

REVISTA

SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Universidad Nacional de Lanús

Año 5 · Nº 5
junio de 2018
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud
Comunitaria

Centro de Salud
Mental Comunitaria
Dr. Mauricio Goldenberg



Este número de la revista está dedicado a la memoria del Dr. Gregorio “Goyo” Kaminsky. Además de su calidez, respeto y compromiso con la gente y por demás con la universidad pública, “Goyo” tuvo el reconocimiento de una destacada trayectoria académica y profesional.

Homenajeamos con estas palabras al amigo y estrecho colaborador de los Posgrados en Salud Mental Comunitaria y del Centro de Salud Mental Comunitaria “*Mauricio Goldenberg*” de la UNLa así como también miembro del Comité Científico de esta revista.

Goyo, te vamos a extrañar.

Revista “*Salud Mental y Comunidad*”

REVISTA
**SALUD MENTAL
Y COMUNIDAD**

Año 5 · Nº 5
junio de 2018
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud
Comunitaria

Centro de Salud
Mental Comunitaria
Dr. Mauricio Goldenberg

Director

Emiliano Galende

Directora Asociada

María Marcela Bottinelli

Editor Asociado

Daniel Frankel



ISSN: 2250-5768

Impreso en Argentina
Queda hecho el depósito de la Ley 11.723
Prohibida su reproducción sin la expresa
autorización por escrito.
© Los autores.



**EDUNLA
COOPERATIVA**

© Ediciones UNLa
29 de Septiembre 3901
1826 Remedios de Escalada, Lanús,
Provincia de Buenos Aires, Argentina.
(5411) 5533 5600 Int. 5124 / 2126
publicaciones@unla.edu.ar
www.unla.edu.ar

**Autoridades
de la Universidad Nacional de Lanús**

Rectora

Dra. Ana Jaramillo

Vicerrector

Dr. Nerio Neirotti

**Director del Departamento
de Salud Comunitaria**

Lic. Ramón Álvarez

**Revista
Salud Mental y Comunidad**

Director

Emiliano Galende

Profesor consulto y miembro del Consejo Consultivo Honorario de la Maestría y el Doctorado en Salud Mental Comunitaria. Departamento de Salud Comunitaria. Universidad Nacional de Lanús.

Directora Asociada

María Marcela Bottinelli

Directora de Gestión y Evaluación Académica. Universidad Nacional de Lanús.

Editor Asociado

Daniel Frankel

Docente de grado y posgrado. Universidad Nacional de Lanús.

Comité Editorial

Alejandra Barcala
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires.

Leandro Luciani Conde
Universidad Nacional de Lanús. Universidad de Buenos Aires.

Alejandro Wilner
Universidad Nacional de Lanús.

Cecilia Ros
Universidad Nacional de Lanús.

Sergio Remesar
Universidad Nacional de Lanús.

Ramón Álvarez
Universidad Nacional de Lanús.

Mariela Nabergoi
Universidad Nacional de Lanús.

M. Cecilia López Santi
Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn.

Mariano Laufer
Defensoría General de la Nación del Ministerio Público de la Defensa. Universidad de Buenos Aires.

Silvia Faraone
Universidad de Buenos Aires.

Graciela Giangiaco
Universidad Nacional de Lanús.

M. Pía Pawlowicz
Universidad de Buenos Aires.

Comité Científico

Victor Aparicio Basauri
Organización Panamericana de la Salud / OMS.

Cecilia Ausgburger
Instituto Lazarte. Universidad Nacional de Rosario.

Valentín Barenblit
Centre IPSI, Barcelona, España.

Rubén Efrón
Universidad Nacional de Lanús.

Daniel Frankel
Universidad Nacional de Lanús.

María Graciela Iglesias
Universidad Nacional de Mar del Plata.

Gregorio Kaminsky †
Universidad Nacional de Lanús.

Alfredo Kraut
Corte Suprema de Justicia de la Nación.

Susana Murillo
Universidad de Buenos Aires.

Benjamín Vicente Parada
Universidad de Concepción, Chile.

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.
Roxana Ynoub
Universidad de Buenos Aires.
Graciela Zaldúa
Universidad de Buenos Aires.
Débora Yanco
Universidad Nacional de Lanús.
M. Cristina Chardon
Universidad de Buenos Aires.
Mario Rovere
Universidad de La Matanza.
Pierangelo Di Vittorio
Università di Strasburgo e Lecce.
Hugo Cohen
Organización Panamericana de la Salud.
Ariadne Runte
Universidad de Granada, España.

Secretaria

Sonia Olmedo
Universidad Nacional de Lanús.





Índice

8 EDITORIAL

Naturaleza y cultura en Salud Mental.

Emiliano Galende.

ARTÍCULOS

18 Acciones y reflexiones del equipo técnico del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Graciela Natella, Leandro Luciani Conde, Martina Guerrero, Mariana Iriart y Hugo Reales.

36 Promoción de salud mental y prácticas participativas de arte, creatividad y juego: un estudio de caso.

Claudia Bang.

55 Sala Abierta.

Transformaciones en una sala de internación de salud mental.

Alejandro Brain, Gabriela Greggio y Luis Sanfelippo.

77 La mesa de gestión intersectorial en salud mental comunitaria del Municipio de Lanús como dispositivo promotor de la problematización del campo de la salud Mental (período 2013 - 2015).

Alejandro Wilner.

- 90 El perfil de las personas internadas en salas de larga estancia en un hospital neuropsiquiátrico de la Argentina. Hacia una comunidad sin manicomios.**

María Cecilia López Santi, María Natalia Brunengo y Mercedes Rattagan.

- 109 La Ley de Salud Mental N° 26.657: derechos, participación en salud y cuidados. Una Sistematización posible.**

Victoria Vidal, Leticia Grippo, Selva Sena y Sergio Remesar.

DEBATES

- 121 La promoción de los Derechos Humanos, la adecuación de la legislación y la reforma de la atención en salud mental: a 25 años de la Declaración de Caracas.**

Itzhak Levav.

- 133 Crimen y locura ¿Cómo juzgar?**

María Graciela Iglesias.

- 144 Entrevista a Marcela Freytes.**

RESEÑAS DE TESIS

- 152 Demanda en salud mental de adolescentes que consultan en un CeSAC. CABA, 2011-2013.**

Gabriela Wagner.

- 161 Juegos callejeros y seguridad ciudadana. Transformaciones en el uso del espacio público. Estudio de caso: el barrio de Saavedra (C.A.B.A.) (1970-1985).**

Gustavo Alejandro Makrucz.

INFORMACIÓN

- 169 Reseña de la Jornada Conmemorativa de los 20 años de la creación de la Maestría en SMC y la red Maristán.**

- 170 III Bienal Latinoamericana de Infancias y Juventudes.**

**Emiliano Galende**

Naturaleza y Cultura el Salud Mental

La historia del pensamiento sobre el hombre, especialmente en la filosofía, no es lineal ni responde al anhelo de un progreso del conocimiento. A diferencia del conocimiento científico, que sí responde al progreso y al desarrollo de técnicas que hacen útiles sus conocimientos en la vida social, la filosofía y su relación con las disciplinas humanísticas, es una historia en la cual se vuelve siempre a debates y confrontaciones acerca de cómo comprender la vida humana. Durante siglos la idea de la vida giró sobre la distinción entre cuerpo y alma, ambas comprendidas como sustancias. Esta concepción no fue superada por Descartes ni otros filósofos en los comienzos de la modernidad. El sujeto del conocido “cogito” sigue teniendo el sentido sustancial del alma. Entre los elementos de este debate se distingue un eje, un centro, que tiende a resurgir y ha buscado en nuestro tiempo su refugio en la ciencia. Me refiero a la oposición entre comprender la vida psíquica del

hombre y sus comportamientos prácticos con sujeción a los mecanismos biológicos (ahora al funcionamiento del cerebro y especialmente a la sinapsis y las redes neuronales) frente a la autonomía y dominio del sujeto sobre la construcción de su subjetividad, la libertad y creatividad de sus comportamientos, obviamente condicionados por la integridad de su cerebro.

Otro de los debates que desde el siglo XVII se mantiene, y está presente en nuestra actualidad, es acerca del grado de autonomía y libertad que posee el sujeto frente a los determinantes materiales, sociales y culturales, es decir, el “nosotros” de la sociedad y la cultura, con los que debe construir su individualidad, una conciencia de sí mismo (un Yo) que pueda conservar la diferencia con el nosotros de la vida en común y su identidad personal; a esta comprensión se oponen las concepciones de una determinación, una causalidad para algunos autores, donde el sujeto es siempre un nosotros, forma, o tendencia a formar, parte de una masa en la que se

fundes tu Yo en la construcción del nosotros: una misma conciencia, una misma pasión, una identidad de grupo o masa. Esta perspectiva tiende a comprender al sujeto como una “tabula rasa” donde el nosotros inscribe las formas del sentir, del pensar y del actuar. Esta perspectiva tiene su demostración en las experiencias sociales del nazismo y el fascismo, y otras políticas de masa del Siglo XX cercanas a aquellas. De la posición primera se trata del sujeto liberal, de la segunda, diversas experiencias políticas y comunitarias. El psicoanálisis, desde Freud en adelante, ha mostrado que esta tendencia a fundir la conciencia del yo y la identidad personal en el nosotros de la masa o la comunidad, está presente en todo sujeto vinculada al goce y al alivio del ejercicio de la libertad y de la responsabilidad personal en la construcción de la vida.

Comencemos por lo primero: cuerpo y alma, mecanismos biológicos o construcción autónoma del sujeto y su subjetividad en su existencia social, política y cultural. Lo esencial es que no se trata de una oposición sino de una consideración que no niegue o anule la especificidad de ambos, sujeto y cerebro, no equivoque el método de estudio aplicando el de las ciencias naturales a la vida psíquica, que desde Dilthey aprendimos a diferenciar, ni confunda aquello que ya Canghilem diferenció: las normas que regulan los mecanismos biológicos

son internas a lo biológico mismo, las normas que regulan el pensamiento, la construcción de significados y valores, y los comportamientos humanos son sociales y culturales, por lo tanto externas al sujeto que debe incorporarlas, es decir hacerlas cuerpo sin ser cuerpo. El cuerpo forma parte de la naturaleza orgánica, como todos los organismos biológicos tienen leyes propias de construcción, desarrollo y funcionamiento. El cuerpo y todos los órganos que lo integran de los siete mil millones de individuos que habitan nuestro planeta tienen biológica y genéticamente un mismo funcionamiento, es decir son desarrollados morfológicamente y regulados fisiológicamente por las mismas normas. Por eso podemos decir que existe un cuerpo biológico normal y definir entonces las alteraciones a esas normas que constituyen las enfermedades e investigar las causas de las mismas. Desde la postulación de Claude Bernard de una “medicina basada en la evidencia”, se trata de establecer la etiopatogenia, es decir, la causa de la anomalía biológica y la explicación de los síntomas que expresan en el sujeto este desvío de la norma. Son dos principios básicos: la causa es la verdad en el conocimiento de la enfermedad; dicha verdad es universal, esto es, vale para todos los cuerpos humanos, más allá de la singularidad de la relación del sujeto con su cuerpo y su enfermedad. **En la vida biológica rige un principio de identidad**, nuestros cuerpos, más allá de la pertenencia

a una sociedad, una cultura, una raza, un territorio o una época, son iguales, su funcionamiento y la mayor parte de su morfología son idénticas y nos permiten hablar de un “cuerpo normal”. El conocimiento del genoma humano ha afirmado esta identidad universal, y valorizado la capacidad de inclusión de determinantes de la experiencia social y cultural como “epigenético”. Vale agregar que también el cerebro, el órgano más complejo y sustrato de todos los procesos mentales y corporales, es un organismo más de los que componen el cuerpo humano, con sus normas fisiológicas propias. Pensamos con el cerebro pero el cerebro no es causa de nuestros pensamientos. El ejemplo de los actuales psicotrópicos, los psicofármacos, ilustra esta situación: dado que actúan sobre el funcionamiento del cerebro, especialmente la sinapsis, modifican estados de ánimo, emociones, sueño, ansiedades y otras desventuras de la existencia, su utilización responde a principios de universalidad, ya que actúan sobre un órgano biológico que es universal. El efecto sobre la vida del sujeto es diferente ya que las razones de sus síntomas quedan fuera de su acción, resulta evidente que al aplacar el síntoma quitan razones para pensar en ellas. Estas vueltas de la historia que mencioné antes: para algunos pensadores actuales el cerebro ocuparía el mismo lugar de la antigua mitología según la cual los dioses, y no el sujeto mismo, son la causa de los acontecimientos de la vida y

los destinos personales, que por cierto actúan desde el exterior del sujeto.

La construcción de la subjetividad, en la perspectiva de Husserl y la fenomenología, es decir los procesos de construcción de significados, valores, normas morales y éticas, que regulan los comportamientos prácticos y la relación con los otros de trato y sociedad, el lenguaje y los sentidos para la existencia, es siempre los modos en que cada sujeto se integra a la vida en común, a la cultura que habita, a los procesos simbólicos, los intercambios económicos, políticos y de esta integración se modela su sensibilidad, sus emociones y pasiones. Lo que nombramos “sujeto” tiene una historia y una estructura de continuidad y permanencia en el tiempo (no de eternidad), la subjetividad es siempre epocal, actual y cambiante, ya que está ligada a las condiciones sociales y culturales de la existencia y refleja los grados de libertad y autonomía logrados por cada sujeto en relación a las condiciones y acontecimientos que impone la vida social. Cada sujeto es siempre singular tanto en su historia como en los modos subjetivos que expresan su relación con el mundo social, es decir los otros, en que habita. Es obvio, repitiendo lo dicho respecto del cuerpo biológico, que los siete mil millones de habitantes del planeta, desde el punto de vista de la vida psíquica, de su individualidad, de su yo, de su identidad

personal y hasta de su relación con la conciencia individual, se sienten únicos y diferentes de todos los demás. Conocemos el horror del doble. Esto muestra que desde el punto de vista de **la vida psíquica, del yo, la individualidad y la identidad personal, rige el principio de diferencia**. Si los cuerpos de un habitante de África, de Europa o de EEUU, son iguales, sus subjetividades (la lengua, los significados, las historias personales, etc.) se caracterizan por la diferencia.

Esto implica una dificultad que varias escuelas de Psicología han tratado de ignorar: respecto a la vida psíquica las normas son sociales, culturales, de territorio de vida, de formas organizadas de la vida en común, normas que señale como exteriores al sujeto, por lo cual no existen normas universales, como si existen para el cuerpo biológico, y como consecuencia no es posible establecer un sujeto psíquicamente normal. Se pueden establecer formas diferentes, o grados de adaptación al medio social y cultural, pero aun estas formas individuales de construir la relación con lo social y la cultura resultan siempre formas singulares de cada sujeto. Creer y forzar la idea de una persona psíquicamente normal, en la psiquiatría y en varias corrientes dominantes en Psicología, ha traído como consecuencia diversas formas de discriminación: medir con test la inteligencia de los niños para pronosticar sus diferentes posibilidades

cognitivas (cómo observara Foucault), medir los grados de adaptación a la sociedad, definir diagnósticos a partir de estas mediciones. Parece difícil aceptar esta dificultad por las disciplinas psicológicas, que necesitan medir para clasificar y justificar los métodos correctivos de la “anormalidad”. En el terreno de la vida psíquica no hay causas ni explicaciones universales, solo está la existencia real del individuo, siempre singular, y los modos de enfrentar los acontecimientos que perturban la existencia, y también las capacidades de cada uno de construir placer y felicidad. Freud quiso mostrarlo señalando la coexistencia de pulsiones de muerte y pulsiones de vida, siguiendo la vía spinoziana de la voluntad de vivir frente a las pasiones tristes del alma.

El positivismo, desde A. Comte en adelante, quiso reducir lo humano de la existencia a la medida, al cálculo y la clasificación, desde allí al pronóstico como destino personal, cual si la vida y la voluntad de vivir pudieran reducirse a un mundo mecánico. Cuando esta perspectiva ingresa a las disciplinas sociales y psicológicas, lo esencial de lo humano, que es siempre las formas de relación con el otro, la ética y el respeto a la dignidad y la singularidad del otro, corre el riesgo de introducir lo inhumano en las prácticas disciplinares. La psiquiatría manicomial es un ejemplo de esto. Sostener y reconocer la singularidad plena de cada individuo, de

cada existencia, es la exigencia ética de todas las prácticas destinadas al cuidado y la ayuda del otro. Eso es lo que está amenazado con las antiguas y ahora presentes perspectivas de reducir la vida al sustrato natural del cerebro humano, como pretenden el mal uso de las investigaciones de las neurociencias por parte de la psiquiatría biológica e igual intento de aplicación en algunas corrientes de la Psicología.

Individualismo y Masa Narcisista

El segundo eje señalado es el de entender las diferencias entre el Yo conciencia y la identidad personal frente a un Yo nosotros, conciencia e identidad de masa. Revisar este tema es central para fundamentar las estrategias comunitarias actuales, tanto en Salud Mental como en otras ciencias sociales. Como señale antes respecto al regreso o permanencia de ciertos temas en el pensamiento filosófico y las ciencias sociales, dos puntos de referencia, opuestos y separados en el tiempo, son necesarios de revisar. Son las posiciones de J. Locke (1632-1704), filósofo inglés contemporáneo del francés Descartes, y la posición de Schopenhauer (1788-1860), filósofo polaco que vivió en Alemania, cuyas posiciones están presentes o han influido en la obra de Freud, entre otros. Podemos, para simplificar el tema, señalar que el foco del mismo se trata del individualismo y el

anti individualismo (el Yo conciencia autónomo y el Yo nosotros). Ambas posiciones, que aun definen muchos de los temas actuales del individualismo versus lo comunitario, son determinantes a la hora de comprender tanto la concepción de la sociedad como los destinos personales. Preguntarse si hay destinos personales, individuales, en la vida social es indagar sobre los grados de autonomía y libertad del sujeto, o si la vida social y la cultura de masas (que creo define la cultura hegemónica actual) genera un sujeto que podemos llamar consumidor, una suerte de “narcisismo social” (así lo nombra R. Bodei), que atenúa o suprime al sujeto político, individuo capaz de actuar en la transformación de su propia vida en sociedad como a la sociedad misma, tal como se pensó a lo largo de la modernidad.

A los fines de este escrito trataré de sintetizar: Locke parte de afirmar la identidad personal y la autonomía del individuo en los planos psicológicos, políticos y éticos. Por eso es considerado como el fundador de la perspectiva del liberalismo. Afirma, contraponiéndose a Descartes, que no hay sustancia en el sujeto sino relaciones. El Yo y la identidad personal no son una realidad ya dada en cada individuo, se trata del resultado de un trabajo de construcción, un sujeto activo que a través de la conciencia habrá de construir su yo y su identidad en un mundo de relaciones todo a lo largo de su vida

(en El Yo y Ello, Freud afirma que el yo está construido por el resto de identificaciones que generan las relaciones significativas a lo largo de la vida, la diferencia entre Freud y Locke es que este último se centra en el trabajo de la conciencia, de un sujeto activo capaz de decidir con libertad). Es la conciencia la que mantiene la continuidad del yo y la identidad personal en el tiempo, para no disolverse en el mundo de sus relaciones, mantener la conciencia de sí mismo en la diversidad de relaciones y acontecimientos a lo largo de la vida. Se trata de un individuo pensante y agente activo que ejerce libremente derechos inalienables que deben ser garantizados por el Estado. Este es el núcleo del “estado liberal” para Locke, que tiene como función precisamente el garantizar esos derechos permitiendo el cuidado de sí mismo que en el fondo es cada uno. El surgimiento del estado liberal es simultáneo con el del sujeto-individuo liberal: libre, autónomo, garantizado por el estado, que cuida de sí mismo sin perderse en la masa.

Schopenhauer, a comienzos del siglo XIX ha de ir en sentido contrario: es tanto escéptico como pesimista sobre el valor de la conciencia y la identidad personal. Desde su perspectiva el yo y la identidad no poseen más consistencia ni realidad que la del entramado de ilusiones que forma el mundo como representación: *“en el corazón de nuestro yo, en lo más íntimo de nosotros y con*

más poder sobre cada uno, encontramos la inconsciente y ciega universal voluntad de vivir”. Somos esencialmente voluntad, desconocidos para nosotros mismos. Nuestra conciencia y nuestro yo no resultan guías autónomas de la vida. Esto es el paradigma de que la conciencia racional no es más que un instrumento de fuerzas más originarias y determinantes. En un tiempo en el cual el debate filosófico giraba en torno a la relación entre las pasiones y la racionalidad, esta posición de Schopenhauer pone en sospecha la conciencia y la racionalidad como sostenes de la autonomía y libertad del individuo. Sobre finales del mismo siglo XIX siguen en parte este camino tres pensadores claves, a quienes Paul Ricoeur ha llamado “los maestros de la sospecha”: Marx, Nietzsche y S. Freud. En los límites de esta editorial no podemos detenernos en esto, se trata sí de entender que esta puesta en suspenso de la capacidad racional, la conciencia reflexiva, la relación con la verdad, el dominio de la ilusión y las ficciones de la imaginación, están en la base de la entrega del individuo a la masa, buscando en la pertenencia al nosotros la certeza que su conciencia (su entendimiento) no puede darle, una creencia, un sentido para su accionar en la vida y el sostén de una identidad a la vez social y personal. No se puede negar el enorme valor que han tenido en la cultura, al menos la occidental, estos tres maestros, pero debemos reflexionar sobre cómo ha incidido este cuestionamiento

a la autonomía de la conciencia, este quitar en parte al individuo sus responsabilidades éticas, morales, políticas, sociales y psicológicas como actor de una vida en común. Creo necesario, y esto vale tanto para la vida social como para los intentos de cuidado terapéutico, no desprestigiar el valor de la conciencia moral y la autonomía intelectual, las formas de pensar y de actuar de cada individuo. En el plano social y político, dejar de lado la responsabilidad del individuo y la autonomía de la conciencia deja abierta una ventana a todos los intentos y maneras (actualmente masivos y potentes) de colonizar tanto la conciencia como el inconsciente, instalando imaginarios banales, ficciones ilusorias, útiles al mercado o la política. Allí están dirigidas todas las actuales tecnologías comunicacionales: lograr una masa de individuos que respalden y soporten esta colonización. En el terreno psicológico y psiquiátrico también funcionan ideologías que suprimen fácilmente el valor de la conciencia intelectual del individuo con sufrimiento mental, dejando afuera su capacidad racional para asumir responsabilidad en su malestar, abriendo la ventana a lo que es una forma de colonización, la creencia performativa de los diagnósticos y el sometimiento voluntario al psicofármaco.

Siguiendo a R. Bodei (Destinos Personales, Italia 2006) para colonizar las conciencias, más aun el inconsciente,

hay que anular la conciencia y devaluar la moral que regula desde la razón los comportamientos prácticos. La anulación de toda autonomía personal (que como dije más arriba, debe respetar la diferencia), de todo Yo en beneficio de un “nosotros” (la consigna “vamos juntos” utilizada en la política), sin el rostro ni destino humano. Bodei sostiene que la voluntad de “hacer creer” está volviendo a aparecer, ahora ya no solo en las religiones sino como instrumento de la política. Esto es central a la construcción del sujeto del consumo. Señala este autor: *“En varias capas sociales del primer mundo la sociedad resuelve hoy las necesidades primarias (alimento, sexo, diversión, entretenimiento) con tan prepotente y exhaustiva efectividad, que multitudes fisiológicamente satisfechas, asisten a una asombrosa vulnerabilidad y disponibilidad para masificadas formas de colonización de sus conciencias”*. Toda esta colonización lleva a una cierta servidumbre voluntaria.

Desde la perspectiva del psiquismo el psicoanálisis mostró que esta posibilidad está ligada indiscutiblemente a la ambigüedad de nuestra condición humana, al paradójico objeto de nuestro deseo que encuentra en la sumisión no sólo motivo de sufrimiento sino, al mismo tiempo, de goce. Y la parte de no goce parece inseparable del alivio de delegar a una instancia externa al sujeto el peso de la libertad y la proyección de toda responsabilidad, como ya mencione antes. *“No hay*

causas oscuras, hay un papel determinante desempeñado por el cálculo racional de los intereses, la fuerza de la convicción y el impulso de pasiones cultivadas con todo cuidado, como el odio, la envidia, la ambición o la esperanza” (R. Bodei). No caben dudas acerca de que en los últimos años los grandes colectivos humanos, el sindicato, el partido político, organizaciones sociales, y otras experiencias comunitarias, han ido atenuando, a veces perdiendo, la función de la solidaridad, el reclamo común por proyectos de vida más justos e igualitarios. La misma lucha en salud mental por el respeto a los derechos y la dignidad de quienes padecen sufrimiento mental, la perspectiva de la integración socio-comunitaria (como se logró plasmar en la Ley Nacional de Salud Mental en Argentina), y el acoplamiento de estas propuestas a las luchas por el reconocimiento y la igualdad, se encuentran amenazados por las políticas pro mercado y la promoción del individualismo de los gobiernos que llamamos neoliberales, que nada tienen que ver con el liberalismo de Locke. El actual narcisismo e individualismo y aun las crisis de las identidades, son concomitantes con esta desactivación de los proyectos solidarios de las propuestas comunitarias. Esto es a mi entender un terreno de debate y lucha en el seno de la política y las organizaciones sociales, no es concebible la abolición de los proyectos de vida que ellos representan, pero esta lucha es hoy, además de política, también cultural e incluye

una acción en el plano de los dispositivos de construcción de subjetividad. El narcisismo e individualismo actual tiene un cierto carácter defensivo, un narcisismo desencantado del mundo y del valor de la vida en común, altera la ética del compromiso y el respeto por el otro, del cual rechaza todo deber y tiende a sentirlo como no responsabilidad tanto respecto de la política como en la pareja, la amistad, en aquellos planos donde debe asumirse la vida en común. Son frecuentes estos sujetos que confunden su aislamiento con su autonomía o mayor libertad: evitando caer en la solidaridad de un nosotros caen en la masificación del consumo, los psicotrópicos y el entretenimiento. F. Berardi (Italia, 2008) denomina a estos como la “masa de conectados” sin vínculo emocional o afectivo con otros, incluidos en la gran cadena de imágenes que constituyen en la actualidad “lo público”. Este sujeto del narcisismo de masa deja afuera aquello de la historia social y familiar, su pertenencia a un territorio de vida y una filiación, para ingresar en un mundo plástico, flexible, reciclable, de videos, imágenes rápidas para incluirse en las cadenas virtuales, salen por las redes de internet mostrando sus viajes, sus bailes, sus fiestas, y a veces el sexo. Si la experiencia de la modernidad estaba hecha de acero y cemento, la cultura de la masa narcisista está hecha en plástico degradable.

Está claro que este individuo narcisista, con identidades frágiles y múltiples, con su rechazo a asumir un nosotros en todos los planos de la vida, no borra totalmente su sí mismo, su individualidad. En cada uno de estos individuos se mantiene, aun cuando expulsado de la conciencia actual, una historia propia de acontecimientos vivenciados a lo largo de su vida. Ocurre que esa historia propia ya no sirve para integrarse a esta cultura, se la debe suspender o reprimir para avanzar con rasgos de identidad más aptos y funcionales hacia la imagen, los vínculos posibles, las ambiciones inmediatas o futuras, las aventuras del emprendedor en las búsquedas laborales o sexuales. El desafío para ellos es cómo “producirse”, para lograr relaciones guiadas por el interés o la necesidad inmediata. Esto hace necesario a la vez ignorar el deseo propio, que siempre e inevitablemente tiene un lazo con el pasado. La permanencia en el tiempo de la conciencia de ser el mismo individuo existe obviamente en la mayor parte de las culturas humanas, quizás sea esta cultura de la masa narcisista la que está obligando a cierta renegación de las experiencias vividas y de los acontecimientos en que se construyó la identidad personal (un libro que publique hace unos años tiene por subtítulo “La ilusión de no ser”). La lucha entre impulsos a la construcción de una autonomía reflexiva e impulsos hacia la abdicación del sujeto a todo vínculo responsable entre el Yo y el Nosotros, continúa hoy al menos abierta.

