*” (Galende, 2008: 56).

En la misma clave, Meryn y Ezra Susser buscan aclarar la diferencia entre las nociones de enfermedad y padecimiento; entienden por enfermedad-trastorno (*disease*) a un proceso fisiopatológico, una enfermedad objetiva, haciendo referencia con este concepto a un modelo biomédico. En cambio, con padecimiento, padecer (*illness*) refieren a la dolencia o estado subjetivo percibido por el individuo (Susser y Susser, 1996). El padecer tiene una connotación social y cultural. Kleinman y Benson introducen la noción de malestar (*sickness*), como producto de las relaciones entre ambas y dicen que esta requiere de la participación del discurso médico profesional para su construcción (Kleinman y

Benson, 2004). Desde la perspectiva que se adopta en este artículo, el padecimiento o sufrimiento involucra un presupuesto epistemológico que instituye la subjetividad como elemento sustantivo, sin limitar la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas definidas, sino a la comprensión de la emergencia de nuevas representaciones y expresiones de las formas de padecer.

## Aspectos culturales y políticos.

Diversas investigaciones antropológicas brindan también un aporte sobre la relación entre cultura y padecimiento. En este sentido, y entendiendo que la cultura se vincula con la producción de sentidos y significados por los cuales los sujetos organizan y simbolizan sus prácticas, la noción de sufrimiento mental se puede pensar como una construcción histórica social cultural compleja y de múltiples dimensiones. Los estudios sobre padecimientos crónicos (Strauss y Glasser, 1975) introdujeron nuevas dimensiones acerca del padecimiento en tanto redefinición de la propia vida de los sujetos, y de las relaciones de éstos con otros sujetos.

En sus trabajos sobre VIH, Mabel Grimberg (1999, 2000, 2003) realizó aportes para pensar el padecimiento crónico, que podrían ser asimilables para repasar el padecimiento mental. Esta autora hace referencia a que un complejo variado de padecimientos “*es un acontecimiento y un proceso a la vez individual y colectivo, cuya conformación y sentido deben contextualizarse en los modos, las condiciones y las trayectorias de vida de los sujetos*” (Grimberg, 2003: 81). Grimberg concluye que el padecimiento no puede leerse como un suceso preciso en la vida de un sujeto, sino por el contrario, como un acontecimiento que coloniza la vida misma y se confunde con ella (Grimberg, 2003). Se trata entonces de colocar el padecimiento como una construcción subjetiva e intersubjetiva enlazada a procesos estructurales e históricos. Kleinman, por su parte, aporta que la experiencia del padecer incluye la vida moral de quien la sufre (Kleinman, 1988).

Francisco Mercado Martínez y otros (1999), siguiendo a otros autores –Scheper-Hughes y Lock; Castro y Alves– hablan de la “experiencia del padecimiento” y la definen como: “*(...) aquel fenómeno social cambiante de naturaleza subjetiva en la cual los individuos enfermos y sus integrantes de la red social cercana perciben, organizan, interpretan y expresan un conjunto de sentimientos, sensaciones, estados de ánimo o emocionales, sensaciones corporales, cambios en la apariencia física, alteraciones en los sentidos, y una serie de eventos ligados y/o derivados del padecimiento y de su atención, todo ello en el marco de las estructuras, relaciones y significados sociales que lo determinan y modelan*” (Mercado Martínez y otros, 1999: 182).

Estos autores hablan también de “trayectoria del padecimiento” y de “carrera del padecimiento”. Por “trayectoria del padecimiento” asumen *“aquel proceso cambiante que abarca desde el inicio de los síntomas y llega hasta la muerte e incluye las percepciones, evaluaciones, manifestaciones y efecto a corto o largo plazo tanto en el individuo enfermo como en quienes lo rodean a causa del padecimiento”* (Mercado Martínez y otros, 1999: 182). Esta perspectiva de la trayectoria del padecimiento se aleja de las consideraciones tradicionales de la historia natural de la enfermedad según la biomedicina o los modelos de análisis sociomédicos.

Por otro lado, “la carrera del padecimiento” es concebida por estos autores como: *“(…) el proceso en el cual los sujetos buscan, seleccionan, usan y evalúan determinadas estrategias, medidas y programas para la atención de su padecimiento (…). Un proceso cambiante en las cuales se incluyen las formas, las modalidades como los individuos organizan y responden a su enfermedad, teniendo en cuenta los modos de atención existentes en su medio así como los recursos materiales y simbólicos disponibles”* (Mercado Martínez y otros, 1999: 183).

Byron y Mary-Jo Good proponen incluir en el llamado “cultural hermenéutico” a la noción de padecimiento en un sentido fundamentalmente semántico, y establecen que su transformación en enfermedad sucede a través de un proceso de atribución de significados que asigna cada sujeto en una red de significados inherentes a cada cultura (Good y Good, 1980).

Naomar Almeida Filho (2001) añade aspectos políticos e ideológicos a los aportes hasta aquí analizados, poniendo permanentemente en juego los diferentes modelos de complejidad que tiene esta precisión. Coincidiendo con lo expresado por Augsburg (2004), la contribución de Almeida Filho aporta a problematizar las condiciones concretas en que se generan los padecimientos otorgándole a éstos un carácter procesual e histórico que no queda expresado en las clasificaciones mórbidas, y cuya utilización, como fue señalado en la noción de enfermedad o trastorno, conducen a una patologización de las situaciones cotidianas.

## Observaciones finales

Se ha repasado a lo largo de este artículo los dilemas en torno a los conceptos, nociones y tipificaciones en salud mental. Así se profundizó en: “enfermedad”, “trastorno”, “discapacidad” y “padecimiento” o “sufrimiento”, acentuando especialmente en que estas formaciones discursivas acarrear prácticas y políticas diversas, así como disímiles perspectivas referidas a derechos sociales y políticos.

El enfoque en la noción de “padecer” condujo a problematizar la construcción de una categoría cultural y, por lo mismo, cambiante en cada contexto; y admitió un supuesto epistemológico que instituye la “subjetividad”

como elemento sustantivo, no limitando la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas definidas (tal la dimensión de “enfermedad” o “trastorno”), sino a la comprensión de nuevas representaciones y expresiones de las formas de “padecer”. Esta noción encontró acogida en los procesos des/institucionalizadores afines a la garantía de los derechos sociales y políticos de los sujetos usuarios de los servicios de salud mental.

El análisis exigió tomar en cuenta una limitación al ejercicio de estos derechos, ya que en varias oportunidades se recurre a otras formaciones discursivas para su garantía. Precisamente, en la concepción de “discapacidad mental” se hallaron ciertos intersticios para dar legitimidad a derechos sociales, en términos de acceso a los servicios de salud, rehabilitación, etcétera, que con otras enunciaciones sobre los sujetos de intervención en salud mental no se garantizaban. El enfoque en la dimensión de la “discapacidad psicosocial” consolida una nueva práctica relacionada con la garantía de los derechos, pero también recoloca la discusión de los derechos universales.

Por otro lado, el análisis exigió tomar en cuenta la aparición de nuevas tecnologías y la transformación de los usuarios de los servicios de salud mental en “consumidores”. En este punto la enunciación del sujeto de intervención desde la noción de “trastorno”, encontró a la medicina en un movimiento inverso del alienismo, fundamentalmente hospitalocéntrico y con una relación médico-paciente fundada en un “tratamiento moral” a partir del encierro. En este concepto, el internamiento prolongado se ligaba a la corrección de la “anormalidad” y a la supresión de la “peligrosidad social”, en cambio los nuevos procesos medicalizadores proponen innovadoras estrategias de disciplinamiento en el exterior de los muros institucionales. Para abordar estas cuestiones se analizaron los manuales de clasificación de enfermedades, en especial el DSM. El término de “trastorno mental” condujo a la globalización de la psiquiatría hegemónica estadounidense y una asociación particular con la industria farmacéutica, que consolidó una fuerte articulación entre la inclusión de diagnósticos y la producción de medicamentos. Los debates actuales sobre la versión DSM V, cuya publicación fue lanzada en mayo de este año en EE.UU., incluyen lo que se define como “abordaje dimensional”, que en lugar de recortar entidades discretas apunta a establecer continuos y borra aún más las demarcaciones entre lo definido como normal y patológico. En este contexto el sujeto consumidor masificado, es el que interesa a la actual construcción social. Precisamente, en estos procesos, la extensión de áreas que antes correspondían a otras dimensiones de intervención –como el trabajo social, la educación, la recreación o lo correccional– son consideradas un espacio en el cual los problemas de la vida son convertidos en médico-psiquiátricos.

En el sentido aquí expuesto se puede concluir que los actuales procesos de/institucionalización se manifiestan semánticamente como contrapuesto a la noción de enfermedad o trastorno, sin embargo pareciera exponerse una estructura argumentativa *en contraposición a o a favor de*, antes que la problematización de la relación compleja de las enunciaciones acerca del sujeto de la intervención en salud mental.

Es ésta una dimensión por demás relevante en la construcción de dispositivos alternativos y sustitutivos no solo al orden manicomial, sino también a procesos deshospitalizadores, así como a innovadores procesos de medicalización de la vida (medicamentalizadores y de diversidad de terapias psicológicas) que constituyen nuevos dispositivos de disciplinamiento y control por fuera de los muros institucionales.

## Notas Finales

1. Particularmente se hace referencia a los trabajos de investigación que se desarrollan bajo la dirección de la autora de este artículo en el marco de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UBA. Proyectos UBACYT 2008-2010; 2010-2012 y 2012-2014. Con sede en el Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA.
2. Se hace referencia en este punto a una investigación que dirigí, junto con Cecilia Arizaga (IIGG-Observatorio de Drogas, Sedronar), en la cual se analizaron los instrumentos de clasificación internacional en relación a los nuevos procesos de medicalización a partir de un analizador en niños: el trastorno del déficit de atención. Fue organizada a partir de dos campos: uno educativo, dirigido por Cecilia Arizaga, y otro sanitario, a mi cargo. Aquí se reproducen fragmentos del marco conceptual, titulado "Medicalización: concepto central en el proceso de investigación" (Arizaga y Faraone, 2009: 37-47).

## Referencias bibliográficas

- Almeida-Filho, N. (2001). For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. En *Cadernos de Saude Publica*, 17, 4, pp. 753-799.
- AMP (1983). Guía de éticas para los psiquiatras de todo el mundo, enmienda, 7 ° Congreso Mundial de Psiquiatría, Viena, julio. Disponible en: <http://translate.google.com.ar/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.codex.vr.se/texts/hawaii.html> [consulta, marzo de 2012].
- AMP (1996). Sobre los requisitos éticos de la práctica de la psiquiatría, Asamblea General, Madrid, 25 de agosto. Revisada en Yokohama, 26 de agosto de 2002. Disponible en: [www.aen.es/web/docs/Declaracion\\_Madrid\\_wap.pdf](http://www.aen.es/web/docs/Declaracion_Madrid_wap.pdf) [consulta, marzo de 2012].
- Alves, P. (1993). A experiência da enfermidade: considerações teóricas. En *Cadernos de Saude Publica*, 9, pp. 263-271.
- Augsburger, A. C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. En *Cadernos médicos sociales*, núm. 80, pp. 61-75. Buenos Aires.
- Augsburger, A. C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. En *Psicología & Sociedade*, vol. 6 (2), pp. 71-80. Minas Gerais
- Aznar, A. & González Castañón, D. (2010). La experiencia canadiense sobre la transformación del campo de la discapacidad: una entrevista a Phillip M. Stephan. En *Vertex*, vol. xxi, núm. 90, pp. 136-140.
- Basaglia, F. (1986). La institución psiquiátrica de la violencia. En A. Suárez (org.), *Razón, locura y sociedad*, pp. 15-34. México: Siglo XXI.
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Barral.
- Bastide, R. (1998). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI.
- Benedict, R. (1934). La antropología y el anormal. En *Journal of General Psychology*, 10(2), pp. 59-82. Trad. M. G. García y N. Cler Pereira, Cátedra de Historia de la Teoría Antropológica, Departamento de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Disponible en [www.filo.uba.ar/contenidos/carreras/...antropologica/.../Benedict.pdf](http://www.filo.uba.ar/contenidos/carreras/...antropologica/.../Benedict.pdf) [consulta, diciembre de 2011].
- Becker, H. (1971). *Los extraños. Sociología de la desviación*. Buenos Aires: Tiempos Contemporáneos.
- Blech, J. (2005). *Los inventores de la enfermedad. Cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino.
- Canguilhem, G. (2009). *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Conrad, P. (1987). The experience of illness: recent and new directions. En J. Roth & P. Conrad (ed.) *The Experience and Management of Chronic Illness*, pp. 1-31. Greenwich: Jai.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. En *Annual Review of Sociology*, 18, August, pp. 209-232.
- Cooper, D. (1985). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Barcelona: Paidós.
- Council of Europe (1977). Recomendación 818, sobre la situación de los enfermos mentales, 12ª sesión de la Asamblea Parlamentaria, 8 de octubre. Disponible en <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta77/EREC818.htm#1> [consulta, diciembre de 2011].
- Durkheim, E. (1991). *Las reglas del método sociológico*. México: Premia.

- Fortineau, J. (2002). Prólogo. En *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente*, versión francesa.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires: Caronte.
- Foucault, M. (1961). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós
- Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de la Cultura Económica.
- Frances, A. (2010). Preparémonos. Lo peor esta por venir: el DSM-V, una pandemia de trastornos mentales. En *Revista Topía*. Disponible en <http://www.topia.com.ar/articulos/prepar%C3%A9monos-lo-peor-esta-venir-dsm-v-una-pandemia-trastornos-mentales>
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental*. Buenos Aires: Lugar.
- Goffman, E. (1989). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorroutu.
- Goffman, E. (2004). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- González Pardo, H. & Pérez Álvarez, H. (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza.
- Good, B. & Good M. J. (1980). The meaning of symptoms. A cultural hermeneutic model for clinical practice. En *The relevance of social science for medicine*. Dordrecht: Reidel.
- Grimberg, M. (1999). Vivir con VIH: experiencia de la enfermedad y narrativas biográficas. En *Nuevos escenarios regionales e internacionales, III Reunión de Antropología del Mercosur*, pp. 82-85. Posadas.
- Grimberg, M. (2000). Género y VIH-sida. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH. En *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 78, pp. 41-54. Rosario.
- Grimberg, M. (2003). Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. En *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 17, pp. 79-99. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. En *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (5), pp. 1.619-1.626. Brasil.
- Kleinman A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, J. & Benson, P. (2004) *La vida moral de los que sufren enfermedad y el fracaso existencial de la medicina*. Disponible en <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono2/Articulos/articulo2.pdf> [consulta, marzo de 2011].
- Korman, G. & Idoyaga Molina, A. (2010). *Cultura y depresión*. Buenos Aires: Akidia.
- Kraut, A. (2006). Derechos humanos y salud mental en la Argentina. En Galende, E. & Kraut, A. *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar.
- Menéndez, E. (1979). *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Nueva Imagen.
- Menéndez, E. (1997). El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. En *Relaciones*, núm. 69, pp. 237-270.
- Mercado Martínez, F. et al. (1999). La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. En *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 15, núm.1 jan-mar, pp. 179-186. Rio de Janeiro.
- Metzl, J. & Herzig R. (2007). Medicalisation in the 21st century: Introduction. En *The Lancet*, vol. 369, 24, February, pp. 697-698. UK
- Mises, R. (2004). Prólogo. En *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente*, edición castellana. Buenos Aires: Polemos.
- Moynihan, R. & Cassels, A. (2006). Medicamentos que nos enferman e industria farmacéutica que nos convierte en pacientes. Barcelona: Terapia Verde.
- Murillo, S. (1997). *El discurso de Foucault. Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*. Buenos Aires: CBC-UBA.
- OEA (1999). Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. Guatemala, 6 de julio. Disponible en [www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html](http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html) [consulta, abril de 2012].
- OMS (2005). Manual de recursos de la OMS sobre salud mental. Derechos humanos y legislación. Ginebra.
- ONU (1971). Declaración sobre los derechos del retrasado mental, A. G., res. 2856 (xxvi), 26 UN GAOR.
- ONU (1975). Declaración de los derechos de los impedidos, A. G. res. 3447 (xxx), 30 UN GAOR Supp. (No. 34) p. 88, Doc. A/10034. Disponible en [www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/st3drdpf.html](http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/st3drdpf.html) [consulta, abril de 2012].
- ONU (1993a). Normas uniformes sobre la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad. A. G. res. 48/96, 20 de diciembre. Disponible en [www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=498](http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=498) [consulta, abril de 2012].
- ONU (1993b). Declaración de Viena. Doc. A/CONF. 157/23, 12 de julio. [www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp) [consulta, febrero de 2011].
- ONU (1994). Observación general n° 5, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, sesión 38, 25 de noviembre. Disponible en: [www.es-crcnet.org/resources\\_more/resources\\_more\\_show](http://www.es-crcnet.org/resources_more/resources_more_show)

- htm?doc\_id=428689&parent\_id=425976 [consulta, febrero de 2011].
- ONU (2008). Convención Internacional sobre Derechos de las Personas con Discapacidad. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/qanda.html> [consulta, diciembre de 2011].
  - Pavarini, M. (1994). Estrategias disciplinarias y cultura de los servicios sociales. En revista *Margen*, año 3, núm. 6, pp. 5-25. Buenos Aires.
  - Roshenan, D. (1982). Acerca de estar sano en un medio enfermo. En Watzlawiek, P. *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
  - Russo, J. & Venâncio, A. T. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. En *Revista Latinoamericana de Psicopatología*. Fund., IX, 3, 460-483.
  - Stagnaro, J. C. & Tesone, J. E. (2004). Presentación. En *Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA)*, versión castellana. Buenos Aires: Polemos.
  - Strauss, A. & Glaser, B. (1975). *Chronic Illness and Quality of Life*. St. Louis: Mosby.
  - Susser, M. & Susser, E. (1996). Choosing a future for epidemiology I: Eras and paradigms. En *Am. J. Public Health*, 86, pp. 668-673.
  - Szasz, T. (1976). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
  - Szasz, T. (2007a). Medicalizing Quackery. En *The Freeman*, 57, october, pp. 22-23. Disponible en [www.szasz.com/freeman20.html](http://www.szasz.com/freeman20.html) [consulta, marzo de 2011].
  - Szasz, T. (2007b). The medicalization of everyday life. En *The Freeman*, 57, December, pp. 18-19. Disponible en [www.szasz.com/freeman23.html](http://www.szasz.com/freeman23.html) [consulta, marzo de 2011].
  - Tamburrino, C. (2009). Contribución a una crítica epistemológica de la discapacidad mental. En *Feminismo/s*, núm. 13, junio, pp. 187-206.
  - Wahlberg, E. & Triskier, F. (2010). Discapacidad y salud mental. En *Vertex*, vol. XXI, pp. 114-116.
-



# La Nueva Ley de Salud Mental y los actores: de corporativismos palaciegos y de oportunidades para la superación. Aportes desde el análisis de políticas

Agustina Barukel

Lic. Ciencia Política, orientación Análisis Político. Facultad de Ciencia Política y RRII, Universidad Nacional de Rosario, Argentina/ CONICET. Doctoranda en Ciencias Sociales, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

## Resumen

Este artículo propone un ejercicio de análisis desde la perspectiva del análisis de políticas públicas en torno a los debates que suscitara la Nueva Ley de Salud Mental en la Comisión de Salud y Deportes del Senado de la Nación en 2009 y 2010. Analizamos la intervención de actores en ese contexto a partir de una definición de la *cuestión* que nos conduce a la hipótesis de existencia de lo que denominamos *corporativismos palaciegos*. Para luego pasar a proponer un nuevo concepto de *sujeto* de las políticas de Salud Mental y una elaboración de un *modelo de problemas*, ambas propuestas que posibilitan el *ensanchamiento* de la cuestión, y permiten elaborar, a partir de allí, novedosas formas de intervención en la disputa por la implementación de las disposiciones de la Ley.

## Palabras clave

Actores - Sujetos - Corporativismo - Modelo de problemas

## Abstract

This article propose an analysis exercise from public policy analysis' contributions about new Mental

Law debate that took place in Health and Sports Commission of National Senate in 2009 and 2010. We analyze the intervention of different actors in that context from a definition of the *issue* that take us trough a hypothesis of existence of what we name *palatial corporatism*. Then we propose a new *subject* concept for Mental Health Policies and a *problem model* elaboration, both make possible to widen the issue and elaborate original interventions in the dispute for the Law implementation.

## Keywords

Actors - Subjects - Corporatism - Problems model.

## Introducción

La herejía es indispensable para pensar la salud del dogma.

José Carlos Mariátegui

Sin dudas el presente artículo viene motivado por los desafíos que nos obliga a asumir la aprobación de la Ley N° 26.657 conocida como "Ley de Salud Mental", en varias direcciones. Aquí apuntaremos tres que nos parecen importantes y que nos ayudan al recorte

de este escrito: Primero, y aunque reconociendo cierta debilidad del desarrollo historiográfico del campo de la Salud Mental en Argentina que nos pueda situar correctamente en un *proceso*, ubicamos que la Ley es punto bisagra para pensar una Política (en mayúsculas) en Salud Mental; queremos decir con eso que no arrancamos de cero, a la vez que reforzamos la idea de que se trata de un nuevo momento. No solo la valoración de sus disposiciones conforman una inflexión; el mayor peso está sin dudas en la apertura que con ellas motiva. Segundo, si pensamos en una Política en Salud Mental se hace perentorio pensar un *quiénes*, los sujetos protagonistas, los actores de la *cuestión*. Pensarlos en clave de integración, de participación activa, de democratización del proceso de toma de decisiones que la ley –y esas políticas que se desprendan– puedan habilitar. Y tercero, lo que explica el por qué de un aporte desde la perspectiva del análisis de políticas, abrazamos la concepción de la práctica en el campo de la salud mental y la lección de método que la Ley imparte para esa práctica; pues la *interdisciplina* bien trabajada puede ser desmanicomializadora. El desafío en ese plano es correrse de la moda académica del entrecruzamiento de disciplinas, superar el mero enunciado, aportando a un diálogo que se traduzca en guías –pequeñas, modestas– para encarar un nuevo momento de reforma psiquiátrica, inaplazable en nuestro país.

En las páginas que siguen, nos abocaremos al análisis de los debates que suscitó el proyecto de Ley en la Comisión de Salud y Deportes de la Cámara de Senadores de la Nación, en ocasiones en que estuvieran presentes distintas asociaciones profesionales, entidades, universidades y organismos vinculados en su práctica al *problema* de Salud Mental los días 24 de noviembre y 1° de diciembre de 2009, y 19 de octubre de 2010. Durante esas sesiones, la Comisión del Honorable Senado de la Nación las convocó considerando su relevancia en la temática que se estaba discutiendo, y figuran en esas memorias una larga lista de personas que intervinieron en razón del proyecto de Ley en debate. Pero no tomamos todas en cuenta para definir su relevancia, optamos por indagar sobre la *cuestión*: dónde se halla el núcleo fundamental del problema que hace a una ley protectora-desmanicomializadora y cuáles fueron las coordenadas que guiaron ese debate. Lo que nos conduce a ubicar los *actores* de la *cuestión*, y a desnudar lo que denominamos *corporativismos palaciegos*, fundados sobre todo en los discursos de saber-poder-verdad sobre los que se posan las especialidades intervinientes (fundamentalmente la Psiquiatría como práctica médica). Indagación que nos conduce, esperamos, a reflexiones que desde el análisis de políticas se pueden elaborar para efectivizar recomendaciones en el marco de la batería de políticas públicas que se desprenden de la –demasiado demora-

da ya– implementación de la Nueva Ley. Ello teniendo siempre como norte la democratización de la práctica, pensando el protagonismo de los actores, la necesidad de disputar la direccionalidad de las iniciativas –en lo intra pero también extra institucional– que libre la batalla eminentemente política que significa la desmanicomialización. Pues entendemos que estamos frente a oportunidades para la superación, y hay que definirse por intervenir comprometidamente en esa lucha. La demora que está acarreado la implementación de la Ley nos obliga además a elevar las apuestas y seguir produciendo propuestas enmarcadas en ella, como parte de una táctica para lograr su definitiva puesta en marcha.

## De corporativismos palaciegos

Para seleccionar los actores que intervinieron al momento del debate de la Ley, acudimos a las versiones taquigráficas de la Comisión de Salud y Deportes de la Cámara de Senadores de la Nación en las fechas arriba mencionadas. Sobre ese universo, el recorte de los *actores relevantes* se traza a partir de lo que denominamos *cuestión socialmente problematizada*. Ese concepto es desarrollado por Oscar Oszlak y Guillermo O'Donnell (1984) varios años atrás para pensar *a qué* atiende una política. La *cuestión* en una Ley que se titula “Derecho a la *protección* de la Salud Mental” es cómo *proteger* contra el abuso en el ejercicio del poder psiquiátrico, constitutivo del problema público de la locura. Veámoslo.

En *El sufrimiento mental: el poder, la ley y los derechos*, libro en co-autoría con Alfredo J. Kraut, Emiliano Galende intenta ilustrar la tensión entre ese entramado de poder que es la práctica psiquiátrica y lo jurídico. Define pues, que el problema a enfrentar es “*el poder judicial de los psiquiatras y el tratamiento correccional del enfermo*” (Galende, 2006: 18). *Poder judicial* atribuido por la importancia de su *juicio*, basado en la verdad de la ciencia. Agregamos un *poder jurídico*, alojado en la potestad que la ley le otorga para ejercer dicho poder de juicio. El psiquiatra es un médico con funciones de juez: al ser quien elabora el diagnóstico de alienación (tremendo juicio si los hay en el universo del padecimiento mental), justificando la internación (el lugar donde el poder se sustancia, atravesando el cuerpo del enfermo), sentencia sobre la incapacidad, decide el destino del loco, dictamina sobre la peligrosidad, “(... *sin apelación posible, sobre el cual se justifica la segregación del enfermo y la custodia en el hospital psiquiátrico; es decir, un estado de prisión sin juicio ni sentencia escrita*” (Galende, 2006: 49) (Los resaltados son de mi autoría). “(...) *la decisión [tiene] el sentido de una sentencia, ya que implica la privación de libertad del enfermo. (...) El médico fundamenta su diagnóstico y esgrime un saber sobre la enfermedad que en lo esencial tie-*

ne un supuesto de objetividad, reflejado en el diagnóstico de alienación y peligrosidad. Para cumplir este postulado de objetividad y el supuesto de su saber, debe dejar afuera de su observación lo esencial del drama del loco: **su condición de sujeto**” (Galende, 2006: 83) (resaltado en cursiva en el original).

Esa *fusión de tareas* en la figura del psiquiatra, sobre la que se monta el universo jurídico del sufrimiento psíquico está en los orígenes del problema moderno de la locura, y es parte del núcleo persistente de la práctica psiquiátrica. Y, sostenemos, no es una cuestión de terapéutica sino una *cuestión de poder*.

Por otro lado, debemos señalar la existencia de otras disciplinas del campo de la salud mental que complejizan la práctica psiquiátrica moderna, objetiva, biologicista, alienista que hoy persiste. Que impugnan el saber médico-científico desde una visión intersubjetiva de la locura. El psicoanálisis, el trabajo social, la terapia ocupacional, la psicopedagogía, ubican de alguna manera el problema del padecimiento en el plano humano. Como dice Galende, nuestra experiencia de la locura obedece a una visión más complejizada que la del *loco moral* de Pinel, o el de la neurociencia de Kraepelin. *El psicótico de hoy* no puede pensarse desprendido de su cultura, de las relaciones sociales (de poder) que lo atraviesan, de los dispositivos moldeadores de su subjetividad (Galende, 2006). Esos componentes complejizadores, sin embargo, no sacan a la locura del lugar en que la modernidad la puso; no la desprenden de su componente de peligrosidad, de otredad, de *Ruptura* en relación a un *Orden* social y culturalmente estatuido y aceptado. Si hay un poder de la práctica psiquiátrica que ayuda a comprender la necesidad de una legislación en Salud Mental, se trata de un poder que, como tal, tiene arraigos materiales duraderos, y ha sabido construir hegemonía. El poder no es solo coerción, decimos con Antonio Gramsci; no puede sustentarse solo en la “fuerza” si alrededor de él no se construye una fortaleza de aceptación *moral* de lo que su dominio significa.

La ley, entonces, tiene en ese plano dos componentes fundamentales: uno, y vinculado con la cuestión del poder, ensaya una definición de Salud Mental sobre la que se pueda construir un nuevo tipo de relación con la locura, no igualable a “dominación”, poniendo en cuestión la idea misma de locura, hablando, justamente, de *salud*, y no de *enfermedad* mental. Otorga una base, aunque mínima -no hay que cargar tanto a la Ley tampoco-, sobre la cual se pueda construir contrahegemonía. Y dos, es *protectora*; su objetivo no es la regulación del ejercicio profesional, sino que más bien protege contra él y los abusos en que deviene: “(...) *el problema del poder, la dimensión moral y la relación con el Derecho, son intrínsecos a la práctica de la psiquiatría, más acentuados que en la práctica de otras especialidades médicas, y sólo estableciendo regulaciones externas*

*que preserven los derechos de los pacientes es posible un control social sobre las consecuencias de este poder y esta moral correccional*” afirmaba Galende (2006: 19) unos años antes del debate que recogemos aquí (los resalta- dos son de mi autoría).

Ahora bien, los mecanismos de protección que establecen algunos artículos que consideraremos efectivamente señalan una forma de relacionamiento de las disciplinas intervinientes que hace indirectamente a la regulación del “ejercicio de la profesión”. Es que, como señalan Oszlak y O’Donnell, *de qué se trata la cuestión... es parte de la cuestión misma*. Pensando la conjunción de esos dos componentes señalados, podemos decir que para ciertos actores la cuestión a la que atiende una nueva ley es la de desmontar las relaciones de poder que subyacen en la práctica psiquiátrica, y la construcción de subjetividades, una práctica clínica determinada, fórmulas terapéuticas, roles, etc. que de ella devienen. Para otros ciertos actores, es la de sostenerlas (aunque en casi toda ocasión ello no esté explícitamente manifestado). El debate sobre las **incumbencias**, la *potestad* sobre el **diagnóstico** y el **tratamiento**, forma una tríada que atraviesa las discusiones en la Comisión del Senado, que refleja esa *cuestión*, y que condensa una espinosa controversia en torno a la *interdisciplinariedad* del trabajo en salud mental al que aboga la Ley.