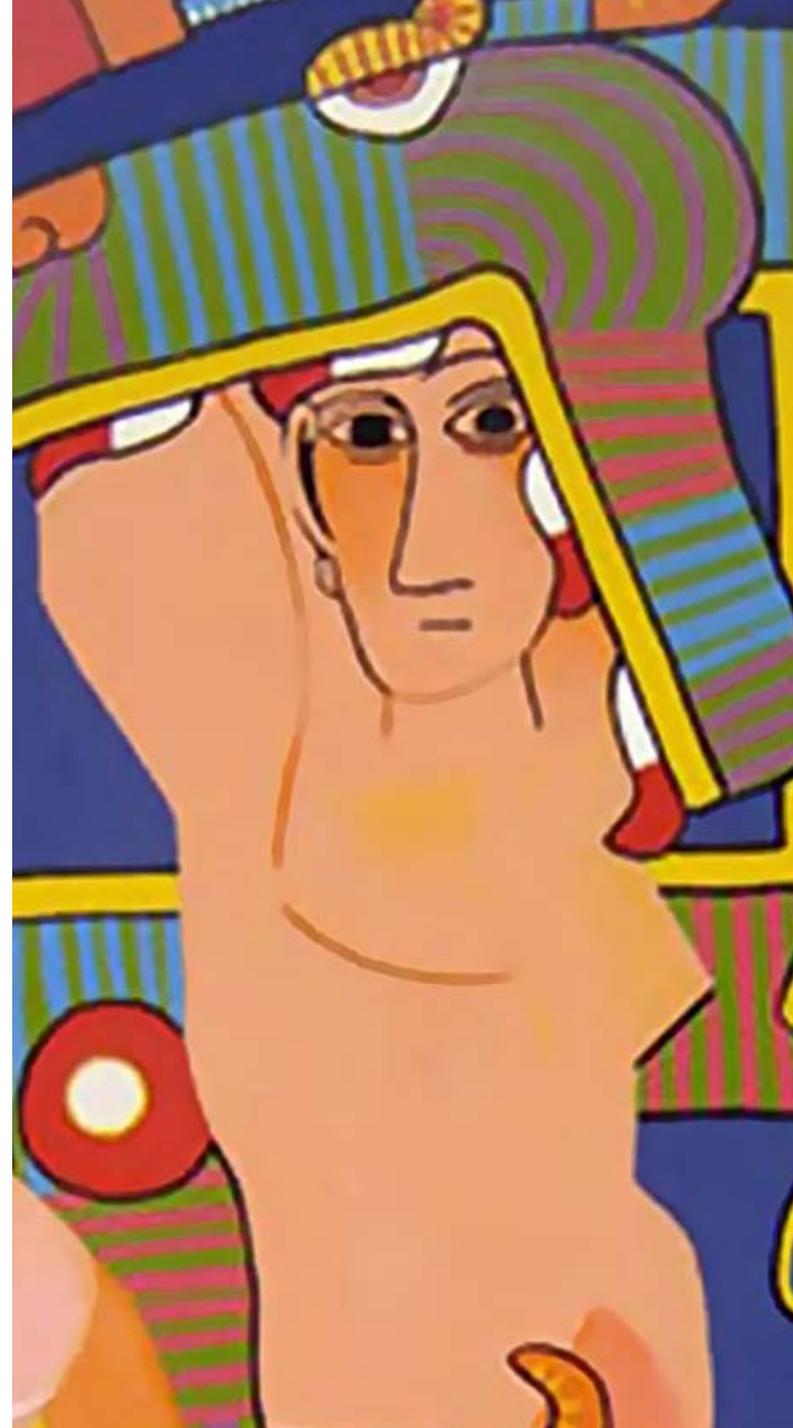
¿Por qué estas reflexiones en una revista de Salud Mental y Comunidad? Entiendo que estamos frente a una encrucijada frente a estos rasgos de la cultura actual que he sintetizado. En primer lugar enfatizar que nuestro modo de cuidar al otro no se trata de adaptarlo a una idea de normalidad que no existe, debemos inevitablemente respetar la diferencia, la singularidad plena del sufriente, ayudar al rescate o la construcción de una identidad y de una conciencia más racional de sí mismo, basada en su historia y su existencia real, sabiendo que la adaptación al contexto social, económico y simbólico en que vive no es ninguna garantía de salud mental. La particularidad de un pensamiento delirante (contra el cual ha centrado la psiquiatría su objetivo) no debe ser razón para aislar al sujeto en una institución e impedir su vida en comunidad. Rescatar los valores del sujeto liberal postulado por Locke tiene el sentido de centrar nuestra tarea en rescatar la capacidad de autonomía y libertad que pueda lograr el sujeto, contrario a la supresión de toda posibilidad de autonomía y despliegue de las capacidades en el nivel propio de cada uno que supone la internación asilar.

En segundo lugar estos rasgos nuevos en los sujetos que he llamado narcisismo de masa, debe alertarnos que las estrategias comunitarias no consisten en crear una identidad personal en base a una comunidad, cualquiera

pero especialmente de grupo identitario de autoayuda, sino en base a una historia siempre personal. Se trata de lograr en el nivel posible que el sujeto que cuidamos pueda integrarse a una vida en común que no suprima ni estigmatice su autonomía y pueda respetar las diferencias de su identidad personal.

Emiliano Galende

Marzo 2018



Acciones y reflexiones del equipo técnico del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

Graciela Natella

Médica psiquiatra. Órgano de Revisión Nacional de la ley de salud mental. Ministerio Público de la Defensa. Bme. Mitre 648 7° A. CABA. CP. 1036.

gnatella@mpd.gov.ar

Martina Guerrero

Médica psiquiatra infantojuvenil. Órgano de Revisión Nacional de la ley de salud mental. Ministerio Público de la Defensa. Bme. Mitre 648 7° A. CABA. CP. 1036.

mguerrero@mpd.gov.ar

Mariana Iriart

Licenciada en trabajo social. Órgano de Revisión Nacional de la ley de salud mental. Ministerio Público de la Defensa. Bme. Mitre 648 7° A. CABA. CP. 1036.

miriart@mpd.gov.ar

Leandro Luciani Conde

Licenciado en psicología. Magister en Salud Pública (UBA). Órgano de Revisión Nacional de la ley de salud mental. Ministerio Público de la Defensa. Bme. Mitre 648 7° A. CABA. CP. 1036.

llucianiconde@mpd.gov.ar

Hugo Reales

Médico psiquiatra. Órgano de Revisión Nacional de la ley de salud mental. Ministerio Público de la Defensa. Bme. Mitre 648 7° A. CABA. CP. 1036.

hugorealesalto@gmail.com

Resumen

Se presenta la experiencia desarrollada por el equipo técnico del Órgano de Revisión Nacional de la Ley 26657 (ORN) perteneciente al Ministerio Público de la Defensa.

El objetivo es describir el trabajo realizado desde su constitución, a través de las acciones desarrolladas, tomando como objeto de análisis e intervención el sistema de salud mental actual.

Se identificó que aún persiste un modelo de atención clínico-asistencial transversal al sistema de salud mental caracterizado por: la concepción de la persona usuaria como incapaz, la atención basada en el control sintomático, la formación profesional como obstáculo para alcanzar la inclusión socio comunitaria, el fenómeno de puerta giratoria, entre otros.

Se resignifica el concepto de internación social y se advierte sobre la noción de voluntariedad

condicionada como aspectos a ser revisados de manera de contribuir con la implementación del modelo comunitario de atención en salud mental basado en los actuales estándares.

Si bien se ha detectado la persistencia de un modelo atencional representante de un paradigma asilar transversal a todos los efectores visitados, las situaciones de vulneración de derechos ya no son desestimadas, olvidadas e invisibilizadas, sino que son objeto de acciones y medidas para su denuncia y transformación, propósito primordial del ORN.

Palabras clave: Ley Nacional 26.657 - Derechos humanos- Órgano de Revisión Nacional- Análisis de la atención en Salud Mental.

Summary

An account of the experience carried out by the technical team of the Mental Health Review Body

(National Mental Health Law 26657) belonging to the Federal Public Defender's Office is expounded on.

The current mental health system is considered as a target to be analyzed and to be intervened through different kinds of actions developed by the team.

A health care assistance model that persists across the mental health system was identified. It is characterized by: one conception of the person using mental health services as incapacitated, medical attention based on symptomatic control, a kind of professional training as an obstacle to achieving community-based inclusion, the phenomenon of "revolving door", among others.

A new concept of social internment is proposed and it is warned about the notion of conditioned voluntariness; both aspects have to be revised in order to contribute to the implementation of the community model of mental health care based on present standards.

Although the persistence of health care assistance model representing an asylum paradigm that goes through all the visited health effectors has been detected, situations of violation of rights are no longer dismissed, forgotten and unseen, but they are the focus of actions and measures for their denunciation and transformation, primary purpose of the Mental Health Review Body.

Key words: National Mental Health Law 26657
- Human Rights – Mental Health Review Body -
Analysis of mental health care

I. Introducción

Este artículo tiene el propósito de compartir algunas reflexiones surgidas del accionar cotidiano del equipo técnico interdisciplinario de la Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión¹ (en adelante ORN) de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (en adelante LNSM), luego de la experiencia adquirida desde su constitución a fines del año 2013.

Se considera oportuno enumerar inicialmente las principales acciones desarrolladas por este equipo, para luego compartir ciertas observaciones que surgen de la tarea.

Si bien dichas acciones son múltiples y variadas tienen como denominador común *el sistema de salud mental como objeto de análisis*, el que resulta también objeto de intervención por parte de esta Secretaría Ejecutiva en su conjunto.

El estado de situación detectado, tanto de personas usuarias evaluadas como de instituciones monitoreadas, es entendido como un analizador del sistema de salud mental vigente ya que, aún con las particularidades y singularidades que estas presentan, se identifica una concordancia entre las concepciones, prácticas y modelos de atención implementados para cada caso y desde cada efector.

En efecto, a través de las acciones que se describen a continuación, ha sido posible identificar avances, resistencias, controversias y modificaciones que, si bien se presentan a través de los efectores y sus equipos tratantes, corresponden a un estado de situación global y una modalidad de abordaje compartida por estos.

II. Descripción de las acciones desarrolladas

1. Evaluación de la situación de personas de diferentes grupos etarios (niños, niñas, adolescentes, adultos y adultos mayores) internadas y/o institucionalizadas en efectores públicos, privados u otros ámbitos no institucionales.

1.1. **Evaluación** individual de la situación de las personas internadas en el marco de la LNSM.

Dicha evaluación forma parte del debido proceso que impacta directamente en el cuidado y la promoción de las personas, cuya permanencia hospitalaria es en la actualidad fiscalizada con el fin de determinar el carácter (voluntario o involuntario).

Las evaluaciones individuales realizadas hasta el momento fueron, por razones operativas y por decisión

del plenario del ORN, asumidas por el equipo técnico de la Secretaría Ejecutiva y por un equipo técnico de la Subsecretaría de Derechos Humanos de la Nación.

1.2. Evaluación de **situaciones de violación de DDHH**, a partir de denuncias realizadas por instituciones, organismos, particulares (art. 40, incs. B y K de la LNSM) y también aquellas detectadas por la Secretaría Ejecutiva.

Se han identificado vulneraciones tales como: personas en situación de aislamiento, personas con sujeciones mecánicas prolongadas sin el acompañamiento adecuado para sostener sus necesidades, personas sobremedicadas, personas internadas que no cuentan con estrategia terapéutica ni con revisión de su plan medicamentoso, entre otras.

En caso que se detecte una situación de vulneración de derechos se constituye como insumo para que se arbitren las medidas correspondientes destinadas a alcanzar el cese de tales vulneraciones, sin desmedro de que en aquellos casos de violaciones flagrantes se arbitren los medios para su interrupción inmediata desde la Secretaría Ejecutiva.

1.3. Evaluación interdisciplinaria en el marco de procesos de **determinación de capacidad jurídica**. Se

evalúa la situación en la que se encuentra la persona y si requiere de apoyo para el desarrollo de su vida plena en sociedad.

1.4. Evaluación de niños internados pertenecientes al grupo etario de 0 a 12 años, **grupo en situación de especial vulnerabilidad**, dado que la internación constituye una medida restrictiva que podría generar un impacto altamente negativo cuanto más temprana sea la edad de la persona.

Los hallazgos registrados en las mencionadas evaluaciones han constituido un insumo para definir la realización de los monitoreos en instituciones psiquiátricas infantojuveniles, hogares de niños y en hospitales pediátricos generales.

2. Monitoreo de instituciones.

Se han evaluado las condiciones de infraestructura tanto en lo referido a lo edilicio como al recurso humano, el relevamiento de la vigencia de los derechos de las personas internadas y la modalidad de tratamiento y abordaje implementados.

Hasta la fecha se han realizado monitoreos en los siguientes efectores: a) Hospitales psiquiátricos y clínicas

psiquiátricas para la atención de adultos, niños y adultos mayores, b) Comunidades terapéuticas, c) Instituciones geriátricas, d) Programas de salud mental en institutos penitenciarios, e) Hogares de niños, niñas y adolescentes, f) Hospitales generales para la atención de niños.

3. Elaboración de instrumentos.

Para la realización de las evaluaciones antes referidas se elaboraron instrumentos de recolección de datos, tomando como referencia el Instrumento de Evaluación de Servicios de Salud Mental-IESM (OMS, 2005) y el Instrumento de Calidad y Derechos Humanos-QUALITY RIGHTS (OMS 2012).

Se ha incluido como referencia el “Manual de Monitoreo de Derechos Humanos en los Centros de Privación de libertad por parte de las Defensorías Públicas” (Asociación Interamericana de Defensorías Públicas, 2014).

a) Instrumentos de recolección de datos para:

- 1) Evaluación interdisciplinaria de las personas usuarias, 2) Realización de los monitoreos institucionales, 3) Evaluación interdisciplinaria en procesos de determinación de capacidad jurídica.

b) Modelos de elaboración de informes para:

- 1) Evaluación interdisciplinaria de las personas usuarias, 2) Monitoreos institucionales.

4. Promoción de la LNSM y de las misiones y funciones del Órgano de Revisión Nacional con alcance a organismos gubernamentales y no gubernamentales en el ámbito nacional e internacional.

Un aspecto que se ha priorizado es la interacción con los referentes de distintas jurisdicciones del país para promover la conformación de los órganos de revisión locales, particularmente en el área de conformación de equipos técnicos. Para ello, se han mantenido intercambios presenciales y no presenciales con varias provincias argentinas para alcanzar este propósito.

Esta tarea ha tenido alcance en ámbitos internacionales dado que este organismo de revisión es el primer órgano específico de control en el ámbito de la salud mental creado hasta el momento en la región de Latinoamérica.

5. Promoción del artículo 28 de la LNSM en hospitales generales de la CABA.

Esta acción nace como propuesta de la Secretaría Ejecutiva con el fin de dar cumplimiento al artículo 28

de la LNSM, como instancia previa a la fase de monitoreo de los hospitales generales.

Se han visitado trece hospitales polivalentes de la CABA, con el objeto de cooperar con las autoridades y el personal institucional con el propósito de promover la internación de salud mental en los servicios generales de salud, tal como suponen los estándares actuales de atención en salud mental.

6. Elaboración de documentos como insumo para la Secretaría Ejecutiva.

a. Documento base para la elaboración de la Resolución SE del ORN N° 17/2014: “Recomendación sobre la supresión del uso de electroshock”. Ante la solicitud de autorización judicial para la realización de esta práctica por parte de efectores, este equipo interviene evaluando la situación de la persona y las alternativas terapéuticas ajustadas al enfoque de derechos.

b. Documento base para la elaboración de la Resolución SE del ORN N° 15/2014: “Muerte en instituciones monovalentes de salud mental”.

c. Documento sobre sujeción física / mecánica.

Consideraciones sobre esta práctica desde una perspectiva de derechos. Ante la detección de personas que han sido sometidas a sujeciones prolongadas, extemporáneas, sin acompañamiento adecuado, sin consentimiento, con consecuencias psicofísicas evidenciables, se ha solicitado la intervención de este equipo a fin de constatar dichas vulneraciones con el objeto de que sean tomadas las decisiones que pudieran corresponder.

d. Documento sobre la “Adecuación y sustitución de las instituciones monovalentes”. Consideraciones acerca del proceso de reestructuración del sistema de salud mental y su orientación hacia la red de servicios territoriales. Insumo para la cooperación técnica con provincias argentinas.

e. Documento sobre “Salas y prácticas de aislamiento”. Ante la recepción de denuncias o detección de la existencia de espacios y/o prácticas de aislamiento de personas usuarias de los servicios de salud mental se evalúa la situación con el objeto de eliminar dicha medida de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente.

f. Documento “Indicadores de transformación del sistema de salud mental”. Guía de indicadores como insumo para la observación y evaluación en el

trabajo cotidiano y como referencia de los avances de la reestructuración del sistema de salud mental tales como: implementación de abordajes territoriales y domiciliarios, disminución de camas en instituciones monovalentes, disminución del tiempo de internación, apertura de camas de salud mental en hospitales generales, desarrollo de dispositivos intermedios, inclusión de recursos no convencionales, implementación de prácticas de seguimiento y de continuidad de cuidados, entre otros. Dicha guía ha sido remitida a referentes jurisdiccionales.

7. Seguimiento de usuarios y familiares a través de comunicaciones personales, telefónicas y virtuales.

Se realiza el seguimiento de situaciones consideradas “testigo”. Los seguimientos suelen realizarse tanto de manera presencial como telefónica y virtual, asesorando y acompañando a los usuarios y sus familiares en lo referido a la atención de salud mental y a los derechos que los asisten.

La línea telefónica gratuita del ORN (0800-333-6776) que figura por ley en las instituciones psiquiátricas es un medio para la comunicación directa de usuarios y familiares.

8. Acciones intersectoriales de seguimiento, articulación, promoción y asesoramiento.

- a. Con referentes de instituciones sanitarias visitadas, a partir de la evaluación de la situación de usuarios y de los monitoreos institucionales.
- b. Con referentes del equipo técnico de la Secretaría de DDHH de la Nación con el fin de unificar criterios para el análisis de las evaluaciones individuales que cada equipo realiza.
- c. Con referentes de unidades de letrados del artículo 22 de la LNSM de niños, niñas, adolescentes y de población adulta, para el intercambio de información y de estrategias.
- d. Con referentes del Consejo de derechos de niños, niñas y adolescentes, por seguimiento de casos.
- e. Con referentes de diferentes sectores sociales involucrados en la conformación de los órganos de revisión locales para su asesoramiento y cooperación.
- f. Con referentes de instituciones sanitarias y universidades por capacitación y asesoramiento.

g. Con referentes y miembros de organizaciones de usuarios y familiares. Interacción, recepción de denuncias, planificación de estrategias.

h. Con referentes de organismos internacionales de salud mental (OMS-OPS) para la revisión de instrumentos de evaluación de sistemas y servicios de salud mental.

i. Participación en mesas de trabajo con organismos gubernamentales, como parte del análisis de situación y planificación de estrategias que desarrolla la Secretaría Ejecutiva.

j. Con la Comisión de Temáticas de Género del Ministerio Público de la Defensa a fin de armonizar el instrumento de recolección de datos elaborado por este equipo con el enfoque de género aportado por dicha comisión.

9. Capacitación, asesoramiento e intervención en jornadas y otros eventos científicos.

Se han desarrollado en ámbitos sanitarios, académicos, de organismos gubernamentales y no gubernamentales, entre otros.

10. Procesamiento estadístico descriptivo de datos, sistematización y elaboración de informes de actividades, destinado a producir indicadores de proceso de las actividades que se realizan.

Si bien la Secretaría Ejecutiva dispone de una base de datos general, este procesamiento particular es funcional a la organización de la tarea, su medición y optimización, constituyendo una herramienta para la acción.

11. Análisis de la incidencia de las acciones desarrolladas por el equipo técnico del ORN.

Se han realizado acciones de seguimiento del impacto de las intervenciones del equipo, en situaciones particulares, a fin de evaluar su efecto y el grado de avance en el proceso de adecuación del sistema de salud mental. Estas acciones consisten en la revisión de planes de adecuación a la LNSM presentados por algunas instituciones monitoreadas, seguimiento de recomendaciones realizadas en evaluaciones individuales, avances en la apertura de camas en hospitales generales, entre otras.

III. Reflexiones en torno a las acciones desarrolladas

El contenido de las evaluaciones y monitoreos -plasmados en los instrumentos de recolección de datos y en la

dinámica general de las intervenciones- tienen como fundamento principal aquellos documentos y normativas legales que fijan estándares para la atención de la salud mental a nivel nacional e internacional (Convención Internacional Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006, LNSM, 2010, entre otros).

A partir de las evaluaciones realizadas, tanto de la situación de personas usuarias de los servicios de salud mental como de las instituciones monitoreadas, se han identificado hallazgos que permiten formular la hipótesis de un estado de situación común entre las instituciones, dado que se observan semejanzas altamente significativas por sobre las diferencias y particularidades.

Estos denominadores comunes, tanto a nivel de las concepciones como de los desarrollos operativos, permiten reflexionar acerca de la existencia de un contexto que obliga a identificar al sistema de salud mental como objeto de análisis.

La persistencia de concepciones correspondientes a un paradigma desde el cual se entiende a las personas con padecimiento mental como incapaces, crónicas, peligrosas, irrecuperables y objeto de tutela, explica la vigencia de una modalidad de atención de corte asistencial psiquiátrico - psicológico, centrada en la enfermedad y en el

individuo, sin interactuar con los determinantes sociales del proceso de salud/enfermedad y cuyo propósito es preponderantemente la supresión sintomática.

Si bien este objetivo es fundamental resulta insuficiente, dado que no alcanza para el desarrollo de una vida plena, la que supone el ejercicio de derechos consagrados dentro de los que se incluye la integración comunitaria de las personas con padecimiento mental.

Estas modalidades circunscriptas a un abordaje clínico-asistencial y que todavía son estructurantes de la formación profesional, no disponen en sus mismas bases conceptuales y operativas de instrumentos para alcanzar la integración comunitaria de las personas usuarias, siendo que la formación académica de profesionales y técnicos *no incorpora como finalidad de los tratamientos la inclusión social* (Schiappa Pietra, 2016).

Se entiende, claro está, que la formación profesional no representa solamente un obstáculo de sector, sino que es parte de un hecho contextual, en términos de que aún se encuentra en transición la puesta en marcha de un sistema de salud mental que garantice la inclusión social de las personas con padecimiento mental, por lo que no se demanda una formación académica en tal sentido.

La barrera de la formación profesional es un ejemplo interesante de las contradicciones existentes en esta transición en la que, por un lado, gran parte de los profesionales con los que se tomó contacto en las instituciones visitadas manifestaron su desacuerdo con que las personas permanezcan por causas de orden social institucionalizadas sin criterio de internación y, por otro, no parecen asumir que las estrategias de externación también les competen y que son parte del tratamiento.

A pesar de este consenso, no se alcanza a vislumbrar que la formación profesional no prepara para intervenir en el espectro comunitario, ni para trabajar en equipos interdisciplinarios, en acciones intersectoriales, en abordajes domiciliarios, en el fortalecimiento y el desarrollo de una red de apoyo para quien no cuenta con ella, ni en la promoción de las potencialidades de las personas, entre otros requerimientos para favorecer la vida en sociedad de manera integrada.

Por otra parte, las intervenciones en el ámbito comunitario de las personas están obstaculizadas desde los mismos servicios asistenciales, ya sea por motivos administrativos, organizativos o porque no son consideradas prioritarias, cuando en sentido estricto son la “vía regia” de intervención para el logro de la integración comunitaria.

Siguiendo el derrotero de la inclusión social como exponente de la perspectiva de derechos en la atención de la salud mental, se identificó no sólo la barrera formativa ya mencionada, sino el déficit de recursos materiales y económicos en términos de la carencia de dispositivos y servicios generales y comunitarios para efectivizarla. Una carencia que es antepuesta por el recurso humano como causa de la institucionalización y que, sin embargo, constituiría otro gran obstáculo junto a este déficit de formación profesional para alcanzar procesos de inclusión.

Como parte de estas contradicciones surge una variedad de situaciones dilemáticas que se encuentran a diario y que llevan a efectuar diferentes valoraciones y a redefinir conceptos que cobran un nuevo sentido.

Entre estos se resignifica el concepto de “internación social” que pareciera revestir un carácter de mayor amplitud que la referida ausencia de recursos socio-económicos, como vivienda, dinero o familia. Lo observado es que, además de las situaciones concretas de carencia, gran parte de las personas internadas cuentan con alguno de los recursos mencionados sin disponer de los medios y métodos para activarlos y hacer uso de los mismos. El principal déficit detectado sería entonces no contar con una red de apoyo socio-sanitaria que acompañe a la persona y que ayude a

gestionar los recursos propios o suministrados, necesarios para vivir extramuros.

No es solo la posesión de una casa sino quién la asea y quién la habita, no es solo disponer de alimentos sino quién los compra y elabora, no es solo contar con la medicación apropiada sino quién la suministra. Necesidades que se repiten en cada acto de la vida cotidiana de las personas, que la misma institucionalización desactiva su capacidad de resolver.

La carencia de estos apoyos y del seguimiento para vivir en comunidad desestima con frecuencia la posibilidad de externación, haciendo foco en la imposibilidad del usuario de vivir solo, sin considerar los obstáculos del sistema de salud mental que no cuenta con métodos de apoyo concretos para la inclusión comunitaria, dado que aún se basa en el paradigma de exclusión.

Desde esta perspectiva, el carácter de la “internación social” se expande significativamente a tal punto que la mayor parte de las internaciones podría adquirir este carácter.

A pesar del gasto económico que representa una cama hospitalaria y, en particular, del costo humano por lo improcedente que resulta vivir en un hospital, se dispone de recursos para organizar la vida dentro del

hospital en lugar de desplazarlos hacia la vida en comunidad. Situación que trasluce que aún las personas con padecimiento mental no son sujetos de inclusión social, ya que, si así lo fueran, se priorizarían las estrategias y recursos para tal fin.

Es notable cómo el déficit de estos apoyos, que tienen como principal objetivo facilitar la vida fuera del hospital, también son parte de la carencia de una red de servicios territoriales con base comunitaria que ofrezca atención cercana, oportuna y efectiva. Esta debería contar con abordajes integrales de salud mental en centros de atención primaria, camas de internación en hospitales generales, centros de día, servicios de rehabilitación, dispositivos habitacionales, emprendimientos laborales y cooperativos, atención domiciliaria, y toda otra metodología y estrategia que no aparte a las personas de sus afectos, domicilios, empleos, instituciones educativas ni de aquellos vínculos preexistentes a una crisis, los que con frecuencia se interrumpen como consecuencia de los mismos tratamientos.

Esta ausencia de respuesta territorial, observada con frecuencia en las evaluaciones realizadas, vulnera el derecho a ser asistido en la localidad de residencia obstaculizando contar con un abordaje en y del propio entorno, el cual constituye un factor decisivo y determinante para la

salud mental de las personas y sus comunidades. Es en el propio ámbito comunitario, donde será posible articular y potenciar los recursos intersectoriales y sociales en general, disminuir los factores de riesgo e incrementar los factores protectores para la salud mental, y detectar los referentes claves del usuario y su grupo familiar. Dichas intervenciones han sido registradas excepcionalmente.

La considerable distancia de procedencia de las personas evaluadas, sumada a las situaciones complejas que habitualmente atraviesan sus grupos de pertenencia, permite inferir que favorecen la discontinuidad de las visitas de los referentes familiares y, en algunos casos, su interrupción. Esta situación se pondera frecuentemente como “familia poco continente” o “abandono familiar”, cuando se puede observar que se trata de grupos sociales que presentan vulnerabilidad extrema y que requieren de una red de apoyo para fortalecer y/o desarrollar sus vínculos, además de las dificultades socioeconómicas que presentan y que obstaculizan el cuidado de sus parientes.

Por otra parte, la asistencia extraterritorial predispone a la desinserción laboral en el caso de los adultos y a la desinserción escolar en el caso de los niños y jóvenes, además de resultar un cofactor en la incidencia de la prolongación de internaciones y un obstáculo para la externación.

El déficit de dispositivos y prestaciones territoriales es una constante que explica, aunque no justifica, la derivación de personas en crisis a instituciones monovalentes de psiquiatría, sin que hayan accedido previamente a prestaciones locales en servicios generales de salud ni a centros de salud mental comunitaria, considerados menos restrictivos, los que constituyen el actual estándar de atención en salud mental (CDPD, 2006; OMS, 2009; LNSM 26657, 2010).

En línea con lo expuesto, otra situación con frecuencia observable es el “fenómeno de puerta giratoria”, que implica el circuito de internación–alta–reinternación de manera periódica. La instalación de este circuito suele atribuirse habitualmente a la situación psicosocial y psicopatológica de los usuarios y de sus familias, y/o a la ausencia de dispositivos ambulatorios y territoriales. En este sentido, no se han observado replanteos acerca de las estrategias terapéuticas implementadas ni del déficit de intervenciones contextuales que modifiquen la dinámica social y cotidiana de las personas y sus grupos de pertenencia, para alcanzar una externación sustentable que evite la reinternación.

Otra observación frecuente es que, en las situaciones de usuarios que cuentan con apoyo socio-familiar y son externados, el alta se efectúa cuando cesan los síntomas

que motivaron la internación, sin que este proceso se acompañe -en gran parte de los casos- de estrategias efectivas de reinserción comunitaria.

Habitualmente, una vez externada, se suele citar a la persona por consultorios externos y, si no concurre por sí misma o acompañada por sus familiares a la consulta, se consigna como “familia ausente, abandono y/o falta de adhesión al tratamiento”.

No se han identificado replanteos sobre los alcances de las prácticas y las estrategias intramuros, siendo que éstas no intervienen en las condiciones del entorno socio-familiar que suele ser parte de la producción de la crisis y la discontinuidad del tratamiento. Tampoco se realiza un seguimiento domiciliario de personas que, por su vulnerabilidad, por la severidad y tiempo de evolución de su padecimiento, debieran encontrarse incluidas en programas de atención continua.

En la misma lógica de carencia de apoyo extramuros, se inscribe el carácter impreciso de numerosas internaciones evaluadas, en las cuales la persona no presenta criterio para continuar internada, pero se encuentra institucionalizada “voluntariamente” por períodos muy prolongados. Esta situación, la mayoría de las veces, deviene en la pérdida de vínculos afectivos (familiares,

referentes) y bienes materiales (objetos personales, inmuebles), además de la pérdida de ciertas habilidades de la vida diaria en algunos casos, todo lo cual conlleva a que la persona “desee permanecer internada”, escenario que podría considerarse como promotor de una voluntariedad condicionada.

Todos ellos son fenómenos que parecen presentar igual epicentro: la persistencia de un sistema de atención basado en el control sintomático y la institucionalización que aún dispone de métodos restrictivos de abordaje, tales como internaciones prolongadas sin criterio de permanencia, internaciones sociales, medicalización, sujetiones prolongadas e indiscriminadas, uso de electroshock sin ofertas terapéuticas previas intensivas y sostenidas, prácticas de aislamiento, ausencia de programas de recaptación y revinculación familiar, entre otros.