Sobre incumbencias, diagnóstico y tratamiento, la letra de la Ley establece:

ART 5: *La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una **evaluación interdisciplinaria** de cada situación particular en un momento determinado.*

ART 12: *La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de **abordajes interdisciplinarios**.*

ART 16: *Toda disposición de internación, dentro de las 48 horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:*

a) *evaluación, **diagnóstico interdisciplinario e integral** y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente **psicólogo o médico psiquiatra**.*(1)

(...)

ART 42: *Incorpórese como art. 152 ter del Código Civil 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de faculta-*

tivos conformado por **evaluaciones interdisciplinarias**. (...). (Todos los resaltados en negrita de los artículos de la ley son de mi autoría).

*Interdisciplina*, palabra común en los artículos seleccionados; en ella es que inscribimos el debate sobre la constitución del campo de la salud mental como *campo*, anclado tanto en *saberes*, recursos o *capitales*, a la manera de Pierre Bourdieu, que nos ubican en la discusión actual sobre los corporativismos que se ponen en juego a la hora de pensar un nuevo recorte de ese campo, y que nos permiten una lectura transversal del posicionamiento que tomaron los actores enumerados.

La interdisciplina es un posicionamiento, no una teoría, una metodología de trabajo como así también un marco conceptual que presta un posicionamiento epistemológico (Stolkiner, 2005). Uno de los problemas del trabajo interdisciplinar se presenta cuando el rol de cada uno se desliza desde el campo de la especificidad de las disciplinas (que existe y que es sano, necesario y productivo sostener) hacia el de las **incumbencias** y los **perfiles profesionales**. En salud mental, cuando las incumbencias van por delante de la relación de la profesión con el problema-objeto de la acción interdisciplinar-, lo que queda en el centro es el poder, no el problema (Stolkiner, 2005). Así pues en las transcripciones del debate en Senadores pueden leerse frases como las siguientes (2):

“(…) Cuando hablamos de internación de pacientes, ahí tenemos problemas [con los psicólogos y terapeutas]. Creemos que **la internación de un paciente, tanto el clínico como el psiquiátrico, tiene que ser una herramienta, primero del médico y especialmente del médico psiquiatra, como hasta ahora lo es, y como figura en el Código Civil. El que interna y es responsable es el médico psiquiatra.** (...) La carrera de psicólogo debiera exigir primero ser médico y después ser psicólogo. De manera que podrían medicar, y hasta internar. **Hasta ahora, como está la mano en Argentina, el médico debe ser el único que interna, como es en todos los lugares del mundo.** (Asociación Argentina de Psiquiatras - AAP).

“Esta ley atenta en sus artículos contra las responsabilidades de los médicos generales. Primero, se le niega al paciente el derecho a tener un diagnóstico y un pronóstico adecuado; se prohíbe el pronóstico irreversible” (Confederación Médica de la República Argentina - COMRA).

“**La interdisciplina no puede pasar por encima de las injerencias profesionales en base a las cuales nosotros formamos a nuestros profesionales. Los formamos con ciertos saberes y luego se pueden integrar en una discusión conjunta y dar como resultado una decisión. Pero esa decisión es de la incumbencia del que ha estado formado para eso. Toda internación es un acto médico, que es la única profesión universitaria que tiene una formación como para dilucidar ese problema clínico. Eso no quiere decir que no se trabaje en equipo interdisciplinario, pero sí es el lugar de la opinión médica.** (...) [Otro] aspecto, el

diagnóstico en la internación, **siempre debe contar con una opinión médica. No es alternativa, siempre debe tener una opinión médica (...)** ya que **el criterio del diagnóstico médico es el que mejores garantías da con relación al derecho principalísimo que es la vida.** (...). Por otro lado, de acuerdo a las leyes existentes, el único profesional facultado para determinar una internación es el médico” (Facultad de Medicina, UBA).

“**No hay multidisciplinas si no hay incumbencias. No hay orden, no hay equipo. Vamos a defender el respeto a las incumbencias con todo el peso de nuestra organización.**” (Asociación Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires - AMMCBA).

Como todo campo, el de la salud mental está determinado por la existencia de un capital común y por la lucha por su apropiación. “Entendido como una arena dentro de la cual tiene lugar un conflicto entre actores por el acceso a los recursos específicos que lo definen, el campo posee una estructura determinada por las relaciones que guardan entre sí los actores involucrados” (Chihu Amparán, s/f). Recuperando aportes de Bourdieu, siempre que se trate de relaciones humanas se ponen en juego relaciones de poder; para el campo de salud mental, y siguiendo los señalamientos de Stolkiner, “un discurso disciplinario y una competencia profesional son herramientas de poder; **aceptar su limitación reduce el mismo**” (Stolkiner, 2005, resaltado de la autora). El reconocimiento y legitimación de prácticas y profesiones intervinientes en el campo que estén más allá de las propias, que se piensen necesariamente de conjunto, es la toma de posicionamiento de otras entidades que intervinieron en los debates de Senadores:

“Nos parece importante al sentar posición que los **psicólogos no queremos en estas circunstancias tener una posición corporativa, queremos correr de la idea de que lo que está en juego es un debate de poderes entre psicólogos y médicos. Nuestro interés es defender la pertinencia del equipo inter o transdisciplinario.** (...) Existen **otras profesiones que están acercándose o que están trabajando desde hace tiempo en este campo, y requieren una legitimación.** (...) El tema de la internación está incluido entre nuestras **incumbencias de pleno derecho.** (...) Creemos que esta idea no sólo refleja una realidad superadora, sino que además define el tema de la SM como un tema interdisciplinario, pero también como un tema intersectorial, que va más allá del campo de la salud en tanto en la definición misma de SM intervienen otros factores que tienen que ver con las condiciones de vida.” (Federación de Psicólogos de la República Argentina - FEPPRA).

“Los psicólogos y todos los profesionales que integran la Facultad de Psicología de la UBA apoyamos la idea de integrar los grupos interdisciplinarios con **todas las profesiones y profesionales que se ocupan del abordaje de SM, sin distinciones de ningún tipo más que las provenientes del saber y de la idoneidad profesional, sin discriminaciones ni diferencias.**” (Facultad de Psicología UBA).

*“Esta ley es absolutamente necesaria e importante y es un paso que no hay que ubicar en la situación del profesionalismo de cada uno sino en la asistencia cotidiana del paciente. Debemos tener en cuenta al paciente como base de inicio de esta problemática.” (Asociación Argentina de Salud Mental - AASM).*

Vemos que tal como está planteado el debate que define la cuestión, los actores son aquellas entidades que representan al menos dos profesiones cruciales para el campo de la salud mental: la psicología y la medicina psiquiátrica. Desde la constitución misma del campo de Salud Mental en Argentina (que podemos ubicar en los años 50, teniendo como hito la fundación del Instituto Nacional de Salud Mental INSM en 1957), diferentes pujas –administrativas, disciplinares, y en todos los casos, *políticas*– prologan esta toma de posicionamiento.

Podríamos mencionar las luchas que ya en los 60 y 70 bregaban por cambios sustanciales en el campo de la asistencia de la Salud Mental y sus resistencias, la desarticulación fruto de la violencia inconmensurable cuando el golpe del 76, los antecedentes en el orden subnacional de experiencias novedosas pos descentralización de los 90, así como disposiciones y acuerdos internacionales que fueron moldeando –en sus idas y vueltas– un escenario de ofensiva en los planteos de avanzada en la terapéutica, como a las voces disidentes-defensivas de protección de ciertas pautas de la práctica de atención en salud mental. Voces que ponen al desnudo una visión corporativa de la práctica médica profesional, y que muestran la *salud del dogma*, usando las palabras de José Carlos Mariátegui. La adjetivamos como *palaciega* en tanto corporación que tiene como principal capital el status social, la fortaleza de un discurso de saber-verdad rastreado desde los inicios mismos de la clínica (Foucault, 2008).

Es notable asimismo cómo, si bien la ley hace fuerte hincapié en la interdisciplina, y habla de otras profesiones además de las dos mencionadas, los terapeutas ocupacionales prácticamente son convidados de piedra, y los trabajadores sociales y enfermeros ni siquiera fueron convocados al debate. Eso no es menor si se tiene en cuenta que la interdisciplina es central a la hora de pensar el desafío de desmanicomialización que se encara con la nueva ley: porque posibilita el diálogo entre conocimientos profesionales y no profesionales, saberes populares, de la propia comunidad, del mismo “sufriente”; porque posibilita la participación, la capacidad de la autorepresentación en el tratamiento de los padecimientos y sobre todo porque a partir de habilitar esa heterogeneidad de miradas y saberes es posible generar un contrapeso a las prácticas hegemónicas de la atención, que se sostienen sobre todo en el conocimiento científico profesional del psiquiatra, aunque también del psicólogo (Devallis y Arredondo, 2007), y en las llamadas “evidencias”, siempre y únicamente las cuantificables.

Por su parte, actores tan fundamentales como las organizaciones de usuarios y familiares de usuarios del sistema de salud mental participaron de los debates en la comisión del 1° de diciembre de 2009. La letra de la ley –esencialmente protectora– refleja sus fundamentales reclamos de necesario cuidado y amparo frente al ejercicio del poder psiquiátrico y respeto de los derechos humanos (del paciente y su familia), y con respecto a la *cuestión* tal cual la definimos más arriba, también hablan en primera persona, como protagonistas; pues la internación, el tratamiento y la forma de elaboración de los diagnósticos los pone en el lugar de hablar desde la propia experiencia para pensar cómo debe funcionar el sistema en esas cuestiones de primer orden. La **Red de usuarios, de familiares y voluntarios** intervino en el debate en Senadores. Como actores de la cuestión, las organizaciones dicen:

*“El médico es el protagonista de la salud, pero solo no puede, porque no logra darnos las respuestas que necesitamos. A fin de alcanzar un cambio real, es necesario que trabajemos juntos respetando el saber del otro, también el nuestro y el de nuestras familias”.*

La ley condensa gran parte de lo que han sido sus reclamos. Y habrá que estar atentos a las formas de monitoreo que su reglamentación habilite (3): cuáles serán los mecanismos, y qué lugar tendrán en ellos usuarios y familiares, para cuidar el respeto de sus artículos y disposiciones, así como también los recursos disponibles para las denuncias que sean pertinentes. La Ley en sí misma es parte del triunfo en su lucha; en su implementación habrá que atender a los problemas que surjan en la adaptación del sistema a nuevas reglas de funcionamiento. Por ejemplo, en lo que respecta a los períodos de internación que habilita (con un límite de 90 días), a la necesaria creación de hogares de día y otros dispositivos de atención ambulatoria que combaten la cronificación, al mejoramiento de las condiciones de vida en los hospicios, etc. Y por supuesto, a la progresiva y constante sustitución de la lógica manicomial existente en las instituciones y la práctica clínica.

El Ministerio de Salud como autoridad de aplicación de la Ley, y el Órgano de Revisión que ésta crea a los efectos de proteger los derechos humanos de las personas usuarias del servicio de salud mental deberán bregar por la activa participación de dichas asociaciones en la construcción colectiva de los problemas que persistan. Al respecto, es dable señalar que el **artículo 36** de la Ley reza: *La autoridad de aplicación, en coordinación con los Ministerios de Educación, Desarrollo Social y Empleo, Trabajo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en Salud Mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanis-*

*mos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familias de los servicios de salud mental. (...).*

El desafío mayor es cómo pensar (y efectivizar) la verdadera participación activa no declamatoria que de a poco pueda instar el empoderamiento de actores que hoy son no solo espectadores sino principalmente víctimas de las pujas corporativas entre entidades profesionales. Sabemos que un precedente fundamental ya figura en el borrador de reglamentación de la ley cuando, refiriéndose al ART 8 sobre los equipos interdisciplinarios de abordaje y las *otras disciplinas o campos pertinentes* pasibles de ser incluidos en los mismos, señala: “**los campos pertinentes incluyen a las personas usuarias de los servicios de salud mental, sus familiares y otros recursos existentes en la comunidad para el ejercicio efectivo de los derechos relativos a la vida en la comunidad**” (4).

El núcleo profundo ahí tiene que ver con la concepción psiquiátrica hegemónica del padecimiento mental, y que desde la Ley intenta desarticularse. El principal problema de la participación activa es pensar, justamente, que las decisiones sobre el tratamiento sean, de alguna manera, también *cosa de locos*. Con ese objetivo, lo primero a revertir es, sin dudas, la desvalorización de la *palabra del loco*, fruto del estigma que sobre él pesa (Amarante, 2006; Ceriani, Obiols, Stolkiner, 2010). Sobre ello, uno de los informes parciales del UBACYT dirigido por Stolkiner “Accesibilidad y dignidad en la atención en servicios de salud mental de la CABA y Conurbano bonaerense en el período 2002-2010: subjetividad, representaciones de derechos y sistemas de atención”, señala: “*El derecho a la salud mental de quienes han atravesado internaciones psiquiátricas, no consiste únicamente en la posibilidad de acceso a algunas prácticas de atención/cuidado, sino que debería constituirse como un proceso de subjetivación que deconstruya la objetivación resultante del paso por los dispositivos manicomiales. En este sentido, no puede pensarse el derecho a la salud mental sin la posibilidad de hablar en nombre propio*” (Stolkiner et. al., 2010) (Los resaltados son de mi autoría).

## De oportunidades para la superación

Diríamos con Foucault: la Ley es *poder soberano* que intenta poner cotos al *poder disciplinar* psiquiátrico. Eso, sin dudas, no lo pone a la retaguardia; el mismo Foucault ha montado un edificio teórico para demostrar que la jaula de hierro en que nos encierra la disciplina es prácticamente inquebrantable. Igualmente pensamos que algo es pasible de cambiar en el escenario en que nos movemos, y por eso hablamos de *oportunidad*. Por eso ensayamos nuevas ideas sobre, al me-

nos, dos aspectos: uno, la **concepción del sujeto** del campo de la salud mental; y otro, los aportes del análisis de políticas a pensar esas oportunidades, proponiendo la elaboración de lo que llamamos un **modelo de problema** (Moore, 1993). Los conocimientos acumulados en la materia, los cuadros formados en diferentes experiencias de reforma psiquiátrica, el compromiso militante forjado en sucesivas batallas y la necesaria incorporación de saberes técnicos, políticos y administrativos deben combinarse para actuar en el terreno de disputa abierto, porque se trata sin dudas de hendiduras que se abren para gradualmente comenzar a subvertir las prácticas en salud mental.

Sobre la necesaria **ampliación de una concepción del sujeto**: debemos pasar a la ofensiva desde otra noción de los actores. Sería poco astuto de nuestra parte pensar que los corporativismos puestos al desnudo terminarían por decreto; así y todo nos permitimos esta reflexión como convite a pensar hipótesis. Pues la distinción con fines analíticos entre usuarios/familiares y profesionales/trabajadores del sistema de salud es útil para abordar la trama actoral interviniente en la cuestión, pero de alguna manera “separa” sujetos que es necesario juntar. Es preciso entonces consolidar una perspectiva de *trabajadores del campo de la salud* que unifique bajo el concepto de *trabajador* (“clases subalternas” diríamos con Gramsci) a esos actores, haciendo posible la articulación de un proyecto político que unifique y no que divida potenciales luchas. Otra vez, no desconocemos la compartimentalización ni la fundada base de los divisionismos que habitan dicho campo, pero hipotetizamos, y proponemos. Incluso podemos ir más lejos, porque se trata justamente de debatir sobre proyectos políticos (y confiamos plenamente en la potencia de la *praxis política*): si los *presuntos “normales”* están incluidos en esta ley –protectora, y basada en una concepción preventivista de la salud-, y si el problema público de la locura trasciende el debate sobre el tratamiento y la atención, la posibilidad de pensar en una sociedad desmanicomializada obliga a ampliar el espectro de los que luchan. La desmanicomialización, y el cuidado y atención de la salud mental, su reconocimiento como derecho humano, debieran entonces ser parte del “programa” político, lo mismo que otras luchas a priori sectoriales (y podemos mencionar a título de ejemplo, la de despenalización del aborto, la de la estatización de servicios, la recuperación de recursos, la de protección del medioambiente, entre otras), que trascienda el campo mismo de la salud mental.

Desde una resignificación de los sujetos avanzamos también a una resignificación de la *participación actoral* –en clave de *praxis*– en la elaboración de las políticas y programas. Resignificación que permita hacer recomendaciones superadoras del vacío discurso de la participación que se construyó en los 90, y que pervi-

ve en los aparatos teóricos del universo del análisis de políticas públicas.

Durante la etapa neoliberal, la gestión por resultados y la descentralización estatal facilitaron de alguna manera cierto grado de participación de la ciudadanía en la gestión pública (Oszlak, 2009). Sobre todo en políticas sociales, las recomendaciones de organismos internacionales como el BID o el Banco Mundial hacían hincapié en la necesidad de incorporar a los “beneficiarios” en los planes y programas, incentivando con ello a la formación de ONG’s que pasaban a ser las entidades “administradoras” de las políticas. Con ello se habilitaba cierto discurso legitimador, en tanto “buenas por naturaleza”, esas organizaciones eran la contracara de partidos y gobiernos, asociados en ese momento a la corrupción, el secretismo, la profesionalización y elitización de la política (Thwaites Rey, 2004). Detrás de una gestión aparentemente participativa pregonada, se ocultaba una visión que desligaba a los actores de la política: “Tras esos postulados se [escondía] la pretensión de despolitizar demandas y protestas sociales, en el sentido de redireccionarlas del reclamo al Estado a la autoresponsabilización, moralmente plausible, por el destino propio (...) más allá del discurso de participación societal contrario al Estado y antipolítico, a veces más explícito y otras velado por la fraseología “políticamente correcta”, las prácticas concretas se [alejaban] bastante de los objetivos declamados” (Thwaites Rey, 2004: 34) Aunque forme parte del discurso de los 90, no hubo en esos años un papel preponderante de la participación en el proceso de políticas.

Hoy cabe preguntarse si la metamorfosis estatal, que resumimos en un recupero de las funciones públicas del Estado, del control sobre la agenda y sobre la asignación de recursos, y sobre todo una vuelta de la política en clave de *apertura*, posibilita pensar las políticas participativas más genuinamente. Remarcamos entonces la necesidad de reelaboración del concepto de participación en clave de *involucramiento activo* y en tanto disputa por la definición y ejecución de las políticas, retomando con ello la vinculación –normalmente invisibilizada– entre *participación y poder* (Bang, 2011).

Ahora bien, teniendo como trasfondo esas reflexiones sobre los actores, ¿Qué podemos aportar desde el análisis de políticas entonces? La propuesta es la **elaboración de un modelo de problemas** que ponga a interactuar a los sujetos, organizaciones y oficinas, teniendo como norte la elaboración de políticas participativas, que suponen disputas por el curso de acción que se adopte. Y exigen originalidad a la hora de pensar recursos metodológicos y novedosas opciones epistemológicas que traspasen lo ya conocido en el campo de las políticas *participativas*.

El *modelo de problemas* es una propuesta que Mark Moore elaboró para analizar el problema del consumo

de heroína en Estados Unidos en los años 70 y que, salvando las distancias, representa un buen ejercicio a la hora de pensar cómo organizar el abordaje del universo de políticas que puede desprenderse de la nueva Ley de Salud Mental.

El punto de partida para la elaboración de un modelo es la delimitación del *problema*, que no viene dado, que no es el mismo para los actores involucrados, actores que no tienen los mismos recursos y capitales para hacer preponderar su concepción del *problema*. Para delimitarlo, Moore aconseja un desglose de los *atributos* o *características* de ese *problema*. Sin pretender exhaustividad, los atributos del problema de la *atención* en salud mental con respecto a los usuarios del sistema podrían ser: la cronificación, la medicalización, la integración a la comunidad y el medio, la inserción en el mercado laboral, el respeto de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental en la internación, la relación del usuario con la familia, la cantidad de camas disponibles para pacientes psiquiátricos en Hospitales Generales, las definiciones sobre la internación y externación de pacientes, la atención de urgencias, por mencionar algunos. Atributos que abordan el problema de una manera determinada y no de otra. Porque si decimos que el objetivo de la ley es promover la salud mental –y no solamente tener en cuenta los aspectos de la atención en salud mental–, entonces los atributos serían muchos más. Los instrumentos de políticas que de allí derivan son distintos también; no es lo mismo pensar programas preventivos y de promoción de la salud mental que programas de atención para usuarios y pacientes que ya están en el sistema de salud mental, y que varían también en niveles de urgencia, dispositivos disponibles para el abordaje, disparidades en las “formas” del padecimiento, su situación socio-económica, la relación del sufriente con su familia, etc. Creemos que allí se aloja el nudo de la cuestión: se vuelve perentorio ubicar un punto de síntesis entre una perspectiva más bien clínica –elaborada desde la visión de las “profesiones” intervinientes (con sus saberes y prácticas), siempre tentada a la focalización sobre la particularidad de casos y la microscopía clínica, y una perspectiva de la política que –sin universalizar, homogeneizar y unificar (porque no es deseable y porque no es posible)– interpelada en su tarea de pensar respuestas incrementales, y de planificar estratégicamente, dar direccionalidad específica a un proceso inevitablemente largo y complejo.

Definir los *destinatarios* y las *instituciones implicadas* hace a la amplitud o estrechez del problema, y de cómo se lo define. Y son componentes centrales de un *modelo*. Ubicar las diferentes oficinas responsables, los ministerios y secretarías, los alcances de su potestad, y las tareas para posibilitar la coordinación y trabajo conjunto.

Ese modelo puede elaborarse desde una perspectiva técnica que separe el trabajo del analista y dise-

ñador de políticas con el campo de puesta en práctica de la política en cuestión. O puede pensarse en clave participativa, estableciendo un diálogo con los actores/protagonistas en la elaboración del modelo. Esta última es la opción que queremos defender. Opción que supone una relación técnica-conocimiento-política particular, que no totaliza la racionalidad técnica, e intenta ponerla en el juego de las tensiones y las rencillas de las diferentes racionalidades superpuestas que existen en todo problema complejo. No separar la técnica de la política es requisito fundamental; pues la técnica no podrá nunca pensarse desprendida de la elaboración de los objetivos que se traza una política.

Esa elaboración asimismo supone la construcción de una metodología original, que permita la utilización de propuestas complementarias, y una opción epistemológica que ponga en entredicho los conceptos consuetudinarios de “ciencia” y “saber científico” (y por ello, linealmente válido). Metodologías y una episteme que no desechen nada; pues el campo de la salud mental representa un universo complejo, que exige intervenciones en múltiples direcciones.

El modelo es una guía, una excusa ordenadora para intervenir. Permite concentrarse en las diferentes áreas para las que se puede elaborar política, atendiendo a los pequeños componentes que a veces pueden modificar el sentido de un curso de acción, pero sin perder de vista la forma en que se combina con otras esferas, para atender a la integralidad de la problemática planteada (Moore, 1993). Si su elaboración no permite hacer recomendaciones de políticas, pues entonces el problema estará mal planteado. Por último, el modelo permitiría captar los principales componentes del problema de la atención en salud mental a los que se podría dar respuesta con la intervención política; ello supone saber que podría haber una parte de los problemas para los que la intervención gubernamental no tenga *respuestas*. Y también debemos estar preparados para eso.

## Breve conclusión

Atendiendo a las características de la *cuestión* debatida en Senadores, la delimitación del *problema* del padecimiento mental y del campo de la Salud Mental posiciona a ciertos actores de manera determinada. Si la discusión está en las incumbencias y la elaboración de diagnóstico, de allí puede recortarse un nivel de abordaje. Nuestra invitación es a ampliar el espectro, para *ordenar* la esfera sobre la cuál es preciso intervenir. Nuestra idea es *ensanchar*, y por eso proponemos:

- Elaborar una concepción del sujeto del campo de la salud mental que complejice las compartimentalizaciones y ubique las disputas sin quedarse en el relato de los enfrentamientos corporativistas (y encima palaciegos). Asimismo, entender que la Ley es de pro-

tección del derecho a la salud mental, incluyendo a toda la población, no solo al usuario del sistema. En una sociedad manicomializada y medicalizada como la actual, ese no es un señalamiento menor. Y ayuda a juntar lo que, de otra manera, va por separado (5).

- Conformar un *modelo del problema* que, a partir de incluir diversos actores, construya el universo de *atributos* de la cuestión “salud mental”, obligando a pensar respuestas ajustadas a la complejidad a que nos enfrentamos. Ello sin olvidar algunas premisas fundamentales: la utilización de metodologías participativas que no reduzcan la participación a su idea meramente formal, y una propuesta epistemológica *de los del Sur* –en el sentido de los oprimidos, como lo dice Boaventura de Sousa Santos– que no desechen saberes “no científicos” y que esté dispuesta a la apertura de aportes que puedan hacerse desde diferentes lugares.

El momento político lo permite, la Ley debe ser un convite a eso. Habrá que asumir el desafío.

## Agradecimientos

Gracias a Alberto Giovanello Díaz y Verónica Almeida, por leer y corregir este artículo, y a mis compañeros y docentes de la Maestría en Psicopatología y Salud Mental de las Facultades de Medicina y Psicología UNR, por los debates e ideas aportadas.

## Notas finales

1. El artículo 16 de esta ley destaca la importancia del diagnóstico interdisciplinario y la responsabilidad que le cabe al psicólogo, tanto como al psiquiatra, cuando regula las condiciones en el caso de que haya disposición de internación. En ese sentido, quiero señalar que la profesión del psicólogo es regulada por el Estado, ya que desde 2004 la psicología ha sido incorporada a la nómina de profesiones de interés público, según el artículo 43 de la Ley 24.521 [Ley de Educación Superior].
2. Las versiones taquigráficas fueron consultadas en su versión digital. En todos los casos, se cita textual la transcripción de la Comisión, salvo mínimas correcciones a los fines de la redacción, casos en que aparecen entre corchetes. Vale aclarar también que citamos con el nombre de la entidad u asociación, y no de la persona particular que interviene en su nombre. En todos los casos, las palabras destacadas son de mi autoría.
3. El Decreto presidencial 603/2013 refiere a la reglamentación de la Ley 26.657 de Protección a la Salud Mental, tiene fecha del 28 de Mayo de 2013; es decir, es posterior a la redacción del presente artículo.
4. Es importante señalar que la reglamentación definitiva, Decreto presidencial 603/2013 del 28 de

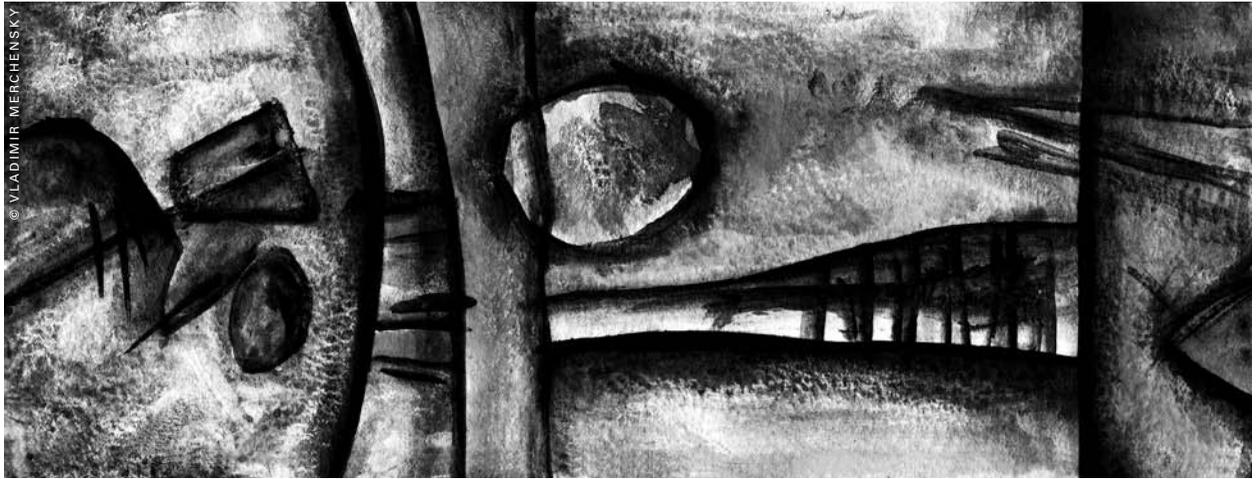
Mayo de 2013 reglamenta de forma distinta lo atinentemente a las disciplinas a ser tenidas en cuenta para los equipos interdisciplinarios, y no menciona a los denominados **campos pertinentes**. Dice: “Las disciplinas enumeradas en el artículo 8° de la Ley 26.657 no son taxativas”. Una diferencia de sentidos llamativa, y de la que se podrían extraer algunas conclusiones. No obstante, ello será motivo de futuros análisis.

5. “Sacar” al sujeto de *lo patológico* como punto de abordaje y ponerlo en el orden de *relaciones sociales* quizá conduzca –y esto a manera de guía para continuar lo dicho aquí– a la reelaboración no ya de una concepción del sujeto, sino del objeto mismo del campo de la salud mental.

## Referencias bibliográficas

- AAUV (1994). *El estudio de las políticas públicas*. México: Porrúa Grupo Editor.
- Amarante, P. (2006). *Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Bang, Cl. (2011). *Debates y controversias sobre el concepto de participación comunitaria en salud: una revisión histórica*. E-a Journal, Vol. 2 N° 3.
- Ceriani, L.; Obiols, J.; Stolkiner, A. (2010). Potencialidades y obstáculos en la construcción de un nuevo actor social: Las organizaciones de usuarios. Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVII Jornadas de Investigación. Sexto encuentro de Investigadores del Mercosur. Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología. UBA. Tomo IV.
- Chihu Amparán, A. (s/f). *La teoría de los campos en Pierre Bourdieu*. Recuperado de <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/polis/cont/1998/pr/pr8.pdf>.
- Devallis, M. y Arredondo, A. (2007). Equipos de Salud Mental: Interdisciplina y Transdisciplina. En *Subjetividades, clínicas, insurgencias. 30 años de Salud Mental*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Galende, E. y Kraut, A. (2006). *El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Moore, M. H. (1993). Anatomía del problema de la heroína: un ejercicio de definición de problemas. En Aguilar Villanueva, Luis *Problemas públicos y agenda de gobierno*. México: Porrúa Grupo Editor.
- Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1984). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Buenos Aires: INAP.
- Oszlak, O. (2009). Implementación participativa de políticas públicas: aportes a la construcción de un marco analítico. En Belmonte, A. et. al. *Construyendo confianza. Hacia un nuevo vínculo entre Estado y Sociedad Civil. Vol II*. CIPPEC y Subsecretaría para la Reforma Institucional y Fortalecimiento de la Democracia. Jefatura de Gabinete de Ministros. Presidencia de la Nación. Bs. As. 2009.
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. Conferencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental - I Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de Hoy. Posadas.
- Thwaites Rey, M. (2004). *La autonomía como búsqueda, el estado como contradicción*. Buenos Aires: Prometeo.
- **Fuentes secundarias consultadas**
- Versión Taquigráfica oficial de la Comisión de Salud y Deporte del Honorable Senado de la Nación. 24 de noviembre de 2009 [en línea: 12 de mayo 2012] Disponible en: <http://www.psicologos.org.ar/docs/VERSI%C3%93N%20TAQUIGR%C3%81FICA%20COMISIONES%2023%2011%202010.pdf>
- Versión Taquigráfica oficial de la Comisión de Salud y Deporte del Honorable Senado de la Nación. 1° de diciembre de 2009 [en línea: 12 de mayo 2012] Disponible en: <http://www.redsaludmental.org/docs/Plenario%20Comisi%C3%B3n%20Salud%20y%20Deporte%20por%20Ley%20de%20Salud%20Mental%2001-12-09.pdf>
- Versión Taquigráfica oficial de la Comisión de Salud y Deporte del Honorable Senado de la Nación. 19 de octubre de 2010 [en línea: 12 de mayo 2012] Disponible en: <http://www.redsaludmental.org/docs/Plenario%20Comisi%C3%B3n%20Salud%20y%20Deporte%20por%20Ley%20de%20Salud%20Mental%2019-10-2010.pdf>





# La dignidad humana y los padecimientos mentales: una relación en construcción<sup>1</sup>

---

**Ana Heller**

Médica psiquiatra en el Hospital General de Agudos Teodoro Álvarez, en el SAME y en el Programa AdoP-AdoPi, GCBA.

**Alejandra Petrella**

Jueza en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la CABA, Titular del Juzgado n°12.

**Adriana Vilarnovo**

Trabajadora social en Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental y en el Programa AdoP-AdoPi, GCBA.

---

## Resumen

---

La incorporación del enfoque de derechos en la Ley Nacional de Salud Mental, es una condición necesaria pero no suficiente para que las prácticas de los equipos interdisciplinarios de salud mental tiendan a garantizar la dignidad humana de las personas con padecimientos mentales.

En este trabajo nos proponemos analizar la hipótesis antedicha desde una óptica interdisciplinaria porque así lo establece la ley, y porque particularmente quien padece un trastorno mental severo, su familia y la comunidad, interactúan especialmente con los sistemas sanitario, social y judicial. Entendemos que la complejidad que caracteriza la problemática en salud mental enmarcada en los determinantes sociales de la salud, requiere de la articulación entre dichos sistemas (intersectorialidad).

Nos planteamos como objetivo general, establecer si la incorporación del enfoque de derechos en la Ley Nacional de Salud Mental es condición suficiente para que las prácticas de los equipos interdisciplinarios de salud mental tiendan a garantizar la dignidad humana de las personas con padecimientos mentales severos y como objetivos específicos: a) definir el concepto de dignidad humana articulándolo con los determinantes sociales de la salud mental, b) analizar –a partir de un caso concreto– el abordaje de los distintos operadores en salud mental desde la perspectiva del enfoque de derechos de la ley, c) caracterizar las relaciones que se establecen entre quienes padecen un trastorno mental severo, su familia y la comunidad con los sistemas sanitario, social y judicial y d) evaluar si las prácticas de los diversos sistemas intervinientes en el caso en análisis, así como de los profesionales de salud implican interdisciplinariedad.

Ello, así en tanto la interdisciplina no constituye solo un abordaje epistemológico sino también una toma de posición política frente a la problemática de la salud mental.

## Palabras clave

---

Salud mental - Abordaje interdisciplinario - Dignidad humana.

## Abstract

---

The inclusion of the approach of rights in the National Mental Health Law is a necessary but insufficient condition, for the interdisciplinary team to guarantee the human dignity of the mentally ill.

In this paper, we attempt to analyze the above hypothesis from an interdisciplinary practice because the law stipulates so, and because particularly those who have a severe mental disorder, their family and community, often interact with the health, judicial and social systems. We understand that the complexity that characterizes the mental health issue framed in the social determinants of health, requires the coordination between these systems (intersectorial).

Our overall objective is to establish whether the inclusion of rights in the National Mental Health Law is a sufficient condition for the practices of the mental health interdisciplinary teams tend to ensure the human dignity in people with severe mental illnesses and as specific objectives:

a) define the concept of human dignity articulating it with the social determinants of mental health, b) analyze-from a specific case-the approach of the various mental health actors from the perspective of statutory rights; c) characterize the relationship established between those who have a severe mental problem, their family and the community, with the health, social and judicial systems; d) evaluate whether the practices of the several systems involved in the case above mentioned, along with health professionals imply interdisciplinarity.

The interdisciplinarity should not constitute only an epistemological approach but also a political stance in front of the mental health issue.

## Key words

---

Mental health – Interdisciplinary approach - Human dignity.

## Introducción

---

El presente trabajo pretende formular un análisis –conforme el enfoque de derechos que surge del art.

7° de la Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26.657– vinculado a que la preservación de la salud mental implica una construcción social que debe enmarcarse en la concreción de los derechos humanos, y particularmente fundada en el principio de la dignidad humana.

Para ello, y conforme al objeto de la ley –asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas– se intentará enfocar el tema desde una perspectiva médico-jurídica y social, como la planteada por la Ley Nacional de Salud Mental abordando el concepto de dignidad humana como base de todo derecho. Cabe señalar, además, que el concepto de dignidad humana recorre de manera horizontal todos los derechos que la nueva ley reconoce, especialmente los previstos en los arts. 1°, 2° y 3°.

Se tomarán también como ejes para la evaluación, las modalidades de trabajo interdisciplinario e intersectorial.

## Marco teórico

---

### Concepto de Dignidad Humana

---

La dignidad humana, tomada como soporte del derecho internacional de los derechos humanos, imprime una inequívoca preferencia por la protección de las personas en situación de marginalidad, vulnerabilidad, desventaja, exclusión, pobreza, entre otras expresiones, como la de minorías, siempre insuficientes, desde que –como lo ha dicho la Comisión Interamericana de Derechos Humanos– la extrema pobreza y la exclusión constituyen una violación de la dignidad humana (Gialdino, 2000).

### Enfoque filosófico

El concepto de dignidad humana ha conocido varias fases en su formulación histórica. Durante la época pre-moderna, dicho valor derivaba del parentesco del hombre con Dios y hacía del primero un ser excelente por ser creado a la imagen divina. El concepto de dignidad era así un concepto religioso.

En la época moderna, el concepto de dignidad fue reformulado: la dignidad del hombre derivaba de su naturaleza humana pero dicha naturaleza se desvinculaba progresivamente de cualquier origen divino. Persiste aquí la singularidad de la especie humana en relación con los demás animales, pero a esta reformulación parcial del concepto se ha añadido una más profunda: el hombre es un fin en sí mismo y debe ser tratado como tal y no meramente como un medio. Esta nueva formulación de la dignidad se plasmará en el ámbito jurídico con la aparición de los derechos humanos. A partir de allí, la dignidad humana no solo tendrá un alcance vertical (la superioridad de los seres humanos sobre los animales) sino también horizontal (la igualdad de los seres humanos entre sí

sea cual fuere el rango que cada uno pueda desempeñar en la sociedad).

El concepto moderno de dignidad humana no niega la existencia de desigualdades entre los individuos. Lo que sí niega es que esas desigualdades naturales y sociales sean la justificación de un tratamiento desigual por parte de las instituciones o de un trato degradante entre los individuos. Cada uno merece un respeto debido por el mero hecho de ser humano. Tal afirmación recuerda la base de la definición moderna de la dignidad que aparece en Kant: *“la humanidad misma es dignidad: porque el hombre no puede ser utilizado únicamente como medio por ningún hombre (ni por otros, ni siquiera por sí mismo), sino siempre a la vez como fin, y en esto consiste precisamente su dignidad (la personalidad) en virtud de la cual se eleva sobre todas las cosas (...)”* (Kant, 1989: 335).

Este concepto de la dignidad humana desde una visión filosófica será el que recorra el articulado propuesto por la nueva ley de salud mental y que se vincula al tratamiento de los padecimientos mentales a partir de un nuevo paradigma.

Así, de la dignidad de la persona como valor central, emanan la justicia, la vida, la libertad, la igualdad, la seguridad y la solidaridad, que son dimensiones básicas de la persona, que en cuanto tales se convierten en valores y determinan la existencia y legitimidad de todos los derechos reconocidos por nuestra Constitución. Por otra parte, esos valores están indisolublemente unidos por su raíz y fundamento: el valor de la dignidad de la persona humana.

## Enfoque jurídico

Para abordar la temática y vinculación entre el derecho a la salud mental y la dignidad humana deben formularse las siguientes consideraciones:

- A. Entender la salud mental como un derecho fundamental enmarcado en el plexo de los derechos sociales, entre los cuales hay complementación y acumulación. Adoptar una posición al respecto resulta imprescindible por cuanto implica sostener la decisión política de cada Estado de intervenir activa y sustantivamente para asegurar a toda la población no solo la promoción y protección de la salud, sino también, el derecho a la atención de la enfermedad en forma igualitaria en cantidad y calidad.
- B. Entender que la falta de asistencia a los padecimientos mentales constituye una violación a la dignidad humana. Jurídicamente el derecho a la salud es un derecho positivo y por ende, debe protegerse a una minoría vulnerable. En realidad, hablar de vulnerabilidad es referirse a la susceptibilidad, particularmente entre los pobres ya que el padecimiento mental constituye un mal que afecta aun más a las personas sin recursos, aquellos que no tienen capacidad para defender sus derechos por sí y care-

cen de la cobertura que les otorga una obra social o una empresa de medicina prepaga.

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

## Plexo normativo (2)

Todo el orden positivo del derecho internacional de los derechos humanos encuentra su soporte en la dignidad humana, valor intrínseco del ser humano. De ella se derivan el resto de los derechos de toda persona (3).

La Protección Internacional de los Derechos Humanos viene experimentado una considerable expansión en las últimas décadas. En las normas de Derecho Internacional reguladoras de los Derechos Humanos es frecuente la referencia a la dignidad de la persona humana.

Todos los instrumentos internacionales se consideran parte integrante de la Ley de Salud Mental que los incorpora en su art. 2°.

## Ley Nacional de Salud Mental. Ley 26.657 (4)

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

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

La ley se integra con los “Principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental” (5) consagrando dos pilares fundamentales como derechos que hacen a la dignidad humana: el de desmanicomialización y el de desjudicialización. Propender a la concreción de tales derechos debe ser el camino a emprender.

## Condicionantes de la Salud Mental

Los procesos de salud enfermedad están directamente relacionados con los contextos histórico-sociales y culturales. Esto requiere sostener una visión integral de la salud y superar aquellas perspectivas que se restringen al estudio de las enfermedades.

Actualmente varios documentos de la oms hacen referencia a esta relación existente entre contextos sociales y los modos de enfermar, haciendo énfasis en la importancia de poder trabajar e invertir en los determinantes sociales de la salud y la salud mental.

Proponemos pensar en clave de condicionantes y no de determinantes sociales, porque esto implicaría una imposibilidad de poder modificar dichas situaciones.

Son condicionantes de la salud y la salud mental de una población, la pobreza, las distintas expresiones de las injusticias, las desigualdades sociales, los cambios sociales abruptos, la falta de acceso a una adecuada educación, a los servicios de salud, al trabajo, a una vivienda digna, las situaciones de violencia y de vulnerabilidad social, etc.

Asumiendo además que los procesos de salud/enfermedad constituyen cuestionamientos potenciales tanto de las instituciones médicas como de la sociedad en la cual operan dichas instituciones, y en las cuales se desarrollan y se sufren las enfermedades generadas por las condiciones de vida imperantes. Desde esta perspectiva la salud/enfermedad aparece como un proceso político que el modelo médico tiende constantemente a enmascarar. Por tal motivo nos parece importante introducir aquí las características del Modelo Médico Hegemónico propuesto por Eduardo Menéndez (2005) como categoría de análisis y cuyos rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.

Dichas características darán cuenta de un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un ambiente “natural”, donde los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o los conjuntos son considerados siempre como “pacientes” o conglomerados humanos.

La práctica médica que surge de este modelo es una práctica reparativa, que reduce su nivel de análisis al individuo o a lo sumo a la suma de individuos, y que no puede referir radicalmente sus políticas de salud a los factores económicos-políticos e ideológicos determinantes de la enfermedad, pues ello supondría de hecho afectar al proceso dominante. Al radicar su mi-

rada en una aparente especificidad, la de la enfermedad “en sí”, que de hecho elimina la red de relaciones sociales, productivas e ideológicas que afectan la salud global de las personas, genera una práctica que termina siendo asistencial, a demanda y curativa.

En el ámbito más amplio de la salud pública se manifiesta la presencia de dos paradigmas relevantes, uno, individual-restrictivo con eje en la clínica y el otro, social-expansivo cuyo eje es la epidemiología.

El modelo clínico (en el que se basa el Modelo Médico Hegemónico) se ocupará del hombre aislado de su contexto vital, sin tomar en cuenta su ecosistema e intentará explicar la enfermedad sobre la base del marco teórico biológico. A diferencia de éste, el modelo salubrista busca explicar los fenómenos emergentes del proceso salud-enfermedad partiendo de que el ser humano es inseparable de sus circunstancias socioeconómicas, psicosociales y culturales. Desde este paradigma, se define la salud como: la situación de relativo bienestar físico, psíquico, espiritual, social y ambiental (el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada), debiéndose tener en cuenta que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas y sus ambientes, comprendiendo que todos estos componentes integran a su vez el complejo sistema de la trama de la vida.

## Calidad de vida y dignidad humana

Cuando hablamos de calidad de vida nos estamos refiriendo a “*el resultado de la compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las razones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad. Los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida*” (García Viniégras, 2008: 19). Esta definición vincula lo micro y macro social con lo individual subjetivo. Nos permite visualizar cómo los factores objetivos determinados por la forma de organización de cada sociedad, impactan en la subjetividad condicionando los procesos de salud-enfermedad, constituyéndose como condicionantes sociales de la salud.

Podemos afirmar entonces que la calidad de vida es la evaluación que realiza quien padece (en base a sus vivencias y experiencias subjetivas), de cómo esos síntomas inciden sobre su vida, sobre las repercusiones que tienen en sus relaciones sociales, es decir, “*el nivel de bienestar y satisfacción vital de la persona, en cuanto afectada por su enfermedad, tratamientos, efectos*” (García Viniégras, 2008: 40).

## Problemáticas sociales complejas

Hablar de problemáticas sociales complejas implica reconocer la imposibilidad de intervenir para ho-

mogeneizar poblaciones y reconocer en los problemas sociales tanto los aspectos objetivos como subjetivos.

Las problemáticas sociales complejas nos muestran la tensión existente entre necesidades y derechos, nos interpelan desde los derechos sociales y civiles no cumplidos, son transversales y abarcan dificultades que se expresan en forma singular en los sujetos con padecimiento mental. No logran ser abordadas desde las instituciones tradicionales, requiriendo de intervenciones intersectoriales e interdisciplinarias. *“En definitiva, el derecho a la inclusión, a la identidad, a formar parte de la comunidad y de la cultura implica nuevas complejidades”* (Carballeda, 2008: 18) que requieren ser abordadas integralmente desde el campo de la salud mental.

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

La presencia de actores de distintas disciplinas no garantiza que lo interdisciplinario se ponga en marcha ya que no se trata de la sumatoria de saberes, tampoco se trata de la complementariedad donde una disciplina vendría a completar el punto de vacío de saber en que, más tarde o más temprano, nos deja la propia. Ambas lecturas de la interdisciplina aspiran a abarcar la *“totalidad del problema”* como si éste pudiera recorarse y definirse bajo límites precisos, cuando su modalidad de presentación es más bien como demandas complejas y difusas que darán lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas en cuerpos conceptuales diversos.

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

La articulación disciplinaria se basa en los vínculos entre diversas especialidades materializados en encuentros a través de los miembros del equipo de trabajo que aportan prácticas convergentes. Dicho equipo de trabajo debe contar con actitudes cooperativas en el grupo donde prevalezca la flexibilidad, donde la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se definan en relación al problema y no al

peso o tradición de cada profesión. Las relaciones entre disciplinas no deben ser casuales, sino provocadas con intencionalidad sin ser fortuitas, requiere de espacios programados para el intercambio, la discusión, la reflexión entre diversos profesionales; hace necesario que los integrantes del equipo dispongan de tiempos para estos espacios, y tengan el compromiso para sostenerlos. En este sentido, la cooperación no debe ser ocasional, sino recurrente, con continuidad para lograr cohesión del equipo. La reciprocidad está dada por la interacción entre las disciplinas y es la que lleva al intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas, resultados.

## Contextualización de la experiencia.

### Relato del caso

En el mes de julio de 2011, una médica psiquiatra que se encontraba realizando guardia en el SAME psiquiátrico debe dar cumplimiento a una manda judicial notificada mediante oficio, en el marco de la causa n°xxxxx caratulada *“N.N. s/pedido de protección de menor”* en la que se ordenaba que el niño (a quien llamaremos S.) de un año y medio de edad, fuera trasladado desde su domicilio al Hospital de Niños juntamente con un acompañante terapéutico dispuesto por el juzgado interviniente, solicitándose asimismo que el citado profesional evalúe a la madre del menor (a quien llamaremos M.), con apoyo de personal policial de la comisaría de la zona.

En la diligencia intervienen distintos operadores, a saber: Defensoría Zonal de Niños, Niñas y Adolescentes, ambulancia de traslado de SAME, ambulancia psiquiátrica de SAME y personal de comisaría correspondiente. Se decide el encuentro de todos los actores intervinientes en la Comisaría para desde allí dirigirse al domicilio. A tal fin se constituyen tres profesionales de la Defensoría, chofer y médico de la ambulancia que efectuaría el traslado del menor al Hospital de Niños y acompañante terapéutico, chofer y médica psiquiatra del SAME psiquiátrico y seis policías de la comisaría zonal, un total de catorce personas; todos de distintas disciplinas y a fin de cumplir una orden judicial.

El operativo es dirigido por el personal de la Defensoría, por lo que al llegar a la comisaría y en vista del despliegue de profesionales intervinientes, la médica psiquiatra solicita información del caso para saber desde que lugar ha sido convocada a intervenir, siendo informada por una de las profesionales de la Defensoría que el objeto del procedimiento era separar al niño de la madre ya que éste se encontraba en riesgo, que previamente en dos oportunidades se había solicitado a la madre que lo llevara a la guardería y no había cumplido, que los vecinos han denunciado que el niño quedaba solo en la casa mientras la madre salía a trabajar. **Ante la pregunta de si se había realizado un examen**

**psiquiátrico previo que determinara que la madre no estaba en condiciones de hacerse cargo del niño, responden que no era necesario porque sabían que la madre era consumidora de paco y no se hacía cargo del menor; manifestando cierta molestia ante las preguntas de la citada profesional refiriendo que lo más importante era salvaguardar al menor.**

Al llegar al domicilio y frente a la no respuesta inicial, el personal de la Defensoría sugiere tirar la puerta abajo, la psiquiatra solicita esperar y la vez pregunta si además de los derechos del niño, no se tienen en cuenta los derechos de la madre a ser previamente evaluada e informada de la determinación judicial, ante lo cual, personal de la Defensoría le increpa si intentaba obstaculizar desde un inicio el accionar de la justicia y si ella se haría responsable si algo le ocurría al niño.

Luego de unos minutos, abre la puerta un joven que dice ser amigo de M. y que la misma no está, por lo que personal de la Defensoría –acompañado de varios policías– ingresa al domicilio y retira al niño del dormitorio, refiriendo que era mejor hacerlo en ese momento que la madre estaba ausente.

S. es trasladado al Hospital de Niños en la ambulancia del SAME junto al acompañante terapéutico, siendo retirado del domicilio sin dejar ninguna notificación formal que informe a la madre, a su regreso, dónde lo podría localizar.

En el domicilio se encontraba también la abuela de S. que había salido de alta de internación del Hospital Pirovano hacía una semana, por haber presentado un accidente cerebro vascular que le había dejado como secuela una hemiplejía y dificultades en el habla, por lo que, postrada en una cama, miraba con consternación lo que sucedía sin poder intervenir.

La psiquiatra decide –a título personal– explicar a la abuela la situación y le deja escrito –de manera informal– los datos del expediente y juzgado interviniente para que M. pudiera ponerse en contacto a su regreso. Igualmente se decide esperar en el lugar la llegada de M. por un tiempo prudencial. Media hora más tarde se hace presente M. en un estado de ansiedad preguntando por su hijo, a lo cual la psiquiatra le informa de lo acontecido y una profesional de la Defensoría le dice que se lo habían advertido si ella no cumplía con lo pautado, a lo cual se retiran, quedando en el lugar cuatro policías, la psiquiatra y el chofer de la ambulancia.

Se realiza contención verbal de M. y posterior evaluación, ella refiere consumir paco y estar dispuesta a realizar tratamiento, pero a su vez se niega a ser internada en el momento porque le preocupa que durante su ausencia le usurpen la casa y además debe ocuparse de resolver donde quedará su madre que no es auto válida.

Dado que la situación de M. no presentaba riesgo cierto e inminente, se respeta su decisión de posponer el tratamiento hasta resolver cuestiones que para ella eran más urgentes y la angustiaban y asimismo se le brinda

toda la información del juzgado interviniente así como de lugares donde realizar tratamiento por su adicción.

Es dable señalar que el caso en análisis comienza con una causa judicial iniciada con motivo de una denuncia de los vecinos ante una Defensoría Zonal a fin de solicitar acciones tendientes a reguardar la integridad del menor. En ese marco, y con fundamento en el art. 36 de la Ley 114 (6), el Juzgado dicta una medida de protección especial de derechos tendiente a la recuperación del goce de los derechos presuntamente vulnerados del niño y la reparación de sus consecuencias. Este tipo de medidas resulta excepcional, así como la actuación de la Justicia, quien actúa, en la especie, a pedido de la Defensoría que depende del Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (7) –organismo especializado que tiene a su cargo las funciones relativas a la promoción y protección integral de los derechos de los niños– y debe dictarse cuando no existan alternativas más idóneas.

## **Análisis del Caso**

Nos preguntamos si es esta una intervención en el campo de la salud desde la perspectiva que otorga la nueva ley de salud mental o si –en definitiva– aun con la intervención de múltiples sectores y disciplinas no es más que una articulación médico jurídica que como un continuo disciplinar interviene en el ejercicio del control social.

Cuestionamos lo que a simple vista podría ser entendido como una intervención intersectorial, interdisciplinaria, social, comunitaria y preventiva con un enfoque de derechos en la que intervienen diversos sectores, justicia, salud y seguridad.

También intervienen actores que provienen de diversas disciplinas: trabajador social, abogado, psicóloga, médicos, acompañante terapéutico, choferes de ambulancia y personal policial por lo que esta podría llamarse una intervención interdisciplinaria.

En definitiva, se interviene desde lo social, aduciendo un trabajo previo donde se habló con la madre para que llevara a su hijo a la guardería; en la comunidad ya que la intervención se realiza en el domicilio y eventualmente previniendo un mal mayor para el menor desde un enfoque que contempla los derechos del niño.

Sin embargo, un análisis en profundidad nos da cuenta, en cambio, que el caso fue abordado desde una perspectiva individual restrictiva, asistencial a demanda y curativa tal como se implementa desde el Modelo Médico Hegemónico, ya que ante una problemática compleja como la presentada la resolución que se piensa, ante reiteradas quejas de los vecinos, es la exclusión del hogar del menor, sin tener en cuenta a la madre y a la abuela quienes también encuentran afectadas su salud psíquica y física, así mismo se actúa punitivamente sobre la madre, mostrándole el castigo del Estado por no cumplir adecuadamente con sus deberes.

Vemos en la viñeta como a pesar de la vigencia de la ley, la internación continua siendo visualizada por la comunidad y por los operadores de salud mental como la principal y única estrategia de intervención posible. Durante la entrevista la mamá manifiesta su voluntad e imposibilidad de realizar tratamiento (internarse) por la situación socio-familiar en la que se encuentra y los operadores intervinientes tampoco logran ofrecerle otra estrategia de intervención alternativa para su tratamiento.

La unidireccionalidad desde la cual fue pensada esta intervención (retirar al menor del domicilio) no permite a los operadores de salud mental generar estrategias alternativas a la internación y visualizar ese contacto con M. como una oportunidad para comenzar a trabajar con ella sobre su consumo problemático de sustancias, sobre sus dificultades en la accesibilidad al sistema público de salud y sobre el armado de una red de dispositivos de contención social que habiliten sus posibilidades de iniciar un tratamiento ambulatorio o dar lugar a una futura internación en caso de ser necesaria, como lo indica el art. 7 de la Ley de Salud Mental.

## A. Interdisciplina

---

Nos parece importante resaltar la falta de equipo interdisciplinario de salud mental en la ambulancia de SAME psiquiátrico y el impacto de ello en las intervenciones. Creemos que esta situación restringió la posibilidad de armar una estrategia de intervención más integral, que no solo se centrara en la evaluación individual de M., sino que pudiera realizar una evaluación integral familiar. Si bien la ley establece en su art. 8 que *“debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario”* está transformación aún no se ha llevado a cabo en dicho dispositivo de atención.

Es importante entonces rescatar la vinculación entre evaluación e informe psicobiológico y el concepto de calidad de vida. Si tomamos el mejoramiento de la calidad de vida de quienes se encuentran atravesando un padecimiento mental como elemento fundante de nuestras prácticas en salud mental, veremos que la intervención del equipo de salud mental ya no puede centrarse solamente en la enfermedad, en el manejo de los síntomas, y que debe necesariamente incorporar una multiplicidad de miradas que en forma articulada puedan dar lugar a la consideración de los factores psicológicos y sociales, condicionantes de la salud mental.

Cuando la comunidad (vecinos) interpela a la Justicia, la misma interviene en nombre de los derechos del niño y con un objetivo punitivo hacia la madre, ordena la exclusión del hogar del menor para lo cual apela a los sistemas de salud y seguridad. Se podría ver aquí un enfoque autoritario de la intersectorialidad, no tanto como red sino como una cadena de mandos. Por ende, la presencia en el lugar de diversos actores de distintas disciplinas no da cuenta de una intervención interdiscipli-

naria más bien lo que se evidencia aquí es el modelo de Falsa Interdisciplina donde lo que prima es un modelo autoritario piramidal, donde en la punta se encuentra el decisor y por debajo, los opinadores, los administradores de la decisión y en la base, los que obedecen la decisión.

Cabe señalar que en el caso no solo se vulneró el hecho el derecho del menor –toda vez que no se utilizaron alternativas previstas por la propia Ley 114 tendientes a preservar el vínculo del menor con su madre o con personas de su entorno– sino que también, se violaron de manera flagrante los derechos de la madre a quien se condenó por ser consumidora de paco.

Así, la colisión entre derechos y la falta de sistematización de los dispositivos legales existentes (ya que debieron interpretarse armónicamente la Ley 114 y la Ley de Salud Mental) abrevaron en la vulneración de los derechos de la madre y el hijo. Ello implica que –aun en la multidisciplina– si no se ponen en marcha dispositivos que permitan realizar una contención social a las problemáticas existentes, no va a poder implementarse ningún cambio. En este caso existen dos leyes de protección de derechos que al ser erróneamente utilizadas, culminaron violando derechos.

Por otra parte la multidisciplina implica varias miradas sobre la misma situación pero desintegradas y desarticuladas entre sí, a diferencia de lo que implica pensar estas problemáticas sociales complejas desde un abordaje interdisciplinario como ya se definió en el marco teórico. Vemos también en el caso expuesto, que en la práctica de los operadores no se evidencia un saber superador del modelo médico hegemónico restrictivo a un modelo ampliado que incorpore el enfoque de derechos.

## B. Intersectorialidad: el complejo tutelar

---

El incremento de las prácticas pedagógico-educativas (en reemplazo del control sobre los cuerpos) ha sido el elemento en torno al cual se han articulado esas tres instancias, de servicio social, psiquiátrica y judicial. Esta alianza ha permitido y expandido las actividades correctivas fuera del campo cerrado de las instituciones (penal o del hospital psiquiátrico) y reposicionado a la psiquiatría y asistencia social con relación a lo judicial. En nombre de la prevención y el riesgo se ponen en marcha una serie de dispositivos de vigilancia y control social. Este encadenamiento de intervenciones, unas a partir de otras, las hace a todas proceder originalmente de una misma definición judicial.

Cada época define su sistema de trasgresión y a partir de ello construye su complejo tutelar, del cual surgen modelos, categorías de análisis y formas de explicación que le dan un enfoque a las Instituciones y a las prácticas que se desarrollan en ellas.

*“En el origen de la intervención siempre hay una denuncia, es decir, la notificación al juez de menores de la*

existencia de una situación crítica en tal o tal familia por instancias que pueden ser públicas o privadas. En esta categoría de familias, las denuncias provienen la mitad de las veces de otros servicios sociales.” (Donzelot, s/f : 29).

La asignación del origen de los trastornos a la familia y las sospechas sobre ella en relación a ¿Quién vigila al niño en la casa? ¿Cuál es el tipo de vigilancia? ¿Va el niño a la escuela?, así como otras tantas observaciones que los servicios sociales tratan de manera extremadamente detallada, junto con los antecedentes patológicos de los padres. ¿Cuál es el estado moral de los padres? ¿Cuál es el estado de salud del padre y de la madre? son utilizados como fundamento de la intervención y el control social. La familia se convierte así en el verdadero origen de la enfermedad y el médico psiquiatra es el único en poder discriminar en esta patología.

“La gestión tutelar de las familias consiste en reducir su horizonte a la reproducción bajo vigilancia y en retirarles automáticamente los menores «socializables». Con este fin, el psiquiatra-psicoanalista controla el ejercicio del trabajo social; no interviene directamente, puesto que la demanda de las familias está monopolizada por las preocupaciones materiales, y también porque la tutela implica una parte de coerción directa.” (Donzelot s/f: 36).

## Conclusiones y recomendaciones

I. A modo de conclusión podemos afirmar que la ley de salud mental es un gran avance, pero que por sí sola no resulta suficiente para que las prácticas de los equipos interdisciplinarios de salud mental tiendan a garantizar la dignidad humana de las personas con padecimientos mentales.