Si bien es cierto que algunos estos métodos han disminuido notablemente, también lo es que no han sido sustituidos por nuevas experticias que los reemplacen y hagan innecesaria su utilización. En particular, no se han desarrollado métodos de abordaje en el ámbito domiciliario-comunitario a fin de prevenir, asistir y rehabilitar a la persona en su propio medio social y, en la misma línea, no se ha desarrollado experticia para integrarlo en dicho medio, tal como se mencionara con anterioridad.

Sin embargo, al tiempo de la caracterización presentada, se identificaron avances y valoraron positivamente adecuaciones a la normativa vigente, tales como la supresión de celdas de aislamiento en aquellas instituciones en las que se detectaron y la suspensión de prescripciones de electroshock en varias situaciones en las que se ofertaron secundariamente otras alternativas terapéuticas.

Asimismo, se han identificado estrategias de externación acompañadas de la gestión de atención territorial para evitar el reingreso de usuarios desde algunos de los servicios de los hospitales monovalentes. En estos mismos hospitales, se han detectado equipos que bregan por desarrollar estrategias de externación con inclusión social mediante intervenciones del propio personal en el territorio de los usuarios.

Se identifica también una disminución de algunas prácticas restrictivas que, aún sin haber sido sustituidas según prevé la normativa legal y los estándares vigentes de atención, constituye un avance a destacar.

IV. A manera de conclusión

Las consideraciones descriptas en los párrafos anteriores se han basado principalmente en dos líneas de análisis.

Por una parte, la situación de las personas y de las instituciones evaluadas que, más allá de sus diferencias y particularidades se han entendido como exponentes y analizadores del sistema de salud mental vigente, en donde se identifica la presencia de denominadores comunes y de una modalidad de abordaje transversal a todos los efectores con los que se ha tomado contacto, la cual ha sido descripta anteriormente.

Por otra parte, se ha intentado contribuir a una reflexión crítica a fin de avanzar en la efectivización de los derechos de las personas con padecimiento mental, propósito rector del ORN.

En este sentido, al tiempo de presentar esta caracterización, se destaca un hecho relevante del actual momento histórico: el inicio de un corrimiento del oscurantismo que embargaba al campo de la salud mental, por el que situaciones de vulneración de derechos –en donde se destaca la hospitalización de por vida de personas- ya no son desestimadas, olvidadas e invisibilizadas, sino que son objeto de acciones y medidas para su denuncia y transformación.

El quiebre de un orden que validaba el encierro y la exclusión social como factor constitutivo de la atención en salud mental es un acontecimiento trascendente

que marca el desarrollo y la evolución de la época en el mencionado campo, que de esta forma intenta alcanzar los estándares de atención que fijan todas las recomendaciones internacionales, en consonancia con la legislación nacional vigente.

Son varios los actores gubernamentales y no gubernamentales que trabajan arduamente para el logro de este propósito y desde las mismas instituciones sanitarias se identifican sectores que pugnan por impulsar cambios. Varios de estos organismos se han hecho eco y constituido en guardianes de este mandato histórico de igualdad e inclusión de las personas con padecimiento mental a través de su visibilización, defensa, monitoreo y el desarrollo de procedimientos a fin de impulsar la garantía de sus derechos. Un proceso que genera una importante tensión en gran parte de los sectores involucrados en las reformas jurídico-sanitarias en ciernes pero que, sin lugar a dudas, es ineludible y progresa a nivel nacional e internacional.

Referencias bibliográficas

Cohen, H. y Natella, G. (2013) *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro*, 1a ed., Buenos Aires, Lugar Editorial.

Observatorio de Derechos Humanos de Personas con Discapacidad Mental (2014) *Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental. Diagnóstico de la Situación en Chile*, Santiago de Chile, CEPAL.

OMS (2004) *Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado*. OMS, Ginebra.

(2005) *Instrumento de Evaluación para los sistemas de Salud Mental –IESM*, Ginebra, OMS.

(2012) *Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS – Quality Rights*, Santiago de Chile, OMS.

OPS/OMS (2010) Resolución CD 49, R 17, “Consenso de Panamá”, Ginebra, OMS.

Schiappa Pietra, J. (2016) “La finalidad de los tratamientos” en *La Brancalone*, Río Negro, Kuruf Editorial.

WHO (2014) World Health Organization and the Gulbenkian Global Mental Health Platform. Innovation in deinstitutionalization: a Who Expert Survey, Geneva, WHO.

Notas

¹ Organismo creado con la función de proteger los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Está conformado por un plenario (integrado por organismos gubernamentales y no gubernamentales) y una Secretaría Ejecutiva cuya titular es la Dra. María Graciela Iglesias.

Legislación y documentación utilizada

Ley 26.378 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006. Sancionada: mayo 21 de 2008 Promulgada: junio 6 de 2008.

Ley 26.657 LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL Sancionada: 25/11/2010 Promulgada: 02/12/2010. Decreto reglamentario: 603/2013

Ministerio Público de la Defensa. Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental (2016), Resolución S. E. 1/16 “Aprobación del informe de gestión 2015”, disponible en <http://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/181-resoluciones-del-organo-de-revision/2642-resolucion-01-16-aprobacion-del-informe-de-gestion-2015>.

(2015), Resolución S. E. 14/15 “Aprobación del Instrumento de Monitoreo del Órgano de Revisión Nacional”, disponible en <http://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/181-resoluciones-del-organo-de-revision/1945-resolucion-14-15-aprobacion-del-instrumento-de-monitoreo-2>.

(2015) Resolución S. E. 5/15 “Aprobación del informe de gestión 2014”, disponible en <http://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/181-resoluciones-del-organo-de-revision/1514-resolucion-05-15-aprobacion-del-informe-de-gestion-2014>

(2014) Resolución S. E. 17/14 “Rectificación de la Resolución 16/14 y aprobación del dictamen sobre electroshock”, disponible en <http://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/181-resoluciones-del-organo-de-revision/1513-resolucion-17-14-rectificacion-de-la-resolucion-16-14-y-aprobacion-del-dictamen-sobre-electroshock>

(2014) Resolución S. E. 15/14 “Aprobación del documento sobre muerte en instituciones monovalentes de salud mental”, disponible en <http://www.mpd.gov.ar/index.php/secretaria-ejecutiva-del-organo-de-revision-de-salud-mental/181-resoluciones-del-organo-de-revision/1512-resolucion-15-14-aprobacion-del-documento-sobre-muerte-en-instituciones-monovalentes-de-salud-mental>.

Promoción de Salud Mental y prácticas participativas de arte, creatividad y juego: un estudio de caso.

Mental Health promotion and participatory practices of art, creativity and play: a case study.

Claudia Bang

Doctora de la Universidad de Buenos Aires, área Psicología. Master en Salud Pública Internacional (Escuela Nacional de Sanidad, Madrid). Licenciada y Profesora en Psicología. Investigadora del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología UBA y docente de la Universidad de Buenos Aires. Becaria Postdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Argentina.

claudiabang@yahoo.com.ar

Resumen

Este escrito presenta los resultados finales de una investigación doctoral, cuyo objetivo es describir y analizar las posibles articulaciones entre prácticas de promoción en salud mental comunitaria y prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público. Dichas prácticas son llevadas a cabo por instituciones que conforman una red intersectorial en un barrio del centro de la ciudad de Buenos Aires, con la participación de un centro de salud estatal y un centro de salud mental ambulatorio.

Se trata de un estudio de caso de tipo exploratorio descriptivo, metodológicamente enmarcado en la investigación cualitativa en salud. Se describen los principales procesos participativos centrados en la organización comunitaria y la creación artística colectiva. Se destacan los componentes de creatividad artística y “alegría compartida” como facilitadores del proceso. Se concluye que, en congruencia con los principios de la

promoción de salud mental comunitaria, esta experiencia crea canales efectivos de participación orientados a la constitución de la propia comunidad como sujeto activo en el abordaje de problemáticas colectivas en salud y salud mental. Consecuentemente, se destaca la importancia de incluir este tipo de prácticas en las políticas que guían los procesos de reformas de salud mental emprendidos en la Argentina y en la región.

Palabras clave: Promoción de salud mental - participación comunitaria - arte comunitario - creatividad - transformación social.

Abstract

This paper presents the outcome of the author's PhD research. The overall objective of this research is to describe and analyze the existing and potential correspondence between the strategy of promoting mental health and the participatory community health practices using art, creativity and play in public spaces.

These practices are conducted by a network of institutions in Buenos Aires City, with the participation of two state health institutions. This is an exploratory and descriptive case study, methodologically based on qualitative health research. The main participatory processes focused on community organization and collective artistic creations are described. Art creativity and "shared joy" components are highlighted as facilitators of the process. It is concluded that, consistent with the principles of community mental health promotion, this experience creates effective channels of participation oriented to the constitution of the community as an active subject for addressing health and mental health collective issues. Consequently, this paper highlights the importance of including this type of practices in the policies that guide mental health reforms processes undertaken in Argentina and in the region.

Key Word: Mental health promotion - community participation - community arts- creativity - social transformation.

Introducción

El presente trabajo presenta los resultados de la investigación doctoral de la autora (doctorado en Psicología de la Universidad de Buenos Aires) realizada con dos becas doctorales otorgadas por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) de Argentina.

Desde la segunda mitad del siglo XX surge a nivel mundial un cuestionamiento de la atención psiquiátrica manicomial centrada en servicios monovalentes de internación prolongada (Basaglia, 1968; Galende, 1997; Goffman, 1961). Desde entonces, el desarrollo de políticas en salud mental propone transformaciones de los sistemas de atención hacia un modelo de abordaje integral con eje en la prevención y promoción (Caplan, 1964; OPS/OMS, 1990). Para ello, es necesaria la modificación de la estructura de los servicios y la ampliación de la cobertura, integrando nuevos problemas de salud mental comunitarios (OMS, 2001).

El inicio del siglo XXI confluye con la vuelta a los postulados de la Atención Primaria de la Salud (OPS/OMS, 2007). La APS integral se presenta como estrategia reordenadora de los sistemas, con lógica universalista y basada en la idea de derecho. Desde este marco, las políticas de salud mental con base en la comunidad

reafirman la necesidad de una fuerte articulación entre la estrategia de APS integral y prácticas de promoción y prevención en salud mental comunitaria (Stolkiner & Solitario, 2007).

Según la Organización Mundial de la Salud, las actividades de promoción de salud mental no sólo implica la prevención de trastornos mentales, sino la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico, con un pleno cumplimiento de derechos (OMS, 2004).

Desde la redacción de la Carta de Ottawa las políticas de promoción de salud ya han definido como un punto central e indispensable el fortalecer la acción comunitaria (OMS, 1986). La participación social se realizaría a través de la acción efectiva de la comunidad en el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones, y la planificación e implementación de estrategias para el logro de una mejor salud. En los procesos de reformas en salud mental, resulta necesario retomar estos principios contenidos en la Carta de Ottawa para una efectiva transformación del modelo manicomial. Dichas reformas no podrán ser exitosas si se limitan a la transformación exclusiva de los dispositivos de atención en salud mental.

En Argentina, el proceso de reformas en salud mental está signado por fuertes tensiones y conflictos entre los diferentes actores intervinientes. Al igual que en otros países de América Latina, el sistema de salud argentino está caracterizado históricamente por la segmentación, fragmentación y heterogeneidad, lo que dificulta la generación de estrategias de intervención articuladas entre diferentes efectores (Stolkiner, 2009). En el campo de prácticas en salud mental, estas características se manifiestan en la coexistencia de múltiples actores, tanto en lo financiero como en la provisión de servicios, sin vínculos de interrelación, ni formas de coordinación. Consecuentemente, se dificulta la distribución adecuada de los diferentes niveles de atención, con superposiciones o falta de disponibilidad. Una Ley Nacional de Salud Mental, sancionada hacia fines del año 2010, ofrece un marco legal que impulsa la transformación de la lógica manicomial, hacia un modelo de abordaje integral. Sin embargo, dicha ley ha sido implementada en grados y formas variables en las diferentes provincias. En la ciudad de Buenos Aires existe una ley de salud mental sancionada hace más de diez años. La tensión producida por corporaciones médicas e industria farmacológica ha dificultado su reglamentación e implementación.

En este contexto complejo de tensión y fragmentación, algunas experiencias de promoción de salud mental

surgen por fuera de los discursos y programas oficiales. Se trata de iniciativas aisladas, surgidas de la articulación de equipos profesionales de salud y salud mental con organizaciones comunitarias que han encontrado una vía para el desarrollo de acciones participativas e integrales en salud mental. Muchas de estas experiencias utilizan el arte y el juego como prácticas creativas colectivas en el trabajo comunitario, reflejando una estrecha relación entre arte y salud. Muchas de ellas centran su trabajo en la generación de espacios de participación comunitaria, desplegando acciones autónomas o en red, en el contexto local. Estas experiencias no han sido suficientemente estudiadas ni indagadas en sus características básicas, constituyéndose en un área de vacancia temática.

A partir de este desarrollo, surgen algunas preguntas que guían la presente investigación: ¿Cómo podrían describirse prácticas participativas que articulen arte y salud en el ámbito comunitario? ¿Cuáles son los procesos participativos implicados? ¿Cómo son estas prácticas descritas por sus actores intervinientes? ¿Es posible entender estas experiencias desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud integral con enfoque en salud mental? ¿Cuáles serían las potencialidades e implicancias de dichas articulaciones?

El objetivo general de esta investigación fue indagar las articulaciones existentes y potenciales entre la estrategia de promoción de salud mental y prácticas de participación comunitaria en salud que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público.

Resulta evidente la necesidad de conocer los procesos participativos incluidos en prácticas con base comunitaria afines al campo de promoción de salud mental. Este sería un primer paso en la inclusión de prácticas participativas de salud mental comunitaria en los procesos de reforma de Argentina y la región. Por otro lado, es necesario conocer los procesos que, desde la perspectiva de los actores participantes, colaboran con el mejoramiento de diversos aspectos de sus vidas cotidianas y de su salud. Se ha elegido para ello, estudiar prácticas participativas que articulan arte, creatividad y juego en el espacio público, realizadas por una red de instituciones en la ciudad de Buenos Aires.

Este escrito se inscribe en una línea de trabajo que entiende a la salud y a la salud mental desde una perspectiva integral y no normativa (Czeresnia & Freitas, 2009). Se rescata la dimensión sociohistórica de los procesos de salud-enfermedad- cuidados (Waitzkin, Iriart, Estarada & Lamadrir, 2001), subrayando el enfoque de derechos en el abordaje de problemáticas psicosociales complejas

(Ayres et al; 2006). Dirigidas a toda la comunidad, las acciones de promoción de salud mental comunitaria son aquellas que generan procesos colectivos para la transformación de lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y la participación creciente de la comunidad (Bang, 2014). El sostenimiento de estas acciones en el tiempo, permite la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades, generando condiciones propicias para la toma de decisiones autónoma y conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados. Este estudio se centra en el campo de prácticas que conjugan arte, juego y transformación social, tomando como antecedentes los desarrollos que acentúan la dimensión participativa del arte comunitario (Bishop, 2012; Dubatti & Pansera, 2006). En esta línea, la Declaración de Lima sobre arte, salud y desarrollo afirma que:

“El arte es un lenguaje privilegiado para la expresión y movilización de deseos y emociones, y por tanto deviene en una poderosa herramienta promotora y reparadora de la salud, permitiendo a individuos y comunidades reelaborar situaciones críticas, dolorosas o problemáticas y promover mejores y más felices escenarios para sus vidas.” (OPS/OMS, 2009).

Metodología

El plan de trabajo se desarrolló desde abril de 2009 en el marco de un proyecto de investigación acreditado y financiado por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Enmarcada en la investigación cualitativa en salud (Minayo, 2006), se trata de una investigación de tipo exploratoria descriptiva. La estrategia de diseño se centró en el estudio de caso único (Yin, 1994), tomando como unidad de observación y análisis a las actividades de promoción de salud mental comunitaria llevadas a cabo por una red de instituciones del centro de la ciudad de Buenos Aires.

Desde una perspectiva etnográfica (Hammersley & Atkinson, 2007), el trabajo de campo se centró en el acompañamiento de las acciones realizadas por dicha red de instituciones durante más de tres años. Se utilizaron principalmente como técnicas de recolección de datos la observación participante en todas las actividades (Guber, 2001) y la realización de entrevistas (Marshall & Rossman, 1989). Siguiendo una perspectiva naturalista (Erlanson, Harris, Skipper & Alle, 1993), se recogió la mayor parte del material de entrevistas bajo la forma de entrevista conversacional, la que refiere a diferentes maneras de conversación mantenidas por el investigador, en su papel de observador

participante. Además, se han realizado 20 entrevistas semidirigidas y en profundidad a referentes institucionales, informantes clave y participantes activos de cada actividad, seleccionados según un muestreo teórico. Durante los eventos callejeros se entrevistaron a 20 personas seleccionadas al azar, siguiendo una breve entrevista estructurada. En las entrevistas se indagó sobre la caracterización de las prácticas objeto de estudio por parte de los participantes.

El proceso de sistematización del material recogido se realizó siguiendo dos técnicas de análisis de contenido: el análisis temático y el análisis de relaciones (Minayo, 2006). El principio de recurrencia temática en el material de entrevistas permitió delimitar grandes núcleos temáticos, los que fueron agrupados siguiendo los procesos de generación de categorías y articulación conceptual por tema (Valles, 2000). Siguiendo los criterios de integración local e inclusiva (Weiss, 1994) se dio un ordenamiento a todo el material, lo que permitió desprender los resultados y conclusiones. Se utilizó como criterios de validez la triangulación de técnicas en el trabajo de campo y análisis de la información, el criterio de credibilidad etnográfica (Geertz, 1990) y el consentimiento informado (AAA, 2009).

Resultados

Los resultados han sido ordenados en diferentes apartados: primeramente, se describe y analiza la experiencia objeto de estudio, incorporando la voz de sus actores. Luego, se establecen relaciones entre dicha experiencia y el enfoque conceptual de promoción en salud mental y finalmente se abordan los procesos participativos implicados.

Descripción de la experiencia:

La experiencia estudiada se desarrolla en un barrio densamente poblado en el centro geográfico de la ciudad de Buenos Aires. Allí convive un importante centro comercial, turístico e inmobiliario con una gran cantidad de población migrante instalada precariamente en conventillos, hoteles familiares y casas tomadas. En 2008, un 12,5% de las viviendas del barrio eran deficitarias (INDEC, 2010). Dicho barrio cuenta con el más alto porcentaje de migrantes de la ciudad (14,3%), procedentes en su mayoría de países limítrofes y Perú, pertenecientes a los estratos socioeconómicos más bajos, con un porcentaje alto de subocupación (44,6%). Entre los ocupantes de viviendas precarias el porcentaje de hacinamiento asciende a 56,2% y 12,8 de hacinamiento crítico (Bou Perez, Mir Candial, Iglesias, Pastor & Alfano, 2011).

Esta población convive con otra bien diferenciada: las familias pertenecientes a sectores socio-económicos medios y altos (85,7% de la población) (INDEC, 2010). Esta convivencia no es abiertamente violenta; sin embargo, investigaciones anteriores han mostrado la existencia de un alto grado de discriminación y segregación hacia los inmigrantes, desvalorizando sus características y expresiones culturales (Carman, 2004).

En el año 2006, algunas instituciones del barrio crearon una red de instituciones con base territorial. Desde entonces, dicha red se propone promover una mejor calidad de vida a partir de la participación creciente de la comunidad, aportando a la recomposición de los tejidos sociales y recuperando el espacio público para la regeneración de vínculos e integración comunitaria. Entre 10 y 15 organizaciones participan activamente de las actividades conjuntas: instituciones estatales y organizaciones de la sociedad civil. Un Centro de Salud y Acción Comunitaria, ubicado en el primer nivel de atención del área programática de un Hospital General, y un Centro Ambulatorio de Salud Mental perteneciente a la Dirección de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires son las dos instituciones de salud participantes. Todas las instituciones que conforman la red trabajan fundamentalmente con las familias comprendidas en el sector más pobre del barrio,

ampliamente vulnerado en sus derechos básicos, y caracterizado por la precarización laboral y habitacional.

La particularidad que presenta dicha red es que sus acciones conjuntas se centran en la realización de eventos colectivos de arte, creatividad y juego en el espacio público. Todos los eventos se realizan en la calle, cambiando la lógica cotidiana del uso del espacio público, y abriendo un espacio para compartir actividades preparadas previamente.

En el período observado, todos los eventos presenciados han comenzado con el despliegue de un espacio recreativo comunitario de intervención urbana llamado Cumbre de Juegos Callejeros. Este dispositivo lúdico es particularmente integrador e inclusivo, convocando a adultos y niños, profesionales y comunidad a compartir dos horas de juegos tradicionales en la calle. Luego, se despliegan actividades que conjugan lo creativo, lo artístico, el juego y lo social-comunitario: muestras de talleres artísticos, presentaciones de grupos musicales y teatrales del barrio, proyección de videos, clases abiertas de danza, actividades recreativas y lúdicas orientadas a trabajar diferentes temáticas y problemáticas comunitarias. Se acompaña todo el festejo con baile, comidas típicas y diferentes puestos que muestran las actividades comunitarias de las organizaciones en red.

Se concluye la jornada con un trabajo conjunto de desarmado y limpieza, al que todos son invitados a participar, y así lo hacen muchos.

Se ha observado en esta práctica una forma incipiente de abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Algunas de ellas son: la discriminación que sufre una parte de la población barrial, la invisibilidad de algunos sectores sociales, la situación habitacional, la dificultad de acceso a las instituciones del barrio, el aislamiento social general, el miedo a la calle, entre otras. Se rescata la posibilidad de generar acciones para una mejor calidad de vida en el barrio y para la integración social. Se revalorizan las diferentes culturas en un contexto marcado por fuertes procesos de segregación y exclusión. Entendiendo que estas situaciones conllevan un alto padecimiento subjetivo, se asume que deben ser abordadas colectiva y comunitariamente. El hecho de trabajar en red supone entender la complejidad de los múltiples atravesamientos implicados, realizando un abordaje interinstitucional.

Los eventos callejeros desde la perspectiva de sus actores

El material de entrevistas converge claramente en cinco temáticas comunes y recurrentes, las que permiten situar un denominador común que caracteriza la experiencia:

1. En todos los relatos los eventos callejeros son asociados a la idea de fiesta cargada de alegría, diversión y creatividad, donde circula el afecto y se generan vínculos. Se entiende que, estos eventos, por su alegría compartida, son espacios óptimos para encontrarse y conocerse entre vecinos e instituciones. En este sentido, un participante afirmaba: *“se corta la calle y la gente está en la calle compartiendo comida, bailando, disfrutando y además de hacer todo esto... detrás está la posibilidad de mirar las cosas desde otro lado. La creatividad es otra manera de estar en la calle, para recrear, para compartir, para asumir otros roles...”*. Otro participante agregaba: *“lo que tiene de diferente estos eventos es que la gente puede recorrer e intercambiar con otros.”* Y otra vecina mencionaba: *“lo importante es crear lazos, que uno cuando está solo todo es más difícil... hacer el lazo con otros que pueden hacer lo que no podemos”*.

2. Uno de los objetivos centrales manifestado por los entrevistados es el de participación comunitaria: *“que la gente del barrio venga”*, *“lo importante es la participación de la comunidad”*, *“armar la fiesta entre todos”* son objetivos en sí mismos y esto se siente transformador. Tanto los referentes y trabajadores institucionales como miembros de la comunidad se sienten sujeto de participación en un evento colectivo.

Se entiende que es a través de esta participación que se construye el espacio de encuentro e intercambio. En múltiples relatos se asocia participación a la posibilidad de protagonismo: *“es el espíritu de toda fiesta callejera que el barrio sea el protagonista”*. Los efectos serían múltiples e incluyen la posibilidad de generar un cambio en el imaginario social sobre los jóvenes, así reflexionaba un participante: *“que el vecino vea cómo un grupo de jóvenes participan, se los critica y en realidad lo que siempre pasa es que no hay proyectos para ellos. Cuando hay proyectos donde pueden participar hay una magia que es maravillosa...”*.

3. En los relatos recogidos se rescata principalmente el valor de salir a la calle y ocupar el espacio público a través de una actividad vincular. Un vecino afirmaba: *“esta ciudad tan enajenada y tan rápida te impide ver a quién tenés al lado, y estos eventos ayudan muchísimo a conocernos, salir del egoísmo para comprenderse y tolerarse”*. La calle es valorada positivamente como lugar estratégico de encuentro entre vecinos y un espacio de libertad. Así lo afirmaban algunos participantes: *“se trata de encontrarse, de salir del lugar del miedo y prejuicio frente a la calle...”*, *“...imaginarse que este es un lugar donde vos padecés y transformarlo en un lugar donde vos la pasás bien tiene mucha potencia, entonces la vida puede ser de otra manera...”*.

4. La fiesta callejera es sentida como gran oportunidad de hacer visible la existencia de una población marginada e invisibilizada. Un referente institucional afirmaba: *“hay mucha marginación en este barrio, acá convive el shopping y barrios casi privados con personas de otros países con los derechos muy vulnerados, y las fiestas generan la posibilidad de un encuentro con esas otras personas que el común de la gente no quiere verlas, que puedan sentir que el espacio público y la calle también es de ellos”*. También se hacen visibles las instituciones y organizaciones barriales que trabajan con esta población.

5. En todos los relatos recogidos surge la idea de salud asociada a la posibilidad de divertirse y compartir una actividad creativa y placentera en los eventos callejeros. Una vecina comentaba: *“yo los traigo a los nenes porque los veo que juegan contentos y pienso que tienen más salud, por eso le digo a mi hermana que venga con los chicos también”*. Una trabajadora del centro de salud decía *“que no pierdan la capacidad de reírse, la capacidad de jugar, el asombro, y todo eso hace a su salud física y mental, y a la nuestra...”*.

Articulaciones desde la perspectiva de promoción de salud mental comunitaria

La caracterización de los eventos a partir del registro

doble de observación participante y entrevistas permite situar algunos ejes de esta experiencia. Los relatos y las prácticas ponen el acento en una serie de elementos que se ubican dentro del marco de la promoción en salud mental desde una perspectiva de Atención Primaria de Salud integral: la generación de un espacio de encuentro comunitario que promueve vínculos, la articulación intersectorial, la participación comunitaria, el sostenimiento de espacios de alegría compartidos colectivamente, la posibilidad del trabajo en red interinstitucional y la reconfiguración de redes barriales y comunitarias.

Estas fiestas aportan un espacio de conocimiento mutuo y actividad compartida, necesario en la generación de procesos donde se enuncian conflictos y se develan problemas a elaborar (Stolkiner, 2001). En una comunidad que comienza a organizarse para operar en la transformación de situaciones generadoras de malestar, la realización colectiva de los festejos se presenta como una oportunidad. Los eventos callejeros invitan a poner la imaginación en acto junto a otros, creando una posibilidad de cambio y una confianza colectiva en esa posibilidad.

Esta práctica promotora de salud mental se desarrolla en un espacio no convencional, por fuera de los dispositivos institucionales tradicionales, e inserto en la

vida cotidiana de la comunidad. Estos eventos abren un espacio donde lo vincular, las relaciones solidarias y horizontales son lo primordial, recuperando y revalorizando la dimensión subjetiva de la interacción humana.

A partir de una valorización del conocimiento popular y de la participación social, esta experiencia se inscribe en la vía del fortalecimiento de la capacidad colectiva para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud y la vida, base de una idea integral y no normativa de promoción de salud y salud mental (Czeresnia & Freitas, 2009). Los eventos callejeros se constituyen en actos cuidadores de salud, ya que son el medio a través del cual estos sujetos y sus grupos evidencian su capacidad de acción, de creatividad y de encontrar soluciones. En consecuencia, es un mecanismo potencial de afianzamiento de sus propios saberes. La potencia saludable que posee esta práctica radica, en gran medida, en la generación de un espacio que permite incidir colectivamente sobre el “modo de vivir la vida” (Merhy, 2000).

Los procesos participativos:

De acuerdo al escenario, la actividad realizada y dinámica de participación, se han diferenciado tres grandes procesos participativos, que representan diferentes formas complementarias de participación comunitaria comprendidas en esta experiencia. Si bien todas las

acciones se articulan en las reuniones de red, cada proceso presenta sus características y potencialidades:

1. Un primer proceso es el de organización de cada evento, concretado en numerosos encuentros de planificación, realización y evaluación. Se trata de un proceso abierto y participativo, integrado por múltiples actores comunitarios: referentes institucionales, artistas populares del barrio, población asistida por las instituciones en red y otros muchos vecinos. Este proceso pretende trabajar participativamente con quienes son menos escuchados, más discriminados y silenciados en su barrio, representando un gran desafío asumido colectivamente. Las características principales de este proceso participativo son: una efectiva circulación de la información relevante, la generación de espacios de encuentro comunitario e intercambio sobre problemáticas e inquietudes compartidas, una progresiva horizontalización de la comunicación, la posibilidad de los participantes de incidir en la toma de decisiones, el protagonismo en las actividades y la construcción de espacios de discusión y formación sobre la temática de participación comunitaria. El resultado es una programación de actividades construida colectivamente, que parte del cruzamiento de diversas propuestas y de grupos de origen heterogéneo. Esto

permite la conformación de una trama o red de vínculos y acciones multiculturales, expresada de forma vivencial y en acto.