Creemos que la conformación de equipos multidisciplinarios es un avance necesario, pero que dicha medida de por sí, no garantiza la ruptura y superación de prácticas autoritarias, verticalistas, individualistas y descontextualizadas de las situaciones económicas, sociales y culturales de las personas con padecimiento mental y sus familias. La interdisciplina y la intersectorialidad son herramientas imprescindibles para la puesta en marcha de un cambio real y profundo.

Asumir la responsabilidad de favorecer en cada una de nuestras intervenciones la accesibilidad al sistema público de salud de la población más vulnerable, es un principio que debemos incorporar a nuestras prácticas, así como el pensar las situaciones que abordamos desde una mirada integral para poder implementar estrategias de trabajo alternativas a la internación.

Evaluamos también que aún no se han armonizado el resto de las normativas vinculadas a la salud mental –tales como las leyes de salud en general, las que prevén problemáticas sociales, las que abordan temas de discapacidad o niñez, por caso– a fin de que la articulación de los distintos objetivos previstos pueda ponerse en marcha, y tampoco se han previsto dispositivos de conten-

ción social que permitan paliar la vulnerabilidad de las personas cuando su dignidad resulta violada.

Sostenemos entonces que esta asistematización implica una violación al derecho a la dignidad, por cuanto hoy el Estado no da respuestas integrales a los sujetos con padecimientos mentales. Tanto la Constitución Nacional, cuanto los Tratados Internacionales establecen que los Estados deben hacerse cargo de la salud mental de sus poblaciones, y la oms/ops ha recomendado a sus países miembros tomar medidas activas en tal sentido. El rol del estado debe ser entonces el de “reconocer”, “comprometerse” y “tomar medidas”, pero ello no sucede.

II. Desde nuestra mirada, insistir en la capacitación interdisciplinaria de los operadores en materia de salud mental constituye una prioridad. En tanto no logremos una mayor democratización de los espacios profesionales, difícilmente podremos alcanzar una plena participación de otros importantes actores como son, las redes de usuarios y familiares y la comunidad en su conjunto.

Evaluar la relación que existe actualmente entre las leyes vigentes que tratan temas de salud mental en particular y correlacionarlas con las que tratan temas de salud en general, violencia familiar, menores, vivienda, etc. ya que la aplicación aislada de cada una de ellas puede conducir a la violación de la dignidad humana. Es imperante interactuar con los operadores judiciales y coordinar las intervenciones para evitar que se den situaciones como la del caso descripto.

Trabajar en protocolos de actuación que unifiquen la labor interdisciplinaria de todos los actores que prevé la ley, generando así un marco básico de acuerdos que nos permita superar las posiciones/criterios netamente individuales.

Profundizar el conocimiento y difusión de la ley por parte de los usuarios y de la comunidad en general, a través, por ejemplo, de campañas masivas de concientización (algo así como aprender a mirar la locura en términos de una enfermedad más).

Para terminar, adherimos a lo sostenido por el Dr. Ramón Carrillo en cuanto a que: “*Los problemas de la Medicina como rama del Estado, no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Del mismo modo que no puede haber una política social sin una economía organizada en beneficio de la mayoría.*” (Carrillo, 1951).

## Notas finales

1. Este artículo es una versión modificada de un trabajo que fue realizado como Trabajo Final de Integración del Programa de Actualización en Determinantes de la Salud Mental en el campo de las Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

2. En detalle, el plexo normativo de la salud mental –con fundamento en la dignidad humana– se integra:
  - 2.1. Todo el orden positivo de los derechos humanos encuentra fundamento en el principio de la dignidad humana (valor intrínseco del ser humano), previsto por el art. 33 de la Constitución Nacional (CN)
  - 2.2. Art 75 inc.22 incorpora diez tratados internacionales con rango constitucional.
  - 2.3. Art. 14 CN
  - 2.4. Art. 28 CN
  - 2.5. Art. 20 de la CCABA (derecho a la salud)
  - 2.6. Art. 21 inc.12: las políticas de salud mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en los establecimientos estatales. No tienen como fin el control social y erradican el castigo. Propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y protección social.
  - 2.7. Arts. 23 y 42.
  - 2.8. Art. 10 de la CCABA en tanto estos derechos no pueden ser negados ni limitados por la omisión o insuficiencia de su reglamentación y ésta no puede cercenarlos.
  - 2.9. Art. 73 inc.23 CN. en tanto establece igualdad de oportunidades y trato
  - 2.10. Ley 153 (Básica de Salud, Año 1999): art. 48 anuncia la redacción de una ley específica de salud mental que la complementa.
  - 2.11. Ley 447 (Ley marco de políticas para plena participación e integración de personas con necesidades especiales) establece un régimen básico e integral para la prevención, rehabilitación, equiparación de posibilidades y oportunidades, participación e integración social plena de las personas con necesidades especiales, que son aquellas que padecen alteraciones –totales o parciales– y/o limitaciones funcionales –permanentes o transitorias– físicas, mentales, o sensoriales, que, en relación a su edad y medio social, impliquen desventajas considerables en su desarrollo.
  - 2.12. Ley 448 (de Salud Mental, año 2000): garantiza el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la ciudad y consta de dos títulos:
  - 2.13. Ley 114 (protección integral de los derechos de los niños)
  - 2.14. Ley Nacional 25.657.
  - 2.15. Naciones Unidas:
    - Principios para la protección de enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental (A/Res. 46/119 del 17-12-91), contiene 25 principios
    - Establece dos instrumentos internacionales para promover el respeto y la vigilancia del cumplimiento de los derechos humanos de las personas con discapacidad: El pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) que, junto con la Declaración Universal de Derechos Humanos, integran la Carta Internacional de Derechos Humanos.
      - Convención americana de los derechos y deberes del hombre (art.11).
      - Declaración universal de los derechos humanos (art. 25.1).
      - Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (art.12 inc. 1 y 2). Arts. 12 y 13.
      - Declaración de Luxor (Declaración sobre los derechos humanos de los enfermos mentales, aprobada el 17-01-89 en el Congreso del Nilo, Egipto).
      - Declaración de Caracas (1990).
      - Principios para la protección de los enfermos mentales para el mejoramiento de la atención de la salud mental (Asamblea General de la ONU, 1991). PPEM
      - Declaración de Viena (Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 1993).
      - Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (Ley 25.280 de Julio/2000).
      - Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental (CIDH, 1991). Ley 26.378 mediante la que se aprueba la Convención sobre las personas con discapacidad. Entre sus principios destaca “la importancia de incorporar las cuestiones relativas a la discapacidad como parte integrante de las estrategias pertinentes de desarrollo sostenible”.
3. Así lo establecen en Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el de Derechos Económicos Sociales y Culturales en sus Preámbulos.
4. Es dable advertir al lector que al momento de la formulación del presente texto aún no había sido promulgado el decreto 630/13 reglamentario de la Ley de Salud Mental.
5. Adoptado por la Asamblea General en su Res. 46/119 del 17/12/91.
6. Ley de Protección Integral de los Niños, Niñas y Adolescentes (BOCBA 624 del 03-02-99).
7. Previsto por el art. 45 de la Ley 114, modif. por la Ley 937 (BOCBA 1606 del 10-01-03).

## Referencias bibliográficas

- Carballeda, A. (2008). *Los Cuerpos Fragmentados*. Buenos Aires: Paidós.
- Carrillo, R. (1951). Plan Sintético de Salud Pública para la Argentina 1952-1958. Secretaría de Labor Parlamentaria del Congreso de la Nación.
- Donzelot, J. (s/f). El complejo tutelar. En [www.iin.oea.org/Cursos a distancia/El complejo tutelar.pdf](http://www.iin.oea.org/Cursos a distancia/El complejo tutelar.pdf)
- García-Viniegras, C. (2008). *Calidad de Vida. Aspectos Teóricos y Metodológicos*. Buenos Aires: Paidós.
- Gialdino, R (2000). Dignidad Humana y Derechos Humanos. En *Investigaciones de Derecho Comparado*, CSJN, 2/3, pp. 563.
- Kant, I. (1989). *Metafísica de las Costumbres*, Segunda parte. Principios de la doctrina de la virtud. Madrid: Tecnos.
- Menéndez, E. (2005). El Modelo médico y la salud de los trabajadores. En *Salud Colectiva Vol 1 (1)*.





# Vulneración de derechos en la infancia: la “multi-institucionalización” como modalidad de abordaje

**Alejandro Michalewicz**

Licenciado en Psicología (UBA). Residente de Salud Mental del Hospital Infanto-juvenil Carolina Tobar García. Investigador Cátedra Salud Pública/Salud Mental II y UBACyT, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

**Juan Noel Varela**

Abogado (UBA). Especialista en Derecho Penal (Universidad Austral). Secretario de Fiscalía de Primera Instancia de la Procuración General de la Nación, Ministerio Público Fiscal.

## Resumen

Este trabajo tiene como objetivo analizar cierta modalidad con que suelen abordarse actualmente las problemáticas complejas que presentan niños, niñas y adolescentes en situación de vulneración de derechos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Se hace referencia a un escenario que se constituye en el entrecruzamiento entre dos campos: las Políticas de Infancia y la Atención en Salud Mental.

Teniendo en cuenta el protagonismo que está cobrando la institucionalización, así como la creciente cantidad de organismos que intervienen en la actualidad cada vez que se implementa dicho recurso en la CABA, el método propuesto consiste en el planteamiento de casos hipotéticos con el objetivo de analizar algunos problemas que pueden surgir a partir de las respuestas que el Estado plantea para dichos casos.

La propuesta de conceptualizar como “*multi-institucionalización*” cierta modalidad de abordaje busca des-

cribir la forma disgregada en que suelen intervenir los diversos organismos durante la implementación de las medidas de institucionalización. Se plantea que las características de dicha modalidad –así como las del marco institucional en que surge– complejizan el proceso salud-enfermedad-atención de este grupo en formas que deben ser estudiadas en profundidad.

Como conclusión, se plantea la importancia de la articulación intersectorial en el abordaje de las problemáticas complejas en la infancia.

## Palabras Clave

Institucionalización - Infancia - Políticas Públicas - Salud Mental - Intersectorialidad

## Abstract

This paper refers to a context created by the intersection of two fields: childhood politics and

mental health care. Its aim is to analyze some approach modality that nowadays is often used to deal with the issues of children and adolescents in situation of vulnerability of rights in the City of Buenos Aires.

Considering the prominence that today is given to institutionalization, as well as the increasing number of organisms currently involved whenever the resource is implemented in Buenos Aires, the method consists of planning scenarios in order to analyze some problems that may arise from the solutions given by the State to the group in question.

The proposal of turning “multi-institutionalization” into a concept for some kind of approach modality intends to describe fragmented way in which the organisms usually act during the implementation of the resources of institutionalization. It is suggested that characteristics of that modality –as well as the institutional framework in which they arise– obstruct the “health-disease-attention” process of this group in many different levels, which should be studied in depth.

Conclusions show the importance of intersectorial articulation in the approach of the complex issues in childhood.

## Key words

Institutionalization – Childhood - Public Policies - Mental Health - Intersectorial

## 1. Introducción

El presente escrito tiene como objetivo caracterizar cierto escenario que podría ubicarse en el entrecruzamiento entre dos campos: las Políticas de Infancia y la Atención en Salud Mental. Se hará referencia particularmente a las respuestas que plantea el Estado frente a la problemática de la vulneración de derechos en la niñez/adolescencia en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

El incremento en los últimos años de situaciones de desafiliación social (1) –sumado a la insuficiencia de políticas de revinculación y fortalecimiento familiar (Asesoría General Tutelar, 2012a: 16)–, han llevado a que la institucionalización cobre cada vez mayor protagonismo entre las respuestas del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (GCABA) frente a la vulneración de derechos en la infancia. Dicha medida –en teoría excepcional, limitada en el tiempo y de último recurso– tiene como objetivo proteger los derechos de niños, niñas y adolescentes que se encuentren en situaciones de vulnerabilidad. Paradójicamente, puede constituirse en una violación de los mismos cuando se prolonga más allá de lo necesario o cuando tiene lugar en condiciones no respetuosas de los derechos humanos.

Según datos de la Asesoría General Tutelar (AGT, 2013), al finalizar el año 2012 se registraban 1049 institucionalizaciones de niños, niñas y adolescentes en dispositivos de albergue, con un promedio de permanencia de 2 años (*ibid.*: 94 y 101). A su vez, durante el año 2012 dicho organismo fue notificado de 327 internaciones de personas menores de 18 años de edad producidas en Hospitales de la CABA por razones de salud mental, así como de 138 internaciones en comunidades terapéuticas (*ibid.*: 136 y 140) (2).

En un trabajo anterior se ha hecho referencia a la existencia de niños, niñas y adolescentes que a partir de sus largos y profusos recorridos por instituciones de niñez y salud mental se constituyen como “usuarios del sistema de niñez” (Michalewicz, 2011). Lejos de resolver su problemática, muchos de estos recorridos pueden describirse a partir de lo que Barcala (2010) ha conceptualizado como *derivas institucionales* (3).

Teniendo en cuenta la creciente cantidad de organismos que intervienen en la actualidad cada vez que un niño, niña o adolescente es *institucionalizado* en la CABA, en este escrito se hará foco en los complejos entramados que –a modo de respuesta– suelen conformarse en cada caso.

El método propuesto consiste en el planteamiento de casos hipotéticos, con el objetivo de analizar algunos problemas que pueden surgir a partir de las respuestas que el Estado propone para los mismos.

## 2. Institucionalizaciones de niños, niñas y adolescentes en la CABA: organismos intervinientes

En la **figura 1** se puede observar la gran cantidad de organismos que suelen intervenir en los procesos de institucionalización de niños, niñas y adolescentes en la CABA. Si bien la descripción pormenorizada de las funciones que caracterizan a cada uno de ellos excede los objetivos de este escrito, se desarrollarán a continuación tres cuestiones que complejizan el escenario en que los mismos operan.

La primera cuestión hace referencia al desfasaje entre los límites político-administrativos establecidos y la dinámica real de circulación de personas y utilización de servicios en la región denominada Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) (4). Se trata de un espacio territorial continuo, cuya circulación de personas, bienes y servicios le otorgan las características de un área integrada, más allá de la existencia de divisiones políticas dentro de su territorio (Comes y Fures, 2012: 6).

Es decir, que a pesar de las delimitaciones jurisdiccionales y políticas, la Ciudad y el Conurbano constituyen un espacio socio-urbano en interacción permanente, especialmente en cuanto a utilización de servicios de salud (5). De la misma manera ocurre con

las instituciones que atienden a niños, niñas y adolescentes en situación de vulneración de derechos; por lo tanto, un análisis sobre el tema en cuestión no puede dejar de considerar la interacción entre la Ciudad y su Conurbano.

En segundo lugar, por haber albergado históricamente el territorio de la CABA a la Capital Federal del país (la cual era dependiente del Poder Ejecutivo Nacional), la “vida política” de la Ciudad estuvo siempre conducida por instituciones que pertenecían a un nivel nacional.

El complejo ordenamiento normativo que implica el hecho de que las principales instituciones del Estado Nacional tengan asiento en la CABA y la de algún modo “reciente” autonomía funcional que caracteriza a dicho territorio, generan confusiones y ciertas zonas grises en la delimitación de los ámbitos de actuación de algunos de los actores que allí operan.

Como último punto, se debe considerar el cambio de paradigma con relación a las políticas de infancia que se consolidó en la Argentina con la sanción, en el año 2005, de la Ley Nacional de Protección Integral de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (n° 26.061) y la consecuente derogación de la Ley 10.903/19, denominada “Ley de Patronato”. Este cambio implicó esencialmente el pasaje de la protección del niño como eje de las políticas, a la protección de los derechos del niño (Luciani Conde, 2008). Esa transición del Modelo de la Situación Irregular al Paradigma de la Protección Integral, fomentó un proceso de redefinición de los roles y funciones de las instituciones con competencia en temas de infancia, cuyo origen, razón de ser y funcionamiento institucional respondieron durante décadas orgánicamente al modelo que se pretendía dejar atrás (AGT, 2010). Puede pensarse que éste no es un proceso acabado, ya que si bien el nuevo escenario plantea las posibilidades de ajustar las políticas sociales de niñez/adolescencia a una perspectiva basada en la garantía de derechos, ello se enfrenta –entre otras cosas– con la dificultad que presenta la deconstrucción de un modelo de prácticas naturalizadas por los actores del campo (Luciani Conde, 2008).

### 3. Algunos escenarios de la institucionalización

A continuación se describirá cómo suele distribuirse la participación de los organismos detallados en la **figura 1** en los procesos de institucionalización. Se tomarán dos modelos: por un lado las internaciones psiquiátricas y, por el otro, el alojamiento en instituciones de albergue. A su vez, se plantearán algunas viñetas que –sin ser necesariamente casos reales– permiten ilustrar ciertos escenarios que presentan alguna complejidad particular.

Cabe aclarar que no se pretende abarcar aquí exhaustivamente todos los escenarios posibles. Tanto la constante modificación en los modos de presentación de las problemáticas como la variación en las respuestas que plantea el Estado, conforman numerosas situaciones que deben abordarse en el caso por caso, no solo en lo referente a los aspectos clínicos, sino también en lo que incumbe a esclarecer los entramados institucionales que se van configurando.

#### 3.1. Internaciones psiquiátricas en hospitales de la CABA

Cada vez que un niño es internado por causas de Salud Mental en un hospital de la CABA, una serie de organismos intervienen en el control de la legalidad e implementación de dicha medida: Juzgado Nacional en lo Civil, Defensoría Nacional de Menores e Incapaces, Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad - artículo 22 Ley n° 26.657, Consejo de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (CDNNA) y AGT.

En caso de que el niño se encuentre impedido de retornar a la convivencia con su familia de origen –ya sea por causas previas o que puedan surgir durante la internación– debe darse intervención a nuevos organismos, según la estrategia elaborada para su externación. Si resultara necesario su alojamiento en una institución de albergue, deberá intervenir entonces la Dirección General de Niñez y Adolescencia de la CABA (DGNYA) o la Dirección General de Salud Mental de la CABA (DGSM), según el tipo de establecimiento que se piense adecuado.

Se deberá articular, a su vez, con la institución de albergue designada, en pos de trabajar en el proceso de externación. Simultáneamente, puede comenzar a trabajar el Programa de Fortalecimiento de Vínculos, en el abordaje de la problemática familiar.

##### 3.1.1. Viñeta n°1: Niño con domicilio en Provincia de Buenos Aires que es internado en un hospital de la CABA por problemáticas de salud mental.

Un niño de 11 años es encontrado en situación de calle en la CABA por el **equipo móvil de niñez**. Si bien éste posee domicilio en la Provincia de Buenos Aires, se decide alojarlo en un **Parador** (ONG) de la DGNYA de la CABA. Permanece en dicho establecimiento por unos días hasta que, debido a un cuadro de excitación psicomotriz, es llevado a la guardia de Salud Mental de un **Hospital** de la CABA, en donde se decide internarlo por considerar que por su impulsividad presenta riesgo cierto e inminente para sí y para terceros. A continuación, el Servicio de Internación del Hospital pone en conocimiento de la medida a los organismos de control correspondientes: **Juzgado Nacional en lo Civil**

que resulte designado, **Defensoría Nacional de Menores e Incapaces correspondiente, Unidad de Letrados**, CDNNYA y AGT.

A su vez, el Servicio Social de dicho Hospital se pone en contacto con el **Servicio Local de protección de los derechos** de la localidad en la cual el niño tiene su domicilio. De esta manera se toma conocimiento de que ya existía una intervención de dicho organismo a causa de situaciones de maltrato hacia el niño en el ámbito doméstico.

Si bien el cuadro que motivó la internación cede a las pocas semanas, la situación existente en el hogar del niño impide su pronta revinculación familiar, lo cual prolonga su estadía en el Hospital hasta que dicha situación se modifique o hasta se consiga un **dispositivo de albergue** adecuado para su alojamiento. En primera instancia, el recurso debería ser conseguido por el Servicio de Protección de los Derechos de la localidad correspondiente al domicilio del niño. En caso de que ello no suceda, son los organismos correspondientes de la CABA los que deberán conseguir la vacante en algún dispositivo propio o conveniado.

### **Problemas que plantea la viñeta:**

El primer punto a considerar –que no por evidente deja de ser válido de destacar– consiste en la cantidad de organismos que intervienen en una situación que, con leves variantes, puede representar un importante número de casos que se atienden cotidianamente en los hospitales de la CABA que internan niños, niñas y adolescentes por problemáticas de salud mental: principalmente el **Hospital Infanto-Juvenil Carolina Tobar García**, aunque también el **Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez** y el **Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear** (en el caso de adolescentes a partir de los 14 años). En la viñeta planteada se nombraron **once** organismos, los cuales pueden llegar a intervenir sobre la situación de un niño en un periodo no mayor a un mes.

Otro asunto que ilustra la viñeta tiene que ver con la condición de *extraña jurisdicción* que implica para los organismos Nacionales y de la CABA el partido de la Provincia de Buenos Aires donde tiene domicilio el niño. Esto obstaculiza la intervención de los mismos en pos de que se aborde la problemática familiar y se trabaje el proceso de revinculación.

En los casos de niños con domicilio en la Provincia de Buenos Aires, es el Servicio Local correspondiente el que debería trabajar con la problemática familiar, para lo cual resulta imprescindible que el mismo pueda articular con los profesionales tratantes del Hospital, a pesar de las distancias geográficas existentes. Asimismo, es este organismo quien debe, en primera instancia, proveer el dispositivo de albergue para el niño. En caso de que esto no ocurriera (lo cual prolongaría por “causas sociales” una internación psiquiátrica) la

situación de *extraña jurisdicción* dificultaría a los organismos que controlan la internación el poder intimar al Servicio Local a buscar una alternativa para el niño.

En el caso en que no existieran recursos de albergue en la localidad en que tiene su domicilio, el niño deberá ser alojado en un Hogar de la CABA. Por un lado, esto atentaría contra su derecho de conservar sus vínculos comunitarios; por el otro, podría dificultar posteriormente su proceso de desinstitucionalización.

### **3.1.2. Viñeta nº2: Adolescente con domicilio en la CABA que debe ser derivado, en función de establecer su tratamiento por adicciones, a una institución con domicilio en la Provincia de Buenos Aires**

Un adolescente con domicilio en la CABA es internado en un **Hospital de la CABA** por presentar una “patología dual”. Tras ser compensado su cuadro psiquiátrico, se decide derivarlo a una **comunidad terapéutica conveniada con el Ministerio de Desarrollo Social**. Dichos organismos se encuentran ubicados en su gran mayoría en territorio de la Provincia de Buenos Aires (AGT, 2012b: 39), a causa de lo cual el adolescente termina alojado en un Partido de la provincia de referencia, distante a su domicilio.

Durante su estadía en el Hospital, el adolescente había establecido un buen vínculo con el abogado de la **Unidad de Letrados de Personas Menores de Edad art. 22 Ley 26.657**, constituyéndose ello un factor importante en la estrategia terapéutica implementada. Sin embargo, la derivación a un efector por fuera de la CABA implicó que cese la intervención del mencionado letrado y que se aboque a su defensa técnica un **Curador Público** (6).

Un posterior planteo de competencia que se articula en el expediente que, con relación a la internación del adolescente, tramita ante la **Justicia Nacional en lo Civil** trae aparejado que las actuaciones judiciales pasen a tramitar ante la **Justicia de la localidad** del domicilio de la comunidad terapéutica (7). Este contexto, a su vez, genera la salida del Curador Público como abogado del adolescente y su reemplazo por el **Asesor de Menores e Incapaces** actuante en esa jurisdicción.

### **Problemas que plantea la viñeta:**

En primer lugar, se percibe una deficiente distribución de los recursos en los ámbitos en los que se desarrolla el caso. Así como la mayoría de los partidos del conurbano no cuentan con centros de internación psiquiátrica para niños, niñas y adolescentes ni dispositivos de albergue adecuados y suficientes, la CABA no cuenta en su propio territorio con suficientes comunidades terapéuticas para alojar a todos los adolescentes que, estando domiciliados en esta jurisdicción, así lo re-

quieren. Esta situación no solo vuelve a demostrar una deficiencia en la respuesta estatal para garantizar el sostenimiento de los vínculos comunitarios, sino que además incide directamente en el incremento de la cantidad de actores que intervienen en las institucionalizaciones.

Por otra parte, las sucesivas modificaciones en la persona que ejerce la defensa técnica del adolescente van en detrimento tanto de los vínculos que pudieran establecer los niños, niñas y adolescentes con los profesionales, como de la posibilidad de que los organismos que intervienen puedan llevar adelante estrategias sostenidas en el tiempo.

## 3.2. Alojamiento en instituciones de albergue

El alojamiento de niños, niñas y adolescentes en **instituciones de albergue** en el ámbito de la CABA consiste –según la normativa vigente– en una estrategia de último recurso para resguardar los derechos de éstos en los casos en que la continuidad de su convivencia con el grupo familiar pudiera estar vulnerándolos. Es el CDNNYA –o alguna de las **Defensorías Zonales** que dependen del mismo– quien puede dictar una medida administrativa en ese sentido, pudiendo consistir éstas tanto en medidas *especiales* de protección de derechos (cuando se las dicta en el marco de la Ley 114 de la CABA) o medidas *excepcionales* de protección de derechos (cuando se las dicta en el marco de la Ley Nacional 26.061).

La gran mayoría de las instituciones de albergue –el 95% según datos de la AGT (2012b: 31)– constituyen ONGs que establecen convenio con el GCABA, existiendo siete modalidades de atención que se diferencian en función de su población objetivo. Si bien anteriormente todas las modalidades existentes establecían convenio con la DGNYA, en la actualidad existen ciertas modalidades de atención que convenían con la DGSM.

Respecto al control de legalidad, cuando se trata de medidas *excepcionales* corresponde que sean examinadas por un **Juzgado Nacional en lo Civil**, con la intervención de un funcionario de la **Defensoría General de la Nación**. Cuando la medida administrativa aplicada es de aquellas previstas en la ley 114 de la CABA (medidas *especiales*), el control judicial tiene lugar únicamente cuando es requerido por alguna de las personas habilitadas para ello.

Al igual que ocurre con las internaciones en dispositivos de atención en salud mental, tanto la AGT como el CDNNYA, pueden constituirse como contralores de la medida. A su vez, existen equipos de **supervisión pertenecientes a la DGNYA y de la DGSM**. Los controles implementados son tanto en relación con los casos particulares como con el funcionamiento de las instituciones y las condiciones en que se encuentran las

mismas. Desde el año 2012, se suma a esto el **Equipo público de abogados de niños, niñas y adolescentes** creado por la AGT con el objetivo de proporcionar a todo niño, niña y adolescente afectado por un proceso administrativo o judicial un abogado gratuito y especializado (AGT, 2013: 181).

### 3.2.1. Viñeta nº3: adolescente alojado hace 15 años en un Hogar Convivencial de la CABA

Un adolescente que había sido separado de su familia hace 15 años por una problemática de violencia familiar permanece alojado desde entonces en un **Hogar Convivencial** que actualmente establece convenio con la DGNYA de la CABA. Al momento de ser derivado a dicha institución, el adolescente convivía con sus padres en un Partido del Conurbano. Al haber sido un **Juzgado** de dicho partido quien determinó la *medida de abrigo* (8), la derivación fue probablemente realizada a través del organismo nacional existente entonces (posiblemente el CONNAF), el cual convenía con la ONG en cuestión.

A través de los años transcurridos desde la institucionalización del ahora adolescente, han dejado de existir las instituciones que determinaron dicha medida (el CONNAF dejó de existir a partir de la ley 26.061 y ha habido reestructuraciones de competencias en los Juzgados de la Provincia de Buenos Aires), así como también ha cambiado el paradigma de abordaje.

Si bien el adolescente en cuestión se encuentra institucionalizado en una ONG con domicilio en la CABA que actualmente convenía únicamente con la DGNYA, el control de la medida sigue correspondiendo a organismos provinciales. Por lo tanto, en caso de requerirse una derivación a otro hogar, las instituciones disponibles se ubicarían todas a muchos kilómetros de donde el joven ha vivido toda su vida.

#### Problemas que plantea la viñeta:

Esta viñeta ilustra una situación que ocurre en la CABA aún en la actualidad. El viejo paradigma que guiaba las intervenciones, proponía para las instituciones de albergue una función que difiere bastante con la que se plantea actualmente. Sin entrar en detalles acerca del Paradigma de la Situación Irregular, institucionalizaciones de larga data como la aquí comentada pueden pensarse como una de sus características. Es así como adolescentes que se encuentran hoy alojados en instituciones que se rigen por el Paradigma de la Protección Integral, sufren aún las consecuencias de intervenciones que se sustentaron en el paradigma anterior.

Por otro lado, insiste una vez más la temática de cómo difiere la división político administrativa del AMBA con la utilización real de los servicios, planteándose otro ejemplo más acerca de la vulneración que esto puede producir sobre el derecho de niños, niñas y adolescentes a conservar sus lazos comunitarios.



## 4. La “multi-institucionalización” como modo de respuesta

En el punto anterior se han desarrollado algunas viñetas que permitieron ilustrar escenarios habituales en el contexto de las medidas de institucionalización, así como ciertos problemas generados por el marco normativo e institucional que regula y determina las intervenciones.

Ante la cantidad y heterogeneidad de organismos involucrados en cada caso singular, resulta casi obvia la necesidad de que los mismos puedan articular sus intervenciones. Sin embargo, según la AGT, una de las principales causas de las vulneraciones a los derechos y garantías de niños, niñas y adolescentes en el marco de las institucionalizaciones, tiene que ver con la falta de articulación entre los actores intervinientes (AGT, 2012b: 96). Se sostiene la hipótesis de que –en líneas generales– la posibilidad de que los organismos actúen articuladamente dependería más de la voluntad de los profesionales que de la existencia de políticas que lo favorezcan. De esta manera, muchos de los niños, niñas y adolescentes institucionalizados se convierten en objeto de intervención simultánea, aunque disgregada, de un gran número de organismos; constituyéndose así como niños, niñas y adolescentes “*multi-institucionalizados*”.

El término elegido parte de entender lo “multi” como una sumatoria de elementos (disciplinas, instituciones, sectores) actuando en paralelo, con escasa relación entre los mismos. Puede tomarse como ejemplo lo que plantea Nora Elichiry al definir la multidisciplina: “*El enfoque multidisciplinario es aquel caracterizado por una simple yuxtaposición de áreas del conocimiento (...)* La característica de esta perspectiva es su

*visión atomística de la realidad y un total aislamiento respecto de toda demanda social*” (Elichiry, 1987: 333).