2. Un segundo proceso, complementario del anterior, es el que da origen a las actividades artísticas y lúdicas presentadas en cada evento. Tiene lugar al interior de las organizaciones, donde se conforman grupos comunitarios que incluyen a población asistida. Cada proceso comienza con la adquisición de herramientas artísticas, continúa con la construcción colectiva de una obra y culmina con la presentación ante la comunidad. Este recorrido se basa en el sostenimiento de consensos, toma de decisiones conjuntas, participación y compromiso. Las producciones lúdico-artísticas resultantes comparten la característica central de ser creaciones colectivas. El proceso creativo generalmente trabaja a partir de temáticas y problemáticas emergentes, surgidas desde las situaciones vividas cotidianamente. Dicho proceso permite tejer identidades colectivas, lazos de colaboración mutua y capacidades creativas, construyendo posibilidades de resolución de situaciones a partir de la imaginación, la ficción y la creatividad, como un ensayo lúdico-ficcional para la resolución de situaciones conflictivas.

3. Los profesionales de las instituciones de salud y salud mental que participan activamente de las acciones de la red, acentúan la importancia de un tercer proceso participativo desencadenado al interior de sus instituciones de origen. Se trata de la participación progresiva de otros profesionales de salud en las actividades de la red a partir de la concurrencia a los eventos callejeros que surgen en la articulación comunitaria. Esto ha generado una progresiva apertura institucional hacia la inclusión de estas prácticas promotoras de salud mental. En estas instituciones, la participación de profesionales en los eventos callejeros ha permitido generar un vínculo más cercano entre la población y los efectores de salud, vínculo generalmente percibido como distante por parte de esta comunidad. Este proceso es ampliamente valorado por sus protagonistas, ya que, opera sobre las barreras de accesibilidad de los servicios y la calidad en la atención. Un ejemplo de ello está dado por los festejos en la puerta del Centro de Salud, donde se utiliza el juego para abordar diferentes temáticas de salud comunitaria, y para acercar simbólicamente el centro de salud al barrio.

Conclusiones

El desarrollo de este trabajo permite relacionar las prácticas estudiadas con la estrategia de Atención Primaria de Salud integral con enfoque en salud mental. Dichas prácticas se centran en la intersectorialidad, el trabajo en red y la participación comunitaria en salud desde una visión integral, mostrando un fuerte potencial transformador. Los eventos participativos de creación colectiva, en congruencia con las acciones de promoción de salud mental comunitaria, propician una vía para la transformación de lazos comunitarios hacia vínculos solidarios. Se crean canales efectivos de participación comunitaria, orientados a la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades. Estas acciones generan condiciones comunitarias propicias para la toma de decisiones conjunta sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados.

Estas prácticas se muestran como formas alternativas de respuesta al aislamiento, la soledad relacional, la discriminación y otras problemáticas psicosociales complejas asociadas al sufrimiento subjetivo. Los procesos desencadenados tienden a la conformación de espacios vinculares, posibilitadores de nuevas miradas, canalizadores de deseos y necesidades compartidos, transformadores de representaciones e imaginarios sociales. La

participación comunitaria se constituye así en factor de salud mental. Este proceso participativo trabaja desde la necesidad de poner el cuerpo en la tarea y disponerlo para actuar junto a otros, generando así una transformación orientada a la posibilidad de organización y acción colectiva. Este podría ser un primer paso en una transformación orientada a que la comunidad pueda pensarse como actor social.

La experiencia estudiada muestra que, la promoción en salud mental se articula con las formas participativas de los colectivos sociales, produciendo profundos efectos subjetivos en los actores implicados. Una fortaleza del caso estudiado es su capacidad de articulación de diferentes procesos participativos, que funcionan de forma complementaria. Esta articulación permite sostener dispositivos abiertos, flexibles e inclusivos. La creación artística colectiva se presenta como uno de los procesos participativos centrales. Se trata de un proceso grupal que vehiculiza intereses e inquietudes compartidos a través de canales estéticos, poniendo a trabajar la imaginación desde una posición activa. Este proceso encuentra en la creatividad colectiva una clave para pensar la relación entre arte y salud mental en el ámbito comunitario. El desarrollo de potencialidades creativas en la comunidad fortalece su capacidad colectiva para lidiar con la complejidad de los condicionantes de la salud y la vida. Estas

capacidades creativas, producidas desde el trabajo artístico, tienen la fortaleza de poder trasladarse a otros ámbitos de la vida comunitaria, como capacidad fundamental para aportar soluciones a problemáticas concretas. Esto es de particular importancia, teniendo en cuenta que una comunidad con un pensamiento creativo compartido colectivamente se encuentra en mejores condiciones de ser actores de transformación de sus propias realidades. Consecuentemente, se concluye que existe en los procesos de creación artística colectiva una gran capacidad para la generación de efectos comunitarios saludables.

Por otro lado, esta experiencia se desarrolla en un contexto territorial conflictivo, donde conviven dos poblaciones muy diferentes socio-histórica y culturalmente, con altos niveles de discriminación y segregación. En este contexto, la continuidad sistemática de los eventos callejeros en el tiempo, genera condiciones de posibilidad para la deconstrucción progresiva de los imaginarios sociales que sostienen dichos procesos segregativos. Desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud integral, este proceso es promotor de salud.

Gracias al carácter participativo de las actividades lúdicas y artísticas, este dispositivo permite además construir un puente entre las instituciones y la población. En instituciones de salud donde prima un modelo

biomédico de atención, estas prácticas han permitido horizontalizar vínculos, crear conocimientos prácticos compartidos e incluir la dimensión afectiva de la relación entre profesional y paciente. Esto ha sido posibilitado por la vivencia compartida de la creación colectiva, que va más allá de la palabra. Por sus características lúdico-artísticas particulares y los procesos cooperativos asociados, este dispositivo también permite transmitir en acto una perspectiva de salud integral, basada en el cuidado y asociada al placer, la alegría y las relaciones comunitarias solidarias. La posibilidad de incidir en la transformación de prácticas institucionales de salud y salud mental se ha manifestado como potencia y aporte novedoso de esta experiencia.

Por último, un aporte novedoso de este tipo de prácticas es su forma de utilización del espacio público, entendiéndolo como espacio estratégico para la participación comunitaria en salud. En este sentido, es posible concluir que los dispositivos callejeros son herramientas de intervención comunitaria posibles y potentes. El evento callejero rompe con los códigos y las jerarquías del uso cotidiano de la calle y otros espacios jerárquicos de encuentro, planteando otro escenario para la interacción. La calle es un lugar privilegiado donde se puede visibilizar lo invisible, valorizar lo discriminado, generar otros vínculos entre las instituciones y la población.

Discusión

La experiencia estudiada se presenta como forma de resistencia creativa a la producción de subjetividad de esta época, caracterizada por la estandarización global de maneras de pensar, una sobrevaloración del consumo, una pérdida de solidaridad y una agudización del narcisismo (Virno, 2004). En este contexto, los eventos callejeros de creación colectiva son productores de una subjetividad alternativa, que privilegia lo comunitario, vincular, inclusivo y territorial. Desde una perspectiva de salud integral, las prácticas que confrontan el individualismo y la competencia, propios de nuestra sociedad de mercado actual, para sustituirlos por la solidaridad y la cooperación, son prácticas que promueven la salud mental comunitaria (ALAMES, 2011; Breilh, 2008).

En la experiencia estudiada, los procesos participativos que ponen en juego la creatividad desde lo colectivo favorecen el desarrollo de redes de contención comunitaria. Esto permitiría la conformación de una comunidad más inclusiva, característica necesaria en los procesos de reformas de salud mental. Sin embargo, la falta de apoyo por parte del Estado dificulta el sostenimiento de dichas prácticas y su posible articulación con los procesos de transformación de la atención de los padecimientos en salud mental. En este sentido, esta

experiencia sienta un antecedente que expresa una forma de articulación posible y necesaria en el campo de prácticas promotoras de salud mental comunitaria, imprescindibles para el éxito de los procesos de reformas emprendidos en nuestro país y en la región.

Este estudio muestra también que, en este campo de prácticas, es necesario trabajar conceptos más amplios de salud y salud mental, que conduzcan a la construcción de prácticas sociales más abarcadoras y que posibiliten la promoción efectiva de la salud. Actualmente, muchas de las discusiones conceptuales en este campo se centran en poder definir la promoción de salud mental como parte de una serie de categorías que parcelan los ámbitos de intervención (Mrazek & Haggerty, 1994). Dichas categorías se centran en el abordaje de “enfermedades mentales” definidas según diagnósticos psicopatológicos individuales (Ausburger, 2002). La nueva promoción de salud mental debe abordar las problemáticas que hacen al padecimiento subjetivo de una comunidad en su conjunto, y que no están relacionados necesariamente con diagnósticos psicopatológicos. Se debe asumir el compromiso por la defensa de la vida, con instituciones y sujetos potencialmente capaces de contribuir a un nuevo escenario de relaciones sociales para la conformación de una sociedad más justa y menos desigual.

Bibliografía citada

American Anthropological Association. (2009). *Code of ethics of the American Anthropological Association*. Recuperado el 1 de marzo de 2017 de <http://s3.amazonaws.com/rdcms-aaa/files/production/public/FileDownloads/pdfs/issues/policy-advocacy/upload/AAA-Ethics-Code-2009.pdf>

Asociación Latinoamericana de Medicina Social [ALAMES]. (Junio, 2011). Documento dirigido a la Organización Mundial de la Salud ante la Conferencia Mundial sobre Determinantes sociales de la salud. Informe de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES. Recuperado el 21 de febrero de 2017 de <http://www.alames.org/index.php/documentos/declaraciones-de-la-asociacion/2011>

Augsburger, C. (2002). *De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave*. Cuadernos Médico Sociales, 81, 61-75.

Ayres, J.R.C.M., Paiva, V., França, I., et al. (2006). *Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS*. American Journal of Public Health, 96(6), 1001-1006.

Bang, C. (2014). *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. Psicoperspectivas, 13(2), 109-120.

Basaglia, F. (1968). *L'istituzione negata*. Milan: Baldini Castoldi Dalai.

Bishop, C. (2012). *Artificial hells. Participatory art and the politics of spectatorship*. London: Verso.

Bou Pérez, A., Mir Candial, L., Iglesias, C., Pastor, M. A. & Alfano, G. (2011). *Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la Comuna 3, Región sanitaria I (Este)*. Revista del Hospital J.M. Ramos Mejía, 16(1), 1-109.

Breilh, J. (2008). *Latin American critical ('Social') epidemiology: new settings for an old dream*. International Journal of Epidemiology, 37, 745-750.

Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.

Carman, M. (2004). *La ciudad visible y la ciudad invisible: El surgimiento de las casas tomadas en Buenos Aires*. Población y Sociedad, 10/11, 71-108.

Czeresnia, D. & Freitas, C. (2009). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Revisited Edition. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Dubatti, J. & Pansera, C. (2006) *Cuando el arte da respuestas*. Buenos Aires: Artes Escénicas.

Erlandson, D. A., Harris, E. L., Skipper, B. L. & Alle, S. D. (1993). *Doing naturalistic inquiry*. London: Sage Publications.

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto: Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Paidós.

Geertz, C. (1990). *Works and Lives: The Anthropologist as author*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Doubleday.

Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Norma.

Hammersley, M. & Atkinson P. (2007) *Ethnography: principles in practice*. 3º Edition. New York: Routledge.

INDEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos, Argentina. (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda*. Buenos Aires: INDEC.

Marshall, C. & Rossman, G. (1989). *Designing Qualitative Research*. London: Sage.

Merhy, E. (2000). *Saúde, a cartografia do trabalho vivo*. Rio de Janeiro: Hucitec.

Minayo, M. C. S. (2006). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª Revisited Edition. São Paulo: Hucitec.

Mrazek, P. & Haggerty, R. (1994). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.

Organización Mundial de la Salud (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion*. Ottawa, Canada. 21 de noviembre, 1986.

Organización Mundial de la Salud (2001). *The world health report 2001. Mental Health: New understanding, new hope*. Geneva: WHO. Recuperado el 1 de marzo de 2017 de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2004).

Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice. Summary Report. Geneva: WHO. Recuperado el 1 de marzo de http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf

**Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud (1990).**

Declaración de Caracas. Conferencia de reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela, 11-14 de noviembre, 1990.

**Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud (2007).** *Renewing*

Primary Health care in the Americas. Washington: PAHO/WHO. Recuperado el 1 de marzo de 2017 de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19055en/s19055en.pdf>

**Organización Panamericana de la Salud/
Organización Mundial de la Salud (2009).**

Declaración de Lima sobre arte, salud y desarrollo. Primer Foro Internacional: Arte, Puente para la Salud y el Desarrollo. Lima, Perú, 20 de Agosto, 2009.

Stake, R. (1994). *Case studies.* In N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research.* (pp. 516-529). California: Sage.

Stolkiner, A. (2009) *El Proceso de Reforma del Sector Salud en la Argentina.* XV Conference of International Association on Health Policy. Madrid, España, 24-26 de septiembre, 2009.

Stolkiner, A. (2001). *Subjetividades de época y prácticas de Salud Mental.* Revista Actualidad Psicológica, 293, 26-29.

Stolkiner, A. & Solitario, R. (2007). *Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías.* En D. Maceira (Comp.) *Atención Primaria en Salud-Enfoques interdisciplinarios* (pp. 121-146). Buenos Aires: Paidós.

Valles, M. (2000). *Técnicas cualitativas de investigación social.* Madrid: Síntesis.

Virno, P. (2004). *A grammar of the multitude: for an analysis of contemporary forms of life.* Nueva York: Semiotext(e).

Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A. & Lamadrid, S. (2001). *Social Medicine then and now: lessons from Latin America.* American Journal of Public Health, 91(10), 1592-1601.

Weiss, R. (1994). *Learning from strangers. The art and method of qualitative interview studies*. Nueva York: The Free Press.

Yin, R. (1994). *Case Study Research: Design and Methods*. California: Sage.

Sala abierta

Transformaciones en una Sala de Internación de Salud Mental

Alejandro Brain

Médico Psiquiatra. Psiquiatra de planta del Hospital General de Agudos “Dr. T. Alvarez” (GCBA). Miembro del P.E.F. y de A.P.S.A.

alejandrobain@hotmail.com

Gabriela Greggio

Lic. en Psicología. Psicólogo del Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”.

gabrielagreggio@gmail.com

Luis Sanfelippo

Doctor y Lic. en Psicología. Psicólogo de planta del Hospital General de Agudos “Dr. T. Alvarez” (GCBA). JTP e Investigador de Historia de la Psicología, Cat. I. Fac. De Psicología. Universidad de Buenos Aires.

luissanfe@gmail.com

Resumen

En el presente texto, nos proponemos presentar y analizar una serie de transformaciones producidas en la modalidad de trabajo de una Sala de Internación de Salud Mental ubicada en un hospital general, el Hospital Álvarez de la Ciudad de Buenos Aires. Intentaremos demostrar que los cambios, producidos en los últimos dos años, habrían alterado las tres dimensiones básicas de cualquier dispositivo “psi” (poder, saber, prácticas) siguiendo tres ejes determinantes: grupalidad, horizontalidad y apertura. Estas transformaciones se produjeron en consonancia con los principios generales de la Ley Nacional de Salud Mental (26657). No obstante, procuraremos justificar que no deberían ser interpretados como una consecuencia directa de su promulgación, pues también dependerían de procesos históricos y sociales más generales y de las condiciones específicas de esa Sala de Internación.

Palabras claves: Sala de Internación – Salud Mental – Poder – Saber – Prácticas.

Key words: Internment Room – Mental Health – Power – Knowledge - Practices.

Abstract

In the present text, we propose to present and analyze a series of transformations produced in the work modality of a Mental Health Internment Room located in a general hospital, Hospital Álvarez (Buenos Aires). We will try to demonstrate that the changes produced in the last two years would have altered the three basic dimensions of any “psi” device (power, knowledge, practices) and that they would depend on three determining axes: groups, horizontality and opening. These transformations took place in line with the general principles of National Law of Mental Health (26657). However, we will try to justify that they should not be interpreted as a direct consequence of their enactment, since they would also depend on more general historical and social processes and the specific conditions of that Internment Room.

Transformaciones en una Sala de Internación de Salud Mental

En el presente texto, nos proponemos presentar una serie de transformaciones producidas en la modalidad de trabajo de una Sala de Internación de Salud Mental ubicada en un hospital general, el Hospital Álvarez de la Ciudad de Buenos Aires. Intentaremos demostrar que los cambios producidos en los últimos dos años se hicieron en consonancia con los principios generales de la Ley 26657, aunque no necesariamente deberían ser considerados como una consecuencia automática de su promulgación y aplicación. Es sabido que una ley no produce una modificación automática de conductas y de mentalidades, más aun cuando se trata de hábitos y concepciones fuertemente instaladas en ciertos sectores del terreno que se pretende modificar. Al mismo tiempo, ninguna ley surge de la nada. Menos aun la Ley Nacional de Salud Mental, que no solo supuso un largo proceso de construcción colectiva atravesado por tensiones e intereses sectoriales actuales, sino que también implicó la recuperación de una extensa tradición, fuertemente arraigada en la Argentina durante los '60 y principios de los '70, que fue interrumpida en gran medida por la feroz dictadura que azotó nuestro país.

De alguna manera, algunas de las tensiones y conflictos experimentados a nivel nacional no fueron ajenos a la micro historia de la Sala del Hospital Álvarez, aunque la orientación que tomaron las transformaciones locales no siempre coincidieran en tiempo y en sentido con los cambios externos. A su vez, consideramos que los propios actores (incluyendo quienes firman este texto) no siempre han sido conscientes de los procesos que estaban llevando adelante, cuyo resultado (siempre provisorio y pasible de sufrir nuevas alteraciones) sólo puede ser apreciado a posteriori.

En las páginas siguientes, intentaremos dar cuenta de las características principales de este lento y arduo proceso de reflexión y trabajo, plagado de tensiones y conflictos productivos, que en el transcurso de los últimos dos años supuso modificaciones decisivas en los tres ámbitos fundamentales que componen los dispositivos "psi": el poder fue redistribuido, los distintos saberes fueron interrogados y entraron en diálogo, las prácticas se ampliaron y se diversificaron. Al mismo tiempo, tres ejes principales parecen haber atravesado los cambios en esas áreas, a saber, grupalidad, horizontalidad y apertura.

Un poco de historia

La Salud Mental no nació con la Ley 26657. Más bien, sus orígenes históricos pueden ser rastreados hasta la mitad del siglo XX, en el contexto de la inmediata posguerra. Hasta entonces, las perspectivas biológicas y naturalistas habían sido predominantes en la psiquiatría asilar e, incluso, en el primer movimiento que planteó la necesidad de prevención, la higiene mental. Si aquella acentuaba, en términos generales, el papel de la herencia en la etiología de la locura codificada como enfermedades mentales, ésta proponía intervenir sobre los ambientes perniciosos que funcionaban como caldo de cultivo de la patología. Y, probablemente, no había para sus adherentes medio más nocivo que aquel que podía alentar la reproducción de aquellos individuos que portaban en su interior las marcas de un linaje defectuoso y que hacían peligrar el futuro de la raza. De esta manera, buena parte del mundo “psi” fundamentó y alentó las prácticas de eugenesia que, aunque estaban extendidas en buena parte de Occidente, alcanzaron un horror incomparable durante el régimen nazi.

En este contexto, en el año 1948, los psiquiatras, psicoanalistas, antropólogos y científicos sociales que iban a participar de lo que hubiese sido el Tercer Congreso Mundial de Higiene Mental decidieron realizar un

corte total con la anterior tradición, rebautizando el evento de Londres como Primer Congreso Mundial de Salud Mental (Vezzetti, 2016). Desde entonces, el movimiento de la Salud Mental alentó transformaciones que no se redujeron al plano terminológico o discursivo, sino que buscaron alterar los saberes, las prácticas e, incluso, las relaciones de poder que atravesaban el campo “psi”. Algunos de los cambios promovidos y materializados fueron:

1. Se produjo un cuestionamiento de los reduccionismos biologicistas para considerar la incidencia de los factores socio-culturales en los procesos de salud-enfermedad. En otras palabras, comenzó a pensarse que la patología psíquica no encontraría sus causas únicamente en la herencia biológica o en los mecanismos naturales, pues dependería también y *principalmente* de las marcas dejadas por la historia personal y familiar, de las redes de contención, de la perspectiva de futuro (o la ausencia de ella), del grado de inclusión social, de las condiciones materiales y laborales, de los recursos simbólicos, del acceso a la educación, de los modos colectivos de tratamiento del malestar vigente en toda cultura.

2. Se impulsó más decididamente que las iniciativas en salud mental no se redujeran a la cura de enfermos mentales. Es decir, se determinó la necesidad de ocuparse de otras formas de padecimiento que no se codificaban fácilmente en términos de enfermedad o trastorno, así como también de apuntar a la prevención del padecimiento y a la promoción de la salud.

3. Se desplazó el foco de intervención desde el paciente (atendido y entendido en forma individual) hacia cada uno de los ámbitos en donde se realiza la vida humana: la familia, los grupos, las instituciones.

4. Se incentivó a los profesionales a formarse no sólo en un discurso médico biológico sino en las ciencias sociales y el psicoanálisis.

5. Se impulsó fuertemente el trabajo interdisciplinario, no sólo con los psicólogos clínicos, sino también con los trabajadores sociales, los enfermeros y, posteriormente, con los terapeutas ocupacionales, los musicoterapeutas y un gran número de científicos sociales.

A pesar de las ideas dominantes en ciertos conflictos actuales, estas consignas no se plantearon contra la psiquiatría; más bien fueron muchos psiquiatras los principales impulsores de esta transformación. La

psiquiatría, entonces, no dejaba de intentar ser una ciencia médica; sin embargo, como afirmaba William Menninger (1948), se veía envuelta en la “necesidad” de ser también una “ciencia social”. Casi en paralelo a estos cambios, se descubrieron y desarrollaron los primeros antipsicóticos. Si bien la revolución farmacológica dio nuevos bríos a las perspectivas neurológicas y naturalistas, también favoreció el desarrollo de las estrategias desmanicomializadoras e inclusivas, pues permitía que muchos pacientes, antiguamente condenados al encierro indefinido, pudieran realizar tratamientos ambulatorios e integrarse a la vida familiar, laboral y social. La diferencia entre una perspectiva y la otra no residía en el recurso al fármaco sino en la entronización de este como único tratamiento o en su utilización como un elemento más dentro de una estrategia terapéutica múltiple y amplia.

Al mismo tiempo, el discurso de la salud mental encontró en el psicoanálisis un soporte teórico para discutir el carácter hereditario de la herencia, para concebir y abordar malestares y psicopatologías propios de la vida cotidiana, para discutir las fronteras nítidas entre salud y enfermedad, para pensar los lazos identificatorios y la influencia de lo social en el individuo, para operar sobre grupos, familias e instituciones. Pero, como resulta evidente, la doctrina y el movimiento psicoanalítico no

constituyen un campo homogéneo. La salud mental empujó a un sector importante del freudismo a romper con la ortodoxia del encuadre rígido y a ampliar la práctica analítica más allá de los límites del consultorio y de la reducción del sujeto al individuo. Así recuperaba dos puntos que para Freud eran centrales: en primer lugar, que el método psicoanalítico podría aplicarse no sólo en el tratamiento individual sino también en distintos ámbitos de la cultura y, en segundo lugar, que en lo tocante a los conflictos y las motivaciones inconscientes, no habría diferencia entre psicología individual y social. Ese movimiento, que promovía el diálogo con la cultura, con las ciencias sociales y con la política, iba en contra de una tendencia (muy extendida entonces y también en la actualidad) que medicalizaba al psicoanálisis y lo cercenaba a la psicopatología.

Durante la década de 1960, el discurso de la salud mental llegó a nuestro país y estuvo ligado a grandes transformaciones en las prácticas y los saberes psi, en un contexto de expansión e inserción del psicoanálisis en la sociedad, de reformas en las tradiciones psiquiátricas y de creación de las carreras de psicología (Dagfal, 2011; Carpintero & Vainer, 2004, 2005). Pichon-Riviere, Bleger, Kesselman, Goldemberg, Ulloa, Pavlovsky, los grupos Plataforma y Documento, algunos lacanianos que venían del marxismo althusseriano integran

una larga lista de nombres que defendieron, de distintas maneras y en distintos lugares, los principios de la Salud Mental. En la década siguiente, muchos de los lazos colectivos, de las intervenciones grupales, de las integraciones comunitarias propiciadas por esos saberes y esas prácticas fueron cortados trágicamente por la dictadura militar. El consultorio privado e individual constituyó, para muchos, un refugio ante la persecución y la masacre. Y los principios de la Salud Mental tardaron varios años en volver a brotar en el campo “psi”. La Ley Nacional de Salud Mental (n° 26657), sancionada en el año 2010 y reglamentada en el 2013, recupera y le otorga fuerza legal a muchos de esos principios. Creemos que, con mayor o menor consciencia de los que participamos en ello, un espíritu similar guió la transformación en la sala de internación de la que formamos parte.

Una sala que avanza hacia la salud mental

La primer Sala de Internación de Salud Mental del Hospital Álvarez fue creada a fines de la década del 70. Durante la primavera democrática se renovó con la incorporación de muchos profesionales jóvenes que generaron distintos equipos (admisión, familia, etc.) e implementaron diferentes prácticas (asambleas, talleres, grupos, etc.). Si bien algunas de estas actividades

nunca desaparecieron (como, por ejemplo, la asamblea de pacientes o algunos talleres aislados), con el tiempo los tratamientos se fueron centrando en la psicofarmacología, sostenida por los médicos, y la psicoterapia individual, conducida por los psicólogos. Al mismo tiempo, durante 25 años la jefatura de la Sala estuvo a cargo de la misma persona, un médico psiquiatra. También formaban parte del staff de planta una terapeuta ocupacional, una trabajadora social, uno o dos psicólogos y, alternativamente, distintos psiquiatras (cuyo número solía oscilar entre tres o cuatro). En los últimos años se sumó, además, una musicoterapeuta. Históricamente, también trabajaron en la Sala residentes y concurrentes de psiquiatría y psicología clínica, cumpliendo funciones en los tratamientos psiquiátricos y psicoterapéuticos.

Varias contingencias (rotación de médicos psiquiatras y de psicólogos, ingreso de una musicoterapeuta y, sobre todo, la licencia prolongada del habitual Jefe de la Sala, que implicó un cambio de jefatura), generaron el terreno propicio para la conjunción de una serie de variables que posibilitaron cambios que no estaban previstos de antemano y que, desde hace dos años, permitieron: redistribuir el poder, interrogar los saberes, diversificar las prácticas.

1. Redistribuir el poder

Las relaciones de poder, inmanentes en las prácticas psi y en la institución hospitalaria, se despliegan más explícitamente en el marco de una Sala de Internación. No en vano, un largo apartado de la Ley 26657 está destinada a regular ese dispositivo y a velar por los derechos de quienes cursan una internación, en particular si ésta se realiza en forma involuntaria. Pero las relaciones de poder no solo vinculan de manera asimétrica a profesionales y usuarios de salud mental; también atraviesan los lazos entre los trabajadores. Enumeraremos, a continuación, algunos aspectos de los aspectos donde se produjo una modificación en el modo en que se vehiculiza y se ejerce el poder en diferentes relaciones sociales que se despliegan en la sala.

a. La conducción general de la sala. Pasamos de una dirección personalista a una conducción más colegiada: el médico a cargo de la jefatura convocó a reuniones quincenales a todos los de planta de distintas profesiones: 3 psicólogos, 3 psiquiatras, una trabajadora social, una terapeuta ocupacional, una musicoterapeuta, los dos jefes de residentes, el jefe de enfermería. Esas reuniones constituyen el lugar donde se discuten y se acuerdan algunas de las decisiones vinculadas con la orientación general de la sala.

b. Las revistas de sala. Tradicionalmente, una vez por semana todos los profesionales resumían sucintamente y rutinariamente el estado del paciente frente al jefe, que era siempre quien coordinaba la reunión. En la actualidad, las revistas de sala se convirtieron en un espacio de discusión, con coordinaciones rotativas de gente de planta, donde entre todos se ayuda al equipo tratante a pensar la estrategia terapéutica y donde se escuchan todas las voces (desde el jefe de la sala hasta un estudiante de terapia ocupacional que está realizando una rotación).

c. Los equipos tratantes. Antiguamente, los equipos a cargo de cada tratamiento se reducían a un psicólogo y un psiquiatra. En la actualidad, el concepto de equipo se ha ampliado: dos referentes de planta (psiquiatra y psicólogo) que más que dirigir, coordinan y ayudan a pensar la estrategia; un psicólogo y un médico concurrentes o residentes (del GCBA, de Apsa o de Maimónides); musicoterapeutas (de planta y pasantes), terapistas ocupacionales (de planta, concurrentes y pasantes), trabajadora social. Incluso, el abogado que representa al paciente y vela por sus derechos. De esta manera, muchas miradas y muchas voces multiplican las perspectivas y descentralizan la toma de decisiones.

d. Las admisiones y el trato general con los pacientes. Aun en las internaciones involuntarias, se intenta implementar distintas estrategias para lograr que el paciente acepte quedarse, se integre a la sala, acuerde la realización del tratamiento, consensúe las decisiones importantes, manteniendo el respeto por sus derechos. Obviamente, esta posición en el trabajo cotidiano requiere más tiempo, más paciencia, más personas, pero permitió reducir considerablemente las situaciones de violencia, las contenciones mecánicas, los abandonos de tratamiento (que muchas veces eran modos sutiles de expulsar a los pacientes más difíciles).

e. La convivencia entre todos los participantes. La multiplicación de los espacios grupales y, específicamente, el establecimiento de la asamblea general ha mejorado la convivencia y canalizado de otra manera la resolución de conflictos.