Existe una relación epistemológica entre el modo de conceptualizar una problemática y la manera en que se opera sobre ella (y viceversa). Intervenir desde lo “multi” (ya sea esto multidisciplina o “multisectorialidad”) implica considerar que el objeto/problema que se aborda se constituye como una sumatoria de partes sin relación entre sí. En cambio, intervenir desde la interdisciplina/intersectorialidad supone el planteamiento de un objeto/problema “complejo”, imposible de compartimentarizar o atomizar.

Sin embargo, la intervención disgregada de los distintos organismos que abordan las problemáticas de los niños, niñas y adolescentes institucionalizados no parecería responder a una posición epistemológica determinada, sino más bien a las dificultades existentes para articular el trabajo “con otros” y al fracaso en la implementación de un verdadero *sistema* (ya sea un Sistema de Protección Integral de los Derechos y/o un Sistema de Atención Integral de la Salud). Cabe preguntarse acerca de cómo condiciona esto la posibilidad de intervenir adecuadamente en cada situación, así como sobre los efectos en la subjetividad de quienes son objeto de dichos abordajes “*multi-institucionales*”.

La crítica que se realiza aquí a los abordajes “*multi-institucionales*” no implica de ninguna manera desconocer la necesidad de intervenir entre “más de uno” (más de un profesional, más de una disciplina, más de un organismo) ante la complejidad y la dificultad con que se presentan las problemáticas. Tampoco se niega la necesidad de la supervisión de las institucionalizaciones por parte de organismos externos. Solo se plantea que, ante la ausencia de articulación entre los diversos entes intervinientes, se termina desembocando en la fragmentación.

## 5. A modo de conclusión

A lo largo de este escrito, se ha intentado describir cierta modalidad en que suelen abordarse actualmente las problemáticas complejas en la infancia, proponiendo para ésta la denominación de “*multi-institucional*”. Las características de la misma –así como las del marco institucional en que se inserta– complejizan el proceso salud-enfermedad-atención de cierto grupo de niños, niñas y adolescentes en situación de vulneración de derechos en formas que deben ser estudiadas en profundidad. A modo de ejemplo, podrían retomarse de lo aquí trabajado las siguientes cuestiones: la dificultad para sostener estrategias en el tiempo, la vulneración del derecho al sostenimiento de los vínculos comunitarios que implican los múltiples traslados y derivaciones, la repetida interrupción en los vínculos terapéuticos que pudieran ir estableciéndose y la superposición de profesionales e instituciones interviniendo simultánea y desarticuladamente; incluso – en ciertos casos– desde paradigmas antagónicos.

Han existido recientemente experiencias valiosas – como la llevada adelante por el Programa de Atención Comunitaria para niños con trastornos mentales severos (Barcala et al., 2008)– que, en la búsqueda de desarrollar modos de intervención eficaces y respetuosos de los derechos, han intentado fortalecer la articulación intersectorial en el abordaje de las problemáticas complejas en la infancia. Sin embargo, esto ha surgido más como una iniciativa de cierto grupo de profesionales, que como línea directriz de la política pública en la materia.

Actualmente, el entramado institucional que según derecho debería constituirse como sistema –tanto con relación a la Protección Integral de los Derechos de niños, niñas y adolescentes, como a la Atención Integral de la Salud– carece de cuestiones fundamentales:

- una adecuada distribución geográfica de los efectores,
- una ajustada articulación en red de los organismos que lo componen,
- un equilibrado reparto de los recursos entre las distintas etapas de abordaje de las problemáticas. A modo de ejemplo, existe una sobrecarga de organismos trabajando en el control de las internaciones en comparación de quienes se ocupan de la implementación y seguimiento de las externaciones.

La situación es compleja y requiere de ser abordada en distintos niveles: desde la gestión y planificación, resulta necesaria la implementación de políticas que consoliden la conformación de un verdadero sistema; por parte de los profesionales que trabajan cotidianamente en la atención de este grupo, deviene imprescindible su disposición para trabajar “con otros” en la búsqueda de modos de alojamiento para cada uno de los niños, niñas y adolescentes cuyos derechos continúan siendo vulnerados.

Figura 1

<b>NACIÓN</b>	<p><b>SENNAF:</b> Organismo especializado en materia de niñez, adolescencia y familia en la órbita del Poder Ejecutivo Nacional. Debe garantizar el funcionamiento del CON-NAF</p> <p><b>CONNAF:</b> Encargado de concertar y llevar adelante políticas de protección integral de niños y adolescentes y sus familias, crear junto con la Secretaría un Plan Nacional de acción</p> <p><b>Juzgados Nacionales en lo Civil:</b> Controlan las medidas de internación de niños, niñas y adolescentes en el ámbito de la CABA</p> <p><b>Defensoría General de la Nación:</b> Institución encargada de asegurar la efectiva asistencia y defensa judicial de los derechos de las personas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de Letrados (art. 22 Ley 26.657)</li> <li>• Defensorías Públicas de Menores e Incapaces</li> <li>• Tutorías y Curadurías Públicas</li> </ul>
<b>CABA</b>	<p><b>CDNNyA:</b> Organismo especializado en la materia que promueve y articula las políticas para el sector.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Defensorías Zonales</li> <li>• Guardia Permanente de Abogados</li> </ul> <p><b>DGNyA:</b> Área de gobierno responsable de organizar y brindar las prestaciones necesarias para dar respuesta a los derechos sociales vulnerados</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo Móvil (línea 108)</li> <li>• Fortalecimiento de Vínculos</li> <li>• Paradores</li> </ul> <p><b>ONGs:</b> Instituciones que han suscripto un convenio con el GCABA para albergar niños, niñas y adolescentes en situación de vulneración de derechos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependientes del Ministerio de Desarrollo Social <ul style="list-style-type: none"> <li>– Niñez</li> <li>– Adicciones</li> </ul> </li> <li>• Dependientes del Ministerio de Salud Mental</li> </ul> <p><b>AGT:</b> Controla la legalidad de los procesos, promoviendo el resguardo de derechos individuales o colectivos y llevando adelante acciones de inconstitucionalidad ante normas que afecten derechos de niños, niñas y adolescentes y personas afectadas en su salud mental</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo Público de Abogados del Niño</li> </ul> <p><b>Hospitales:</b> Internan niños, niñas y adolescentes por problemáticas de salud mental</p>
<b>PROVINCIA</b>	<p><b>Servicios Zonales:</b> Responsables de la correcta implementación del sistema de la protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires.</p> <p><b>Servicios Locales:</b> Su función primordial es la de facilitar la accesibilidad a programas y planes disponibles en la comunidad a niñas, niños y adolescentes que vean amenazados o violados sus derechos</p> <p><b>Juzgados de Familia:</b> Controlan las medidas de internación en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires.</p> <p><b>Asesores de Menores e Incapaces:</b> Encargados de ejercer la representación legal de niños, niñas y adolescentes que atraviesan una situación de vulneración de sus derechos.</p> <p><b>ONGs:</b> Instituciones ubicadas en la Provincia de Buenos Aires que realizan convenios con el GCABA para alojar niños, niñas y adolescentes en situación de vulneración de derechos</p>

## Notas finales

---

1. R. Castel (1991) describe mediante este concepto la conjunción de dos factores que mediarían en el desluzamiento de las personas hacia la vulnerabilidad: la carencia de recursos materiales y la fragilización del tejido relacional.
2. Se deja por fuera aquí la situación de los adolescentes en conflicto con la ley penal por presentar especificidades que deben ser desarrolladas detenidamente, excediendo las posibilidades de este artículo. No obstante, muchos de los planteos realizados en este escrito son aplicables también a ese subgrupo particular de adolescentes institucionalizados.
3. Barcala (2010) define como “deriva institucional” al circuito de exclusión y ausencia de anclaje que se produce cuando los servicios de salud no logran alojar las problemáticas de un grupo en particular.
4. Esta área es descripta por el Atlas Ambiental de Buenos Aires como la continuidad urbana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (de aproximadamente 200 km<sup>2</sup> y 3.000.000 de habitantes) y los partidos de la Provincia de Buenos Aires que la rodean (de aproximadamente 3.600 km<sup>2</sup> y una población cercana a los 9.000.000 de habitantes). Fuente: <http://www.atlasdebuenosaires.gov.ar>
5. Fuente: Diseño del Proyecto de investigación UBACyR P040 (programación 2008-2010): *Accesibilidad y dignidad en la atención en servicios de salud mental de Ciudad de Buenos Aires y conurbano bonaerense en el periodo 2002 -2010: Subjetividad, representaciones de derechos y sistemas de atención*. Directora: Alicia Stolkner.
6. Según los alcances de la disposición DGN n° 516/12.
7. Para la Corte Suprema de Justicia de la Nación “*el juez del lugar donde se encuentre el centro de internación es el más indicado para adoptar las medidas urgentes necesarias para dar legalidad y controlar las condiciones en que el tratamiento se desarrolla*” (CSJN, 2005, 328:4832).
8. Constituye una medida de protección especial enmarcada en el artículo 35 inciso h de la ley 13.298, (modificada por el artículo 100 de la ley 13.634) de la Provincia de Buenos Aires.

## Referencias bibliográficas

---

- Asesoría General Tutelar (AGT) (2013). *Niñez adolescencia y salud mental de la CABA - Informe de gestión del Ministerio Público Tutelar 2012*. Buenos Aires: Eudeba.
- Asesoría General Tutelar (AGT) (2012a). *Niñez adolescencia y salud mental de la CABA - Informe de gestión del Ministerio Público Tutelar 2011*. Buenos Aires: Eudeba.
- Asesoría General Tutelar (AGT) (2012b). *Puertas Adentro. La política de institucionalización de niños, niñas y adolescentes en la Ciudad de Buenos Aires (2007-2011)*. Buenos Aires: Eudeba.
- Asesoría General Tutelar (AGT) (2010). Redefiniendo el rol del asesor de menores. En *Monografías seleccionadas en las xxii Jornadas Nacionales de los Ministerios Públicos 2009*. Buenos Aires: Eudeba.
- Barcala, A. (2010). El impacto de las políticas neoliberales de los 90 en el ámbito de la salud mental. En: Benasayag - Dueñas Comp. *Malestares en la cultura contemporánea y sus efectos complejos en salud y educación*. Mitos-Realidades-Negocios. Desafíos y propuestas. Buenos Aires: Editorial Noveduc.
- Barcala, A.; Torricelli, F.; Álvarez Zunino, P. (2008). Programa de Atención Comunitaria a Niños/ a y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos: Una construcción que articula la experiencia clínica, la investigación académica y su transferencia al sistema sanitario. En *Publicación Premio Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires 2008, Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psicología*. Buenos Aires: Fac. de Psicología-UBA.
- Castel, R. (1991). Los desafiados: la precariedad del trabajo y la vulnerabilidad Relacional. En: *Revista Topía*, Año 1, N° 3.
- Comes, Y. & Fures, N. (2012). Estudio Comparativo de las Desigualdades Sociales en la Mortalidad Infantil en el Área Metropolitana de Buenos Aires - Año 2011. En: *Epidemiología y salud* (1):6-10, mayo, pág. 6. Recuperado de [http://www.siicsalud.com/pdf/epidemiologia\\_salud\\_1\\_51112.pdf](http://www.siicsalud.com/pdf/epidemiologia_salud_1_51112.pdf)
- Corte Suprema de Justicia de la Nación. *Colección Fallos*. Tomo 328
- Elichiry, N. (1987). La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En: N. Elichiry (comp.). *El niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Nueva Visión, págs. 333-341.
- Luciani Conde, L. (2008). La problematización social de la infancia: las políticas destinadas a la niñez y adolescencia como cuestión de Estado. En Luciani Conde, L. & Barcala, A. (organizadores). *Derechos en la niñez: Políticas públicas y efectivización del derecho a la salud en el contexto de la protección integral*. Buenos Aires: Teseco.
- Michalewicz, A. (2011). Atención en salud mental de los niños, niñas y adolescentes alojados en “hogares” (ONGs) en la Ciudad de Buenos Aires. Problemáticas complejas e intervenciones posibles a partir de la articulación intersectorial. En *Diálogo Abierto Acerca del Estado de Implementación de la Ley n° 26.061, compilado por la Asesoría General Tutelar de la CABA*. Buenos Aires: Editorial Eudeba, págs. 49-68.



# Tensiones en los sentidos y experiencias juveniles en torno a los consumos de drogas

---

**Ana Clara Camarotti**

Lic. en Sociología. Magister de la Universidad de Buenos Aires en Políticas Sociales / Dra. de la Universidad de Buenos Aires en Ciencias Sociales / Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires/Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

**Martín Güelman**

Lic. en Sociología. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

---

## Resumen

---

En el artículo recuperamos las significaciones y experiencias de jóvenes de barrios vulnerabilizados en torno a las vinculaciones entre consumos/usos de drogas y conformación de vínculos sociales, en particular, relaciones de sociabilidad. El análisis del corpus discursivo construido reveló una heterogeneidad de sentidos que puede resultar sorprendente en función de la aparente homogeneidad de las condiciones socio-demográficas de los jóvenes que formaron parte de la muestra. No obstante, entendemos que la mentada heterogeneidad es ilustrativa de la singularización de las trayectorias individuales que, entre otras transformaciones societales, introduce la modernidad tardía en las últimas décadas.

Las herramientas metodológicas empleadas fueron la entrevista semi-estructurada y el relato biográfico. Este último fue construido en forma conjunta con cada uno de los jóvenes a partir de las entrevistas realizadas (cuatro a seis, dependiendo de la cobertura de los ejes temáticos). La muestra quedó conformada por diez jóvenes, cuatro mujeres y seis varones, de entre dieciocho y veintiséis años de edad, cuyos espacios de sociabilidad se encuentran en la zona sur del Área Metropolitana de Buenos Aires. Para el análisis del corpus construido seguimos los lineamientos de la teoría fun-

damentada (*grounded theory*), utilizando como herramienta auxiliar el software de análisis de datos Atlas.ti.

## Palabras clave

---

Consumos/usos de drogas - Jóvenes. Barrios vulnerabilizados - Lazos sociales - Sociabilidad.

## Abstract

---

In this article, we present expressions and experiences of Young people from vulnerabilized neighborhoods about the links between drugs consumption and social links constitution, specially, sociability relationships. The analysis of the corpus revealed an heterogeneity of senses that may result surprising according to the apparent homogeneity of the sociodemographic conditions of young people that took part in the sample. However, we consider that the heterogeneity is illustrative of the singularization of the personal trajectories that, among other social transformations, introduced the late modernity since the latest decades.

The methodological tools that we employed were the semi-structured interview and the life story. We constructed life stories together with each one of the interviewees from the interviews we have done

(between four and six, depending on the topics covered at each interview).

The sample was formed by ten young people, four women and six men, from between eighteen and twenty-six years old, whose sociability spaces are in the south of the Metropolitan Area of Buenos Aires.

In order to analyze the corpus we followed the guidelines of the *grounded theory*, using Atlas.ti software as auxiliary tool.

## Keywords

Drugs consumption - Youth people - Vulnerabilized neighborhoods - Social links - Sociability.

## Introducción

Los discursos acerca de los jóvenes han asociado a éstos, tradicionalmente, con una diversidad de acciones de transgresión a normas establecidas. La vinculación entre un gran número de prácticas y grupos juveniles, la falta de límites y el consecuente descontrol se ha vuelto moneda corriente en los discursos hegemónicos en los medios de comunicación y en las instituciones educativas y sanitarias.

A este respecto, resulta ilustrativa la asociación entre grupos juveniles y uso abusivo de sustancias lícitas e ilícitas. Esta vinculación se estrecha cuando los discursos refieren a jóvenes de barrios vulnerabilizados; jóvenes cuyos consumos de drogas son visualizados como portadores de un carácter problemático inherente.

En el presente artículo buscamos poner en tensión las construcciones discursivas adultocéntricas sobre consumos de drogas de jóvenes de barrios marginalizados con las expresiones de los propios jóvenes; dando cuenta de aquellas que abordan el carácter (a) problemático de los consumos (1). Entendemos que los discursos que avancen en la reconstrucción de estas conceptualizaciones permitirán visibilizar la existencia de consumos sociales o recreativos.

En particular, nos proponemos analizar las experiencias y significaciones en torno a las vinculaciones entre consumos/ usos de drogas y conformación de vínculos sociales, en especial, relaciones de sociabilidad.

El análisis de las experiencias de los jóvenes en torno a los consumos/ usos de drogas reveló una heterogeneidad que puede resultar sorprendente en función de la aparente homogeneidad de las condiciones sociodemográficas en que se desarrollan sus vidas. No obstante, entendemos que la mentada heterogeneidad es ilustrativa de la singularización de las trayectorias individuales que, entre otras transformaciones societales, introduce la *modernidad tardía* en las últimas décadas (Giddens, 1993).

Los jóvenes expresan divergencias en relación a la posibilidad de concebir la existencia de consumos re-

creativos de drogas legales e ilegalizadas (2) que se encuentran influidas por sus trayectorias de consumo, sus grupos sociales de pertenencia y los espacios de sociabilidad a los que concurren. Mientras que algunos jóvenes conciben a todo consumo de *drogas ilegalizadas* como un “pozo ciego” o un “viaje de ida hacia la vagancia”, otros consideran que el consumo recreativo es compatible con la actividad laboral y/o educativa.

## Materiales y métodos

Para la construcción de los datos empíricos empleamos el enfoque biográfico enmarcado en el paradigma cualitativo de investigación social. El mismo consiste en el despliegue narrativo de las experiencias vitales de una persona a lo largo del tiempo con el objeto de elaborar, a través de entrevistas sucesivas, un relato que permita mostrar “*el testimonio subjetivo* [buscando dar cuenta] *tanto de los acontecimientos como de las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia*” (Pujadas Muñoz, 1992: 47-48).

Optamos por el método biográfico dado que, tal como enuncia Ana Lía Kornblit (2004; 2010), el mismo recupera un mundo de significaciones a la vez que permite vislumbrar los sentidos individuales atribuidos a la experiencia en el contexto social en el que surgen.

Por ende, mediante la construcción de relatos biográficos podemos lograr una mejor aproximación a los procesos de construcción de la experiencia social de los sujetos y a las vinculaciones entre sus reflexividades y soportes afectivos, materiales y simbólicos (Sautu, 2004; Vasilachis de Gialdino, 2007; Leclerc-Olive, 2009).

Los relatos biográficos fueron construidos en forma conjunta con los jóvenes que formaron parte de la muestra a partir de las entrevistas semi-estructuradas realizadas (entre cuatro y seis, dependiendo de la cobertura de los ejes temáticos). Cada uno de los integrantes del equipo de investigación se encargó de realizar la totalidad de las entrevistas a cada uno de los jóvenes.

Tanto en la determinación de la muestra –que quedó conformada por diez jóvenes, cuatro mujeres y seis varones, de entre dieciocho y veintiséis años de edad, cuyos espacios de sociabilidad se encuentran en la zona sur del Área Metropolitana de Buenos Aires– como en el análisis del corpus construido (entrevistas y relatos biográficos) seguimos los lineamientos de la teoría fundamentada (*grounded theory*), utilizando como herramienta auxiliar el programa informático Atlas.ti.

## Los consumos de drogas legales pueden ser tanto o más problemáticos que los de drogas ilegalizadas

“*Vos ves a un chico de dieciséis años tomando, qué sé yo, una cerveza con los amigos y decís: “ah, está toman-*

do una cerveza. Ahora, lo ves con un porro y decís: «se está drogando»” (Juana, 20 años, estudiante universitaria).

Tanto en el fragmento anterior como en otros relatos de jóvenes entrevistados se visualiza una primera ruptura con la idea según la cual los consumos de drogas legales son menos problemáticos que los de drogas ilegalizadas. Los jóvenes no basan sus argumentaciones en el estatus jurídico de las sustancias para discriminar entre drogas más o menos nocivas para la salud.

En sus relatos en torno a sus experiencias con familiares, amigos, allegados y/o vecinos, los jóvenes expresan que aún siendo legal y detentando por ello una menor carga de censura social, el consumo de bebidas alcohólicas puede devenir problemático. Diversas situaciones de abusos, violencias y pérdida de control relacionadas con el uso excesivo de alcohol en donde los protagonistas generalmente son adultos (miembros de su familia o vecinos) son habituales en los relatos. En oposición, resultan más infrecuentes los análisis críticos que ubiquen a los jóvenes en situaciones problemáticas por el abuso de alcohol. En otros términos, el consumo juvenil de alcohol es mencionado generalmente en referencia a la diversión, a los vínculos que genera entre pares y a los momentos de encuentro que facilita.

La legitimidad diferencial de las bebidas alcohólicas halla su marco de justificación en la llamada “cultura del alcoholismo”. La negativización que suele recaer sobre las drogas ilegalizadas (pero no así sobre el alcohol) responde más al mentado estatus jurídico que a la peligrosidad y toxicidad de las mismas.

Recuperando los planteos de Eduardo Menéndez (2012), el alcohol es la sustancia legal con mayores consecuencias en términos de morbi-mortalidad, lo que debe llevarnos a cuestionar las representaciones sociales y construcciones discursivas según las cuales las *drogas adictivas ilegalizadas* terminan generando efectos negativos de mayor envergadura que las drogas legales. De este modo, se evidencia que dicha legitimidad no responde a las características propias de las sustancias sino que debe entenderse como una construcción sociocultural con consecuencias jurídicas.

Sin desestimar que el consumo puede tener consecuencias negativas en la vida de las personas, las estrategias de *reducción de daños* (3) buscan desestigmatizar a los usuarios de drogas ilegalizadas, trasladando el eje desde lo jurídico hacia lo sanitario (Menéndez, 2012).

Por otro lado, también encontramos otros discursos que ubican al consumo de drogas ilegalizadas como una práctica temida ya que una vez que se atraviesa esa barrera no se sabe “cómo se vuelve si es que se vuelve”.

Cuando ahondamos en las historias de consumo, propias o de allegados, encontramos en estos relatos que el desenlace, con variaciones en el tiempo, termina evidenciando la dificultad de sostener un consumo que no provoque padecimientos. En términos generales, las reflexiones no tienen en cuenta los contextos en los que el

consumo de drogas tiene lugar, es decir, no contemplan las circunstancias socioeconómicas y culturales en donde estas prácticas se efectivizan. Se produce una inversión entre los sujetos y las sustancias, en las que estas últimas cobran entidad propia ocasionando “siempre” conflictos y malestares y los individuos terminan objetivándose y pierden la capacidad de agencia. Por ello, hay que mantenerse alejado de “la droga” ya que el sujeto nada puede hacer cuando “cae” en estos “vicios”, en donde sólo hay lugar para las pérdidas y los sinsabores.

“Nunca me había atraído [la droga] dentro del barrio. Nunca me gustó la idea, me acuerdo que para esa época yo decía «nunca voy a probar la droga, nunca voy a parar en la esquina», me acuerdo que había pibes que paraban en la esquina” (Colo, 26 años, periodista).

Entre los jóvenes que conciben al uso de drogas como una práctica negativa predomina un diagnóstico según el cual, éstos conducen a quienes los consumen a “cualquier lado”, a “descarrilarse”, a “fundirse la vida para siempre”, a “caer en un pozo ciego sin salida”, a territorios en los que existe escasa (o nula) previsión y planificación, es decir, en los que resulta imposible trascender el “aquí y ahora” y en los que la “vagancia” y el robo constituyen un paisaje cotidiano. Integra el diagnóstico una concepción según la cual “no existe cura para quien cae en el mundo de la droga”.

“Si mi viejo no se ponía las pilas [cuando se enteró que yo había fumado marihuana], yo iba a estar mal, no iba a estar hablando acá con vos, iba a ser un perdido y capaz delincuente (...). Porque vos cuando tenés vicios, no tenés trabajo, no trabajás, obviamente que vas a ir a robar, porque el vicio te lo pide, te hace cualquier cosa” (José Luis, 23 años, empleado de limpieza).

A diferencia del juicio profundamente negativo de algunos jóvenes respecto de las drogas ilegalizadas, vislumbramos otras significaciones en las que los consumos no son reputados como *conductas desviadas* (4) (Becker, 2010). En una posición intermedia entre el diagnóstico crítico y las significaciones de aquellos que contemplan la existencia de consumos recreativos de drogas, se halla la postura de quienes, sin negativizar completamente los usos de sustancias ilegalizadas, consideran que su empleo constituye una equivocación subsanable y controlable.

“Me tomo una pastilla de vez en cuando...es como un desliz; así se dice ¿viste? Es la onda decir «desliz». Pero es un desliz, nada más. No es que yo siempre tomo” (Lili, 23 años, ama de casa).

Tal como mostraba el fragmento de entrevista precedente, Lili concibe a sus consumos de drogas ilegales como “deslices”. Los mismos tienen lugar con una frecuencia mensual o bien cuando algún amigo provee las pastillas que consumen. Cabe resaltar la tajante distinción entre sustancias legales e ilegales que subyace en las significaciones de Lili. La joven se reúne, en el marco de “la previa”, todos los viernes a la noche con su gru-

po de amigos en una casa. Allí “*consumen alcohol, pero no drogas*”. Estos consumos no son caracterizados por Lili como “*deslices*”, como sí ocurre con las sustancias ilícitas.

Sin embargo, no podemos obviar la función práctica que tiene para estos jóvenes la distinción conceptual entre drogas legales e ilegales. En sus prácticas cotidianas una sustancia prohibida produce resultados diferentes a una que no lo está y esto se pone de manifiesto en las experiencias que relatan, por ejemplo, con las fuerzas de seguridad. La ley vigente de drogas en Argentina (Ley n° 23737) considera un delito y, por ende, penaliza a “*quienes tengan en su poder y/o consuman drogas con ostentación y trascendencia al público*.”

Como se observa en el análisis, el estatus jurídico de las sustancias produce consecuencias diferenciales en la vida cotidiana de estos jóvenes, incidiendo en sus elecciones por ciertas sustancias y no por otras. Asimismo, dicho estatus degrada la calidad de las sustancias y condiciona los modos de atención que reciben en los centros de salud (Sánchez Antelo, 2012). Por último, el carácter clandestino que asume inexorablemente el mercado de drogas en virtud del carácter ilegal de algunas de ellas, pone en riesgo la integridad de los consumidores al momento de su provisión.

## Con esas cosas, no

“(…) *yo con esas cosas no. Y a veces pienso, o por ahí mi hermana me pregunta: «¿Nunca quisiste probar...las drogas?» «No», porque yo tengo en la cabeza la idea de que si probás una droga te hacés adicto, entonces le tengo miedo (...)*” (Dora, 20 años, estudiante universitaria).

Los discursos juveniles que se ubican en esta categoría dan cuenta de concepciones unidimensionales de los consumos de drogas, que estigmatizan a los usuarios y en algunos casos asumen posturas discriminatorias hacia ellos. Las mismas muestran intransigencia en relación a los diferentes usos (con independencia de las sustancias), expresan una falta de interés en experimentar con ellas y tienden a considerar como imposible que una persona que las consume no termine siendo un adicto.

En estos discursos se observa una débil frontera que separa el uso moderado o recreativo del problemático/abusivo y/o adictivo. Generalmente las personas que se ubican en estas categorías son jóvenes que no consumen ni consumieron nunca drogas ilegalizadas.

“*La droga*” aparece como algo ajeno, que se puede y debe evitar y que es posible erradicar. Para ello es fundamental nunca llegar a probarla. Para estos jóvenes la posibilidad de un consumo de drogas no problemático no tiene lugar. En otros términos, la creencia de que la adicción constituye el desenlace inexorable de cualquier experimentación con las sustancias, obtura la posibilidad de asumir la existencia de consumos recreativos o sociales.

Las posturas más flexibles en torno a los consumos de drogas se observan entre los jóvenes que probaron algunas sustancias y expresan que lograron controlar sus consumos. De todos modos, se muestran alerta al peligro que implica un consumo abusivo de sustancias. En estos casos dichos temores se encuentran fundados en los informes televisivos que muestran el deterioro físico y neurológico que, en pocos meses, producirían las drogas. A dicha información añaden la constatación de los efectos de las mismas a partir de la observación directa en “*pibes de su barrio*”. En función de ello, algunos procuran discontinuar su uso o “*privarse de consumir hasta marihuana*”, sustancia ilegalizada a la que le atribuyen los niveles más bajos de nocividad.

Los relatos que producen tanto los jóvenes como los medios de comunicación tienden a invisibilizar “*los casos exitosos*” de consumidores, es decir, aquellos que experimentan con drogas siendo capaces de compatibilizar un uso moderado con las distintas vías por las que transitan en su vida cotidiana (actividades familiares, educativas, laborales, etc.). Estos usos recreativos al no dejar marcas visibles en los cuerpos y al no verbalizarse no logran aparecer como una experiencia posible invalidando la incorporación de nuevos diálogos en torno a las miradas negativas a las que “*siempre conduce el consumo de drogas*”.

Los informes estadísticos nacionales elaborados periódicamente por el Observatorio Argentino de Drogas (OAD) de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR) muestran, en oposición a las posturas que sostienen que todo consumo de drogas deviene en problemático, que no todas las personas que consumieron alguna/s droga/s alguna vez en su vida (*prevalencia de vida*) desarrollan algún tipo de dependencia hacia la/s sustancia/s. A modo de ejemplo, se observa que aún en el consumo de cocaína (sustancia considerada altamente adictiva) la tasa de dependencia no supera el 50% entre quienes la han consumido alguna vez (OAD-SEDRONAR, 2010).

Como afirma Maristella Svampa (2000) en las últimas décadas se observa un corrimiento o despojo de los soportes colectivos que contenían y brindaban seguridad a los individuos. Estos soportes son los que sostienen a los individuos afectiva, material y simbólicamente. Si bien esto es común para todos los individuos de una sociedad, en estos jóvenes se traduce en una menor cantidad de soportes educativos, laborales y relacionales y en la falta de oportunidades, lo que acrecienta las posibilidades de quienes allí residen de encontrarse en situaciones de mayor *vulnerabilidad* (5). Por ello, observamos que en estos barrios la experimentación con sustancias desemboca con mayor frecuencia en consumos problemáticos.

## Desvaneciendo los vínculos entre consumos de drogas, violencia y delincuencia

*“Yotengovicios, tomo [alcohol] los fines de semana, salgo, pero no robo”* (Purly, 18 años, estudiante secundario).

Algunos de los jóvenes en sus discursos reproducen una asociación –percibida como natural– entre consumos de drogas, violencia y delincuencia. Como expresan Silvia Duschatzky y Cristina Corea (2009), desde el tratamiento de los medios masivos de comunicación el consumo de “*la droga*” como atributo de la condición juvenil e incluso infantil queda asociada a la inseguridad, el robo y el descontrol. De este modo, los consumos de drogas ilegales resultan incompatibles con la inserción sostenida en las instituciones e instancias tradicionales de socialización (familia, educación, trabajo).

No obstante, en los relatos de vida de los jóvenes, se hacen presentes diversas situaciones que rompen con estos estereotipos. Historias propias o ajenas en donde sus prácticas sostenidas de consumo de drogas logran convivir con trayectorias educativas o laborales. En este sentido, algunos jóvenes con experiencias de consumos de drogas, hacen hincapié en que nunca robaron para “*comprar droga*” sino que el modo de sostener sus consumos siempre fue a partir de su trabajo.

*“(…) en el tiempo de consumo, nunca le toqué nada a nadie, nunca le hice daño a nadie. Trabajaba y consumía, trabajaba y consumía”* (Juan, 26 años, operador comunitario).

*“(…) trataba de no drogarme un domingo, porque el lunes tenía que ir a laborar (...) en realidad siempre laburé, siempre laburé, siempre tuve la idea de que en algún momento yo iba a hacer algo importante”* (Colo).

La posibilidad de compatibilizar consumos de drogas y sostenimiento de la actividad laboral se vislumbra aún con mayor claridad debido a que, desde las experiencias de algunos jóvenes, las sustancias ilícitas no solo no implicaron un obstáculo sino que les permitieron mejorar y potenciar su rendimiento en sus empleos. Uno de los jóvenes relata que en los primeros tiempos de consumo de pasta base/paco (6) –sustancia sobre la que existe un extendido acuerdo en considerarla la más nociva entre las que circulan actualmente en barrios vulnerabilizados de Argentina–, no solo logró estabilidad laboral, sino que su uso le permitió mejorar su *performance* y sobrellevar sin dificultades las forzadas actividades de carga y descarga de materiales en el corralón donde trabajaba.

*“Trabajaba igual [cuando consumía paco], hoy en día no podría trabajar, hoy lo veo muy forzado, como que no tenés descanso. Y allá no me interesaba nada. No sentía nada tampoco, no sentía cansancio, nada (...) [levantaba]*

*100 bolsas de arena (...) en 10 minutos. Y ahora seguro lo hago en una hora”* (Juan).

Sin embargo, cuando el consumo de drogas deviene en adicción comienza a repercutir negativamente en sus vínculos laborales y en sus trayectorias educativas.

*“(…) laburaba, cobraba y desaparecía 3, 4 días. Cobraba un lunes y volvía un jueves, viernes sin un mango. Me gastaba todo en falopa y no tenía para el boleto...me pegaba unas giras...”* (Colo).

El fragmento anterior nos permite visualizar que aún cuando el individuo desarrolla una fuerte dependencia hacia la/s sustancia/s, perdiendo el control de sus consumos, no necesariamente pierde el control de todas las esferas por las que transcurre su vida. En otras palabras, la pérdida de soberanía sobre sus prácticas de consumo no siempre desencadena prácticas delictivas orientadas al sostenimiento económico de dichos usos.

Como un patrón en los relatos de los jóvenes encontramos que sus prácticas de consumo de drogas no implicaron que el grupo familiar intencionalmente los excluyera de su seno, es decir, que los “*dejara tirados*” pese a que explicitara su desacuerdo con este tipo de prácticas. Esto hace referencia exclusiva al consumo de drogas ilegalizadas. En lo que respecta al alcohol, éste presenta un tratamiento diferencial por parte de sus familiares en función de la mencionada “*cultura del alcoholismo*”. Más aún, en algunos casos los vínculos familiares no solo no se resquebrajan sino que se consolidan ante el mutuo conocimiento de que el otro desarrolla prácticas de consumo, lo que lleva a compartir códigos, a establecer lazos de complicidad, guiños culturales y hasta en algunos casos, a transmitir algún tipo de *expertise* en los modos de consumir.

Los análisis que acabamos de relatar corresponden a jóvenes que consumen diversas sustancias. Existen afirmaciones de distinta índole entre quienes no consumen drogas, que sostienen la asociación entre consumos de drogas y delincuencia. Entre estos jóvenes existe consenso en considerar que el paco es la sustancia con mayor incidencia en la participación en hechos delictivos. El potencial adictivo de la sustancia en cuestión es reseñado unánimemente como causa fundamental de la mentada vinculación.

*“(…) se zarpan hasta con la mamá que te vio crecer si te tienen que robar una zapatilla para ir a comprar «paco», hasta las rejas, todo, cualquier cosa que tenga un mínimo valor, se lo roban, antes por lo menos podías dejar la ropa en el patio, ahora nada, olvidate (...)”* (Juana).

En los últimos años se observa un incremento en la visibilidad y masividad del consumo de paco (7). En los discursos de los jóvenes entrevistados se hace presente una tajante diferenciación entre un antes y un después de la llegada de la pasta base a sus barrios. Mencionan los cambios en los “*códigos*” barriales, y con ello hacen referencia a los modos de relación en-

tre los vecinos, al respeto por ciertas normas de intercambio implícitas y explícitas tanto materiales como simbólicas, en relación a la solidaridad y la “comunidad” y, en este sentido, a los valores que adquiere la pertenencia barrial. Hablar de los “cambios en los códigos” o de “ruptura en los códigos” es poner en evidencia los múltiples problemas que involucran las modificaciones morales en las transacciones, actividades y prácticas entre los vecinos. El cambio en los códigos quedó evidenciado sobre todo en cuatro aspectos: se producen robos y hurtos de objetos sin demasiado valor para los vecinos y comienzan a realizarse sobre bienes valorados; la violencia en los robos y el nivel de agresión se incrementó y no se condice con el resultado de la actividad; los robos y hurtos que se desarrollaban fuera del barrio – “no robar en el barrio” el código más valorado y uno de los pilares de respeto barrial – empezaron a realizarse dentro de sus límites; médicos, maestros y otros profesionales que tiempo atrás resultaban “intocables” comenzaron a sufrir amenazas y robos (Epele, 2010).

Desde la óptica de algunos jóvenes, el cambio de códigos al que hacíamos referencia, se manifiesta en estos barrios no solo en relación con las prácticas delictivas sino que tiene expresión en otras esferas. Las prácticas de consumir drogas que se circunscribían al ámbito privado o doméstico adquieren, a partir de la crisis de 2001 y de la masificación del consumo de paco, un carácter público que para estos jóvenes resulta inédito.

Los jóvenes postulan que la vergüenza de incurrir en una práctica de este tipo sumada a su carácter ilegal llevaba a que los usuarios se escondieran, se apartaran de la mirada del resto al momento de consumir drogas, invisibilizando así sus prácticas. Siguiendo a Gabriela Vergara, entendemos a la vergüenza o pudor como “(...) una emoción netamente social que se experimenta en el cuerpo subjetivo del yo, [impulsada] (...) por la presencia de otro (s)” (2009: 38).

Según los jóvenes residentes en villas miseria, la mirada de los otros adquiere en estos enclaves urbanos de pobreza una relevancia especial por causa de la estrechez del vínculo entre los vecinos. El grado de intimidad y el profuso conocimiento que cada vecino tiene sobre el resto de los residentes permitiría concebir a la villa como una “gran familia”. En este sentido, la mirada de los otros lejos de resultar equiparable a una mirada anónima se erige como significativa para el individuo.

“A mí lo que me pasaba, hay gente que se acostumbra, porque al principio es así, ¿viste?, vos vas recorriendo un camino donde te miran todos, te ven todos, todas las miradas juzgadoras, porque claro, al menos en mi caso, lo que es la villa, no es que te mira solamente tu familia, vos vivís en una gran familia, porque todos te conocen de chicos, todos te ven en el proceso [de consumo] (...)” (Colo).

## Las (no) entradas a los consumos de drogas

“[Drogas hay] en todos lados, donde vos vas (...) como dijeron unos chicos del barrio: «por más que nosotros no queramos comprar drogas, si nosotros no vamos a ella, ella viene a nosotros». Porque es verdad, el transa ve que no vienen los chicos y va en la bicicleta o va en el auto y para donde sabe que van a parar los chicos y te trae (...)” (Lili).

Los análisis que hacen los jóvenes sobre las motivaciones que llevan al consumo de drogas también son heterogéneos. Algunos consideran que la carencia de ciertas figuras familiares centrales es clave en relación al inicio en el consumo de drogas. Tanto la familia como las relaciones de pareja son presentadas en los relatos de algunos jóvenes como *refugio*, soportes que les permiten mantenerse alejados de los consumos de drogas y, en algunos casos, de situaciones de adicción.

En oposición a ciertos discursos que conceptualizan el fenómeno en términos binarios, algunas posturas de jóvenes señalan el carácter heterogéneo y complejo del consumo de drogas. Identifican una pluralidad de prácticas de consumo de sustancias, en un gradiente que distingue entre uso, consumo problemático (abuso) y dependencia, atravesadas por dimensiones culturales, generacionales y/o de género que las van clasificando como legítimas o ilegítimas.

En este sentido, las reflexiones de los entrevistados que incluimos en este grupo avanzan sobre la preponderancia de los escenarios socioeconómicos como los condicionantes fundamentales en el consumo de drogas en barrios de estas características. A su entender, el foco de atención debe colocarse en la sociedad y el destino que la misma le depara a los jóvenes. En la frustración de las expectativas individuales radica la causa fundamental que explica, no solo el incremento en los consumos de drogas, sino, fundamentalmente, el aumento del número de quienes encuentran en el comercio en pequeña escala de drogas (“transas”) una salida económica atractiva.

“«¿En qué estoy perdiendo el tiempo?», por decirlo así, ¿no? Y yo pienso que eso es lo que influye... Es lo que sigue influyendo para que haya más y más y más droga. Digo, siempre el tema de la plata. Y a veces la sociedad misma hace que nos volquemos [al consumo y venta de drogas], me incluyo porque vivo en la villa. Porque vos vas, tirás un currículum, ponés que sos de la villa, olvidate: no vas a conseguir un laburo, ni a palos. Y, bueno, son todos esos constantes rechazos y rechazos que, bueno... A algunos no les queda otra” (Juana).

La comprensión de las motivaciones para iniciarse en el consumo de drogas no puede prescindir del análisis de los contextos social, económico, cultural y familiar en el que los mismos tienen lugar. Independientemente del juicio que detenten respecto del consumo

de sustancias ilícitas, los jóvenes que formaron parte del estudio afirman que el contacto con las mismas formas parte de su realidad cotidiana.

Luego de garantizada esta primera condición de disponibilidad de sustancias el ingreso y permanencia en los consumos se explica por un conjunto de motivaciones diversas. Entre las más recurrentes en los relatos de los jóvenes podemos mencionar las siguientes: curiosidad, moda, imposición/instigación, sensaciones placenteras producidas por las sustancias y el placer derivado del encuentro con otros jóvenes. Si bien esta distinción puede resultar útil en términos analíticos, en las prácticas concretas se presentan de manera combinada. Ninguno de estos factores mencionados parece ser requisito necesario ni suficiente para dar cuenta del inicio en el consumo. Cada trayectoria de consumo supone una combinación específica de factores.

En lo que respecta al primero, la curiosidad, encontramos en las respuestas de estos jóvenes argumentos similares a los de otra investigación realizada en la Ciudad de Buenos Aires con jóvenes consumidores de drogas de síntesis (Camarotti, 2010). Tal como demuestra dicha investigación, frente a la heterogeneidad que el consumo de drogas parece mostrar se encuentran ocultas otras similitudes, a saber: búsquedas de placer, emoción, desrutinización, presentes en la mayoría de las experiencias, al menos iniciales de los jóvenes. Según estos jóvenes lo recreativo está en estrecha relación con la búsqueda de formas de socialización y pertenencia a grupos de pares.

Por otra parte, el grupo de pares, en pos de la conformación de identidades sociales y la adquisición de patrones homogéneos entre sus miembros –formas de vestirse, preferencias musicales, modos de expresión verbal, consumos de drogas– da lugar a prácticas de imposición/instigación en las que la agencia individual se subsume en la decisión grupal.

La búsqueda de sensaciones placenteras a partir de los consumos de drogas es la dimensión menos explorada en los análisis en torno a las posibilidades de ingreso y sostenimiento de sus prácticas.

Lo afirmado no debe hacernos caer en una posición ingenua que desatienda el carácter evasivo de los consumos de drogas frente a las exigencias que la modernidad tardía impone a los individuos en general y a los jóvenes en particular, relacionadas fundamentalmente con la obligación de construir identidades únicas, lo que es vivido como un destino ineludible y no como una elección. Asimismo, los análisis no pueden omitir la descripción de los escenarios y procesos de vulnerabilidad en que se inscriben estas prácticas.

Conjuntamente con las sensaciones corporales placenteras que los jóvenes señalan como una de las principales motivaciones para comenzar a experimentar con sustancias, otras posturas expresan otro tipo de placer: el derivado del encuentro con pares. De este

modo, encontramos que las drogas tanto legales como ilegalizadas pueden constituirse como productoras de vínculos de sociabilidad, de lazos sociales espontáneos, regidos por la única pretensión de ingresar en interacción recíproca con pares (Simmel, 2002).

Asimismo, vislumbramos que entre los usuarios de ciertas sustancias prima una *lógica del compartir*, que extiende sus alcances aún a desconocidos o personas extrañas al propio grupo (Epele, 2010) (8). Ésta desempeña un papel fundamental en el primer contacto con las drogas, dado que, en la mayoría de los casos, el consumo se inicia en contextos en los que intervienen amigos, familiares, vecinos o conocidos.

## Reflexiones finales

---

Los relatos biográficos de los jóvenes que formaron parte de la investigación nos muestran que los consumos de drogas son analizadores de los soportes materiales, simbólicos y afectivos que participan, colaboran y motorizan la construcción de relaciones sociales. Los jóvenes en sus relatos hacen visibles y explícitos dichos soportes a partir de la forma en que los movilizan. A continuación, propondremos algunas posibles articulaciones entre las categorías presentadas, tomando en cuenta los tipos de soportes que son movilizados, disputados o demandados por los jóvenes.

El consumo de drogas en estos barrios se torna una práctica de gran relevancia en tanto se convierte en un elemento visible y disponible para estos jóvenes. Esta visibilidad y disponibilidad obliga a los jóvenes a reflexionar y elaborar construcciones discursivas acerca de las prácticas de consumo de drogas en las que se entrecruzan consideraciones éticas, morales, religiosas, sanitarias, culturales y familiares. A diferencia de otros temas abordados en las entrevistas, las preguntas en torno a los consumos de drogas no resultaron sorprendentes para los jóvenes, sino que en ellas expusieron sentidos y significados elaborados previamente.

Para los jóvenes en general, y para los de barrios vulnerabilizados en particular, por causa de la mayor visibilidad y disponibilidad de sustancias ilícitas, el consumo de drogas constituye una *prueba existencial* frente a la cuál en algún momento deben tomar posición (Martuccelli, 2006). En otros términos, frente a la posibilidad concreta de consumir drogas, los jóvenes deben decidir si van o no a hacerlo. Si bien las pruebas existenciales son sociales, las mismas declinan de un modo diferente según las trayectorias personales y los lugares que ocupan los sujetos. De este modo, las mismas asumen significaciones plurales según los actores involucrados.

En otro orden de cosas, se observa en los relatos de los jóvenes una ruptura con los criterios jurídicos que marcan una asociación entre drogas legales y consumos no problemáticos y drogas ilegales asociadas a la carrera del consumo y la imposibilidad de establecer un con-

sumo no abusivo o que derive en una adicción. Es decir, una parte considerable de estos jóvenes no se rige por los parámetros que delimita el derecho sino que la censura en sus prácticas de consumo de drogas se basa en las reflexiones que les proporciona su experiencia.

En estos discursos también el *modelo médico hegemónico* se hace presente brindando elementos explicativos sobre el consumo de drogas (Menéndez, 1990). El análisis evidenció una tensión entre aquellos jóvenes que consideran que las drogas ilegales son más perjudiciales para la salud que las sustancias legales y aquellos que consideran que esto debe ser relativizado, “*que hay mucho mito con las drogas ilegales*” y que estas explicaciones, al menos, merecen ser revisadas. Estos discursos coinciden con los relatos de los jóvenes que utilizaron sustancias alguna vez en su vida. No obstante, estas tensiones no obturan la emergencia de explicaciones en donde se hace presente el temor y la preocupación frente a las consecuencias negativas de los consumos de drogas. Estas explicaciones se encuentran fundadas en sus experiencias cotidianas, en donde observan un fuerte deterioro de quienes las usan.

De todos modos, en la mayoría de sus explicaciones no incorporan los contextos socioeconómicos, los cuales condicionan los modos en los que se llevan a cabo los consumos. Como argumentan especialistas de otros países (Zinberg, 1984; Gamella y Álvarez Roldán, 1999), el contexto social del uso de drogas es una de las variables centrales a tener en cuenta, ya que permite comprender tanto los efectos específicos de cada sustancia como la posibilidad de que los usos puedan ser controlados y moderados o, por el contrario, compulsivos y nocivos. Gran parte de los recursos para poder controlar que el uso no termine siendo abusivo son sociales y culturales.

Nos parece importante retomar la idea que surge de los relatos de los jóvenes según la cual las drogas, tanto legales como ilegales, logran constituirse como productoras de vínculos de sociabilidad, como facilitadoras o canales de encuentro con sus pares. En este sentido, debemos poder ampliar la mirada en torno a lo que ocurre en los espacios de encuentro de estos jóvenes –la esquina, el barrio, el club, la calle– sin negar u olvidar que éstos resultan altamente valorados, lo que hace que los vínculos que allí se generan resulten “*creíbles*” para ellos. Estos espacios funcionan como plataformas de transformación e interiorización de prácticas y normas juveniles, en una suerte de reconfiguración y particularización de lo normativo, en tanto permiten articular las experiencias subjetivas con otros saberes.

## Notas finales

1. “(...) un uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente –en forma ocasional o crónica– a una o más áreas de la per-

sona, a saber: su salud física o mental; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); sus relaciones con la ley” (El Abrojo, 2007: 26).

2. Empleamos el término *drogas ilegalizadas* para dar cuenta del proceso histórico, social y contingente según el cual la producción, la comercialización y el consumo de ciertas sustancias han sido consideradas prácticas delictivas. De este modo, el término permite romper con la idea según la cual el estatus legal es una condición inherente de las sustancias.
3. Los programas encuadrados en esta perspectiva de trabajo se definen como “*el conjunto de estrategias, tanto individuales como colectivas, que se desarrollan en el ámbito social, sanitario y terapéutico encaminadas a minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas*” (Nieva et al., 1995: 26).
4. La desviación no debe visualizarse como una práctica depravada, sino como un tipo de comportamiento que ciertos individuos deploran y otros valoran (Becker, 2010). Es posible afirmar, siguiendo a Howard Becker (2010), que el hecho de que “(...) un acto sea considerado desviado o no depende (...) de la forma en que los otros reaccionan ante él” (31). En otras palabras, un comportamiento será desviado si es etiquetado como tal por un grupo social (Güelman, 2012).
5. Empleamos el concepto de vulnerabilidad en el sentido en que se viene desarrollando desde el enfoque de la Salud Colectiva en Brasil. Este abordaje busca superar la noción clásica de vulnerabilidad –la cual se relaciona exclusivamente con carencias económicas– introduciendo el análisis de las fragilidades políticas y/o jurídicas en la protección, promoción o garantía de los derechos de las personas. De este modo se busca reemplazar la noción de riesgo individual por la de vulnerabilidad social. Las posibilidades de cambio en las prácticas de los grupos y los sujetos no dependen de la voluntad personal sino del contexto en que las individualidades se conforman y manifiestan (Ayes et al., 2008).
6. La información sobre los derivados de la cocaína: *crack*, *pasta base* (*paco*), *basuco*, nombres populares que designan formas fumables de la cocaína en América Latina, es escasa. En Argentina contamos con un documento de la Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones, *Guía de Orientación a la Magistratura para la Adecuada Atención de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas* (2010) en el que se analizó la composición de dicha sustancia. Las conclusiones de dicho estudio en torno al análisis de las muestras que analizaron revelan que el denominado “paco” se caracteriza por su baja solubilidad en agua, ausencia de iones cloruro y sulfato, siendo en todos los casos cocaína base “estirado” en el 90% de las muestras con cafeína. Se hallaron

- también presentes además de cocaína base otros alcaloides presentes en la hoja de *erythroxylum coca*.
7. Según el Observatorio Argentino de Drogas, el porcentaje de personas que consumió pasta base en el año previo a la encuesta se incrementó 200% entre 2001 y 2005 (OAD, 2007). La cifra podría ser aún mayor en consideración de las dificultades que enfrentaría un usuario problemático de la sustancia para responder a un cuestionario de este tipo.
  8. María Epele (2010) inscribe temporal y tendencialmente a la *lógica del compartir* en las postrimerías de la década de 1980 y los inicios del decenio siguiente. Esta lógica se vinculaba estrechamente con el consumo por vía endovenosa de cocaína, el cual se realizaba en grupos que compartían las jeringas y la sustancia. La epidemia del Sida y la evidencia de su transmisión a través de jeringas clausuran la lógica del consumo compartido de drogas inyectables, quebrando ciertas relaciones sociales de reciprocidad. La inhalación se instaura como modo predominante de consumo de cocaína, dando lugar a un consumo más aislado, individual y atomizado. En este trabajo, consideramos que, la lógica del compartir aún detenta un peso significativo en ciertos consumos juveniles de sustancias, tales como la marihuana.

## Referencias bibliográficas

- Ayres, J. R.; França Júnior, I.; Calazans, G.J.; Saletti Filho, H.C. (2008). El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (Org.). *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones y tendencias* (pp.135-161xx). Buenos Aires: Lugar.
- Becker, H. (2010). *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Camarotti, A. C. (2010). *Prácticas, discursos y nuevos espacios de sociabilidad en torno al consumo de éxtasis de jóvenes de sectores medios de la Ciudad de Buenos Aires*. Tesis Doctoral en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Inédita.
- Comisión Interdisciplinaria de Expertos en Adicciones (2010). *Guía de Orientación a la Magistratura para la Adecuada Atención a las Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas*. Buenos Aires: Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.
- Duschatzky, S. & Corea, C. (2009). *Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- El Abrojo (2007). *El equilibrista*. Montevideo: Frontera.
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Gamella, J. F. & Álvarez Roldán, A. (1999). *Las rutas del éxtasis. Drogas de síntesis y nuevas culturas juveniles*. Barcelona: Ariel.
- Giddens, A. (1993). *Consecuencias de la modernidad*. Madrid: Alianza.
- Güelman, M. (2012). Desviación y consumos de drogas. Un análisis de sus vinculaciones desde las significaciones de jóvenes de barrios marginalizados del Área Metropolitana de Buenos Aires. *Actas de la III Reunión Nacional de Investigadoras/es en Juventudes Argentina. De las construcciones discursivas sobre lo juvenil hacia los discursos de las y los jóvenes*.
- Kornblit, A. L. (Coord.) (2004). *Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Modelos y procedimientos de análisis*. Buenos Aires: Biblos.
- Kornblit, A. L. (2010). Historias y relatos de vida: pseudo análisis y análisis en la investigación social. En Ciclo de Seminarios *Debates metodológicos en proceso de investigación social cualitativa*. Montevideo: Universidad de la República.
- Leclerc-Olive, M. (2009). Temporalidades de la experiencia: las biografías y sus acontecimientos. *Iberofórum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 8, 1-39.
- Martuccelli, D. (2006). *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*. Paris: Armand Colin.
- Menéndez, E. L. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México D.F.: Alianza Mexicana.
- Menéndez, E. L. (2012). Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud Colectiva*, 8 (1), 9-24.
- Nieva, P.; Baulenas, G. & Borrás, T. (1995). *Centros de encuentro y acogida*. Madrid: PNSD.
- Observatorio Argentino de Drogas (OAD). (2007). *El consumo de pasta base-paco en Argentina 2006*. Buenos Aires: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), Presidencia de la Nación Argentina. Disponible en línea en: [www.observatorio.gov.ar/especificos/especificosadicionales/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20Pasta%20base-paco.pdf](http://www.observatorio.gov.ar/especificos/especificosadicionales/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20Pasta%20base-paco.pdf)
- Observatorio Argentino de Drogas (OAD). (2010). *Estudio Nacional en población de 12 a 65 años, sobre consumo desustancias psicoactivas*. Buenos Aires: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), Presidencia de la Nación Argentina.
- Pujadas Muñoz, J.J. (1992). *El método biográfico. El uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, 4 (3), 301-318.
- Sánchez Antelo, M. V. (2012) Políticas europeas de juventud, ocio y consumo de sustancias psicoactivas. En Mendes Diz, A.M. & Schwarz, P. K. N. (Coord.) *Juventudes y género. Sentidos y usos del cuerpo, tiempos y espacios en los jóvenes de hoy* (pp. 30-52). Buenos Aires: Lugar.

- Sautu, Ruth (Comp.) (2004). *El método biográfico. La reconstrucción de la sociedad a partir del testimonio de los actores*. Buenos Aires: Lumiere.
  - Simmel, G. (2002). *Cuestiones fundamentales de sociología*. Barcelona: Gedisa.
  - Svampa, M. (2000). Introducción. En Svampa, M. (Ed.) *Desde abajo. Las transformaciones de las identidades sociales* (pp. 9-24). Buenos Aires: Editorial Biblos.
  - Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.) (2007). *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa.
  - Vergara, G. (2009). Conflicto y emociones. Un retrato de la vergüenza en Simmel, Elías y Giddens como excusa para interpretar prácticas en contextos de expulsión. En Scribano, A. & Figari, C. (Comps.) *Cuerpo (s), Subjetividad (es) y Conflicto (s). Hacia una sociología de los cuerpos y las emociones desde Latinoamérica* (pp. 34-52). Buenos Aires: CLACSO-Ciccus.
  - Zinberg, N. E. (1984). *Drug, Set, and Setting*. New Haven: Yale University Press.
-



# DEBATES



© VLADIMIR MERCHENSKY





# El debate sobre las políticas de drogas se profundiza en América Latina: Carta abierta a los Gobiernos de la región presentes en la Asamblea General de la OEA

**Graciela Touzé**

Trabajadora Social. Especialista en Ciencias Sociales y Salud. Intercambios Asociación Civil

## Resumen

Cada vez se hace más indudable el fracaso de la así llamada “guerra contra las drogas” y se multiplican las voces que alertan sobre sus consecuencias. En ocasión de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA), celebrada en La Antigua, Guatemala, del 4 al 6 de junio de 2013, cuyo tema central fue “Por una Política Integral frente al problema mundial de las drogas en las Américas”, 54 organizaciones de la sociedad civil de todo el continente presentaron una carta abierta a los gobiernos de la región urgiendo a poner la protección de los derechos humanos en el centro del debate. El “Informe sobre el Problema de las Drogas en las Américas”, mandado por los Jefes de Estado y de Gobierno durante la VI Cumbre de las Américas en 2012, y la decisión de convocar un periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General en 2014, para continuar analizando la materia, son señales alentadoras de la profundización del debate en la región.

## Palabras clave

Políticas de drogas - América Latina

## Abstract

The failure of the so-called “war on drugs” has become unquestionable and voices warning on its consequences multiply more and more. On the occasion of the General Assembly of the Organization of American States (OAS), held in Antigua, Guatemala, from 4 to 6 June 2013, whose theme was “For a Comprehensive Policy against the world drug problem in the Americas”, 54 civil society organizations from across the continent presented an open letter to the governments of the region urging to put the protection of human rights at the center of debate. The “Report on the Drug Problem in the Americas”, mandated by the Heads of State and Government at the Sixth Summit of the Americas in 2012, and the decision to

call a special session of the General Assembly in 2014, to continue discussing the matter, are encouraging signs of the deepening of the debate in the region.

## Key words

Drug policy - Latin America

## Introducción

Cada vez se hace más indudable el fracaso de la así llamada “guerra contra las drogas” y se multiplican las voces que alertan sobre sus consecuencias. Un editorial del *British Medical Journal* remarca el impacto beneficioso para la salud pública de la despenalización del uso de drogas y alienta “*un debate racional para minimizar los daños a la salud de la población mediante políticas basadas en la evidencia*” (Gilmore, 2012: 2381). Otros autores advierten: “*a menos que los gobiernos de América Latina y el Caribe cambien sus políticas para enfocarse en la reducción de daños y confronten la exclusión social de los usuarios de drogas, la transmisión del VIH y otras infecciones entre las personas que usan drogas continuará aumentando*” (Rossi, Harris & Vitarelli-Batista, 2009:129). Los impactos en el sistema penitenciario son particularmente preocupantes en América Latina. Un estudio realizado en ocho países –Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Perú y Uruguay– indica que “*el énfasis de la fiscalización de drogas en sanciones penales ha dado lugar a un gran aumento del número de personas encarceladas por delitos de drogas (lo que) no ha sido solamente ineficaz para detener la producción, tráfico y consumo de sustancias ilícitas sino que ha generado consecuencias negativas, como la sobrecarga de tribunales y cárceles, y el sufrimiento de decenas de miles de personas tras las rejas por pequeños delitos de drogas o por su simple posesión*” (Metaal & Youngers, 2010:5).

Haciéndose eco de estos diagnósticos y urgiendo a poner la protección de los derechos humanos en el centro del debate, 54 organizaciones de la sociedad civil de todo el continente presentaron una carta abierta a los gobiernos de la región, en ocasión de la Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos (OEA), celebrada en Antigua, Guatemala, del 4 al 6 de junio de 2013, cuyo tema central fue “Por una Política Integral frente al problema mundial de las drogas en las Américas”.

No resultan datos menores que este tema haya sido abordado por la OEA tras la presentación por el Secretario General, del “Informe sobre el Problema de las Drogas en las Américas” (Insulza, 2013) que había sido mandatado por los Jefes de Estado y de Gobierno durante la VI Cumbre de las Américas en 2012, así como la decisión de convocar un periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General en 2014, para continuar analizando la materia.