2. Interrogar los saberes

Muchos de los que participamos de esta experiencia, fuimos llevados a repensar nuestros conocimientos previos y a escuchar discursos ajenos a nuestra especificidad profesional, sin que ésta haya sido abandonada. Por el contrario, consideramos que este proceso ha enriquecido el trabajo y nos ha obligado a:

a. Abandonar las posiciones dogmáticas y/o eclesiales del mundo “psi”. Tanto los psiquiatras más clásicos, como los farmacólogos como los psicoanalistas (mayoritariamente lacanianos) intentamos dejar la actitud de secta (que no dialoga con los no iniciados) y de portador de una verdad revelada para iniciar un trabajo conjunto, sin por eso perder la propia perspectiva ni resignar la tarea diferenciada que cada uno puede aportar.

b. Cambiar la prevalencia del discurso semiológico y nosográfico como único relato para dar cuenta de la condición y la evolución del paciente. La internación no depende de un diagnóstico psiquiátrico (por ejemplo, un esquizofrénico puede no estar internado y un trastorno de ansiedad puede estarlo) ni siquiera del grado de descompensación de un cuadro (con recursos materiales y con redes de apoyo puede evitarse una internación que se vuelve imprescindible cuando no hay otros recursos); la internación depende del riesgo para sí o terceros y de la imposibilidad de encontrar un recurso terapéutico menos restrictivo. A su vez, las coordenadas que ubican a alguien en riesgo están determinadas por múltiples dimensiones que no se agotan en la psicopatología pues incluyen a la familia, las redes, la condición laboral, la perspectiva futura, los recursos

económicos, los dispositivos y ofertas de tratamiento. Todo esto conduce a la necesidad de ubicar la situación / conflicto / experiencia que la persona no está pudiendo abordar, que resultó excesiva para los recursos con los que contaba y las respuestas que venía dando. Si se tiene en cuenta todos estos factores queda claro por qué el discurso semiológico y nosográfico resulta insuficiente para abordar la complejidad de una internación. Al mismo tiempo, también aprendimos que la evolución y el alta de la internación no coinciden con la mejora sintomática, sino con la posibilidad de alterar la situación compleja que determinó su ingreso, al menos si pretendemos que las externaciones sean sustentables.

c. Descentrar y diversificar nuestra mirada, habitualmente centrada en el paciente y su enfermedad, para poder incluir, por un lado, el contexto socio-familiar en el que se inscribe la situación que condujo la internación; por otro lado, a los profesionales y la institución que lo trata. En otras palabras, intentamos abordar una mirada múltiple y abierta a la autocrítica.

d. Escuchar la lectura de cada profesión y de cada uno de los responsables de las distintas prácticas para diseñar una estrategia terapéutica única en pos de una externación sustentable. Eso no supone

borrar las especificidades de cada discurso (psiquiátrico, psicoanalítico, asistencial, etc.) ni permite evitar las discusiones (más bien, las ha multiplicado). Incluso, nos condujo a explicitar y tolerar las diferencias que muchas veces no logran integrarse en un acuerdo. Pero, en términos generales, procuramos llegar a un consenso en la estrategia general, lo cual supone algo más que la suma de cada una de las disciplinas intervinientes.

e. Diversificar la bibliografía de nuestros espacios de formación, que ya no se reduce a textos psiquiátricos y psicoanalíticos sino que incluye a las ciencias sociales y el derecho.

f. Interrogar, revisar, supervisar permanentemente nuestro trabajo con los pacientes y las hipótesis que están guiando nuestro quehacer.

3. Diversificar las prácticas

En los dos últimos años procuramos:

a. Abandonar los encuadres rígidos, los lugares habituales de atención (el consultorio perdió su exclusividad, y no sólo por su escasez), y la imagen que nos construimos de lo que debe ser un psiquiatra (interesado principalmente por diagnosticar y

medicar) o un psicoanalista (mudo, interpretante, a la espera de que el paciente hable y demande).

b. Multiplicar e integrar al trabajo cotidiano las actividades grupales, tanto en el trabajo asistencial con los pacientes (talleres, grupos, asambleas, etc.) como en el trabajo de coordinación y formación de los profesionales (sumamos coordinaciones, grupos de estudios orientados al trabajo en la sala, supervisiones grupales, etc.).

c. Integrar en la tarea cotidiana y en las estrategias terapéuticas a los abogados que velan por los derechos de los pacientes, cuya función en una internación fue creada por la Ley Nacional de Salud Mental. Lejos de sentir su tarea como un control innecesario o persecutorio y como una intromisión en una práctica que sería sólo médica o psicológica, intentamos apoyarnos en su saber y en su práctica en pos de propiciar la externación y de conseguir los recursos para tal fin.

d. Tender puentes y lazos con otros dispositivos terapéuticos y sociales (hospitales de día, consultorios externos, hogares, emprendimientos, etc.) para que la derivación no sea una expulsión sino una transición a otros espacios habitables. Lamentablemente,

los distintos Estados no han creado aun las alternativas a la internación. Pero, desde la sala, empezamos a construir lentamente un equipo de “Integración comunitaria” para trabajar la inclusión en el barrio (en los clubes, centros culturales, etc.) de quienes pasaron por una internación, para construir redes con diferentes actores y entre los mismos pacientes de modo tal que puedan sostener una externación sustentable, una convivencia compartida, una rutina de actividades acompañados.

e. Ampliar el rango de usuarios de la Sala. En particular, empezamos a alojar en nuestra sala a aquellos casos que suelen ser expulsados de todos los servicios y dispositivos. Atópicos, inclasificables, molestos, “caños”, manipuladores, adictos, actuadores, psicópatas, violentos, etc. La serie no termina de delinear un conjunto homogéneo pero sitúa una zona problemática de la clínica que no sólo genera problemas nosográficos sino que suele despertar los peores prejuicios morales y las respuestas más represivas y segregativas.

Esta última apuesta se presenta llena de dificultades, pues implica, primero, interrogar permanentemente nuestra propia posición (nuestros prejuicios) frente a casos y situaciones muy difíciles de atravesar; segundo,

repensar nuestra formación, que no nos prepara bien para atender en esa zona problemática; tercero, conceptualizar lo que hacemos, para que el intento de alojar no se convierta en un voluntarismo estéril. En esta zona, se vislumbra, aun más que en otras regiones de nuestro quehacer, que los caminos no están prefijados y que se precisan *invenciones* que alojen, que construyan trama, que reinstauren lazos, que propicien futuro.

Una mirada transversal a los cambios: Grupalidad, Horizontalidad, Apertura.

Situábamos y ejemplificábamos, previamente, tres planos significativos: poder, saberes y prácticas, en torno a los cuales se despliega un proceso de transformación en el modo particular de funcionamiento de la Sala de Internación de nuestro hospital.

Nos interesa en este apartado señalar que dicho proceso, y sus consecuentes efectos, se organizan a partir de la articulación de tres dimensiones que atraviesan de manera transversal el dispositivo, en sus distintos espacios de trabajo y en la perspectiva de abordaje clínico; a saber: Grupalidad, Horizontalidad y Apertura.

Grupalidad

Desde hace algunos años la perspectiva grupal re-apa- reece con fuerza en la Sala de Internación. Tanto en lo atinente a la tarea de discusión, construcción y dinámica del equipo de trabajo, como así también en la propuesta terapéutica del dispositivo, se observa una multiplicación de espacios grupales diversos, que lo complejizan.

En relación al abordaje clínico de los pacientes, en los últimos dos años han comenzado a funcionar, bajo distintas modalidades, diversos espacios grupales: dos talleres de literatura (uno de ellos coordinado por un paciente), un grupo terapéutico de pre y post alta, un grupo de adicciones para pacientes duales, un espacio multifamiliar, un grupo de terapia ocupacional, taller de fotografía, musicoterapia grupal, Asamblea General de sala, taller de expresión artística, grupo de inserción comunitaria, etc.. Estas actividades se suman al espacio de Asamblea de pacientes y al Equipo de Familia, que funcionan con mayor continuidad desde hace casi 25 años.

Asimismo, se constituyó una coordinación semanal grupal en la que se reúnen todos los coordinadores de los diversos espacios mencionados (incluido el paciente que coordina el taller de literatura) y funciona como instancia de encuentro e intercambio, a partir del cual pensar lo que en dichos espacios acontece. Se suma a

esto un curso de formación sobre dispositivos grupales en internación y una supervisión, que aportan la base teórica de los espacios mencionados.

En este sentido, más allá de las particularidades y función de cada espacio clínico grupal, nos interesa destacar, no solo la multiplicidad de los mismos en la propuesta terapéutica del dispositivo de internación sino también, el estatuto que estos adquieren en el contexto del tratamiento, considerando las diversas instancias previas y posteriores (coordinación, supervisión, curso de formación) que “soportan” el funcionamiento de estos. Así, se incluyen como parte central de la estrategia de tratamiento, junto con el abordaje individual, y no como meros dispositivos o recursos secundarios, de “relleno del tiempo” o “entretenimiento”.

De igual modo, la dimensión grupal en el modo de concebir las estrategias de abordaje, implica sostener una concepción del sufrimiento mental desde una perspectiva compleja que contemple sus distintas variables. Esto aumenta la disponibilidad de los espacios terapéuticos y posibilidades de alojar diversos modos de malestar, al tiempo que potencia la intervención del dispositivo en función de la complejidad del sufrimiento por la que atraviesan los sujetos que allí se tratan.

Por otra parte, lo grupal se presenta como una modalidad privilegiada de funcionamiento de los distintos espacios de discusión, formación e intercambio de los profesionales. Reuniones de equipo, coordinaciones de sala, de guardia, de admisión, de sala, ateneos, revista de sala, grupo de estudio, reuniones de residentes y concurrentes, y reunión de jefatura (que incluye a los referentes, personal de planta y jefes de residentes) configuran las distintas instancias de encuentro y trabajo profesional, en el contexto de la internación. Este “pensar con otros”, que se habilita a partir de la dinámica grupal que soporta dichos espacios, favorece no solo la posibilidad de discutir entre varios la clínica de un paciente, sino también habilita un tiempo y un espacio para pensar los atravesamientos institucionales y sus efectos en la práctica profesional. Esto resulta de vital importancia considerando que dichos aspectos suelen tener consecuencias clínicas y éticas, y operan silenciosamente sobre los posicionamientos profesionales, funcionando a modo de obstáculo, cuando no son pensados o trabajados al interior del dispositivo (Oury, 1991; Ulloa, 1995).

Existe también un “pensar con otros” que incluye, en un ámbito de participación, discusión e intercambio, a todos los profesionales, pacientes, familiares, etc., que forman parte del dispositivo: la Asamblea General de Sala. Se trata de un encuentro mensual, abierto para todos

quienes quieran participar. Surge a partir de la repetición de diversas situaciones clínicas (situaciones de violencia, consumo de sustancias dentro de la sala, robos, etc.) que generaban malestar y angustia en pacientes y profesionales, planteando distintos desafíos y desacuerdos respecto de su manejo. En este contexto, la Asamblea General surge como un espacio donde pensar dichas cuestiones. El espacio se constituye *como una respuesta* del dispositivo internación frente a un problema que se sanciona como emergente clínico-institucional. Frente a aquello que se presenta como obstáculo, el dispositivo instrumenta un espacio de encuentro, hace una apuesta, que permita la construcción colectiva del problema y las posibles respuestas en cada caso particular. Nos interesa destacar de este ejemplo que frente a aquello que se presenta como obstáculo, el dispositivo, en lugar de rigidizarse y expulsarlo (por ejemplo dar un “alta” compulsiva o precipitada que desaloje al paciente señalado como problema), elige modificarse siguiendo una lógica de funcionamiento atravesada por la dimensión grupal.

En este sentido podemos pensar lo grupal como *un dispositivo dentro del dispositivo clínico de internación*, en tanto ordena una serie de espacios y prácticas. Giorgio Agamben (2006) realiza una genealogía del término “dispositivo” basándose en la obra de Michel Foucault. Lo define como un conjunto heterogéneo de elementos

conformado por saberes, discursos, prácticas, leyes, etc., siendo el dispositivo per se la red que se establece entre aquellos elementos.

La Sala de internación, en tanto dispositivo, orienta su quehacer en función de las normas y saberes, declarados (ej: modelos teóricos) y no declarados (ej: prejuicios de los profesionales). Establece un modo de funcionamiento más o menos identificable, señala cuáles son sus recursos y usos posibles. Significa las prácticas que en él se despliegan y permite ubicar cuales son las condiciones posibles de tratamiento, sus límites y zonas de invención entre quienes lo habitan y los elementos que lo constituyen. A su vez está atravesado por un contexto político, económico, social y normativo. La interacción de estos elementos configura un tipo de respuesta clínica, y a su vez las distintitas presentaciones del padecimiento mental que se presentan inciden sobre las distintas respuestas que la sala instrumenta. En este sentido el dispositivo tiene una función estratégica y performativa, implica un proceso de subjetivación, es decir tienden a *producir su sujeto*, entendiendo por tal al resultado de la relación entre aquellos seres vivos y los dispositivos. En este punto cabe preguntarse en función de la perspectiva desplegada ¿Qué sujeto/paciente espera o produce el dispositivo de internación? y ¿Qué sujeto/profesional propone/produce? ¿Qué función estratégica podemos ubicar a partir de

concebir un dispositivo de internación atravesado por la lógica de *lo grupal*?

Ahora bien, más allá de la forma que adquiera la dimensión de lo grupal, se trata de un espacio y de un tiempo necesarios para el encuentro con otros, que potencia el pensar y opera como sostén del abordaje clínico, orientando la configuración de una respuesta clínica particular del dispositivo internación. En tal sentido podríamos decir que lo grupal se ofrece como un *dispositivo soporte*, en tanto sostiene la tarea profesional y los espacios de trabajo (reuniones de equipo, coordinaciones, ateneos, etc.) y como *dispositivo de abordaje clínico*, en tanto se postula como perspectiva terapéutica privilegiada para el abordaje de los pacientes.

Podemos delimitar así dos funciones de lo grupal que atraviesan y hacen al funcionamiento mismo del dispositivo de internación: como instancia de reflexión sobre el propio dispositivo internación, sosteniendo la conformación y funcionamiento del equipo de trabajo; y como herramienta y perspectiva privilegiada en el abordaje clínico de los pacientes.

2. Horizontalidad

El entramado del dispositivo de internación en general, y sus espacios grupales en particular, se caracteriza

asimismo por la dimensión de la *horizontalidad* como un aspecto significativo en el funcionamiento del mismo, ya que permite poner en juego los límites, las diferencias y los matices propios de un dispositivo complejo, que aborda situaciones clínicas complejas. Comentábamos previamente la redistribución del poder como uno de los ejes para pensar la transformación de la sala de internación, en relación a la toma de decisiones y la participación de diversas disciplinas en el abordaje terapéutico.

Un primer aspecto a mencionar es la *circulación horizontal de la palabra* en los distintos espacios de trabajo. Esto se presenta como una cualidad que motoriza la dinámica del trabajo e implica que, si bien hay lugares y roles asimétricos, los distintos profesionales del equipo pueden intervenir en igualdad de condiciones, brindando sus opiniones y perspectiva. El funcionamiento horizontal de los espacios de trabajo actúa como condición de posibilidad para que las diferencias se sumen a un trabajo de construcción colectiva de las intervenciones.

El sostenimiento efectivo de esta dinámica de trabajo es variable y requiere situar dos aspectos. Por un lado, sostener la noción de complejidad para pensar las situaciones clínicas que abordamos. Estas son dinámicas, por lo que no existe una única respuesta, ni un único

saber (disciplinar o no) que pueda instrumentarla. Por otra parte, materializar esto en un trabajo concreto, implica *concebir que el conflicto*, lejos de ser algo a ser evitado o eliminado, es parte ineludible y es motor de la tarea. Desde esta perspectiva, una dinámica de construcción colectiva de las propuestas terapéuticas, no es sin discusión y puesta en forma de las diferencias. No se trata entonces de un “estar de acuerdo pacífico”, sino de alojar diversas miradas sobre una misma situación clínica y tomar la decisión de priorizar algunas y descartar otras mediante el encuentro con los otros. Esto permite singularizar las intervenciones según las características de cada caso.

Por otra parte, el funcionamiento horizontal de los espacios de trabajo no implica desconocer los distintos roles o las jerarquías al interior del dispositivo, las diferentes incumbencias profesionales e, incluso, la asimétrica posición de los pacientes y los trabajadores. Estas diferencias son estructurales y hacen al funcionamiento de un dispositivo como es la internación en salud mental. Se trata de poder leer cómo estos aspectos se ponen de manifiesto en una situación clínica particular, poniendo en un plano de igualdad las diferentes perspectivas. Se trata pues de *trabajar con y desde la diferencia*.

En lo que refiere al funcionamiento de los espacios de intercambio profesional, se requiere que la horizontalidad se promueva y sostenga en dos sentidos. Del lado de la coordinación, de quien conduce la sala y de quienes funcionan como referentes de tratamiento, organizar la dinámica de trabajo desde una posición de descentramiento del saber que habilite la discusión y el intercambio. Del lado del equipo, la apropiación efectiva de los espacios de trabajo y la participación activa en la construcción de las estrategias.

Una lógica similar podemos situar en torno a la horizontalidad de los espacios de abordaje terapéutico. A priori podemos identificar dos lugares bien distintos: los pacientes y los profesionales. Un cambio en nuestra manera de trabajo fue poner al equipo de salud y a los pacientes en un plano de igualdad, respecto de sus saberes y participación en la toma de muchas decisiones, sin desconocer las diferencias estructurales de sus posiciones en el dispositivo. Esto requiere asimismo un fuerte descentramiento narcisista de los profesionales que habilite alojar otros saberes, como los de las familias y de los pacientes, dando lugar a la configuración de un equipo de salud ampliado, dinámico y abierto, cada vez, con cada paciente y en cada situación.

Así pues, la dimensión de la horizontalidad es solidaria de la puesta en juego de un límite en relación a los saberes y prácticas, como así también respecto de las funciones y los roles. Permite poner en tensión, y articular en un plano de igualdad, las diferencias propias del dispositivo.

En este punto se enriquece pensar el aspecto interdisciplinario del funcionamiento de la sala. Esto requiere del reconocimiento de los límites de la propia disciplina para la comprensión de la realidad y el reconocimiento de los saberes de los demás, ya que ninguna disciplina detenta por sí misma el poder en su saber, sino que este es dinámico según la necesidad del caso y en cada momento del tratamiento. Para que esto acontezca, es claro que esto no basta meramente con la convocatoria y sumatoria al trabajo de profesionales provenientes de diferentes campos disciplinares. Requiere de tiempo y de la generación de espacios que permitan elaborar las diferencias del equipo de trabajo. Para ello será necesario que el equipo realice un trabajo de *elucidación* (Castoriadis, 1993) que le permita conceptualizar y reflexionar acerca de la propia práctica. Al mismo tiempo, resulta fundamental que los miembros del grupo de trabajo realicen un análisis de su implicación, que les permita esclarecer la posición que adoptan y desde la cual perciben las problemáticas abordadas considerando la propia formación, la experiencia de trabajo, la

pertenencia a determinado campo disciplinar y las emociones suscitadas por la tarea (De Sousa Campos, 2009).

No se trata pues del número ni de la cantidad de disciplinas, si bien esto es central, sino de conformar un Equipo de Trabajo cuyo funcionamiento se sostenga en una organización horizontal del proceso de trabajo. Pensamos un Equipo de trabajo como un conjunto de personas que logra acompañar y acompañarse en una situación compleja que para uno sería insostenible (paciente, familia, profesional, referente, jefe, etc.), constituyéndose como un colectivo de sostén (Barcala, 2015). Se trata de un dispositivo de co-responsabilidad que permite la emergencia de los conflictos de manera que puedan ser pensados y elaborados, para que emerja una respuesta posible. No necesariamente la mejor, sino la posible para esa persona y ese equipo, en un contexto y situación particular.

3. Apertura

Ubicábamos las dimensiones de grupalidad y horizontalidad como dos ejes transversales desde donde pensar la transformación en la dinámica de trabajo de la Sala de internación. Junto a esto la Apertura del dispositivo, hacia dentro y hacia afuera y en distintos planos, es otro de los ejes que nos permiten dar cuenta de su particular textura y funcionamiento actual.

La apertura del dispositivo incide directamente sobre la *porosidad* del mismo, acercando el adentro/afuera, flexibilizando sus límites, lo que tiene como efecto trabajar a contrapelo de la lógica de dispositivos cerrados, que generan aislamiento y exclusión para pacientes y profesionales.

Hacia el interior del dispositivo, la apertura está dada tanto a nivel de las prácticas como de los saberes y disciplinas, a partir del trabajo que se da en espacios grupales de funcionamiento horizontal.

Hacia el exterior, se trata de proponer una sala de *puertas abiertas* en sentido amplio y más allá de la distribución espacial, por ejemplo, habilitando la circulación de familiares y pacientes externados por los distintos espacios grupales terapéuticos, para que puedan seguir haciendo uso de dichos espacios y referenciándose allí. A su vez esto genera una apertura en la dinámica de trabajo de los profesionales, permitiendo la entrada de otros actores y extendiendo su trabajo más allá de los muros del pabellón.

Un ejemplo de ello es el posicionamiento respecto de los equipos profesionales generados a partir del artículo N° 22 de la Ley Nacional de Salud Mental y del Órgano de Revisión. La aparición de estos actores puede generar diversas respuestas. Una de ella es defensiva,

cerrándose a la intervención de estos. Otra posición posible, es la apertura al trabajo conjunto con estos. Es decir, concebirlos como parte del equipo de trabajo a partir del cual complejizar la intervención y la lectura de las situaciones clínicas que se presentan.

Otro de los aspectos donde se juega la apertura del dispositivo es en el fuerte trabajo que se da en torno al armado de redes de trabajo con otros dispositivos dentro y fuera del hospital. Este aspecto se torna relevante y sensible cuándo pensamos sobre todo la externación y el alta de un paciente. Esto implica entrar en diálogo con aquellos dispositivos que representan el después o el más allá de la internación. Así en estos años se ha trabajado conjuntamente con los hospitales de día del hospital, profesionales de consultorios externos y guardia del hospital, como así también con equipos de trabajo de otras instituciones, haciéndolos partícipes activos en la construcción de las externaciones de los pacientes. Esto demanda articular con otras lógicas de trabajo, de modo que permita el armado a medida de tratamientos y altas, que respeten y contemplen la singularidad de los pacientes y las posibilidades reales de un dispositivo (Hospital de día, consultorios externos, etc.) y de la red de salud.

En este sentido, muchas veces nos encontramos *prestando equipo*. Prestar equipo es pensar que el

acompañamiento de un paciente no concluye con su alta, que esta es algo a construir con actores y recursos más allá de la internación, y que por tanto deben incluirse desde el inicio; que el diálogo con los dispositivos al alta es permanente. Es comprender que una derivación debe ser asistida, no solo para un paciente pueda llegar a un nuevo dispositivo sino para que este pueda recibirlo. Si pensamos que un paciente internado tiene en su equipo entre 6 y 9 profesionales trabajando en forma conjunta con él y su familia (en los términos que fuimos desplegando), que luego en un consultorio externo, por ejemplo, con suerte tendrá un psicólogo y un psiquiatra, saturados de pacientes y con poco tiempo para pensar, es ostensible la necesidad que el equipo de la sala *preste equipo*, acompañe hasta que un nuevo espacio pueda consolidarse. Esto requiere del establecimiento de zonas de trabajo conjunta sostenidas, ya no al interior de un dispositivo, sino con otros dispositivos, entendiendo que las estrategias terapéuticas se centran en el paciente y no el dispositivo, por lo que debe construirse transversalmente a estos. Esto no es sin resistencias debido a la alta fragmentación del sistema de salud.

La dimensión de apertura redonda entonces en la conformación de un Equipo de salud Ampliado, que incluye a los pacientes, sus familias, los profesionales de la sala,

profesionales de otros dispositivos, recursos de la comunidad, actores que introduce la ley de salud mental, etc., en una interacción dinámica y abierto, en constante configuración en virtud de la situación clínica y los actores que se propongan como parte de la situación.

Esto es solidario de la concepción compleja del padecimiento mental que el dispositivo intenta sostener, a partir de la dimensión grupal y de la toma horizontal de decisiones, lo que implica a nivel de los prácticas y prácticas, el eje se desplaza de la “ontología de la enfermedad” al sujeto, produciendo una “clínica ampliada” que requiere de nuevos modos del trabajo en salud.

Conclusiones, efectos y política

Intentamos situar a lo largo del escrito, coordinadas que nos permitan dar cuenta de un proceso de transformación que se viene dando en el dispositivo de internación en que llevamos a cabo nuestra práctica profesional. Ordenamos la discusión en torno a tres ámbitos en donde consideramos se visibiliza dicho proceso: redistribución del poder, interrogación de los saberes, y diversificación de las prácticas; al tiempo que desplegamos los ejes que parecen haber atravesado los cambios en esas áreas: grupalidad, horizontalidad y apertura.

Nos interesa para concluir esbozar algunos de los efectos que fuimos registrando como consecuencia del mencionado proceso

En sentido amplio podemos mencionar una disminución de las manifestaciones y presentaciones clínicas bajo la forma de la violencia, y la posibilidad de vehicular y de contener mejor los conflictos. La multiplicación de espacios de circulación de la palabra, como instrumento e intervención, permitió un tratamiento de aquellos fenómenos que se presentan disruptivos, alojando al paciente que lo exhibe y lo padece, y evitando las respuestas expulsivas del dispositivo, pasibles de ser encarnadas por profesionales y pacientes, al dar lugar a la expresión de conflictos, malestar y temores no dichos que circulan y tienen sus efectos en el abordaje de pacientes. Consideramos que no se trata de eliminar estas manifestaciones, ni de domesticarlas, sino de hacerlas entrar en un trabajo que el dispositivo toma a su cargo. En lugar de sancionar, intentamos alojar diversas formas del malestar que de lo contrario actúan e inciden mudamente, pero con efectos ruidosos. Esta forma de trabajo constituye una posibilidad privilegiada de que surjan nuevas respuestas, de que se intente una construcción colectiva de las mismas y de que se establezca un compromiso conjunto entre todos los actores involucrados.

Por el lado de los profesionales, la discusión sostenida por entramados grupales de trabajo permite, entre otras cosas, restituir el sentido de la tarea y facilitar su sostenimiento. Esto va en contra de los efectos de repetición y adormecimiento que puede tener un dispositivo institucional como la internación. Ulloa describió estos efectos en el trabajo de profesionales de la salud con poblaciones vulnerables. Es importante registrar que los propios espacios de trabajo pueden ser sintomáticos, estar al servicio del automatismo institucional y de que nada se discuta. No se trata solo de disponer de un tiempo y de un espacio para la reflexión sobre el trabajo, sino de estar advertidos que allí puede no pasar nada. Hay que estar “despiertos” (Ulloa, 1995), dar lugar a que alguna cosa pueda acontecer (Oury, 1991).

Esto no es menor ya que muchas veces el sufrimiento y el malestar devenido de situaciones clínicas e institucionales complejas y extremas tienen como efecto la pérdida del sentido de la tarea, norte que organiza el trabajo. Esto se traduce, del lado de los pacientes, en efectos clínicos directos mediante la detención de sus tratamientos y, del lado de los profesionales, en un trabajo poco comprometido, desvitalizado, apático y burocratizado, que conlleva al aislamiento, la dificultad de pensar su praxis y la ruptura de lazos de trabajo.

En este sentido, pensamos que la detención de los tratamientos no se mide necesariamente por el tiempo de internación sino por el uso y el trabajo en dicho tiempo. La extensión o brevedad de la internación no se relaciona con la efectividad del tratamiento, ya que muchas veces una internación breve puede estar al servicio de una lógica expulsiva, un no querer saber ni pensar sobre aquello que aparece como dificultad, límite e impotencia.

Por otra parte, creemos que el proceso de transformación de la sala es consonante con un proceso de *desmanicomialización* en el campo de la Salud Mental. No por los recursos, o los espacios creados en este tiempo, si bien centrales, sino por la posición ética desde donde estos se sostienen. Nos preguntamos ¿Existe una ética del dispositivo, más allá de las personas que lo encarnan? ¿Cómo se construye una ética grupal, de equipo de trabajo? Consideramos que el proceso de transformación de la sala, en los términos desplegados permite dar cuenta de ello, y se vincula al concepto de clínica ampliada que mencionamos, a partir de una posición decidida de los profesionales que habitan el dispositivo.

El concepto ampliado de clínica se vincula con lo que el paciente, la familia del mismo y cada uno de los profesionales dicen, piensan y hacen. El paciente está dentro

de una ley y de una política de interacción horizontal de todos estos puntos que van a definir lo que, a nuestro modo de ver, es la clínica. Oscar Varsasky define a la ciencia de la siguiente manera: “la misión del científico rebelde es estudiar con toda seriedad y usando todas las armas de la ciencia, los problemas del cambio del sistema social, en todas sus etapas y todos sus aspectos teórico y prácticos. Esto es hacer ciencia politizada” (Varsasky, 1969). Algo parecido tendría que ser la misión del equipo tratante. La salud mental es una cuestión política. Una política basada en una posición ética, sostenida por profesionales que ponen el cuerpo, vinculada con el despliegue de una potencia habilitada por encuentros y espacios en los que, en términos de Spinoza, se trabaja con *alegría*, en tanto estos aumentan la potencia del actuar.