Estos sucesos son señales alentadoras de la profundización del debate en la región. Como aporte al mismo, reproducimos la Carta abierta con la convicción de que la sociedad toda debe involucrarse en una reflexión profunda que conduzca al replanteo de las políticas de drogas vigentes y promueva respuestas más eficaces y respetuosas de los derechos.

## Carta abierta a los Gobiernos de la región presentes en la Asamblea General de la OEA

Antigua, Guatemala. Junio 2013

### Es urgente poner la protección de los derechos humanos en el centro del debate sobre las políticas de drogas en las Américas

Las organizaciones firmantes saludamos la apertura al debate sobre las políticas de drogas que han impulsado algunos Estados de América Latina en los últimos meses. La Asamblea General que se celebrará en la Antigua será una oportunidad para discutir los límites y perjuicios de las políticas existentes y la posible adopción de alternativas.

En los últimos años se ha hecho aún más evidente la necesidad de discutir el alcance y pertinencia de las políticas de drogas adoptadas en cada uno de los países de las Américas, pues ha surgido evidencia empírica sólida, amplia y diversa de que dichas políticas son ineficaces y tienen graves efectos negativos, en especial si se les analiza desde un enfoque de derechos humanos. Las políticas prohibicionistas y la guerra contra las drogas han recrudecido los conflictos violentos en la región, al crear un enorme mercado ilegal controlado por complejas organizaciones delictivas. Estos conflictos se localizan generalmente en zonas empobrecidas, profundizando aún más el deterioro de las condiciones de vida y la estigmatización de sus habitantes.

En nuestra condición de organizaciones dedicadas a promover el respeto y garantía efectiva de los derechos humanos queremos enfatizar que la revisión de las políticas de drogas resulta necesaria en la región tanto por razones empíricas como normativas.

A partir de un enfoque empírico, las investigaciones basadas en evidencias, muestran cada vez más claramente que las políticas de drogas están teniendo impactos negativos en los derechos humanos en la región. Por una parte, las políticas represivas tienden a vulnerar de manera directa los derechos humanos de miles de personas, en especial de aquellas que son judicializadas, muchas veces sin el cumplimiento de garantías penales básicas, y de quienes son enviados a la cárcel, pues suelen enfrentar condiciones infrahumanas, como las asociadas con el hacinamiento. Estas políticas tienden a tener impactos desproporcion-

nados en ciertos grupos, especialmente vulnerables, y por esa vía, reproducen la discriminación y terminan vulnerando derechos fundamentales.

Por otra parte, las políticas prohibicionistas han colaborado en la formación de organizaciones armadas dedicadas a actividades criminales entre las que se destaca el tráfico de drogas, y que producen fenómenos de violencia importantes y por esta vía afectan los derechos de las personas en las Américas. Dado que la violencia es la forma primordial de regulación de los mercados ilegales, el tráfico de sustancias prohibidas está necesariamente acompañado por el tráfico de armas, de las peleas por los territorios, la corrupción y socavamiento de las instituciones democráticas, especialmente las policías, la justicia y las instituciones de gobierno. **La revisión del paradigma de la 'guerra contra las drogas' debe ser vista como parte de una iniciativa para la reducción de la violencia.**

Desde el punto de vista normativo también es claro hoy que las obligaciones internacionales de derechos humanos deben prevalecer sobre aquellas que han adquirido en materia de sustancias psicoactivas prohibidas o fiscalizadas. Esto se debe a que los compromisos internacionales en derechos humanos tienen mayor jerarquía normativa, pues el deber de los Estados de respetar los derechos humanos es un mandato que tiene su base en la Carta de las Naciones Unidas, que es un tratado que predomina sobre cualquier otra convención; y además, el principio del deber de los Estados de respetar los derechos humanos ha sido considerado por muchos doctrinantes como una norma de *Ius Cogens* o norma imperativa de derecho internacional, que no admite una convención en contrario. Por consiguiente, el derecho internacional de las drogas debe ser entendido e interpretado, y si es necesario adaptado, en una forma que sea compatible con las obligaciones internacionales en derechos humanos. El principio rector de las políticas debería siempre estar centrado en el ciudadano, y la protección integral de sus derechos.

Este modelo prohibicionista ha servido para ampliar las brechas sociales, las inequidades económicas, las diferencias políticas y las asimetrías internacionales. Las prácticas efectivas y específicas de los Estados muestran que el régimen internacional en torno a las drogas no ha cambiado en el siglo que ha transcurrido desde su configuración inicial. En gran medida, este régimen tan rígido atraviesa una coyuntura crítica pues tanto su credibilidad como su legitimidad están seriamente erosionadas.

Por lo anterior, hacemos un llamado a los Gobiernos de las Américas a que refuercen sus compromisos en materia de derechos humanos frente a las políticas de drogas, y en esa medida, discutan y replanteen las iniciativas existentes, con el fin de ubicar los derechos humanos en el centro del debate.

## Organizaciones firmantes

---

1. A.C. y Cultura Joven A.C., México
2. Acción Técnica Social (ATS), Colombia
3. American Civil Liberties Union (ACLU), Estados Unidos
4. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Brasil
5. Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), Brasil
6. Asociación Civil por el Derecho a la Salud, Argentina
7. Associação pela Reforma Prisional (ARP), Brasil
8. Asociación Pro Derechos Humanos (APRODEH), Perú
9. Canadian Civil Liberties Association (CCLA), Canadá
10. Canadian Drug Policy Coalition, Canadá
11. Centro de Análisis Forense y Ciencias Aplicadas (CAFCA), Guatemala
12. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Brasil
13. Centro Cáritas de formación para la atención de las farmacodependencias y situaciones críticas asociadas, México
14. Centro de Derechos Humanos Miguel Agustín Pro Juárez (Centro Prodh), México
15. Centro de Derechos Humanos de la Montaña "Tlachinollan", México
16. Centro de Direitos Econômicos e Sociais (CDES), Brasil
17. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Argentina
18. Centro de Estudos de Segurança e Cidadania da Universidade Cândido Mendes, Brasil
19. Centro de Investigación Drogas y Derechos Humanos (CIDDH), Perú
20. Colectivo por una Política Integral de Drogas (CUPIHD), México
21. Comisión Colombiana de Juristas, Colombia
22. Comité de Familiares de Detenidos-Desaparecidos (COFADEH), Honduras
23. Conectas Direitos Humanos, Brasil
24. Consorcio Internacional sobre Políticas de drogas (IDPC)
25. Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay (CODEHUPY), Paraguay
26. Coordinación Nacional de Organizaciones de Mujeres Trabajadoras Rurales e Indígenas (CONAMURI), Paraguay
27. Corporación Humanas, Colombia
28. Corporación Humanas, Chile
29. Dejusticia – Centro de Estudios de Derecho, Justicia y Sociedad, Colombia
30. Drug Policy Alliance (DPA), Estados Unidos
31. Due Process of Law Foundation (DPLF), Estados Unidos
32. Espolea Asociación Civil, México
33. Fundación Myrna Mack, Guatemala

34. Fundar, México
35. Gabinete de Assessoria Jurídica às Organizações Populares (GAJOP), Brasil
36. Harm Reduction Coalition (HRC), Estados Unidos
37. Intercambios Asociación Civil, Argentina
38. Instituto de Defesa do Direito de Defesa (IDDD), Brasil
39. Instituto de Defensa Legal (IDL), Perú
40. Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay (IELSUR), Uruguay
41. Justiça Global, Brasil
42. México Unido contra la Delincuencia (MUCD), México
43. Movimiento de Mujeres por la Paz Visitación Padiella, Honduras
44. Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), Brasil
45. Observatorio de Derechos Humanos de Pueblos Indígenas, Argentina
46. Observatorio de Derechos Humanos de Rio Negro, Argentina
47. Oficina de Washington para Latinoamérica (WOLA), Estados Unidos
48. Plataforma Dhesca, Brasil
49. Psicotropicus, Brasil
50. Puente, Investigación y Enlace (PIE), Bolivia

51. Red Andina de Información, Bolivia
52. Red Chilena de Reducción de Daños, Chile.
53. Tierraviva, Paraguay
54. Transnational Institute (TNI)

## Referencias bibliográficas

---

- Gilmore, I. T. (2012). “Drug policy debate is needed: To deal with the public health consequences of the criminalization of drug use”. En *British Medical Journal*, 344:e2381.
- Insulza, J. M. (2013). *El problema de las drogas en las Américas*. Washington: Organización de los Estados Americanos.
- Metaal, P.; Youngers, C., Editoras (2010). *Sistemas sobrecargados. Leyes de drogas y cárceles en América Latina*. Transnational Institute y Washington Office on Latin America.
- Rossi, D.; Harris, S.; Vitarelli-Batista, M. (2009). The impacts of the Drug War in Latin America and the Caribbean. En *At what cost? HIV and human rights consequences of the global “war on drugs”*. New York: Open Society Institute – International Harm Reduction Development Program.



# Paradojas de las escuelas inclusivas<sup>1</sup>

Gabriela Dueñas

Doctora en Psicología. Lic. en Educación. Psicopedagoga.

Integrante de *Forum Infancias* (ex *ForumAdd*). Equipo interdisciplinario de prevención de la Patologización y Medicalización de las infancias y adolescencias.

Profesora titular de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador - USAL.

## De la declaración de los derechos de los niños a la deconstrucción de sus derechos

Una escuela inspirada en la filosofía de una “pedagogía de las competencias” que proclama las más altas metas en términos de “calidad educativa” en función de estándares propuestos para su evaluación por organismos internacionales, a la que a la vez, el “mercado laboral” no deja de demandarle “capacidad de producción y eficiencia”, con frecuencia termina promoviendo condiciones bastante complicadas como para hacer de ella –al mismo tiempo– un espacio compatible con el ideal de una **escuela inclusiva para todos** (2).

Aun así, nadie duda –ni mucho menos se atreve a cuestionar– si están dadas las “condiciones mínimas” que se requieren para que las escuelas de “educación obligatoria-común”, (en todos sus niveles, tanto las de gestión pública como privadas) puedan llevar adelante, como lo vienen haciendo, proyectos de este tipo, que –tal como proclaman con insistencia– se proponen el logro de este “ideal”, por cierto muy loable y bien intencionado, de garantizar el acceso y la “igualdad de oportunidades educativas” a “todos” los niños, niñas y jóvenes, mientras que –al mismo tiempo– aún hoy conservan, en pleno Siglo XXI, condiciones y estilos de funcionamiento muy semejantes a aquellos con las que parecen haber sido “marcadas a fuego” desde los inicios mismos del Sistema Educativo en Argentina, allá por el Siglo XIX.

Tampoco resulta sencillo –por lo delicado del tema– generar espacios en los que nos dispongamos a evaluar críticamente el devenir que han tenido estos procesos en los últimos años, desde que a partir de los noventa se inicia la implementación en nuestro país de una se-

rie de políticas educativas orientadas a transformar a las escuelas en “inclusivas”, mientras que, paradójicamente, en esa misma década, la región estaba siendo impactada por la profundización de lógicas de fuerte sesgo neoliberal que promovieron procesos de fragmentación y exclusión social sin precedentes.

Al respecto, parece necesario entonces, considerar que –si bien este tipo de prácticas escolares ha sido factible, de acuerdo a un sin fin de experiencias que cotidianamente se llevaron y se llevan adelante, y que permanentemente se dan a conocer– ya es hora también que a la luz del trayecto recorrido y en atención a las complejidades inherentes a procesos de esta índole, sostengamos presente la posibilidad de pensar (aunque solo sea en términos de “sospecha”) que este tipo de experiencias escolares no han sido, ni son tan simples, como para justificar su naturalización y reproducción, así, tal como viene sucediendo, a partir de evaluaciones que –de manera generalizada– las califican rápidamente de “positivas” y hasta de sumamente “exitosas”, como consecuencia de lecturas que –en ocasiones– evidencian cierta superficialidad en la medida que, con frecuencia, solo se limitan a considerar desde ciertas perspectivas simplificadoras datos recogidos de manera descontextualizada.

Detenernos a problematizar las experiencias derivadas de la intención de hacer de las organizaciones escolares, tal como funcionan en la actualidad, **Escuelas Inclusivas**, repensando para esto –y desde una perspectiva interdisciplinaria– sus alcances e implicancias en sus distintas dimensiones, parece ser hoy un imperativo impostergable para quienes –trabajando en ellas, e involucrados en este tipo de proyectos– consideramos que es necesario evitar que por esta vía y sin demasiada conciencia al respecto, se continúe avanzando en la profundización de un modelo que

–por falta de revisión– corre el riesgo de terminar legitimando prácticas que, en ocasiones y de acuerdo a algunos observables recogidos en el cotidiano escolar, hasta puedan estar contribuyendo a desvirtuar de manera significativa las intenciones y los principios mismos a partir de los cuales se justifican y se sostienen.

Con este propósito, a continuación propongo algunos elementos que considero pueden contribuir a visibilizar algunas cuestiones que –a lo largo de estos últimos años– se observa que se han ido *naturalizando* a través de diversas prácticas pedagógicas orientadas a la “inclusión” escolar de niños con necesidades educativas especiales, algunos de cuyos efectos parecen –paradójicamente– estar promoviendo, incluso, hasta lo opuesto, es decir, auténticos procesos de **exclusión** dentro de las escuelas.

## Incluir no es lo mismo que “integrar”

Para ahondar en la cuestión, resulta conveniente comenzar por advertir que no es lo mismo hablar de “integrar” que de “incluir”. El primero de los términos viene del adjetivo latino *“integer-egra-egrum”*, y su significado es *“entero”* o *“intacto”*. Al respecto, el Diccionario de la Real Academia Española define *“integrar”* como *“constituir las partes de un todo”*, y en una segunda acepción como *“incorporarse a un grupo para formar parte de él”*. *“Íntegro”* por su parte, es aquello que *“no carece de ninguna de sus partes”*.

Las ideas que sobresalen en estas definiciones son por lo tanto, la relación que existe entre un todo entero y las partes que conforman a ese todo, equitativamente, y le dan una identidad. En cambio *“Incluir”*, del latín *“includere”* –*“encerrar un objeto dentro de algo”*– significa *“todo aquello que está agregado a un grupo”*.

Resulta interesante observar entonces, que el término *“incluir”* se aproxima más a la idea de *“asimilar”* que a la de *“integrar”*, ya que reviste el sentido de *“poner algún elemento «extraño» dentro de un grupo y hacerlo formar parte de éste”*. En este sentido, aquello acerca de lo cual se dice que está incluido, estaría –desde esta perspectiva– *“encerrado”* dentro de un grupo. Mientras que, en su lugar, aquello acerca de lo cual se dice que está *“integrado”*, formaría parte del grupo, es decir, sería una parte constitutiva del entero (Senatore, 2004).

Desde esta óptica que nos aporta la polisemia del lenguaje y en atención a los posibles deslizamientos de sentido que pueden producirse en la elección de los términos que se usan en las denominaciones, resulta oportuno preguntarnos entonces: ¿en qué condiciones y con qué lógicas se vienen llevando a la práctica, desde hace ya más de una década, estas “experiencias de Integración” de Niños con Necesidades Educativas Especiales en “escuelas comunes” en el marco de Políticas Educativas que se proponen como meta transformarlas –por esta vía– en *“Inclusivas”*?

## Problematizando algunas cuestiones vinculadas a la tan mentada “Escuela inclusiva”

Para avanzar en esta cuestión, de modo que nos permita entender cómo y por qué, algunas experiencias llevadas adelante con el propósito de transformar a las “escuelas comunes” en “inclusivas” terminaron –de acuerdo a nuestra sospecha– transfigurándose en la actualidad en un problema más emparentado con la “exclusión escolar” que con la “integración”, resulta necesario iniciar un proceso de indagación que –siguiendo con esto a Foucault– demanda por su parte de un trabajo de contextualización histórica de estos procesos

Al respecto Eduardo Pridmenik (3) acerca elementos interesantes en un trabajo no publicado, presentado para el III Simposio Internacional sobre La Patologización de la Infancia realizado en Buenos Aires en 2011 en el que refiere que –cuando se comenzó a hablar de integración– la idea que se transmitía era la de un movimiento que tendía a cuestionar la constitución de las escuelas especiales en ghettos separados del mundo “normal”.

Se comenzó a hablar entonces –aludiendo a los Derechos de la Infancia– de permitir que todos los niños contaran con la “posibilidad de insertarse” en la educación general “con respeto de sus diferencias”. Por supuesto, eso implicaba la necesidad de la Educación General de cuestionarse sus estructuras y formatos, respetando las necesidades particulares de cada alumno. Este proyecto incluía desde sus comienzos, no solo modificaciones curriculares sino también, y a modo de ejemplo, adaptaciones arquitectónicas, (accesibilidad, mobiliario, etc.). Pero también, fundamentalmente, repensar la concepción misma de lo que es educación, y qué requisitos serían los necesarios para poder acceder a ella.

Pero *“nada puede existir por fuera de la realidad de su tiempo”* advirtiéndose entonces –ya desde sus primeros momentos– que la promulgación de la ley marco para la integración creó a la vez la oportunidad para la aparición de distintos fenómenos no previstos en su espíritu.

En primer lugar, como todo producto, generó su propia demanda, y muchas familias comenzaron a reclamar para sus hijos la posibilidad de ser admitidos en escuelas de educación común, llevados de su propia ansiedad o por indicación de profesionales, (médicos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, etc.), mal informados acerca de la incumbencia del servicio o imbuidos muchas veces de la soberbia de la *“orden médica”*.

Muchas escuelas especiales comenzaron entonces a brindar el servicio de integración en una forma acrítica, basadas solo en “prescripciones médicas” o en la solicitud parental, pero sin realizar evaluaciones propias, siendo que eran las más idóneas para efectuarlas y establecer la pertinencia de tales prácticas.

## ¿La integración escolar mercantilizada?

De manera paralela e incentivada por el incremento de la demanda de integraciones de niños con necesidades educativas especiales (NNEE) a “escuelas comunes”, comenzaron a surgir entonces numerosos “equipos privados”, con frecuencia coordinados por profesionales del campo de la salud que –desde fuera del ámbito escolar– comenzaron a ofrecer como servicio la terciarización de todo lo requerido para este tipo de prestaciones, ocupándose –fundamentalmente– de la selección, contratación (temporaria) y supervisión del personal que se requería para desempeñarse como *maestras integradoras* (M.I.) de estos escolares. Esta circunstancia –como era de esperarse– derivó con frecuencia en situaciones complejas referidas al tipo de relación de dependencia, bastante confusa por cierto, que se generaba (y se genera aún hoy) entre las famosas “M. I.”: por un lado con el resto del plantel docente y el equipo directivo de la escuela donde ésta se desempeña; y por otro, con la familia del niño al que atienden y de quien, en última instancia, depende –equipo de integración particular mediante-incluso, su salario.

Pero el efecto más extendido y preocupante que puede observarse es el de una suerte de *inversión* de los procesos de la pretendida escuela inclusiva, sobre la cual resulta necesario detenerse a considerar, dado que –de manera casi imperceptible– avanza “de construyendo” a su paso con lo mucho, o lo poco, que se venía trabajando en atención a los Derechos de los niños.

## La medicalización de la educación

Se trata de un fenómeno por el cual ya no se parte de un niño con discapacidad al que se intenta incorporar a la escolaridad general, sino de un niño que estuvo desde siempre en escolaridad común, y que –a partir de la aparición de dificultades en sus avances pedagógicos– la escuela común encuentra en la solicitud de un maestro integrador un modo de derivar responsabilidades, haciendo que la *Especial* se haga cargo de todas las dificultades escolares, como si la escuela común nada tuviera que ver ni en su origen, ni en su evaluación y resolución.

Este fenómeno, estrechamente ligado a su vez al que se conoce como el de la “*patologización y medicalización de las infancias y adolescencias actuales*” avanza así, hacia una pretensión de estandarización, donde el “*alumno normal*” sería solo aquel que *no manifieste* hacia el interior de la institución escolar, *ningún tipo de dificultad o contradicción con lo esperable*, de manera tal que –lamentablemente– con frecuencia, se pierde así la posibilidad de atender a aquellas cuestiones que ha-

cen a su “*singularidad*”. Puesto que son justamente las “*singularidades*”, expresadas o no en un nivel sintomático, las que parecen producir inmediatamente la exigencia de “*maestro integrador*”.

Comienza allí todo un proceso de *des-integración*:

En primer lugar, los padres son citados y se les comunica que su hijo “*debe tener maestro integrador porque tiene dificultades*”. No se trata de conversar acerca de qué puede estar pasándole al niño; es directamente sobre él que recae el estigma. Se les solicita entonces la consulta con un equipo médico, por lo general a cargo de un neurólogo, para que “*evalúe*” al niño e indique los tratamientos necesarios para que con prontitud se solucione el “*trastorno*” que éste manifiesta en el aula, de modo de “*normalizar*” su funcionamiento en la escuela. Se parte entonces de la idea que sus conductas desadaptadas (a las expectativas escolares) remiten a “*supuestas deficiencias de carácter biológico*” portadas por el alumno, y que –por lo tanto– se requiere de una intervención médica externa a partir de la cual se *habilite* la posibilidad de ofrecerle a ese escolar la asistencia educativa que precisa de acuerdo a sus necesidades.

Todo parece indicar que en estos últimos tiempos, solo con el “*diagnóstico/evaluación*” de un correspondiente *Trastorno Mental* en mano, las “*necesidades educativas especiales*” de una llamativa cantidad de niños, derivadas de etiquetas del tipo de las que propone el DSM IV como TGD (Trastorno Generalizado del Desarrollo) - ADD-H (Trastorno por Déficit Atencional con o sin hiperactividad) - TEA (Trastorno del Espectro Autista) - TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo) - Dislexia, etc. pueden ser atendidas dentro del marco de la escuela común, claro que con la asistencia protésica de un programa/proyecto de integración que posibilite las adaptaciones curriculares y/u otras necesarias para cada “*caso*”.

Para esto, a continuación, se les indica a las familias que deben dirigirse a la escuela especial más cercana a requerir el servicio. Las escuelas del Estado, ya de por sí desprovistas, generalmente no cuentan con los recursos suficientes como para brindar una buena prestación; (o en todo caso así se interpreta el hecho que el servicio se preste de acuerdo a principios pedagógicos y no de acuerdo a la demanda parental o del equipo de salud interviniente).

Aparece allí, la oferta de los mencionados “*equipos particulares de integración*” y las escuelas privadas. Como pocos pueden pagarlas de su bolsillo, las cubren la Obras Sociales y las empresas de medicina prepaga. Pero, la ley establece que para recibir esa cobertura se debe contar primero con un *Certificado de Discapacidad*, cuya tramitación, parece haberse facilitado llamativamente en los últimos años como consecuencia del accionar de numerosas asociaciones de padres y profesionales que se organizaron para ocuparse de atender de manera más eficiente a niños portadores de una gran diversidad de *novedosos síndromes* y

*trastornos neuro cognitivos*. Como las ya mencionados, todos ellos, y casi como una “epidemia”, de supuesta etiología genética, por lo cual –además– se les suele indicar como tratamiento de base drogas psico activas desde muy temprana edad, complementados con Programas de Adiestramiento Conductuales que permiten, de acuerdo a estas mismas lógicas, “reordenar” rápidamente los respectivos “trastornos comportamentales” que manifiestan los chicos en las escuelas.

## La discapacidad “certificada” y los “Derechos de los niños en juego”

En el marco de este tipo de procedimientos, que de acuerdo a lo que se observa se han vuelto cada día más frecuentes, se explica entonces el incremento significativo de niños y adolescentes que llegan hoy a las escuelas comunes portando *Certificados de Discapacidad*.

De esta manera, una medida que originalmente se tomó con la intención de ejercer acciones de “discriminación positiva”, buscando que la cobertura vaya a quien realmente lo necesite, hoy parece estar siendo objeto de ciertas prácticas de carácter abusivas que reclaman ser sometidas a un examen crítico que permita evaluar si con ellas no se están –paradójicamente y como se anticipó– vulnerando los derechos de muchos niñas, niños y adolescentes. De manera particular aquel principio fundamental que sostiene que “*todo niño, por el solo hecho de ser un niño*”, tiene derecho a recibir toda la atención que precise tanto desde el campo de la salud, como desde la educación y lo social, de modo de garantizar por todos los medios su bienestar e interés superior.

## Notas finales

1. Este trabajo abrevia en otro de mi autoría oportunamente publicado en la Revista RUEDES n°4. Año 2013.
2. Los elementos /aportes aquí referidos forman parte de una serie de trabajos publicados y en vías de publicación acerca de los cuales realizaré una presentación en el “*IV Simposio La Patologización de la Infancia. Intervenciones inclusivas y subjetivantes en la clínica y en las aulas*”, organizado -con el auspicio de la Editorial Novedades Educativas, en forma conjunta por el Equipo Forum Infancias (ex ForumAdd) y la Fundación Sociedades Complejas, que tendrá lugar en Bs As entre el 6 y el 8 de Julio del corriente año y de cuyo Comité Científico formo parte.
3. Eduardo Pridmenik es un destacado psicoanalista que viene trabajando en los últimos años temáticas vinculadas con la “discapacidad” a partir de su trayectoria profesional con niños y jóvenes en zona oeste del Gran Buenos Aires y cuyos aportes, derivados

de la lectura de trabajos no publicados oportunamente compartidos con esta autora, han considerados en este trabajo como particularmente pertinentes.

## Referencias bibliográficas

- Benasayag, L.& Dueñas, G. Comps (2011). *Invencción de enfermedades. Traiciones a la salud y a la educación. La medicalización de la vida contemporánea*. Buenos Aires: Noveduc.
- Berardi, F.: (2003). *La fábrica de la infelicidad*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Cerletti, L. (2006). *Las familias, ¿un problema escolar? Sobre la socialización escolar infantil*. Buenos Aires: Noveduc.
- Corea, C. & Lewcowicz, I. (2004). *Pedagogía del aburrido*. Buenos Aires: Paidós.
- Cordié, A. (1998). *Malestar en el docente. La educación confrontada con el psicoanálisis*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Dussel, I. & Southwell, M. (2010). ¿Qué y cuánto puede una escuela?. En Revista *El Monitor de la Educación*. N° 25. Editada por el Ministerio de Educación de la Nación Bs. As.
- Dueñas, G. (2007). La Patologización y Medicalización de la Infancia: ¿Nuevos dispositivos de control de la conducta?. En Revista *Novedades Educativas* n° 196. Edición Especial. Abril de 2007. Buenos Aires: Noveduc.
- Dueñas, G. Comp. (2011). *La patologización de la infancia: ¿Niños o síndromes*. Buenos Aires: Noveduc.
- Fernández, A. (1987). *La inteligencia atrapada*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Foucault, M. (2005). *El poder Psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Kaplan, C. (1994). *Buenos y malos alumnos: descripciones que predicen*. Buenos Aires: Aique.
- Rojas, M. C. (2004). Perspectiva familiar y escolar. En Janin, B. *Niños desatentos e hiperactivos ADD/ADHD*. Buenos Aires: Noveduc.
- Senatore, S. (2004). *La escuela impulsora de un nuevo modelo didáctico*. Banco de experiencias pedagógicas. Secretaria de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Taborda, A. & Leoz, G. (2012). *Extensiones clínicas en Psicología Educativa*. Capítulos en Tomo I y Tomo II. Nueva Editorial Universitaria UNSL. Universidad Nacional de San Luis. Versión Digitalizada: [www.unsl.edu.ar](http://www.unsl.edu.ar)
- Vasen, J. (2007). *Las certezas perdidas*. Buenos Aires: Paidós.
- Vasen, J. (2008). *La atención que no se presta: el “mal” llamado ADD*. Buenos Aires: Noveduc.
- Zanelli, N. P. y Carriego, C. (2007). La escuela y la atención a la familia-cliente. En Revista *Novedades Educativas* n° 201 *Familia y Escuela*. Buenos Aires: Noveduc.



# La constitución social de la subjetividad en la contemporaneidad

María Teresa Lodieu

Mgter en Salud Pública UBA. Lic. en Psicología UBA. Doctoranda del Doctorado Internacional de Salud Mental Comunitaria UNLa. Ex Profesora Adjunta del CBC y de la Facultad de Psicología UBA. Ex Docente de la Maestría en Salud Mental Comunitaria UNLa.

En los últimos tiempos la palabra subjetividad está muy presente en los discursos de las ciencias sociales, de la psicología, del psicoanálisis y en el campo de la salud mental. En estos ámbitos se discute sobre la subjetividad, sobre la producción de subjetividad, la subjetivación y la des-subjetivación. Este último concepto es encarado más particularmente en estudios sobre los efectos de los procesos de institucionalización que se generan en los sistemas asilares o carcelarios.

En este texto nos vamos a circunscribir a algunos de los elementos constitutivos de la subjetividad contemporánea, entendiéndola como enmarcada en lo que se identifica como capitalismo tardío o capitalismo de consumo.

## Sobre el campo de la subjetividad

Ignacio Lewkowicz considera que la subjetividad es el campo configurado por el modo en que se organizaron las disciplinas sociales y psicológicas. Una clara división entre estas disciplinas determinaba una manera sesgada y fragmentaria de comprender lo social y lo individual. Los análisis realizados desde perspectivas

polares dificultaba comprender las dinámicas de su relación. En ese sentido el nuevo campo epistémico, el de la subjetividad, vino a subsanar esa fractura histórica permitiendo integrar las dimensiones de lo individual y lo social (Wlosko, 2009).

## Constitución subjetiva

El sujeto humano es un sujeto social nace y se desarrolla en una determinada sociedad y se constituye como sujeto social acorde a los parámetros sociales, históricos y culturales imperantes en su medio social. En ese sentido el proceso de subjetivación es inherente al campo sociohistórico.

Esta concepción se refleja en una frase de Silvia Duschatzky y Cristina Corea (2002: 21) “*Las formas de producción de subjetividad no son universales ni atemporales sino que se inscriben en condiciones sociales y culturales específicas*”.

Son estas condiciones socioculturales específicas las que configuran una red práctica que interviene en la constitución de las subjetividades, asumiendo características epocales. Acorde a la concepción de Lewkowicz (1998) las prácticas de producción de subjetividad determinan la “naturaleza humana” en cada situación.

Para la historia de las subjetividades los hombres son lo que las prácticas de producción de subjetividad los hacen ser, y las particularidades históricas de esas prácticas nos permiten postular las características que vamos a señalar de esta subjetividad contemporánea.