El proceso de transformación, del que pretendimos dar cuenta a través de estas páginas, es pues ético y político, sostenido en un accionar crítico (y autocrítico) de las prácticas, saberes y poderes que se despliegan en un dispositivo de internación.

Bibliografía

- Agamben, G.** (2007) *¿Qué es un dispositivo?* París: Payot & Rivages. Traducido por Anthony Sampson.
- Barcala, A.** (2015). Conferencia dictada en el panel cierre de las XXII Jornadas de residentes de Salud Mental del Área Metropolitana. “*Salud Mental, Interdisciplina y Formación en el Sistema Público*”. Buenos Aires, 17, 18 y 19 de noviembre 2015.
- Carpintero, E. & Vainer, A.** (2004). *Las huellas de la memoria. Tomo I.* Buenos Aires: Topía.
- Carpintero, E. & Vainer, A.** (2005). *Las huellas de la memoria. Tomo II.* Buenos Aires: Topía.
- Castoriadis, C.** (1993). *La institución imaginaria de la sociedad, vol. 1: Marxismo y teoría revolucionaria.* Buenos Aires, Tusquets Editores.
- Dagfal, A.** (2011). *Entre París y Buenos Aires. La invención del psicólogo.* Buenos Aires: Paidós.
- De Souza Campos, G.** (2009). *Gestión en Salud. En defensa de la vida.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

Deleuze, G. (2008) *En medio de Spinoza*. Buenos Aires: Cactus.

Menninger, W. (1947). *The role of psychiatry in the world today*. The American Journal of Psychiatry, 151 (6), 75-81. Trad. Castellana de M. L. Ferrari y M. Szerman. En: www.elseminario.com.ar.

Onocko Campos, R. y otros. (2008). *Salud Colectiva y Psicoanálisis: entrecruzando conceptos en busca de políticas públicas potentes*. En revista Salud Colectiva. ISSN 1851-8265. v.4 n.2. Mayo /agosto Lanús.

Oury, J. (1991) *Itinéraires de formation*. Revue pratique de psychologie et de la vie sociale et d'hygiène mentale. (1):42-50.

Ulloa, F. (1995) *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires: Paidós.

Varsasky, O. (1969). *Ciencia, política y cientificismo*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Vezzetti, H. (2016). *Psiquiatría, psicoanálisis y cultura comunista. Batallas ideológicas en la guerra fría*. Buenos Aires: Siglo XXI.

La mesa de gestión intersectorial en Salud Mental comunitaria del Municipio de Lanús como dispositivo promotor de la problematización del campo de la Salud Mental (período 2013 - 2015)

An intersectoral management device in community mental health in Lanús District as a problematization promoter in mental health field (2013 – 2015)

Alejandro Daniel Wilner

Médico. Especialista en
planificación y gerencia en salud.
Doctorando en Salud Mental
Comunitaria.
Centro de Salud Mental
Comunitaria “Mauricio
Goldenberg” Universidad
Nacional de Lanús

alejandro.wilner@gmail.com

Resumen

En el presente artículo se relata la experiencia de la Mesa de Gestión Intersectorial en Salud Mental Comunitaria que se implementó en el Municipio de Lanús entre 2013 y 2015. Se reseñan los principales hitos históricos de su desarrollo así como los fundamentos teóricos que sustentan su funcionamiento. El relato de esta experiencia propone que no es posible la transformación del modelo de atención que propone la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones si no se modifica el modelo de gestión de los servicios y sistemas que producen cuidados en salud mental, aclarando que tanto los modelos de gestión como el de atención deben ser intersectoriales, interdisciplinarios e integrales. Concluimos en que es necesario contar con un importante apoyo político para la implementación de esta modalidad de gestión así como la presencia de un actor que garantice la mediación entre gestores así como la asistencia técnica

en términos conceptuales y metodológicos, en el caso bajo análisis este lugar lo ocupó la representación del Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la UNLa.

Palabras Clave: Modelo de Gestión - Salud Mental Comunitaria - Reforma de la Salud Mental.

Abstract

This article focuses on the experience of an intersectoral management device in community mental health, implemented in Lanús District between 2013 and 2015. It summarizes the main historical landmarks of its development as well as the theoretical grounds that support its functioning. The accounting of this experience propose that the attention model transformation proposed by the Mental Health and Addictions National Law is not possible if mental healthcare services and system management are not also modified, taking into account that both models,

management and attention, must be intersectorial, interdisciplinary and integral. We conclude that an important political support is necessary for this management model implementation, as well as the presence of an actor that guarantees mediation between managers and technical assistance, both in conceptual and methodological terms, which, in the case of this analysis was carried out by “UNLa” Mental Health Community Center “Mauricio Goldenberg” representation.

Key words: Management Model - Community Mental Health - Mental Health Reform.

Introducción

Se problematizará, en este trabajo, el análisis de la necesaria transformación de los modelos de gestión en salud mental comunitaria como condición para la promoción de cambios en el ámbito de la producción de cuidados en salud mental. Este análisis parte de la hipótesis que no es posible la implementación de una reforma como la planteada por la Ley Nacional N° 26657 – que propone transformaciones no sólo en el modelo de atención sino también en los modos de organización de los servicios y la necesaria constitución de equipos de abordaje del padecimiento mental – si no se impulsan cambios en los modos en que se gestionan esos servicios y el desarrollo de las acciones y las prácticas. Se fundamentará este análisis en una experiencia que se desarrolló en el Municipio de Lanús desde mediados de 2013 hasta finales de 2015 y que se plantea, como objetivo explícito, la plena implementación de la Ley.

Este dispositivo de gestión, denominado como Mesa de Gestión Intersectorial en Salud Mental Comunitaria, integró a organismos municipales, provinciales y nacionales que desarrollaban acciones en el territorio municipal y que representaban a los sectores de salud, educación, políticas sociales, cultura y deportes. Hasta el cambio de gobierno en el Estado local y en el

provincial, contaba con un importante apoyo político de ambas gestiones y las decisiones que se tomaban en el contexto de la Mesa impactaban sobre las prácticas de los servicios de salud, niñez, educación, cultura y deportes radicados en el Distrito.

La Universidad Nacional de Lanús, a través del Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” apoyó esta dinámica a la vez que implementó un proceso de asistencia técnica para promover y sostener el dispositivo de gestión y, a partir de las decisiones y acuerdos que se asumían en ese espacio, impulsar la transformación de las prácticas en consonancia con el modelo de atención que prescribe la Ley Nacional de Salud Mental.

En el presente trabajo se recorrerán algunas definiciones conceptuales, se abordará el desarrollo de la Mesa como dispositivo de gestión en el período 2013 – 2015 y se elaborarán algunas conclusiones alrededor de la vinculación entre los modelos de atención y de gestión en el campo de la salud mental.

Definiciones conceptuales

La Ley Nacional N° 26657 (y su adhesión provincial, Ley N° 14580), define un modelo de abordaje del sufrimiento mental que promueve los derechos de las personas,

asume la determinación social y cultural de las problemáticas que afectan la salud mental y prescribe el acceso libre, universal y gratuito a los servicios – a los que caracteriza como interdisciplinarios e intersectoriales - con la finalidad de la recuperación y preservación de la salud mental de los sujetos individuales y colectivos.

El modelo que define el marco normativo debe promover la integración familiar, laboral y comunitaria y la participación del sujeto con padecimiento psíquico en la definición de su proceso de atención ya sea en forma autónoma o con la ayuda de las personas que él/ella designen. La ley, asimismo, prescribe la necesidad que el abordaje se base en la estrategia de atención primaria de la salud (APS) y en la promoción y restitución de los lazos sociales, priorizando que el tratamiento se realice por fuera del ámbito de los hospitales psiquiátricos, en el espacio comunitario y social, definiendo a la salud mental como comunitaria y a la inclusión social y laboral como uno de los ejes del abordaje del sufrimiento psíquico y la rehabilitación.

En el contexto del modelo de atención que prevé la Ley Nacional, pareciera lógico desprenderse del concepto de enfermedad mental y apropiarse del de padecimiento / sufrimiento que utiliza el marco normativo, ya sea en su propio texto o en la reglamentación que hace el

Poder Ejecutivo. En este contexto, entendemos que 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...sino a la propia relación del sujeto (incorporando su punto de vista) con lo social y lo cultural" (Faraone, 2013). Así el sufrimiento forma parte de la experiencia vital del sujeto y debe ser abordado en su contexto, su marco social e histórico y en el seno de las relaciones sociales que le confieren sentido y significado. La dimensión cultural de este concepto permite comprenderlo como situacional, lo que implica que sólo puede ser entendido, significado y – nuevamente – abordado en su contexto sociocultural y comunitario.

Teniendo en cuenta los conceptos desarrollados hasta el momento, resulta claro que el abordaje de los padecimientos debe implementarse en el marco de la salud mental comunitaria (SMC), ya que este campo estimula la preservación y el fortalecimiento de los lazos comunitarios, familiares y sociales del sujeto, y define que los procesos de rehabilitación se sustenten en dinámicas de integración social (Ardila y Galende, 2011). Así, siguiendo a estos autores, la SMC como proyecto en construcción desarrolla tres dimensiones: priorizar servicios de atención territoriales, vinculados con la APS y hospitales generales cercanos al lugar donde el sujeto

sufriente desarrolla su existencia; eliminando progresivamente la hospitalización y el encierro en hospitales psiquiátricos; considerar al sujeto en su complejidad asumiendo que es un semejante que merece ser tratado con dignidad y respeto de sus derechos, desterrando las terapéuticas basadas en la autoridad del especialista que requiere la necesaria sumisión del paciente; asumir a pacientes, familia y comunidad como sujetos activos y participantes de los procesos de atención y producción de cuidados (Ardila y Galende, op cit).

El paradigma de la salud mental comunitaria cuestiona fuertemente el enfoque biológico de la psiquiatría en la determinación del sufrimiento mental, ya que mientras la primera clasifica y diagnostica el padecimiento y asigna a la estructura y la funcionalidad cerebral como causa, la salud mental comunitaria remite a la determinación histórica, a las condiciones de vida social, material, cultural y familiar como ámbitos del proceso de construcción y, consecuentemente, de abordaje del padecimiento (Galende, 2015). Podemos, entonces, definir como principios de la atención del padecimiento mental a los siguientes: comprensión del sujeto en su existencia real; de los procesos sociales y culturales en los cuales se produce tanto la subjetivación como las formas de expresión del sufrimiento; definición de los contextos sociales y las políticas públicas en que se integran los derechos humanos,

los resguardos éticos y los principios de responsabilidad y respeto y exigencia de la verdad en el conocimiento que guía la práctica (Galende, op cit).

La SMC, como campo, propone – entonces - que los servicios se organicen según tres grandes transiciones respecto de la psiquiatría tradicional: la primera, del sujeto enfermo a la comunidad; la segunda, del hospital psiquiátrico a los centros comunitarios que basan sus abordajes en la APS y asumen al territorio como su espacio social para la promoción y prevención en salud mental y, la tercera, desde la función del médico psiquiatra como profesional responsable hacia un equipo interdisciplinario e intersectorial que, incorpora en sus acciones tanto al sujeto que padece como a las organizaciones de la comunidad en las que se inserta. (Desviat y Moreno Pérez, 2012). En este contexto, la continuidad de cuidados y la consecuente articulación de niveles de atención y sectores del Estado y la Sociedad Civil, son conceptos operacionales fundamentales de este modelo de comprensión del padecimiento y de definición de sus abordajes.

Por otro lado, cuando referimos al campo, lo definimos desde la conceptualización propuesta por Bourdieu "... espacios estructurados de posiciones (o de puestos) cuyas propiedades dependen de su posición en dichos espacios y pueden analizarse en forma independiente de

las características de sus ocupantes (en parte determinados por ellas)” (Bourdieu, 1990). Así, en este espacio social, diferentes actores que portan intereses sobre el capital en disputa, interactúan con el objetivo de poseerlo y, así, direccionar el campo. La puja es permanente en torno al cambio (la transformación) o al sostenimiento (la conservación) de la estructura del campo, como ley general, Bourdieu postula que el recién llegado presiona por el cambio mientras que el histórico habitante del campo pelea por la conservación (Bourdieu, op cit). Esta ley se aplica también en cuanto a la disponibilidad y acumulación de poder, los más débiles presionan por la transformación mientras los poderosos intentan que no se modifique el statu quo que podría implicar una pérdida – transferencia - de poder.

En el caso del campo de la salud mental, podríamos conceptualizar la puja de los actores implicados en torno a la transformación y la conservación, así los sujetos colectivos que han cimentado su poder a partir del hospital psiquiátrico resisten las acciones de los “recién llegados” (asociaciones de usuarios, disciplinas no psiquiátricas, “la” política, etc.) que disputan el capital específico y promueven modalidades comunitarias y no asilares de abordaje de la salud mental. En este contexto, la ley, puede leerse como un hito de reconfiguración del campo a partir de las estrategias implementadas por

las fuerzas transformadoras, sin embargo, el impacto del marco normativo sobre las prácticas, requiere de nuevas estrategias y la incidencia en diferentes espacios de poder que aún las fuerzas conservadoras no han cedido. En otras palabras, el poder invertido por las fuerzas transformadoras viabilizó la sanción de la ley pero no la transformación integral de las prácticas que hacen a la implementación de la reforma en salud mental.

La lectura histórica del desarrollo de la SMC a partir de la segunda guerra mundial implica marchas y contramarchas que se procesan en el campo de modo diferente según el marco político en que se desarrollan. Así - sin pretender un análisis exhaustivo que excedería el presente trabajo - experiencias como las comunidades terapéuticas en Inglaterra, la Política del Sector en Francia, la política de desinstitucionalización en Italia o la psiquiatría comunitaria en EEUU han corrido suertes diferentes según su enraizamiento en el desarrollo político nacional y la estructura del campo determinada por el poder y las posiciones de los actores (Galende, 1994). Sin embargo, cada una de estas experiencias fundantes ha sedimentado en un modelo de atención que, podríamos ejemplificar en la SMC, y que es el que ha asumido la Ley Nacional.

Por otro lado, la definición del concepto de modelo de gestión resulta relevante en el presente escrito.

Entendemos a la gestión en el contexto de un campo de interacción social en el que diferentes actores se instituyen con la intencionalidad de implementar su proyecto referido a la salud mental; así en ese espacio – desigual por definición – intentan construir acuerdos, cuya viabilidad depende del poder que detentan, en procura de la construcción de gobernabilidad y viabilidad para su proyecto. Estos actores sociales, que seleccionan determinadas problemáticas sanitarias de acuerdo a sus intereses, deseos e ideologías, intervienen en la situación determinados por la explicación y por la valoración que hacen respecto de los procesos de determinación de los problemas y, a partir de su percepción acerca de los demás actores en situación y sus posiciones respecto de sus proyectos de intervención, generan – o intentan generar – vinculaciones estratégicas con ellos. Los modos en que desarrollan estas prácticas y organizan sus recursos en términos amplios, configuran el modelo de gestión que asumen.

Si tenemos en cuenta el “Postulado de Coherencia” propuesto por Testa (1993), podemos establecer que es necesario que exista una alineación “...entre propósitos, métodos para alcanzarlos y organización de las instituciones que se encargan de ello.” (Testa, op cit). Esto implicaría – postulamos – que es necesario que haya coherencia entre los objetivos propuestos por la

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, el modelo de atención definido para resguardar los derechos de las personas con sufrimiento psíquico y los modelos de gestión de las organizaciones que debieran implementar estos modelos de atención. En otras palabras, un modelo de gestión que promueve la SMC no puede ser el mismo que el que apoya la institución de un modelo manicomial, no sería posible producir acciones intersectoriales, integrales y de base comunitaria a partir de un modelo de gestión biomédico, centrado en el hospital psiquiátrico, y con énfasis en lo curativo. Es a partir de esta hipótesis que presentaremos a continuación la experiencia de implementación de un dispositivo de gestión en salud mental comunitaria en Lanús.

El ámbito territorial

La experiencia de la Mesa de Gestión Intersectorial en Salud Mental Comunitaria se desarrolló en el municipio de Lanús, espacio territorial localizado en el sur del conurbano bonaerense y que limita con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Avellaneda, Quilmes y Lomas de Zamora. Cuenta con una superficie de poco más de 48 km² y su población es de casi 460.000 habitantes, con una densidad poblacional de las más altas del conurbano. Se organiza en 6 localidades: Lanús Este y Oeste, Remedios de Escalada, Gerli, Monte Chingolo y

Valentín Alsina; la sede municipal se encuentra en Lanús Oeste pero los servicios de salud y educación así como las delegaciones municipales se localizan en todo el territorio. La Universidad Nacional de Lanús se localiza en Remedios de Escalada, en la zona este del Distrito.

Poblacionalmente, puede caracterizarse al municipio – en forma global - como en proceso de transición demográfica incompleta ya que si bien se verifica un proceso de envejecimiento de su población existe variación entre las diferentes localidades y, también, en el interior de cada una de ellas. Lo mismo sucede en términos epidemiológicos, ya que si bien las causas de muerte dan cuenta de un perfil de mortalidad donde predominan las enfermedades crónicas no transmisibles, pero este tampoco es un proceso homogéneo en todas las localidades del Partido.

En términos de servicios, por ejemplo en salud, la infraestructura es importante; cuenta con 4 hospitales provinciales: 1 Interzonal, 2 Zonales y 1 Especializado. El 1° nivel de atención – municipal - se organiza en 10 unidades sanitarias de las que dependen 26 centros de salud, todos cuentan con atención en salud mental. También, en la dependencia municipal, se erige un efector centralizado de salud mental, donde se concentran profesionales de esta área que incluso se organizan según diferentes especialidades

y como equipos interdisciplinarios. Asimismo existe un dispositivo específico de atención de las adicciones, de dependencia provincial, que en el último tiempo se instaló en el mismo edificio que el efector central de salud mental y realiza actividades conjuntas y articuladas, aunque ambos efectores mantienen sus dependencias provincial y municipal respectivamente.

La implementación de la Mesa Intersectorial de Gestión en Salud Mental Comunitaria

A mediados de 2013, a iniciativa de la Secretaría de Salud del Municipio, comienzan a reunirse diferentes actores para debatir y organizar el abordaje de las emergencias en salud mental. Integraban este primer dispositivo organismos municipales, provinciales y nacionales; entre los primeros se contaban la Dirección de Salud Mental y Adicciones, la Coordinación de Emergencias Sanitarias, la Subsecretaría de Políticas Sociales, el Área de Atención de Emergencias en Salud Mental de Defensa Civil, la Coordinación de los Servicios de Protección de Derechos de Niñez y la Coordinación de Políticas de Género. Por los provinciales se incorporaron la Inspección de Psicología en Educación, el CPA (Centro de Prevención de Adicciones), el Área Programática del Hospital Narciso López, el Servicio de Psicología de ese Hospital, representantes de Salud

Mental del Hospital Evita, la Coordinación Regional de Salud Mental, representantes del ERIC y del ERICO. Finalmente, desde el ámbito nacional, se integraron a la Mesa representantes del Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la UNLa.

Con el paso del tiempo, ya en 2014, este dispositivo promovió un debate alrededor de su propia existencia y sentido y, luego de varios meses de discusión, asumió como su misión la de gestionar la salud mental – asumiéndola como comunitaria - en el Distrito. Esto implicó la salida de algunos actores (como por ejemplo la Coordinación de Emergencias del Municipio, la Dirección de Área Programática del Hospital Narciso López, los representantes de salud mental del Hospital Evita) así como el ingreso de otros (representantes del Grupo GIA del Hospital Narciso López e integrantes del COF). En este período, la Mesa se asumió a sí misma como el dispositivo responsable de la implementación del modelo de atención propuesto por la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, a la vez que se propuso promover la implementación de ese marco normativo en los servicios de los sectores implicados en el dispositivo.

En ese tránsito, la Mesa, generó diversas acciones vinculadas con la capacitación, la conformación y

fortalecimiento de equipos interdisciplinarios e intersectoriales en el primer nivel de atención, la creación y el inicio del proceso de implementación de un dispositivo de abordaje de problemáticas sociales hipercomplejas en un territorio específico, el apoyo a la articulación entre la Dirección de Salud Mental y Adicciones municipal con el CPA provincial, la convocatoria a los jueces y equipos técnicos de los juzgados locales para generar acuerdos que promuevan el modelo de atención asumido, entre otras acciones.

Se consensuó la importancia de promover acuerdos de gestión, al interior de cada uno de los sectores participantes, como requisito para la viabilización de transformaciones en los modelos de atención de los servicios (no sólo de salud, sino también de educación, niñez, políticas sociales). Se acordó también que, si bien, en algunos territorios específicos había equipos de diferentes sectores que proponían acciones de articulación para el abordaje de las problemáticas, el hecho que los gestores acordaran esta modalidad de gestión y de atención, facilitaba el trabajo en el territorio a la vez que mostraba claramente cuál era la decisión de las autoridades al respecto. Queda claro, que los fuertes apoyos políticos dispuestos por el Secretario de Salud y la Subsecretaria de Políticas Culturales y Deportes (que formaba parte de la Mesa) fueron de gran importancia en este proceso.

Resulta también interesante el papel que desempeñó el Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg” de la UNLa en este proceso; si bien queda claro que esta área carecía de responsabilidades de gestión en el Distrito, su función de asesoramiento técnico y de mediación entre los diferentes actores sectoriales fue muy relevante. La Universidad siempre fue visualizada como un actor que promovió sistemáticamente espacios para el análisis de las situaciones a abordar, fue así reconocida en sus capacidades para ofrecer conceptualizaciones respecto de diferentes problemáticas así como de su comprensión para su posterior abordaje así como un proveedor de metodologías que podían ser puestas a prueba en la situación a intervenir. Como planteábamos, el espacio de mediación también fue relevante al asumirse la Universidad como neutral respecto de los diferentes intereses de los actores locales.

El año 2015 fue complejo en el desarrollo de las acciones de la Mesa, ya que la puja político partidaria al interior del partido gobernante fue intensa saldándose, finalmente, con un acuerdo referido a las postulaciones de referentes pertenecientes a diferentes líneas internas. Posteriormente, en las elecciones, ese partido perdió asumiendo su oposición la gestión del Municipio lo que precipitó el reemplazo de los gestores que integraban la Mesa comenzando un período

de redefiniciones de este espacio que persiste hasta la actualidad. Adicionalmente, la Ley de Salud Mental y Adicciones, si bien no fue modificada, está siendo cuestionada desde el Ministerio de Salud de la Nación y, específicamente, desde la Dirección Nacional de Salud Mental, que plantea cambios en los decretos reglamentarios que regulan la implementación de la Ley Nacional, lo que sin dudas impacta sobre los niveles locales y cuestiona modelos de gestión como el reseñado que, tienden, a la implementación de un modelo de atención comunitario en salud mental.

A modo de conclusión...

Una primera conclusión importante es que resulta necesario contar con dispositivos de gestión que se asuman como intersectoriales e interdisciplinarios, que promuevan y produzcan abordajes integrales y con énfasis comunitario así como con una convicción clara respecto de la determinación social del proceso salud – enfermedad – atención – cuidado en general y del sufrimiento psíquico en particular. Estos dispositivos son protagonistas de las transformaciones de los modelos de atención de los servicios (recordando que, cuando nos referimos a los servicios, no hablamos sólo de los de salud, sino también los de educación, políticas sociales, niñez, etc.). En el caso bajo análisis, este fue un

actor determinante en el proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental en el Distrito.

Es imprescindible, si pensamos en estos dispositivos como espacios de gestión, que se cuente con apoyo político de diferentes sectores, en este caso fue fundamental el de Salud y el de Políticas Culturales y Deportes (integrante de la Secretaría de Políticas Sociales, al igual que las Áreas de Niñez y de Género, también participantes de la Mesa). Otro apoyo relevante fue el de Educación que, si bien no refería a altos niveles de la Dirección de Cultura y Educación Provincial, el nivel de la Inspección de Psicología ocupa un espacio intermedio de gestión, con capacidad de movilización y asignación de recursos así como con competencias para liderar procesos de integración.

Cuando el apoyo político desde el Municipio disminuyó producto de la puja política en una primera instancia y, posteriormente, por el cambio de la gestión política del Municipio, la Mesa comenzó a tener problemas para la toma de decisiones que pudieran ser vinculantes para los niveles de ejecución territoriales. Si bien existen diferencias jurisdiccionales y de escala, en las experiencias históricas de la implementación de la reforma de la salud mental a nivel internacional demuestra la necesidad de articulaciones políticas que puedan

sustentar estos procesos que implican fuertes impactos sobre la organización social (Galende, 1994).

Consideramos que el lugar de la Universidad fue de relevancia, tanto como un actor capaz de brindar asesoramiento técnico tanto desde lo conceptual como desde lo metodológico, pero también ocupando el espacio de un “tercer actor” que garantizaba cierta equidistancia entre las posiciones de los diferentes sectores y actores; esta posición permitió la implementación de acciones de mediación que fueron importantes a lo largo del tiempo. En este aspecto el establecimiento de relaciones de confianza entre los actores fue determinante, asimismo, el apoyo desde las autoridades del Centro de Salud Mental Comunitaria “Mauricio Goldenberg”, fue un elemento muy valioso.

El concepto de sufrimiento psíquico es muy relevante a la hora de pensar abordajes integrales e intersectoriales, ya que si se asume el padecimiento como parte de la experiencia vital de los sujetos – tanto individuales como colectivos – y no como una situación instituida y estabilizada como la enfermedad, es posible pensar e implementar abordajes que integren disciplinas y recursos sectoriales que se articulan en lo comunitario acompañando a los sujetos en ese padecimiento.

Bibliografía

Ardila S. Galende E. (2011). *El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria*. Salud Mental y Comunidad, Año 1 N° 1, 39-50.

Bourdieu P. (1990). *Sociología y Cultura*. México: Grijalbo.

Cavalleri M.S. (2008). *Repensando el concepto de problemas sociales. La noción de situaciones problemáticas*. En Compartiendo notas. El Trabajo Social en la contemporaneidad (37-48). Remedios de Escalada, Lanús: Ediciones de la UNLa.

Desviat M. y Moreno Pérez A. (2012). *Principios y objetivos de la SMC*. En Acciones de SM en la Comunidad (21-28). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Consultado en <https://consaludmental.org/publicaciones/AccionesSaludMentalenlaComunidad.pdf> en enero de 2017

Faraone S. (2013). *Reformas en Salud Mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones*. Salud Mental y Comunidad, Año 3 N° 3, 29-40.

Galende E. (1994). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.

Galende E. (2015). *Conocimientos y prácticas de Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Ministerio de Salud de la Nación (2015). *Boletín n° 148*. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Buenos Aires

Subsecretaría de Gestión, y Contralor del Conocimiento, Redes y Tecnologías Sanitarias. (2014). *Hechos vitales y sus respectivas tasas por Región Sanitaria*. 10/6/16, de Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires Sitio web <http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/>

Testa M. (1993). *Tendencias en planificación*. En Pensar en Salud (85-126). Buenos Aires: Lugar Editorial

Notas

ⁱ Entendemos a las problemáticas sanitarias como situaciones problemáticas (Cavalleri, 2008) definidas como “a) situaciones retomando el concepto de situación de Matus, b) manifestaciones de la cuestión social, c) interacciones entre distintas dimensiones sociales, culturales, económicas, políticas, ideológicas, d) expresiones en las que coexisten aspectos subjetivos y objetivos, e) el espacio de la particularidad”.

ⁱⁱ La categorización de los hospitales depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, así el interzonal es de mayor complejidad y su referencia es para la totalidad de la Región Sanitaria VI, que integra el Municipio de Lanús junto a otros 8 de la zona sur del Conurbano. En el caso de los zonales, su referencia programática es para el Municipio, y en el caso del especializado –que es oncológico– su referencia es para todo el territorio provincial.

ⁱⁱⁱ ERIC y ERICO dependen del Programa de Salud Mental de la Región Sanitaria VI, el ERIC es el Equipo Regional de Intervención en Crisis, que tiene sede en el Hospital Melo y presta servicios de atención en todos los servicios de guardia de los Hospitales de la Región según son demandados. El ERICO es el Equipo Regional de Intervención Comunitaria, que se localiza en diferentes espacios locales y promueve el abordaje comunitario del sufrimiento psíquico.

^{iv} La incorporación de representantes de la UNLa se produjo a partir del acercamiento de docentes investigadores que desarrollaban el proyecto “Trayectorias institucionales: derivaciones y accesibilidad ampliada a Servicios de salud de pacientes drogadependientes en tratamiento en el Municipio de Lanús. Periodo 2013-2014”. Posteriormente se asistió la implementación de la Mesa a partir del proyecto de cooperación “Fortalecimiento y asistencia técnica para la implementación de la Mesa Intersectorial de Gestión en Salud Mental Comunitaria del Municipio de Lanús”.

^v Centro de Orientación Familiar, dependiente de la Inspección de Psicología en Educación

^{vi} Es importante aclarar que, si bien, el municipio se organiza en diferentes localidades la gestión de los procesos es centralizada en la estructura de gobierno, ya sea municipal y/o provincial. A nivel de cada uno de los territorios específicos las organizaciones del Estado tienen cierta autonomía operativa pero las definiciones de política se establecen en los niveles centrales, principalmente la asignación de recursos de diferentes índoles. De todas maneras, Lanús no escapa a la generalidad de los procesos de gestión en la Provincia de Buenos Aires en particular y en el país en general, donde se desarrollan procesos de bajos niveles de responsabilidad.

^{vii} Si bien un análisis detallado de la situación política en Lanús escapa a los objetivos de este trabajo, este municipio fue gobernado, entre 1973 y 1976, previamente al advenimiento de la Dictadura y luego del retorno de la Democracia (1983) por el caudillo local Manuel Quindimil hasta el año 2007; en ese año fue elegido Darío Díaz Pérez que gestionó durante 2 mandatos (8 años) hasta el año 2015. Ambos Intendentes pertenecen al Partido Justicialista.

En 2014 comenzó una puja interna por la definición del candidato a Intendente de esa fracción política, instalándose como postulante Julián Álvarez que, en ese momento, era el Secretario de Justicia de la Nación. Luego, en las elecciones de 2015 triunfa en los comicios municipales (aunque coincidiendo a nivel de la Provincia de Buenos Aires y de la Nación), la Alianza Cambiemos, quebrando la hegemonía Justicialista de los últimos 30 años. Así, al asumir el nuevo Intendente (Néstor Grindetti), se produjo un cambio de la totalidad de los funcionarios municipales con responsabilidad de gestión.

El perfil de las personas internadas en salas de larga estancia en un hospital neuropsiquiátrico de la Argentina. Hacia una comunidad sin manicomios

María Cecilia López Santi

Doctora. Magíster en Salud Mental Comunitaria, UNLa.

Natalia Brunengo

Licenciada en Psicología María

Mercedes Rattagan

Licenciada en Psicología. Especialista en gestión en salud, UNLa.

Asesoramiento

Hugo Cohen

Doctor. Ex - Asesor Subregional de Salud Mental OPS/OMS.

Colaboración técnica

Itzhak Levav

Doctor. Comité de Expertos de la OMS, Israel.

Equipo de trabajo

Lic. T O Laura Sal Iturrería
 Lic. T S Laura Andreoni
 Lic. T S Sandra Duarte
 Lic. T S Valeria Carosella
 Lic. TO Melisa Cabrera
 Lic. T O Micaela Akimenco
 Lic. T O Ayelen Di Santi.
 Mayra Ayelen Mosconi.

Resumen

La determinación del perfil de las personas internadas en salas de larga estancia, se apoya en la implementación de un censo, el cual se realizó en el Hospital Dr. Alejandro Korn de la localidad de Melchor Romero, La Plata, provincia de Buenos Aires, Argentina, entre abril del año 2014 y septiembre del año 2015. Dicho censo se realizó en el marco de la colaboración técnica prestada por la Organización Panamericana de la Salud al hospital, con el objetivo de efectuar un diagnóstico situacional de la población internada. Se aplicaron dos cuestionarios, uno a las personas internadas y el otro a los equipos de sala, con los datos aportados se evaluaron las características de los aspectos: sociales, judiciales, clínicos, de autovalimiento y necesidades de apoyo para la vida en comunidad de la población con más de un año de internación, integrada por 204 mujeres y 297 hombres. Los datos recabados a partir de las entrevistas, permitieron realizar el agrupamiento

de las personas en tres poblaciones de acuerdo a sus capacidades, autovalimiento y las posibilidades de elaborar con cada una de ellas un plan recuperación de derechos, externación y la inclusión comunitaria que cuente con su participación y de acuerdo con la singularidad de cada una de las personas, estableciendo una estrategia terapéutica integral.

Palabras clave: Salud mental – Censo – Hospital Neuropsiquiátrico – Pacientes de larga estancia.

Abstract

The medical profile of long-stay patients was constructed as part of a study conducted at Dr. Alejandro Korn Hospital in Melchor Romero, La Plata, Buenos Aires, Argentina between April 2014 and September 2015. The study was conducted by using a method borrowed from the Pan-American Organization for Hospital Health, with the objective of diagnosing long-stay patients. Two questionnaires were

used for this study; one was given to the patients, and the other to the medical staff who oversee said patients. The questionnaire recipients, 204 women and 297 men, were asked to evaluate, or self-evaluate patient characteristics in the following areas: social, judicial, clinical, levels of independence, and the support needed for successful post-conflict reintegration.

The data collected from these interviews allowed researchers to divide the subjects into three groups. The groups are based on the subjects' capabilities, levels of independence, and the potential for medical staff to work with each patient to formulate a plan for the patients to regain their rights, their independence, and for community reintegration, along with an integral therapeutic strategy.

Keywords: Mental health – Census - Neuropsychiatric Hospital - Long-stay patients.

Contexto normativo y programático de la atención en Salud Mental en hospitales monovalentes de la Pcia. de Buenos Aires

La atención de la salud mental en la provincia de Buenos Aires se desarrolló desde un modelo hospitalocéntrico donde los hospitales monovalentes concentran el mayor número de camas de internación que se disponen para el sector (80%) y tienen adjudicado el porcentaje mayor del presupuesto en salud mental de la provincia. En las últimas décadas se avanzó hacia la atención centrada en la comunidad, con la apertura de servicios en hospitales generales y la ampliación de la red de servicios con base comunitaria. La situación actual encuentra a la provincia con una insuficiente oferta de servicios de salud mental en la comunidad y una gran población de personas alojadas en instituciones monovalentes tanto públicas como privadas.

En Argentina, el 25 de noviembre del 2010 se sancionó la ley de “Derecho a la Protección de la Salud Mental” 26.657. En su texto se incorporan derechos concordantes y preexistentes reconocidos por nuestra Constitución Nacional y tratados internacionales de rango constitucional que contempla los derechos de toda persona a la mejor atención disponible en salud mental y adicciones, al trato digno, respetuoso y

equitativo; asegura la responsabilidad del estado a garantizar el derecho a recibir un trato personalizado basado en la comunidad y entiende a la internación como una medida restrictiva que solo debe ser aplicada como último recurso terapéutico.

Posteriormente se reglamentó la Ley Nacional bajo el Decreto Reglamentario 603/2013, que estableció en su artículo 27 que los dispositivos monovalentes deberían adecuarse y sustituirse por dispositivos comunitarios para el año 2020, de acuerdo al Consenso de Panamá adoptado por la Conferencia Regional de Salud Mental convocada por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud “20 años después de la Declaración de Caracas”, en la Ciudad de Panamá, el 8 de octubre del 2010.

El 27 de noviembre del año 2013, la provincia de Buenos Aires adhirió a la norma nacional bajo la ley 14580, destacando la construcción colectiva de una salud integral donde prevalezca el derecho a la mejor atención disponible, trato digno respetuoso y equitativo, acorde con los máximos estándares éticos, técnicos y humanitarios en salud mental vigentes, respetando la *gratuidad*, accesibilidad y territorialidad.

La mencionada norma consideró la salud mental y las adicciones como parte integrante de las políticas y la red de salud, asumiendo como necesarias la integralidad, la intersectorialidad y la interdisciplina en el proceso de salud-enfermedad-atención y cuidados comunitarios.

La ley provincial 26657 entiende a la salud mental como: “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

A partir de este propicio escenario normativo, en marzo del 2014, la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires solicitó cooperación técnica a la Organización Panamericana de la Salud por lo cual el organismo internacional comenzó a brindar apoyo en el proceso de adecuación, sustitución y cierre del sector monovalente del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn, de la ciudad de La Plata.

Como parte del proceso se propuso la realización de un censo de personas internadas en dicho hospital. El propósito fue la realización de que un diagnóstico emergente del mismo fuese que un insumo esencial en

la planificación estratégica resultante de la adopción del cambio de paradigma de la atención en salud mental. La realización del censo se desarrolló entre abril del año 2014 y septiembre del año 2015.

El Hospital Dr. Alejandro Korn se encuentra ubicado en la ciudad de La Plata, capital de la provincia de Buenos Aires, Argentina; más precisamente, en la localidad de Melchor Romero a 12 Km. de la ciudad de La Plata. Fue inaugurado el 23 de abril de 1884, y desde su fundación se habilitaron pabellones psiquiátricos y un pabellón clínico para la atención de los pacientes internados y la comunidad; de esta forma el hospital psiquiátrico y el hospital general han crecido juntos en complejidad y camas de atención. Desde sus inicios, el hospital recibió derivaciones de toda la provincia, de otras provincias y países limítrofes, en gran parte por las corrientes migratorias que caracterizaron a la provincia. La institución comprende un predio extenso en el cual se ubican varios pabellones, de los cuales uno funciona como hospital general e incluye todas las especialidades. Este dispone de 137 camas y es el tercer hospital de la región en número de partos. Se especializa en trauma y neurocirugía por encontrarse cercano a una de las rutas más importantes de la provincia de Buenos Aires. Los demás pabellones corresponden al área de salud mental que dispone de 595 camas a diciembre del año 2015.

El censo: metodología y condiciones de aplicación

En el marco de la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad y la Ley de Salud Mental 26657, todas las personas alojadas en hospitales monovalentes tienen el derecho y la posibilidad de vivir en comunidad, con diferentes grados de apoyo, de acuerdo a las necesidades del usuario y su familia o vínculos cercanos.

El objetivo general del censo fue la evaluación de los aspectos sociales, judiciales, clínicos, de autovalimiento y necesidades de apoyo para su vida en comunidad de todas las personas alojadas en el Hospital Dr. Alejandro Korn en los servicios de larga estancia, que habían permanecido en el mismo por más de un año.

Para ello, se delinearon dos encuestas: una dirigida al equipo de sala donde se preguntaba acerca de cada una de las personas a su cargo, y otra encuesta que se aplicó a las personas alojadas en las salas de larga estancia del hospital. Se censaron 501 personas, de las cuales 204 eran mujeres y 297 eran hombres, distribuidas en 14 salas donde se encuestó a cada equipo sala. No se pudo censar la totalidad de la población por diferentes razones, las principales fueron que se encontraban con permisos prolongados, otros porque salían a trabajar o concurrían a centros de salud mental en la ciudad de La Plata y regresaban a la noche.

En las encuestas se relevó: edad, género, documento nacional de identidad, último domicilio, teléfono de referencia, beneficios sociales, acompañamiento terapéutico, fecha del primer ingreso, fecha del último ingreso, juzgado, curaduría, si concurren a algún Centro de Salud Mental Comunitaria del hospital u otro dispositivo hospitalario donde se trabaja en la externación como el club social o Andamiaje y si mantienen contactos familiares y/o vinculares.

Asimismo, se incluyeron preguntas orientadas a relevar aspectos referidos a las capacidades de las personas internadas para realizar las actividades de la vida diaria, capacidades de sostener el lazo social y de las representaciones relacionadas a su proyecto de vida.

A partir del análisis de las variables obtenidas a través de las encuestas, se determinó la conformación de tres grupos de la población censada, de acuerdo a sus capacidades en actividades de vida diaria, autovalimiento y las posibilidades de elaborar con cada una de ellas un plan recuperación de derechos, externación y la inclusión comunitaria. El grupo 1 con mayores posibilidades de integración a la vida social y autovalimiento, el grupo 2 con menores capacidades y mayores necesidades de apoyo, y el grupo 3 integrado por personas que necesitan apoyo en la mayoría de las actividades que realizan careciendo de autovalimiento.

En el proceso de ejecución del censo - trabajo en terreno, administración de encuestas - participaron estudiantes de la Universidad Nacional de la Plata de las carreras de Psicología¹ y de la licenciatura en Trabajo Social, residentes de Trabajo Social y Psicología del hospital, enfermeros y personal de planta del hospital.

La recolección de datos, que se realizó a través de las encuestas, se complementó a partir de la base de datos de la Dirección Asociada de Salud Mental del hospital – entre otros, los referidos a juzgados, curaduría, datos personales - lo que permitió comparar con los datos obtenidos por las encuestas. La mayoría de los equipos y personas alojadas desconocían este tipo de información o respondían en forma parcial.

Asimismo, los encuestadores realizaron un registro complementario donde se describieron prácticas institucionales. No se incluyeron datos de las historias clínicas ni se buscó constatar las respuestas de los entrevistados. Se priorizó la capacidad de las personas internadas y de los equipos de brindar los datos y manifestar sus opiniones sobre los temas que se les preguntaban. El análisis de los datos aportados por los tres grupos en los que se dividió a la población censada, da cuenta que el grupo 1 y 2 tienen mayor capacidad de respuesta en relación al grupo 3 en el cual se observa la falta de capacidad, en la mayoría de los ítems, de responder a la entrevista.

En otro aspecto, se observa cómo los equipos de sala responden de maneras diversas frente a la presencia de los entrevistadores, a veces colaborando con ellos y en otras ocasiones generando obstáculos. Es de destacar que previo a la implementación se convocó a diferentes reuniones con el fin de facilitar la llegada de los entrevistadores, las cuales se acordaron con anterioridad. Las entrevistas se realizaron en diversos lugares, a veces apropiados en cuanto a la privacidad y otras veces en lugares de circulación que hacían difícil darle un marco a las mismas. En cuanto a las personas alojadas en el hospital, fueron las que mostraron mejor predisposición, agrado y sorpresa por ser entrevistados.

Resultados de la implementación del censo

Crónicas del trabajo de campo

En primer lugar, como se mencionara se les pidió a los entrevistadores que realizaran un registro de los aspectos que consideraran relevantes, tanto en relación a las entrevistas como al espacio y aquellos aspectos facilitadores de su tarea o que le resultaran de obstáculo. En esas crónicas se puede observar la descripción de prácticas que responden a una lógica manicomial, que exceden los propósitos de los equipos, tales como; falta de lugares apropiados de alojamiento donde se respete la individualidad y privacidad de las personas; falta de insumos personales;

carencias edilicias que afectan también a los equipos tratantes; falta de personal y estrategias comunitarias que no llegan a alcanzar a la totalidad de la población.

Las falencias edilicias varían de acuerdo a los pabellones, observándose un proceso de mejora significativa en algunos y en inicio o detenido en otros.

Las crónicas de los entrevistadores evidencian que hay una necesidad urgente de mejorar las condiciones de vida de las personas internadas, satisfacer estándares en cuanto a los derechos que los asisten y, a su vez, invertir recursos económicos y humanos en una red provincial de atención en salud mental comunitaria.

Se observó también la necesidad de continuar con el proceso de actualización en la formación de personal; en particular, en lo referido a la legislación vigente, así como mejorar la comunicación entre los diferentes equipos y la homogenización y construcción participativa de normas y protocolos.

Análisis de las entrevistas

A continuación, se presentarán las conclusiones surgidas del análisis de las entrevistas a los equipos de sala² y a las personas internadas. En primer lugar, los factores sociales, en segundo lugar los factores institucionales y

en tercer lugar el análisis de las capacidades de autovalimiento. En realidad las variables analizadas se entrecruzan y permiten tener una representación de la vida que transcurre en los hospitales monovalentes y las dificultades que deben atravesar las personas allí alojadas para alcanzar la vida en comunidad.

Como se explicitara anteriormente, con los datos obtenidos de las entrevistas se realizó un perfilamiento de la población en tres grupos, tomando como criterios las capacidades y habilidades para la vida diaria, autovalimiento, capacidad de establecer lazo social y las necesidades de apoyo para vivir en la comunidad, tanto para el usuario como para su familia. El grupo 1 y 2 con mayores posibilidades de concretar proyectos de vida, con una mejor autonomía para el grupo 1 y con más necesidad de apoyo en el grupo 2. En el grupo 3 con necesidades de apoyo para la mayoría de las actividades diarias y en consecuencia sin autovalimiento ni posibilidad de una vida en comunidad de manera autónoma.

El total de personas censadas fue de 501, el Grupo 1 estuvo integrado por 133 personas, Grupo 2 por 218 y en el Grupo 3 por 148 personas. Las variables referidas a edad y sexo no son determinantes del grupo al cual se incluye a la persona, pero como datos dan un perfil de la población y a futuro determinan diferentes tipos

de intervenciones en el momento de concretar una externación. Asimismo el tiempo medio de internación nos habla del grado de hospitalismo que padece esta población, el cual da cuenta del nivel de pérdida de capacidades en actividades de vida diaria y de capacidad en el armado del lazo social y por ende construcción de redes vinculares que permitan la vida en comunidad de la población asilar. Como se puede observar en el cuadro el tiempo medio de internación es muy elevado en los tres grupos. Del total de las personas censadas, los **hombres** representan el 59% y las **mujeres** el 41%. En cuanto a las **edades** se observa un mayor porcentaje de personas jóvenes y de mediana edad en el grupo 1, el 70% del grupo concentra a las personas de 20 a 59 años. En el grupo 2 la población entre 20 y 59 años agrupa a un 65 % de personas. El Grupo 3 presenta un mayor porcentaje de adultos mayores, reúne al 64 % de personas en la franja etaria que va de los 60 años en adelante.

	Hombres	Mujeres	Tiempo medio internación
Grupo 1	68%	32%	16 años
Grupo 2	61%	39%	18 años
Grupo 3	53%	47%	26 años

N: 501

Tomando la población general en cuanto al **nivel de instrucción** podemos observar que el 70% de la población

se encuentra alfabetizada, aunque el 60% se encuentra entre primario incompleto y secundario incompleto.³

Sin escolaridad	4%
Primario incompleto	30%
Primario completo	20%
Secundario incompleto	10%
Secundario completo	8%
Universitario incompleto	1%
Universitario completo	1%
No responde	26%

N: 501

Con respecto a las preguntas referidas a vivienda, trabajo, vínculos familiares o afectivos y frecuencia de visitas, se tomo como fuente las respuestas de las personas internadas y se comparó con las que expresaron los equipos de sala. Estos datos no fueron cruzados con otras fuentes ya que se priorizó la percepción de las personas entrevistadas con respecto a estos temas.

En lo relativo a la **vivienda** el 23% de las mujeres y el 42% de los hombres informaron que tienen casa propia⁴.

Si tomamos las respuestas referidas a **antecedentes laborales**, el 50% de las mujeres y el 70% de los hombres responden haber tenido algún tipo de trabajo formal o

no formal antes de su internación. Es de destacar que las respuestas referidas a vivienda y trabajo brindadas por los equipos de sala fueron imprecisas. Podemos inferir que los datos aportados por las personas al ingresar al hospital no siempre se documentan o se pierden los registros con el transcurrir de los años.

En cuanto a la pregunta relativa a la existencia de **familiares y o vínculos afectivos** se tomaron las afirmaciones de las personas sin corroborar el dato, lo interesante es el alto porcentaje de personas que responden tener familiares, a pesar que en muchos casos hay una falta de contacto desde hace muchos años y a veces desde el ingreso de la persona, sin embargo aún persiste la idea de una familia presente. De ahí que cuando se pregunta cuantas mantienen algún tipo de contacto –teléfono, visitas, salidas, cartas- el porcentaje afirmativo disminuye de manera significativa.

	Tienen familiares y/o referentes vinculares	Mantienen contacto con familiares y/o referentes
Hombres	68%	36%
Mujeres	67%	34%

N: 501

Estos datos coinciden con las encuestas a los equipos de sala⁵ que refieren que el 40% de las mujeres y el 33% de

los hombres reciben visitas o realizan salidas programadas a las casas de sus familiares. La primera observación es que del universo de personas que afirman tener familia o referentes vinculares, solo la mitad dicen tener algún contacto con sus familiares o amigos. Estos datos están en sintonía con lo expresado por las personas internadas, en el análisis de la pregunta referida a **¿Qué les gustaría cambiar en su vida actual?** en el Grupo 1, tanto hombres como mujeres manifestaron el deseo de regresar con su familia o armar una nueva familia.

Respecto de la **frecuencia de las visitas**, es un dato relevante el porcentaje de la población que mantiene algún contacto con familiares o amigos, considerando el elevado tiempo medio de internación de las personas censadas, mencionado en párrafos anteriores.

A través de los **beneficios sociales** las personas internadas disponen de un ingreso económico y obra social que incluyen jubilaciones, pensiones derivadas, pensiones no contributivas, las jubilaciones de ama de casa, vuelta a casa⁶. En las encuestas sobre población general, el 29% de las mujeres y el 32% de los hombres refieren algún tipo de ingreso. Este número de personas que reconocen ser titulares de algún beneficio es menor al registro de la Dirección Asociada⁷ de Salud Mental sobre el número de personas con beneficios sociales. En esto

se puede observar una falta de conocimiento por parte de las personas internadas en referencia a ser titulares de un beneficio, hecho que se puede relacionar con la cantidad de familiares o curadores oficiales⁸ que disponen del cobro y administración de los mismos, sumado en algunos casos al padecimiento de trastornos cognitivos de la población censada que resultaría limitante para comprender la información. Comparando las encuestas tomadas a los tres grupos se observa una disminución progresiva en el porcentaje de personas que refieren ingresos, en el Grupo 1 el 56%, en el Grupo 2 el 28% y en el Grupo 3 el 32%. En este caso otra variable a considerar es la prioridad que le dan los equipos de sala a la tramitación de beneficios, ya que en muchos casos son los que inician el trámite del mismo aquellas personas con mayor capacidad de administrar sus ingresos y con más posibilidades de externación, lo cual se refleja en los datos del Grupo 1.

A continuación se analizan las preguntas que se orientaron a indagar sobre **las actividades que desarrollan las personas internadas dentro y fuera del hospital**. Las preguntas referidas a hablar con otros, actividades en sala, actividades en el hospital y fuera del hospital se orientaron a conocer el grado de socialización e intercambio y el tipo de actividad que desarrollan las mismas. Se consideró actividad en sala a todo

aquello que la persona realiza dentro de la misma, tales como: mirar televisión, escuchar radio, asistir a otros compañeros, hacer las camas o tareas de limpieza entre otros. Como actividades en el hospital se consideró: movilizarse por el predio, tomar mate en el parque, realizar trámites dentro del hospital o participar de los dispositivos hospitalarios como el teatro, el club, andamiaje⁹, el centro de formación laboral entre otros. Por último la participación en actividades fuera del hospital tanto personales –como la visita a familiares, trámites– como las grupales o participación en actividades en centros de salud o de la comunidad.

Comparando las respuestas de los tres grupos se observa una disminución progresiva (del 1 al 3) en el contacto con otros o actividades que desarrollan.

	Actividad sala	Actividad en el hospital	Actividad fuera del hospital	Participación Dispositivos
Grupo 1	66%	42%	42%	35%
Grupo 2	50%	31%	19%	20%
Grupo 3	25%	12%	7%	9%

N: 501

Se puede observar como en cada ítem se mantiene la disminución progresiva de los grupos (del 1 al 3) en relación a las personas que afirman realizar actividades

con otros, en sala, en el hospital y fuera del hospital. En esto también hay que resaltar que dentro del Grupo 1, que tiene más capacidades conservadas, en la pregunta sobre actividades en sala el 34% de las personas no realiza actividades o no contesta, en actividades en el hospital y fuera del hospital el 58% no realiza o no contesta. La pregunta que corresponde hacer es ¿qué factores determinan que dentro de la población del Grupo 1, el de mayor autonomía, exista un alto porcentaje de personas que aún teniendo la capacidad de participar de actividades dentro y fuera del hospital no las realizan? En las entrevistas a los equipos responden que el 51% de las mujeres y el 44% de los hombres tienen permisos de salida, pero son muchos menos los que hacen uso de estos permisos para actividades dentro y fuera del hospital, si se compara con las respuestas de la población censada. Es ineludible relacionar estos datos con los efectos que produce la hospitalización prolongada en instituciones monovalentes, que se reflejan especialmente en los obstáculos que se presentan en la construcción del lazo social. Estos datos ponen en tensión el discurso de los equipos hospitalarios que expresan estimular la libre circulación de las personas internadas por el predio y los negocios cercanos al hospital; así como también salidas programadas en grupo o individuales con o sin supervisión del equipo, salvo aquellas personas que por el cuidado de su seguridad deben ser acompañados.

Respecto a la capacidad de recuperar datos de su historia personal se realizaron una serie de preguntas como: **¿donde nació, cuál fue el último barrio donde vivió, con quien vivía**, a partir de las cuales la persona encuestada habla de sus recuerdos antes de la última internación o de los lugares donde aún hoy regresa.

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
¿Donde nació?	80%	77%	51%
¿Donde vivió?	77%	66%	66%
¿Con quien vivía?	81%	72%	49%
Pareja	53%	50%	31%
Hijos	33%	40%	30%

N: 501

En todos los casos responden con claridad acerca de donde nacieron. Estos datos deben leerse tomando en cuenta los años de internación; el alejamiento familiar en un alto porcentaje; en la mayoría de los casos el no retorno a las ciudades de origen; la forma en que suelen llegar a las internaciones donde son despojados de los objetos que traen y son entregados a la familia o guardados en depósitos. Es como un viaje sin equipaje por un tiempo indefinido y sin certeza de retorno. Carecen de todo aquello que mantiene viva la historia, el relato familiar, las viejas fotos, los objetos significativos, los lugares conocidos.

El **diagnóstico** adquiere central relevancia en tanto es el dato que se consigna en los documentos hospitalarios y es legitimado tanto por los organismos judiciales como por otras entidades por ser el que “define” a la persona internada desde la lógica institucional. Si bien recientemente y a partir de la adhesión a la Ley Nacional 26657 se solicita desde los oficios judiciales evaluaciones interdisciplinarias, se pueden observar como obstáculos, en primer lugar, la falta de equipos interdisciplinarios en algunos servicios, en segundo lugar la falta de reconocimiento del área de enfermería como parte del equipo y en tercer lugar la dificultad de los equipos en integrar su mirada. Con estas salvedades, son esclarecedores los comparativos referidos a diagnósticos (CIE10), datos aportados por los equipos de sala.

	Trastorno Esquizofrénico	Retrasos mentales	Abuso de sustancias
Grupo 1	63%	25%	8 %
Grupo 2	56%	31%	9%
Grupo 3	40%	40%	9%

N: 501

Se realizaron preguntas referidas a la ubicación en tiempo y espacio, así como también acerca de los motivos por los cuales la persona se encuentra en el hospital. Tanto en el grupo 1 y 2 podemos ver que alrededor

del 40% de las personas refieren no saber por qué se encuentran internadas hace años, parece más una modalidad institucional que algo que podamos adjudicar a su cuadro clínico.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
¿Dónde estamos ahora?	78	67	41
¿En qué año estamos?	64	42	10
¿Por qué está acá?	64	59	42
¿Tuvo consultas/internaciones previas?	50	49	28
¿Toma medicación?	80	83	67
Consumo problemático de alcohol u otras sustancias	33	34	26

N: 501

Necesidades de apoyo. En el momento de pensar en vivir en comunidad ya sea solo, en casas de convivencia, con familiares o referentes vinculares, el autovalimiento se vuelve un factor significativo. En cada caso se deberá estimar las necesidades de cuidados de lo cual se desprenden los apoyos que deberán recibir para vivir en comunidad.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
¿Reconoce el dinero?	67	40	15
¿Usa el dinero?	68	35	12
¿Hace compras?	66	36	10

N: 501

Con respecto al autovalimiento se consideraron como aspectos sustantivos del mismo: la alimentación, la vestimenta y la higiene personal. En cada ítem se preguntó a los equipos de sala si la persona puede desarrollar estas actividades sola, o con ayuda verbal, física o total.

En las tres áreas evaluadas hay diferencias en las respuestas de las personas internadas con respecto a las dadas por los equipos de sala. En el caso de los hombres hay una pequeña variación en las respuestas afirmativas comparando las que dieron los equipos quienes consideraron un porcentaje mayor de personas con autovalimiento. Lo llamativo es la gran diferencia de respuestas afirmativas entre los equipos y las respuestas de las mujeres.

	Hombres	Equipos
Autonomía en alimentación	80%	90%
Autonomía en vestimenta	72%	91%
Autonomía en higiene	73%	70%

N: 297

	Mujeres	Equipos
Autonomía en alimentación	81%	91%
Autonomía en vestimenta	26%	78%
Autonomía en higiene	17%	73%

N: 204

En las respuestas de las mujeres se puede ver que es bajo el porcentaje que afirma ser independiente para vestirse o higienizarse.

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
Autonomía en alimentación	85%	84%	59%
Autonomía en vestimenta	84%	80%	49%
Autonomía en higiene	85%	81%	43%

N: 501

Al hacer el comparativo de grupos encontramos en el Grupo 1 y 2 porcentajes de respuestas afirmativas similares, en el Grupo 3 aparece una disminución significativa en el porcentaje de respuestas positivas. Se explica que en el Grupo 3 las personas evaluadas tienen menores capacidades en cada una de las áreas de las entrevistas. No obstante, en el Grupo 1 y 2 persiste un porcentaje que oscila entre el 15 y el 20% que necesitan apoyos en lo referido al autovalimiento. Si bien un alto porcentaje de hombres responde tener autonomía en alimentación, vestimenta e higiene, no son aspectos cuidados y se observa con frecuencia falta de higiene o falta de coincidencia entre la estación del año y la vestimenta, incluso falta de cuidado de la ropa.

Hay que reflexionar que los aspectos relacionados con funciones básicas en el autovalimiento, ya que no se

consideraron otras tareas más complejas como puede ser cocinar, no pueden analizarse aisladas de los cruces institucionales que no promueven ni estimulan la autonomía. Como ya se señaló, en las crónicas del trabajo de campo, hay ciertas rutinas observadas en las salas de larga estancia donde estas actividades están regladas, suelen tener horarios, se supervisan, o proporcionan ayudas, muchas veces brindadas por otras compañeras. Las consecuencias que podemos observar es la “incapacidad instalada”, en el marco de la ayuda que brinda el personal de salud, en las actividades diarias que tiene un efecto de inhabilitación ya que la persona internada no se responsabiliza de tareas básicas que hacen a su autonomía

Relatos de las personas internadas

Por último, al final de la encuesta se realizaron dos preguntas abiertas, ¿Que le gustaría hacer? y ¿Qué cambiaría de su vida? En las respuestas de las personas internadas aparecen relatadas situaciones donde pueden dar cuenta de su historia, sus deseos o proyectos. En algunos casos los equipos de sala tenían sus reservas respecto a la posibilidad de algunas de que las personas internadas pudieran ser entrevistadas; sin embargo, la mayoría pudo responder y expresarse sobre sus deseos.