Silvia Bleichmar (2005: 81) marca también esta producción histórica: “(...) *la subjetividad es un proceso histórico no sólo en el sentido de que surge de un proceso, que es efecto de tiempos de constitución, sino que es efecto de determinadas variables históricas, en el sentido de la Historia social, que varía en las diferentes culturas y sufre transformaciones a partir de las mutaciones que se dan en los sistemas histórico-políticos...*”.

El campo sociohistórico, configura la matriz de subjetivación que constituye la subjetividad social – característica de un colectivo social– y a la subjetividad individual.

## Espacios constitutivos de la subjetividad

El proceso de subjetivación y de socialización se produce en los espacios sociales cotidianos, espacios de codificación de sentidos y de significados, de comunicación e intercambio. Espacios y situaciones en los cuales siempre están involucrados otros sujetos, partícipes ineludibles en las primeras etapas constitutivas, por la indefensión básica del sujeto humano, y partícipes y/o acompañantes necesarios en todos los procesos sociales en los que transcurre la vida humana.

¿Cuáles son esos espacios constitutivos de la subjetividad en donde transcurre la vida cotidiana de un sujeto? La casa, la familia, los convivientes, la guardería, el jardín, la escuela, el club, el bar, la plaza, la calle, las instituciones educativas y religiosas, los lugares de recreación, de diversión y de trabajo, etc.

Analicemos algunos de estos espacios y sus transformaciones. Los cambios en la estructura de la familia han modificado las modalidades de la socialización de las nuevas generaciones. De la familia extendida y de la convivencia de tres generaciones en el ámbito familiar, hemos pasado, a la familia nuclear y en muchos casos, a la familia monoparental. Situación a la que hay que agregarle la permanencia fuera del hogar de la madre, debido a su inclusión en el mercado laboral. La complejidad de estas situaciones y su materialización en prácticas socializadoras conduce a la constitución de modalidades subjetivas distintas a las que encontrábamos en la familia tradicional.

La familia tradicional, estaba basada sobre la autoridad parental. Actualmente se valoriza al sujeto independiente que toma decisiones por sí mismo, esta situación choca con los principios de las relaciones intergeneracionales tradicionales que se fundamentaban en el respeto y obediencia a los padres. Padres e hijos están instalados en una situación dual, igualados

como pares. La aceptación y el respeto a las pautas de conducta que los padres quieren establecer en relación a sus hijos se ven dificultados por esta temprana independencia y poder de decisión de sus hijos (1).

El vacío dejado, los abuelos, el tiempo ausente de la madre, debido a su inclusión en el medio laboral, o su presencia atareada por la cantidad de actividades a realizar cuando regresa de su trabajo externo, permite la instalación en el medio familiar de un nuevo otro, la televisión, cuya influencia en la construcción de nuevas modalidades subjetivas va a ser central.

Eva Giberti, denomina “**parafamiliar mediático**” (Giberti, 1994: 126) a este un nuevo integrante familiar. La televisión, principalmente, pero también la radio, se incluyen en la vida cotidiana familiar y adquieren ese carácter que Giberti describe bajo el concepto de parafamiliar mediático. Algunos personajes televisivos, o radiales pasan a formar parte permanente de la vida cotidiana de la familia. Acompañan la cotidianidad de las prácticas diarias en forma constante a horarios preestablidos y adquieren la característica de un ritual ineludible. La voz, la figura de esos personajes mediáticos se convierten en insustituibles para el sujeto. Incluso, señala Giberti, esa extrema intimidad permite imaginar diálogos, reciprocidad, y convierten a ese otro en un soporte subjetivo frente a la soledad o el desamparo.

El film *La Rosa Púrpura del Cairo* de Woody Allen grafica perfectamente este involucramiento con ese personaje extimo. Roberto Arl en *Los 300 millones*, ya había corporizado a Rocambole en el imaginario de una inmigrante española.

La fuerte pregnancia de las imágenes, de los valores, de las conductas a las que el niño se encuentra expuesto desde su nacimiento (presencia de la T.V. en las maternidades) no solo lo convierten en un temprano consumidor sino que además incorpora conductas, palabras modalidades representacionales que pueden provocar situaciones conflictivas en la familia. En ese sentido el proceso de subjetivación que tanto suele atribuirse exclusivamente a la familia –particularmente cuando aparecen en niños o en adolescentes conductas adictivas o violentas– olvida el papel central que ocupan los llamados medios masivos de comunicación. Siendo coherentes con lo planteado debemos considerar que son **medios de construcción subjetiva**. Con el parafamiliar mediático hemos hecho mención de la radio y de la televisión, pero el poder de estos medios se ha incrementado en forma exponencial con los diversos aparatos cibernéticos.

## Del ser al tener: del ciudadano al consumidor

El individualismo es identificado como un rasgo central en la subjetividad contemporánea. La caída de lo público, la pérdida de los lazos solidarios y la ausen-

cia de acciones cooperativas destinadas al bien común marcan el contexto subjetivo actual. Cada sujeto deberá dedicarse a la tarea de ser el “empresario de sí mismo”, diferenciarse y competir a fin de subsistir en la compleja maraña de un mundo excluyente. Y como dicta el mercado, **para ser hay que tener**. El reconocimiento y el valor del sujeto dependerá –tanto para sí mismo como para los otros– de los bienes que exhiba. Lo que hay que tener son los objetos-fetiches que vende el mercado, consumos diversos, comunes o fragmentados acordes al sector social de pertenencia: zapatillas de marca, celulares, comida exótica, turismo de distinción (2).

Las vidrieras de los negocios, los medios difunden todos estos objetos maravillosos que hay que tener, o a los que hay que acceder para ser. Una frase de Martín Hopenhayn (1998: 17) muestra la crueldad y la injusticia de estas exhibiciones: “*La caricatura del día coloca las manos vacías junto a los ojos colmados con imágenes del mundo*”.

El problema es que algunas personas no pueden sustraerse de este imperativo mediático de “tener para ser” y es así como ese objeto fetiche que inviste el ser, debe ser obtenido: el robo, la corrupción, ahí están al alcance de la mano, a fin de completar ese vacío.

## Contenidos mediáticos

Emiliano Galende (1998, 2008) señala algunas de las modalidades actuales que caracterizan la cotidianidad actual: la invasión de imágenes cautivantes, la hegemonía de los aparatos electrónicos que sustituyen las interacciones personales directas mediante comunicaciones electrónicas. “*Vivimos un mundo y una época en la que las escenas, los escenarios, la teatralización y otras formas de representación, han invadido nuestra experiencia cotidiana (...) individuos cautivados por el mundo de las imágenes (...) la hegemonía de los aparatos que permiten sustituir las interacciones personales por una comunicación electrónica (...) cambios profundos en las formas de trato y vínculo social (...) formas nuevas de una intimidad exhibida y utilizada*” (Galende, 1998: 63-74)

La globalización económica ha traído también una **subjetividad globalizada**. La difusión por diversos medios de pautas de conducta, de valores ha conducido a procesos de subjetivación que propician rasgos comunes a individuos que viven en distintos lugares, o países. Entre esas pautas encontramos: la incitación a no tener escrúpulos y a estar dispuestos a romper todas las normas sociales, la tendencia a la exhibición del cuerpo y de la intimidad sin límites ni fronteras –exhibiciones “vendidas” como triunfos de la libertad, un imperativo de audacia que toca límites de peligrosidad, la búsqueda del éxito o del dinero cualquier precio. Si antes había concursos para demostrar conocimientos sobre diversas materias, hoy se trata de meter la cabeza entre arañas, u otros animales y objetos culturalmente aterrorizantes o degradados, concursos

en los que participan adolescentes quienes son alentados o acompañados por sus padres.

La fortaleza y lo imperativo de éstos y de otros rasgos, determina conductas violentas hacia el “otro” que no los presenta, se lo agrede, se lo denigra, se lo excluye. Los lazos solidarios y la búsqueda de un bien común parecen haberse diluido.

La violencia conforma el material central de los mass media. Incluso la tendencia actual parece no poder soportar sin violentar, las expresiones de ternura: canciones, video juegos, series televisivas, films expanden la violencia. Un ejemplo palpable es la famosa canción de María Elena Walsh, *Manuelita*, convertida en un video por García Ferré, junto a la ternura y a los alegres absurdos, aparecen los “malvivientes” que atacan a los pacíficos animalitos que se dirigen a la escuela, o los piratas con sus cuchillos.

En esta cultura de la violencia no podemos dejar de señalar la existencia real y la presencia mediática de las constantes guerras, los genocidios que en la “defensa de las democracias” realizan los países imperialistas.

## Un nuevo continente social: los adolescentes, los jóvenes

Paul Yonnet (1988), en la década del 80, analizando el devenir social de la juventud, enuncia una interesante teorización. Muestra cómo los adolescentes se constituyen como un grupo separado, en función de su “despolitización activa” conformando una nueva clase social, nucleada por la música, particularmente por el rock. El rock les confiere una identidad sociocultural y una conciencia de clase. Yonnet postula que los adolescentes-los jóvenes configuran un nuevo continente sociocultural que borra los límites geográficos. La música, en particular el rock teje ese nuevo entramado social. Muchos son los interrogantes que nos surgen si tenemos en cuenta la politización de los 60-70, la despolitización que postula Yonnet y el rol que juega o le hacen jugar a la música, al rock en la conformación de las identidades juveniles, interrogantes e investigaciones aún pendientes.

Sin embargo no podemos dejar de observar ciertas cuestiones, la expansión del mercado discográfico, que en un momento de este proceso alcanzó cifras record, modalidades de consumo, hábitos, conductas, vestimenta, que trascendía fronteras e identificaba comunidades musicales. No olvidamos tampoco una consigna reiterada: **sexo, drogas y rock and roll**. Podemos pensar que a los procesos y movimientos políticos, religiosos y sociales revolucionarios de los 60-70 (entre ellos la Revolución Cubana, los Sacerdotes para el Tercer Mundo) había que combatirlos no solo con las armas sino también con subjetividades apolíticas.

Los emblemas identitarios que marcan el pasaje de niño/a a adolescente han cambiado, ya no son los pantalones largos, los zapatitos de taco alto, las medias de

nylon. En esos tiempos existía una diferencia generacional y la habilitación del pasaje era otorgada por los padres. Hoy son los “parafamiliares” o los grupos de pares quienes imponen las reglas, los requisitos de ese proceso. Parafamiliares o pares contruidos por el poder político-económico.

## La psicología nuestra de cada día

Quisiéramos finalizar reseñando brevemente una de las críticas comunitaristas que Eva Illouz resume en su libro *La salvación del alma moderna*. Si bien la psicología como disciplina estaría destinada a resolver conflictos en las relaciones sociales, Illouz sostiene que pone en primer lugar las necesidades personales en lugar de los compromisos con los otros: “Al hacernos un llamamiento a retirarnos dentro de nosotros mismos, la doctrina terapéutica nos ha hecho abandonar los grandes mundos de la ciudadanía y la política, y no puede proporcionarnos un modo inteligible de conectar el yo privado con la esfera pública, porque ha vaciado al yo de su contenido comunitario y político, reemplazándolo por su preocupación narcisística por sí mismo.” (Illouz, 2010: 13).

Las currículas de las carreras de psicología no solo no incluyen el estudio de los medios en el proceso de construcción subjetiva sino también los contenidos reflexivos o críticos parecen estar ausentes.

## A modo de conclusión

Sostenemos, siguiendo a Teun van Dijk (2010) que el papel crucial del discurso consiste en formar y transformar el conocimiento, las creencias, las emociones, las opiniones, las actitudes y las ideologías. Quienes “controlan el discurso público indirectamente controlan la mente pública”. El análisis de la relación entre discurso, cognición y sociedad debería ser para este autor una de las principales tareas de los estudios críticos del discurso.

Políticos, filósofos, cientistas sociales nos trajeron una nueva conciencia social que desenmascaró los mitos que justificaban las brechas sociales y surgieron así movimientos revolucionarios, movimientos sociales que se organizan para revertir estas injusticias sociales. Sin embargo, el peso simbólico, económico y militar de los aparatos del poder no solo se empeña en carcomer los avances sociales sino en construir los aparatos tecnológicos e ideológicos que garanticen su hegemonía.

## Notas finales

1. “Inocentemente” ese poder de decisión se instala desde el momento en que gracias a las variedades de diseño que ofrece el “libre mercado”, el bebé elige cuál es el biberón que prefiere y los padres aceptamos complacidos estas tempranas elecciones.

2. Concepto de Erik Cohen (2005) con el que identifica a un tipo de turistas que en un viaje buscan una marca distintiva, que puede ser un lugar, un restaurant, o una comida o un cuadro, que dentro de un determinado sector social es adonde no se puede dejar de ir o lo que no se puede dejar de comer, o de ver; no buscan conocer la ciudad, o los museos o los paisajes, sino ese objeto valioso que otorga esa marca que los une a un determinado sector social y que convalida su pertenencia al mismo.

## Referencias bibliográficas

- Bleichmar, S. (2005). Límites y excesos del concepto de subjetividad en psicoanálisis. En *La subjetividad en riesgo*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Cohen, E. (2005). Principales tendencias en el turismo contemporáneo. En *Política y Sociedad*, Vol. 42 Núm. 1: 11-24.
- Duschatzky, S. & Corea, C. (2002). Escenarios de expulsión social y subjetividad. En *Chicos en Banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Argentina: Paidós.
- Galende, E. (1998). Subjetividad y cultura: el malestar de la individuación. En *De un Horizonte Incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Argentina: Paidós.
- Galende, E. (2008). Efecto en la subjetividad de la nueva cultura. En *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Giberti, E. (1994). “Lo familia” y los modelos empíricos. En Wainemann, C.H. (comp.) *Vivir en familia*. Argentina. UNICEF LOSADA
- Hopenhayn, M. (1998). Integración y desintegración social en América Latina: una lectura finisecular. En Castronovo, R. (coord) *Integración o Desintegración Social en el Mundo del Siglo XXI*. Buenos Aires. Espacio Editorial. UNLa.
- Illouz, E (2010). *La salvación del alma moderna. Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda*. España: Katz Editores.
- Lewkowicz, I. (1998). Subjetividad adictiva: un tipo psico-social históricamente instituido (pdf). *Revista de la A.A.P.P.G.* n° 1, Bs. As.
- van Dijk ,T. (2010). Discurso, poder y élites simbólicas. *Barcelona Metrópolis*. Revista de información y pensamiento urbanos. Disponible en <http://w2.bcn.cat/bcnmetropolis/arx/es/page5f80.htm?id=21&t=337>
- Wlosko, M. (2009). En torno del campo de la subjetividad. Escrito realizado para cátedras de la Universidad Nacional de Lanús. Mimeo.
- Yonnet, P. (1988). Rock, Pop, Punk, Mascaras y vestigios de la población adolescente. En *Juegos, Modas y Masas*. Barcelona: Gedisa.



# Entre la universidad y el barrio: “provocaciones” comunitarias

---

**Ruth G. Melnitzky**

Lic. en Psicología UBA. Psicóloga de la Fundación PROSAM. Directora de la Revista Diagnósis. Doctoranda del Doctorado Internacional de Salud Mental Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús. Ex Profesora Adjunta de la Práctica Preprofesional Supervisada en Psicología Comunitaria y Preventiva. Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Santa Fe.

**Virginia Cracco**

Lic. en Psicología UBA. Psicóloga de la Fundación PROSAM. Ex Profesora Adjunta de la Práctica Preprofesional Supervisada en Psicología Comunitaria y Preventiva. Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Santa Fe.

---

## Presentación y análisis de una experiencia docencia y trabajo comunitario

---

En la Carrera de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Santa Fe, los estudiantes de la Licenciatura al terminar de cursar las materias de grado, realizan Prácticas Preprofesionales Supervisadas (PPS) en diferentes áreas: clínica, organizacional, forense, educacional y comunitaria

Las autoras se desempeñaron como docentes adjuntas de la Práctica en Psicología Comunitaria y Preventiva y como tutoras y coordinadoras del trabajo de grupos de estudiantes en el barrio Alto Verde, durante el período 2009-2011.

El acercamiento y la co-construcción de un dispositivo de intervención comunitaria junto con los actores sociales de Alto Verde fueron llevados a cabo con los estudiantes de diferentes cohortes (tres cohortes por año) y con el acompañamiento de los llamados “promotores territoriales”.

Sobre las cohortes: cada una de las prácticas implicó una cursada intensiva de entre quince y veinte días hábiles consecutivos, con trabajo en terreno. En la Práctica de Psicología Comunitaria y Preventiva en cada cohorte asistieron aproximadamente veinticinco alumnos, divididos en grupos que trabajaron en diferentes barrios periféricos, acompañados por los docentes tutores.

En Alto Verde el trabajo se llevó adelante con aproximadamente catorce estudiantes en cada una de las co-

hortes, con los que luego, en el transcurso de la práctica, se formaron grupos más pequeños de acuerdo con sus intereses y posibilidades de trabajo.

Sobre los “promotores territoriales”: son personas que conocen el barrio porque viven y han vivido en él. Por esa razón son facilitadores para el contacto y acercamiento a la población y sus instituciones, y al mismo tiempo, partícipes del trabajo en red.

## Reseña de Alto Verde

Alto Verde es uno de los barrios periféricos de la ciudad de Santa Fe, situado a 3 km de esa ciudad, fue fundado en el año 1910. Luego de la construcción del nuevo puerto de ultramar de Santa Fe y de un canal para su acceso, se generó un albardón de 5 km de largo y 9 metros de altura. Su nombre evoca las condiciones de su paisaje y altura, que constituyeron motivos de inspiración de poetas y cantores.

Los primeros pobladores fueron pescadores y trabajadores portuarios entrerrianos, correntinos y santafesinos. La gran demanda de tareas portuarias, así como el cierre definitivo del puerto de la ciudad de Colastiné, provocaron un importante crecimiento demográfico, en el que posteriormente convergieron otros factores vinculados a la infraestructura que se fue desarrollando.

Su población es actualmente de 18.000 habitantes. En solo una de las diez manzanas que comprende el barrio, los vecinos son propietarios legales de sus inmuebles.

Cuenta con tres centros de salud, cuatro escuelas primarias, tres escuelas secundarias, un jardín de infantes, una Defensoría Zonal, una Delegación Municipal, dos clubes comunitarios, dos radios comunitarias y una comisaría, además, de diversas instituciones recreativas y religiosas.

La creación de un nuevo puente posibilitó la pavimentación de su acceso y la incorporación de otros medios de transporte, como una línea de colectivos, vehículos particulares, taxis y remises. La única calle asfaltada es la principal. Los vecinos cuentan con servicios de luz, teléfono y televisión por cable. No disponen de cloacas y en casi la totalidad de las calles no tienen veredas ni alumbrado público.

Las principales actividades laborales de los pobladores se congregan en las áreas de la construcción, servicio doméstico, empleados y negocios propios, que en su mayoría están instalados en sus viviendas.

## Principales objetivos de nuestra práctica

De acuerdo con nuestra concepción sobre la forma de intervenir en Psicología Comunitaria nos interesaba poner el acento en el modelo de Acción-Participación como

una concepción sobre la salud mental que se traduce en una forma particular de intervenir con la comunidad.

Esto implica:

- Tomar contacto desde esa perspectiva con la población y sus instituciones; detectar problemáticas relevantes de los usuarios, instituciones y efectores; reflexionar y considerar en forma conjunta posibles abordajes e intervenciones para su solución.
- Sostener la incertidumbre en los estudiantes como motor del aprendizaje.
- Incorporar una mirada diferente a la aprendida sobre los conceptos de salud y enfermedad.
- Reflexionar sobre la posición del psicólogo respecto de las poblaciones con las que trabaja, la cual entendemos se sostiene desde una ética y no es privativa de una “especialidad” (por ejemplo, psicólogo comunitario, clínico, etc.).
- Establecer una diferencia entre trabajar en la comunidad y trabajar con ella. Esta diferencia abarca la forma de producción de conocimientos, la posición del psicólogo frente al padecimiento psíquico en todas sus formas y la manera de concebir el proceso de enseñanza-aprendizaje.

## Modalidad de intervención

**Salidas a terreno**, recorrido del barrio, observación del hábitat, diálogos espontáneos, entrevistas, encuestas y participación como observadores en reuniones barriales.

**Plenarios grupales**, al finalizar cada jornada, con los estudiantes que participaban de la práctica, para recapitular, evaluar y diseñar posibles intervenciones sobre la base de las demandas y necesidades observadas, teniendo en cuenta la factibilidad horaria de la cursada, los conocimientos de los estudiantes, sus intereses y las demandas institucionales viables de ser abordadas.

El acercamiento a Alto Verde al emprender el trabajo se realizó sin contactos previos con instituciones y/o actores sociales del barrio.

A lo largo del trabajo nos sorprendieron tanto las reacciones de actores institucionales que nos expresaban estar “esperándonos”, como las de los habitantes del barrio que nos reconocían, pues tenían conocimiento de los trabajos realizados y de los que se iban construyendo.

Pensamos que esto está vinculado al despliegue del abordaje participativo y de la construcción conjunta de conocimientos, donde los estudiantes así como los actores sociales y las instituciones fueron sujetos activos de las prácticas y no “objetos” al servicio del “aprendizaje de alumnos”.

Más adelante retomaremos la actitud de los estudiantes frente a esta modalidad, así como sus efectos.

A modo de ejemplo, presentamos cuatro modalidades de intervención llevadas a cabo ininterrumpida-

mente a lo largo de las distintas cohortes en cuatro instituciones barriales, a las que se llegó por el acercamiento espontáneo de las docentes y los estudiantes y donde la continuidad favoreció la demanda de intervención en conflictos específicos en cada una de ellas.

## Defensoría Zonal nº 3

---

La Defensoría Zonal depende de la Corte Suprema de Justicia y sus empleados pertenecen al Poder Judicial. El equipo está compuesto por la defensora (abogada), un empleado administrativo, una psicóloga y un policía.

Brinda solo asesoramiento gratuito a la comunidad sobre temas penales, civiles y laborales.

A partir de la descripción del lugar de la Defensoría en el barrio y de la inclusión en la misma de un psicólogo pasante, comenzamos a pensar conjuntamente con los estudiantes cuál era el rol específico de un psicólogo comunitario que lo diferenciara de la respuesta asistencial rápida y conocida del psicólogo clínico, y del perfil del psicólogo forense. Esta exploración fue realizada a lo largo de tres cohortes. Durante esta experiencia tuvimos la grata sorpresa de conocer que una ex estudiante formaba parte del equipo de la Defensoría.

De acuerdo al objetivo planteado, se tomaron entrevistas en profundidad a los integrantes de la Defensoría, incluido al policía que custodiaba el lugar.

También se administraron entrevistas semidirigidas a los usuarios que estaban a la espera de ser atendidos.

En cuanto a los pobladores se implementaron cuestionarios donde se relevaba: conocimiento de la existencia de la Defensoría, consultas y problemáticas que son atendidas en ella, información sobre las diferentes actividades de profesionales que trabajaban en la Defensoría, inserción y utilidad en el barrio.

## Jardín de Infantes nº 205 María Montessori

---

El Jardín de Infantes está situado al lado de la Defensoría y su personal está compuesto por la directora, dos docentes y un auxiliar de maestranza por turno (mañana y tarde).

Se trabajó en las distintas cohortes sucesivamente con alumnos, madres, padres y maestras de la institución.

En primer lugar, con los alumnos de cuatro y cinco años, con quienes a través de lo lúdico (obra de títeres) se abordaron aspectos de violencia en las salas.

Si bien el argumento fue trazado por los estudiantes, los niños entrelazaban relatos que permitían poner al descubierto situaciones de agresión.

En segundo lugar (otra cohorte), se abordó la violencia y el maltrato de los padres y abuelos hacia los niños, se realizó un encuentro con la modalidad de grupo operativo coordinado por estudiantes.

Por último, se realizó un trabajo con docentes sobre puesta de límites y malestares en la actividad cotidiana de los mismos. A través de un taller participativo, donde cada una de las integrantes plantearon obstáculos e interrogantes acerca de su tarea.

Las temáticas abordadas se desarrollaron a partir de las demandas del personal docente y de malestares relatados por los padres con respecto a la convivencia, tanto en la escuela como en las casas.

## Escuela Técnica Particular Incorporada "Omar Rupp"

---

La Escuela Técnica funciona en el turno mañana y otorga salida laboral como auxiliares en la Marina Mercante. La población que asiste es altamente vulnerable, atravesada por la desocupación de sus padres e incluso de sus abuelos.

Las problemáticas que prevalecen son el consumo y la venta de drogas, los embarazos adolescentes y las situaciones de violencia, que produjeron la muerte de un estudiante.

A pedido del director del establecimiento se trabajó con el alumnado (de primero a quinto año) a través de talleres sobre uso y abuso de sustancias. Los estudiantes a cargo de la actividad proyectaron un video del SEDRONAR y luego se realizó un plenario, donde surgieron relatos de experiencias personales sobre consumo de drogas.

En otra oportunidad, se realizó un taller con los docentes sobre aceptación y puesta de límites a los estudiantes. En este último se pudieron observar las serias dificultades de los docentes que participaron de la actividad, para aceptar las consignas (límites) propuestas por los coordinadores del taller (estudiantes de la práctica), poniendo en escena la problemática que se le planteaba en su práctica docente.

## Biblioteca Taller Aprender

---

La Biblioteca Taller está coordinada por una Promotora Territorial y en el lugar funcionan un comedor comunitario, una biblioteca y una radio comunitaria (FM Libre 88.1).

De las experiencias allí realizadas nos parece sumamente importante resaltar, la planificación y realización de un programa radial, en el que se trataron temas vinculados a la prevención y promoción de la salud.

Estuvo a cargo de los estudiantes el diseño de la emisión, su difusión y la convocatoria de los actores sociales que participaron de la transmisión. Intervinieron en la misma la trabajadora social del Centro de Salud Demetrio Gómez, la psicóloga perteneciente a la Defensoría zonal, el secretario de la vecinal



# Información

## Centro de Salud Mental Dr. Mauricio Goldenberg

Acorde a la Resolución del Consejo Superior n° 67/11 del 18 de mayo del 2011, en la que se aprueban los lineamientos para la Definición de Espacios de Organización Institucional, fue creado en el Departamento de Salud Comunitaria el Centro de Salud Mental Dr. Mauricio Goldenberg.

Desde el punto de vista epistemológico el área de la salud mental comunitaria es un nuevo campo teórico en transición, que avanza desde su origen en la medicina hasta su conformación actual como disciplina social. Su carácter transdisciplinario, la articulación de conocimientos y prácticas de las ciencias sociales y de la salud, hace que requiera de un debate permanente a fin de permitir una incorporación crítica de conceptos, categorías y valores de estas ciencias al nuevo campo teórico que constituye la salud mental. Desde el punto de vista práctico, la problemática que define y aborda es compleja y requiere de la participación de disciplinas diversas, no solo en el nivel de la transmisión de conocimientos sino también en la investigación y en la difusión social de sus principios, ya que esta disciplina es a la vez constituyente de los imaginarios sociales sobre la salud y la enfermedad mental. Las propuestas del centro se alinean con las prioridades de la Universidad Nacional de Lanús: el compromiso con los pro-

cesos de inclusión social y la colaboración con las políticas públicas enroladas en la defensa de los Derechos Humanos. La producción de conocimientos, el diseño de nuevas prácticas en salud y el ejercicio práctico del compromiso de la universidad con la sociedad y sus necesidades, conformaron un mismo y simultáneo objetivo del programa de trabajo del área.

### Líneas de trabajo del Centro:

- Asistencia técnica a programas de salud mental de gobiernos nacionales, provinciales y municipales.
- Docencia
- Cooperación con organizaciones del sector público y la sociedad civil en programas de acción comunitaria.
- Investigación en los ejes de comunidad y salud mental y población.
- Actividades de extensión a la comunidad, Jornadas anuales abiertas sobre Salud Mental y Población.
- Publicaciones, en especial Revista bianual "Salud Mental y Comunidad".

### Responsable

Prof. Emiliano Galende  
centrodesaludmental@unla.edu.ar  
egalende@unla.edu.ar

## Capítulo Argentino de la Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial

Este año retoma nuevamente sus actividades el Capítulo Argentino de la Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial (WAPR). Las mismas se desarrollarán en el Centro de Salud Mental Mauricio Goldenberg de la Universidad Nacional de Lanús (UNLA).

La WAPR es una entidad, reconocida oficialmente como Organización No Gubernamental por la Organización Mundial de la Salud, de la que forma parte en su Consejo Directivo, y por el Consejo Económico Social de las Naciones Unidas. También mantiene relaciones con Oficina Internacional del Trabajo y con la Comisión Europea y el Instituto de Rehabilitación Africano.

Su estructura organizativa está formada por una Junta Directiva que a nivel internacional incluye delegados regionales para cada una de las seis regiones del mundo, representantes de usuarios, familiares y organizaciones voluntarias como también los representantes permanentes en Ginebra, Nueva York, OMS y Naciones Unidas.

Con este marco de referencia, el capítulo argentino de la WAPR, se propone retomar actividades y áreas de trabajo en el marco de jurisprudencia, políticas y programas vinculadas con el cumplimiento de derechos y la Ley de Salud Mental 26.657, con la inclusión social y no discriminación de personas afectadas por padecimiento mental, con prácticas vinculadas con la desmanicomialización y con las múltiples experiencias de reinserción y participación social de organizaciones de usuarios, asociaciones de familiares, equipos de salud, justicia, desarrollo social, etc.

El Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Mauricio Goldenberg está organizando para el año 2014 una Jornada Nacional dedicada a la Rehabilitación Psicosocial con la participación de miembros de la Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial (WAPR).

*El Capítulo Argentino es coordinado por la Dra. Marcela Freytes (freytesmarcela@hotmail.com) y el Dr. Daniel Frankel (dfrankel200@hotmail.com.ar)*





© VLADIMIR MERCIENSKI

# Secciones y pautas

---

El Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús continúa la publicación periódica, iniciada en el año 2011, 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) 6ª. 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 150 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

---

Referen a comentarios que especifican o aclaran un concepto o una idea expresada en el texto. Deben presentarse en forma numérica, entre paréntesis y en orden correlativo. No deben realizarse en forma automática. Deben presentarse como nota final y no a pie de página.

## 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 arábi-

ga. 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 forma separada y acorde a lo estipulado por el Manual de Estilo de la APA, 6ª. 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.

### Revista profesional impresa

Autor, A. (Año). Título del artículo. *Título 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. *Título 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. *Título 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. *Título 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. *Título 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.

Se enviarán tres ejemplares de la revista al autor responsable de los artículos publicados.

*Departamento de Salud Comunitaria  
Universidad Nacional de Lanús*