En el análisis de las respuestas abiertas del Grupo 1, el cual se privilegió por la capacidad de expresar las respuestas,

se puede ver cómo expresan mayoritariamente y sin dificultad el deseo de vivir fuera del hospital, recuperar espacios familiares, encontrar trabajo o estudiar.

Con respecto a ¿Qué les gustaría hacer? algunos de los comentarios fueron: “salir de acá y dejar las pastillas”, “empezar todo de nuevo”, “me gustaría irme, no consigo casa para alquilar, yo me quisiera comprar un terreno para poner una casilla”, “vivir con mis amigas en una casa de convivencia”, “salir todos los días porque estoy aburrída”, “irme de acá, casarme, comer algo rico”,

Frente a la pregunta ¿Qué cambiaría de su vida?, algunas respuestas fueron “la enfermedad por salud”, “mi ánimo, estoy triste, quiero el de la felicidad”, “tengo que aprender albañil para arreglar mi casa”, “quiero estudiar computación”, “quiero alcanzar un logro”, “el tiempo en la cárcel” “me gustaría estudiar peluquería, se teñir, cortar el pelo... Encontrar una chica y casarme (71 años)”, “vivir con mi mamá en una piecita en el fondo de la casa... Jugar al golf, era cadí, y una piletta en verano... Hacer de mecánico, cambiaría el corazón”.

En el grupo de mujeres casi todas hablan de irse del hospital, vivir con familiares o tener una familia propia. El deseo de tener o recuperar parejas, hijos, y la vida fuera del hospital. El grupo de hombres la mayoría

se piensa fuera del hospital, con familia o recuperando actividades y trabajo. Más allá de las posibilidades o la capacidad que tengan para concretar sus deseos, tanto las mujeres como los hombres manifiestan querer salir del hospital, aparece nuevamente la familia, el trabajo y la vida en comunidad.

Un primer paso, en el armado de un proyecto de inclusión social, será la necesidad que los equipos reconozcan a la persona internada en su deseo de recuperar un espacio familiar o comunitario, el segundo paso es un equipo que respete a la persona como sujeto de derecho y que pueda trabajar con ella para alcanzar un proyecto posible.

Aportes para la planificación de Políticas Públicas

De acuerdo a lo descripto a lo largo de este artículo, se puede concluir que del mismo surge la importancia de reconocer la complejidad institucional y la necesidad de identificar acciones desde la interdisciplina y la intersectorialidad. El censo nos da un diagnóstico de situación a partir del cual analizar las políticas públicas que se desprenden de las necesidades de la población encuestada y sus familias. Estas políticas son a su vez necesarias para el cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, la Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad y la legislación vigente.

Especialmente, en referencia al cierre progresivo de los hospitales monovalentes y su sustitución definitiva por un sistema de salud dentro del campo de la salud mental comunitaria; en el marco del pleno respeto de los derechos de las personas usuarias y sus familiares; con la necesaria inclusión efectiva de la salud mental dentro del sistema general de salud.

En el censo se evidencia, a partir de los datos de las crónicas de los entrevistadores, un establecimiento con características de institución total que conlleva por sus mismas lógicas a la pérdida de derechos de las personas allí internadas y la consiguiente afectación en su salud social y psicofísica. En las encuestas a la población se evidencia la pérdida de la propia historia, la vivienda, el trabajo, las posibilidades de continuar con la educación o la capacitación, el alejamiento de los vínculos cercanos, la restricción en las libertades y el borramiento de la singularidad necesaria para la construcción de un sujeto de derecho. Estas personas permanecen institucionalizadas por un modelo de salud centrado en instituciones psiquiátricas que favorecen la exclusión y la hospitalización prolongada, cuyas consecuencias podemos observar en la pasividad y alienación a la cual este sistema somete a esta población. Lo antes expresado deja a los equipos de salud frente a un trabajo ineficaz e insuficiente que reproduce lógicas de encierro y falta de

derechos. Esto último se evidencia en los datos obtenidos en el censo, en cuanto a los años de internación, las limitaciones en las capacidades de autovalimiento y de vida diaria, la falta de vínculos familiares o referentes, la falta de acceso al trabajo y la vivienda.

La adecuación y cierre de los hospitales monovalentes es parte de la transformación de la atención en salud mental. Este proceso incluye la apertura de camas en hospitales generales, la habilitación de estructuras intermedias en los municipios y la implementación de estrategias y sistemas de apoyo comunitarios, entre otras.

Desde esta lógica diferente, el presente trabajo permite identificar cuáles son los apoyos que necesitan las personas institucionalizadas para vivir en comunidad, los cuales se desprenden del análisis de las capacidades de autovalimiento y de establecer el lazo social. De igual forma trazar el diseño de nuevos dispositivos comunitarios, entendiendo a estos como aquellas estrategias que involucren a las personas, a su familia y a la comunidad.¹⁰

Resulta esencial en este proceso de reforma de la atención en salud mental el trabajo intersectorial, que convoque a distintas áreas a construir propuestas de apoyo en relación a estrategias para resolver aspectos habitacionales, laborales, educativos y de inclusión laboral

en igualdad de condiciones y garantizar la integración plena de los usuarios en su comunidad. Para todo esto es necesario disponer de un presupuesto dirigido especialmente a la inclusión comunitaria de las personas, según lo que señala la Ley Nacional 26657.

La adecuación de los hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires no puede pensarse por fuera de una planificación provincial que estructure un sistema de atención, en el marco de la salud mental comunitaria, que establezca los diferentes niveles de atención en y con la comunidad. Tampoco es posible pensar desde un nuevo paradigma sin una sociedad que acompañe un proceso de cambio cultural y profundización del respeto de los derechos de las personas al acceso a la salud, para lo cual se deben diseñar e impulsar estrategias específicas.

Queda como interrogante para futuros estudios las representaciones familiares y comunitarias acerca de estas personas: ¿Qué llevo a los familiares a alejarse?, ¿Qué piensan sus familiares, amigos, vecinos o compañeros de trabajo acerca de las circunstancias que determinaron que el hospital psiquiátrico fuera el lugar donde estas personas transcurrieran sus vidas?, ¿Qué piensa la familia y la comunidad al ser informadas que, de acuerdo a la Ley Nacional 26657, estas personas deben vivir en comunidad y recuperar sus derechos?

Los datos aportados por la implementación del censo son sumamente relevantes al momento de pensar políticas de desmanicomialización a nivel provincial. Su aplicación en los otros hospitales monovalentes provinciales nos daría la posibilidad de disponer de un diagnóstico situacional que permita pensar una política de transformación y coordinar acciones en los diferentes hospitales tanto psiquiátricos como generales.

Como queda expresado a lo largo del documento, es indispensable: la actualización en la capacitación de los equipos de salud en el marco de la nueva legislación, fortalecer iniciativas de participación de los trabajadores de la salud, impulsar acciones para la transmisión de la información al usuario y su familia sobre los derechos que los asisten. Estas acciones aportarían al cierre progresivo de los monovalentes y la transformación a un sistema de salud mental comunitario.

Por último, se vuelve imprescindible transmitir a la comunidad los fundamentos que sostienen el proceso de reforma en salud mental, la necesidad de transformación de los hospitales monovalentes desde una perspectiva de derechos y la inclusión de las personas con sufrimiento mental en la comunidad. La implementación de la legislación vigente requiere del compromiso político e institucional en el armado de un nuevo paradigma de atención en salud mental.

Bibliografía

Amaral, M. A. do, (1997) *Atencao a saude mental na rede básica: estudo sobre a eficacia do modelo assistencial*, Revista de Saude Pública, volumen 31, número 3 Junio, pp 288-95.

Amarante, Paulo. (2006). *Locos por la vida: La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Editorial Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires.

Cohen, H. Natella. G. (2013). *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Consenso de Panamá, Conferencia Regional de Salud Mental, Ciudad de Panamá 2010.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006. / Ley nacional 26.378, Sancionada el 21 de mayo de 2008-Promulgada el 6 de junio de 2008.

Declaración de Caracas. Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela. Organización Panamericana de la Salud. (1990).

Foucault, Michel. (1967) *Historia de la Locura en la época Clásica.* Fondo de Cultura económica. México.

Galende, E. (2006). Para una ética en salud mental. En Galende, E y Kraut, A.J. *El Sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos.* Buenos Aires: Paidós.

Galende, E. (1998): *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual.* Editorial Paidós. 1 º reimpresión. Buenos Aires.

Goffman, Erving (1972). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* Buenos Aires. Amorrortu Editores.

Guber, Rosana (2005). *El Salvaje Metropolitano.* Paidós. Bs.As.

Kaminsky, G. (1990). *Dispositivos Institucionales.* Editorial Un Lugar.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones

complementarias. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: 2 de diciembre de 2010.

Ley Provincial N° 14580 de adhesión a la Ley Nacional 26657. (Pcia. De Bs. As).

Lourau R. (1988). *El Análisis Institucional.* Editorial Amorrortu.

Organización Panamericana de la Salud (2005). *Atención comunitaria a personas con trastorno psicótico,* Editorial Paltex.

Saltalamacchia, H. (1992). *La Historia de Vida: Reflexiones a partir de una experiencia de Investigación.* Ediciones SIJUP. Puerto Rico.

Sarraceno, B. (2003): *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible.* México D.F.: Editorial Pax México.

Sarraceno, B y Montero F (1993): *Evaluación de servicios de salud mental,* Capítulo 3.2.2. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Taylor y R. Bogdan (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación.* Ediciones Paidós.

Notas

¹ Se realizó un convenio con la Facultad de Psicología por el cual alumnos de dicha carrera participaron del trabajo de campo. Para esto se realizó una convocatoria especial a los alumnos de los últimos años de la carrera.

² En la mayoría de las salas los equipos están integrados por el jefe de sala – psiquiatra, trabajador social o Lic. en enfermería - y enfermeros. Estos últimos, en su mayoría, son los que respondieron las encuestas.

³ En estos datos debe considerarse que en la población representada por el grupo 3 hay más personas que por sus cuadros clínicos – demencias, psicosis residual, cuadros neurológicos, etc.- tienen menos capacidad de respuesta, de ahí que tengamos un 26% que no responde o no recuerda.

⁴ En este caso casa propia se tomó como aquel lugar que la persona identifica como su casa o la casa de su familia sin considerar el derecho de propiedad sobre la misma.

⁵ Como se explicara en metodología a los equipos de sala se les realizó una encuesta por cada una de las personas que tenían a su cargo lo cual permitió comparar las respuestas de los equipos con las encuestas realizadas a las personas.

⁶ Las pensiones derivadas son aquellas que se perciben a partir del fallecimiento de los padres si estos disponían de un beneficio jubilatorio. Las pensiones no contributivas son aquellos beneficios que se otorgan por discapacidad y que no necesitan demostrar aportes jubilatorios. Las jubilaciones de ama de casa son un beneficio para personas que no realizaron aportes pero no deben demostrar discapacidad. El vuelta a casa es un programa para personas que se externalizan de hospitales psiquiátricos que representa un monto de dinero fijo y mensual, debido a que no fue actualizado el mismo es intrascendente al momento de la externación.

⁷ Base de datos Dirección Asociada de Salud Mental.

⁸ La figura del curador está definida a partir del juicio de insania que determina que ciertos usuarios, por su padecimiento mental, necesitan apoyos en diferentes áreas y entre ellas la administración de sus bienes.

⁹ El teatro, el club y andamiaje son tres dispositivos hospitalarios integrados por equipos interdisciplinarios que trabajan la recuperación de hábitos, externación y continuidad de la atención en comunidad. Están orientados al trabajo con las personas alojadas en salas de larga estancia.

¹⁰ Entre otros, los dispositivos mencionados en el artículo 11 de la Ley Nacional 26657: “La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria” y la implementación de planes de inserción socio laboral mencionados en el artículo 36 de la mencionada ley.

La ley de Salud Mental N° 26.657: derechos, participación en salud y cuidado. Una sistematización posible.

Victoria Vidal

Licenciada en Psicología, profesora de enseñanza media y superior en Psicología; Magister en Psicología Social Comunitaria, Docente investigadora: Universidad Nacional de Quilmes, Departamento de Ciencias Sociales.

victoriaavidal@yahoo.com.ar

Leticia Grippo

Licenciada en Psicología, Magister en Psicología Social Comunitaria, Universidad Nacional de Quilmes, Departamento de Ciencias Sociales.

leticiagrippo@gmail.com

Selva Sena

Licenciada y Profesora de Psicología, Doctora en Salud Mental Comunitaria; Universidad Nacional de Quilmes, Departamento de Ciencias Sociales.

selva.sena@unq.edu.ar

Sergio Remesar

Licenciado en Psicología, Especialista en Metodología de la Investigación Científica, Universidad Nacional de Quilmes, Departamento de Ciencias Sociales.

sergioremesar@yahoo.com.ar

Resumen

Se analiza la Ley N° 26.657 que sistematiza los derechos de las personas que sufren en salud mental, en relación con los profesionales y las instituciones de salud. La misma brinda una herramienta normativa, desde la perspectiva de los derechos humanos vigentes, donde el rol del Estado nacional se vuelve significativo, tanto en su aplicación como en relación a la formación. En ese marco el trabajo plantea un recorrido histórico de la construcción de la perspectiva de derechos en relación al cuidado de quienes sufren en salud mental que promueve la ley. Se realizará un análisis a partir de algunos conceptos seleccionados, para pensar qué ejes nos marca como normativa, y qué efecto es esperable en la formación de futuros profesionales de la salud (Enfermería, Psicología y Terapia Ocupacional). La formación académica se torna central para guiar las futuras prácticas que apunten a la consagración de derechos, la mejora del bienestar y la calidad de vida de las personas a cuidar.

Palabras clave: Salud Mental - Cuidado - Ley 26.657 - Derechos - Formación.

Abstract

Law 26.657, which systematizes the rights of people suffering from mental illness, is analyzed in relation to professionals and health institutions. It provides a normative tool, from the current perspective of human rights, where the role of the national State becomes significant both in its application and in relation to professional training. In this context, the work presents a historical overview of the construction of the perspective of rights in relation to the care of those who suffer in mental health, which the Law promotes in Argentina. Analysis will be carried out using some selected concepts, to think about the core of the law and what effect expected in the training of future health professionals (Nursing, Psychology and Occupational Therapy). Academic training becomes central to guide future practices that

aim at establish rights, improving the well-being and quality of life of people.

Key words: Mental Health - Care - Law 26.657 - Rights - Education.

Introducción

Este trabajo está planteado en el marco del programa I+D “Problemáticas del cuidado. Metamorfosis socio-culturales y producción de subjetividades en los espacios sociales contemporáneos” bajo la dirección de la Dra. María Cristina Chardon, con sede en el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes. Dentro del proyecto: “Representaciones sobre los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado de la Salud Mental en estudiantes de carreras salud”, que dirige el Lic. Sergio Remesar.

La ley 26. 657 trabaja con la sistematización de los derechos de las personas con sufrimiento mental, en relación con quienes son responsables de su cuidado los profesionales y las instituciones de salud. A partir de ella, se cuenta con una herramienta normativa, desde la perspectiva de los derechos humanos, donde el rol del Estado Nacional se vuelve significativo, tanto en su aplicación como en relación a la formación. En ese marco, el presente artículo se propone analizar la letra de la ley, a partir de algunos conceptos seleccionados, donde se espera definir sus ejes como normativa, y qué efectos son esperables en la formación de futuros profesionales de la salud (Enfermería, Psicología y Terapia Ocupacional).

Las autoras tienen una función de formadoras en carreras de salud, por lo que esta reflexión se vuelve central a la hora de pensar la propuesta pedagógica. Conocer la concepción de cuidado en salud mental que la ley plantea y lo esperable para nuestros estudiantes en ese sentido es altamente significativo para la práctica docente. Desde ese punto de partida, las propuestas y normativas de la ley, se orientará la generación de prácticas educativas que fomenten un aumento de los procesos participativos en los estudiantes, para favorecer el reconocimiento del derecho a la salud mental, sin estigmatización y discriminación de las personas con padecimiento psíquico en quienes transcurren sus carreras actualmente.

Es fundamental la capacitación de los futuros profesionales en el ámbito de la salud mental, para correr el eje desde un modelo médico hegemónico, restrictivo, manicomial, a un modelo psicosocial, expansivo y con una perspectiva de trabajo comunitario. Esta formación se transforma en una herramienta de política pública.

Tal como señala la Ley y en consonancia con otras investigaciones en nuestro país, (Zaldúa y equipo 2011)¹ es importante trabajar en relación a las creencias y representaciones de los futuros profesionales de la salud, ya que es un grupo implicado en las prácticas de atención, y que llevarán adelante, o no, el espíritu de la Ley.

De esta manera se atiende a lo propuesto por la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones en el Acta N° 6/14 ANEXO III RECOMENDACIONES A LAS UNIVERSIDADES PÚBLICAS Y PRIVADAS y el ARTÍCULO 33° LEY NACIONAL N° 26657 señala que “Un eje fundamental para lograr los objetivos planteados es la formación de los profesionales en el campo de la salud mental. Para ello, el artículo 33° establece: “La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país”.

En el presente trabajo no proponemos analizar teóricamente la Ley de Salud Mental desde la perspectiva de los derechos de las y los pacientes y las propuestas de atención, para poner en diálogo la Ley de Salud Mental a partir de conceptos clave que marquen el paso del paradigma tutelar al paradigma de derechos y reflexionar

sobre los obstáculos y facilitadores a la hora de promover el pensamiento de sentido común en los estudiantes de carreras de salud.

La metodología propuesta para este trabajo implica un abordaje teórico-conceptual, que surge de la necesidad de revisar críticamente, ampliar y enriquecer algunas de las ideas centrales de la ley: específicamente el capítulo V (que trabaja sobre el abordaje del sufrimiento en salud mental) y VII (que plantea las características de las internaciones de estas personas, siempre con la mirada puesta sobre los derechos).

Para ello realizamos una matriz ad hoc, incluyendo los conceptos de salud, enfermedad, atención, cuidado, promoción, educación y prevención, que nos permite hacer visible el espíritu de la ley, en la intención y forma en que se aplican los términos en esos capítulos.

Cuidado en Salud Mental. Un poco de historia.

En Argentina se puso en juego, históricamente, el modelo asilar de atención en salud mental. Un patrón de atención y cuidado que se plantea como la respuesta hegemónica en occidente al problema de los trastornos mentales y desde el cual se orientaron los principales recursos en salud mental hacia las instituciones

monovalentes, bajo la dirección del paradigma médico. Un modelo cuya crisis se hace evidente por distintos indicadores, el incremento de la internación poco certificada y compulsiva, la permanencia muy prolongada y cronificación de pacientes en las instituciones, el evidente debilitamiento de las redes de apoyo social (familia y grupos de amigos y relaciones laborales).

Es fundamental recordar aquí una experiencia icónica en el planteo del cuidado en salud mental en Argentina, una experiencia innovadora planteada por el Dr. Mauricio Goldemberg en 1956, la creación del servicio de Psicopatología y Neurología en el hospital de Lanús. Junto con otras experiencias (Visacovsky, 2002)² formó parte de un movimiento de crítica al modelo asilar y la intención de incluir la atención psiquiátrica.

La idea de que es imprescindible modificar el dispositivo manicomial, y crear centros asistenciales sustitutos de base comunitaria a las situaciones de encierro encuentra entre sus principales antecedentes la sanción de la Ley 148 (Basaglia, 1976)³ en Italia, buscando revertir las consecuencias señaladas y evitar los procesos de estigmatización.

Ya con esa perspectiva en el horizonte, en 1990, representantes de América Latina y el Caribe suscriben la

declaración de Caracas, que constituye un hito fundamental en la búsqueda de reformas al respecto del cuidado de quienes sufren en salud mental. Es posible ver que señala como fundamental la atención en centros de APS para la promoción de “*modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales*” y la importancia de una revisión crítica del papel hegemónico y centralizado del hospital psiquiátrico. Marca la importancia de la capacitación de recursos humanos en salud mental con eje en la salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en hospitales generales.

En Argentina esta declaración de Caracas tiene ecos, y pocos años después la provincia de Río Negro sanciona la Ley 2440, que comienza una reforma que, si bien no alcanza a integrarse en una política Federal sienta sus bases, de manera significativa y muchos equipos de investigación se orientan a trabajar estos procesos.

En 2005 la declaración se retoma en los Principios rectores de Brasilia, donde se señala la importancia de que todos los países de la región emprendan el camino de la reforma. Este camino se ve reafirmado en el Consenso de Panamá, donde se fortalece la búsqueda de una atención en salud mental por fuera de las instituciones monovalentes y dentro de la comunidad.

La ley de Salud Mental N° 26.657, vigente en la actualidad, que fue aprobada y promulgada a fines de 2010 en nuestro país, sigue en la línea de todas las convenciones internacionales y plantea un corte con la lógica clínica subyacente a las prácticas de cuidado en salud mental en que se forman los futuros profesionales en salud hoy. Va a implicar cambios drásticos en la concepción de sujeto, en ella pleno de derecho y en las estrategias de cuidado manifestando el derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria. Incorpora, como eje central la dimensión de los derechos humanos de quienes presenten padecimientos mentales y uso problemático de drogas. Implica un piso básico de derechos que deben cumplirse desde su promulgación en todo el país.

Salud, enfermedad, atención, cuidado, promoción, educación, prevención. La cuestión de los derechos en la atención.

Lejos del planteo clínico que atraviesa, desde sus orígenes, las disciplinas de salud en las que se lleva adelante la investigación, y por ende su formación, la Ley ofrece otras herramientas (como la comunitaria) para la interpretación y abordaje de los problemas de salud mental,

destacando el lugar central de los procesos sociales, y a los y las usuarios/as como un sujeto de derecho, activos/as en su relación con la realidad.

En relación a los derechos, en los artículos que conforman el capítulo VII, se hacen explícitos todos aquellos que deben ser socialmente reconocidos y protegidos en relación a aquellos que padecen en salud mental. El Estado debe ser garante de ello y asegurar su cumplimiento. Encontramos el derecho a recibir atención sanitaria con base en la integración social y fundamentada en la ética, derecho a conservar la identidad, a ser acompañado por sus familiares y/o personas cercanas afectivamente, a tener acceso a su información sanitaria y/o clínica y a ser activo en la toma de decisiones relativas a su tratamiento. El/la paciente tiene también derecho a que las condiciones de su internación sean, siempre, adecuadamente supervisadas, a no ser identificado/a ni discriminado/a por su enfermedad, a que cualquier tipo de investigación clínica, o tratamiento experimental sea bajo su expreso consentimiento, a no ser sometido a trabajos forzados o no recibir remuneración por su trabajo.

Vemos que esta perspectiva de derechos es amplia, y que asume también una dimensión histórica. Esta Ley fue precedida, como se ha mencionado, por importantes

antecedentes tanto en el ámbito nacional como en el internacional (leyes, declaraciones, consensos que hemos trabajado, entre otros) que señalan la imperiosa necesidad de proteger los derechos de las personas en mayor situación de vulnerabilidad, como es una persona con sufrimiento mental.

La cuestión de los derechos en el campo de la salud, que incluye la salud mental, está acompañada por los movimientos sociales y civiles, centrada fundamentalmente en las más importantes amenazas de vulneración de derechos de las personas con trastornos mentales. Sostienen una revisión crítica del planteo tradicional de la perspectiva tutelar, paternalista, que protegía al enfermo en una situación de profunda exclusión social, aislado en instituciones totales que asumían las decisiones de manera muchas veces inconsulta y arbitraria. El análisis de las devastadoras consecuencias que tienen sobre los/as pacientes y sus familias, la extensa internación, como se excluye de esta forma de la vida social, llevando a un progresivo deterioro de las habilidades y destrezas sociales, que pueden, inclusive dar lugar a la emergencia de nuevos cuadros psicopatológicos a partir de este abandono y segregación. Esta reclusión, a veces para toda la vida en lo que Foucault (1989) llamó instituciones totales (manicomios, escuelas y cárceles) y el problema de las instituciones monovalentes fueron

fuertemente cuestionadas desde los años 60, y a partir de allí una serie de declaraciones mundiales y recomendaciones que impulsan a la búsqueda de reformas en los modelos de atención, en América Latina.

En esa dirección, si repasamos el capítulo V de la Ley, vemos como se vuelven centrales las transformaciones en el modelo de atención, fortaleciendo los aspectos de interdisciplinariedad, las acciones de base comunitaria y la búsqueda de fortalecimiento de las redes y lazos sociales, marcando la importancia de la consulta ambulatoria, la atención domiciliaria supervisada, el fortalecimiento de la promoción y prevención. En este sentido también propone la prestación de servicios en salud mental a través de instituciones de pequeña escala, centros de día, de capacitación laboral, emprendimientos socio-productivos.

Ejemplo de ello son las Empresas sociales (ES); una Empresa diseñada para reconocer y respetar la heterogeneidad y multiplicidad de sus integrantes (Vidal, Sena 2015)⁴. En este dispositivo el concepto de cuidar toma una extensión que supera la lógica médica “Cuidar se refiere no solamente a los cuidados del cuerpo, sino que también se refiere a los cuidados socialmente consagrados que hacen las diferentes culturas y que son formas simbólicas de ternura. Los cuidados son formas

sublimadas de ternura, por las que las diferentes sociedades crean, manifiestan y enfatizan su amor hacia los otros” (Chardon, 2008 pp.8)⁵. Si tomamos esta característica particular, vemos cómo impacta en las formas del sufrimiento mental inherentes al trabajo y, simultáneamente, genera condiciones para la producción colectiva de salud. En tal sentido, proponemos pensar a la ES como la creación de entornos favorables, en tanto se vuelve indispensable e implica un trabajo concreto sobre los ambientes físicos, sociales, económicos, políticos y culturales, no sólo para mejorar la salud o aumentar la calidad de vida, sino también para recomponer las redes sociales quebradas, como propone la Ley.

Tomando como punto central esta ampliación de derechos que la Ley propone, se refuerza aquí la idea de participación como punto clave, en tanto devuelve el carácter político y de ciudadanía a un sector que históricamente ha sido privado no sólo de su voz sino fundamentalmente de la capacidad de decidir. Sin embargo, habilitar la voz de las personas con sufrimiento psíquico no es una tarea sencilla a la luz de la historia de la participación social en salud en el sistema sanitario argentino e implica al igual que las demás propuestas de la ley un enorme desafío.

La importancia de la participación social en salud es reconocida formalmente en la Conferencia de Alma Ata de 1978 y lleva a preguntarse sobre las maneras de participación que se promueven en el campo sanitario y las modalidades de la misma que se hacen efectivas (Menéndez, 2002, 2006)^{6 7}.

Desde la década del 80 hasta el 2006 en América Latina se impuso una participación individual curativa o asistencial que se corresponde con la de la propuesta neoliberal. Los sistemas públicos de salud se dedicaron a promover la participación individual, en microgrupos familiares que otorgan a la mujer el lugar central y microgrupos construidos (grupos de autoayuda). La participación perdió el carácter político entendido en términos de transformación social y exigencia de derecho a la salud que había adquirido a partir de Alma Ata.

En Argentina, Stolkiner, Comes y Garbus (2011⁸) afirman que el alto nivel de segmentación y fragmentación del sistema sanitario se profundizó como resultado de las reformas neoliberales, pero también consideran que, después de la crisis, hubo un cambio en el curso del país. Si bien en el período 2003-2015 se reemplazaron las políticas neoliberales por un aumento del gasto social estatal y se produjo un viraje en el terreno de las políticas sociales, estas modificaciones llevaron a que se

revirtiera en parte la situación social del periodo anterior pero no cambiaron la matriz del sistema sanitario argentino. Igualmente se lanzaron programas de salud con miras a recuperar la APS y la participación como ejes centrales del sistema que son valorables, aunque no hayan alcanzado el impacto esperado.

En el 2004 se presenta el Plan Federal de Salud, en el que se propone la atención primaria como eje organizador del sistema sanitario. La misma se define como una estrategia integral que incluye los procesos de salud- enfermedad, la atención de las personas y el conjunto social por medio de la integración de la asistencia, prevención y promoción de la salud. A pesar de estas declaraciones, el sistema sigue funcionando desde una lógica hospitalocéntrica, centrada en la enfermedad y la perspectiva biomédica. En relación con la participación en salud, si bien figura en el plan, la misma todavía no se ha institucionalizado porque las instituciones sanitarias y el personal de salud no la consideran una dimensión importante de la salud ni que pueda contribuir a la estrategia de APS (Stolkiner, op cit).

Por otro lado, la cultura hospitalocéntrica también moldea la formación de los profesionales de la salud. Esta formación centrada en la enfermedad sumada al desprestigio que suele adjudicarse a los profesionales

que trabajan en el sistema primario de atención atenta contra el intento de establecimiento de la APS. Es por eso que el Ministerio de Salud con el objetivo de aumentar los profesionales destinados a los centros de salud crea el Programa de Médicos comunitarios.

Tanto el Plan Federal de Salud como el Programa de Médicos comunitarios son antecedentes relevantes y que van en la misma dirección de la Ley de Salud Mental.

Toda la normativa sanitaria argentina se enmarca en una perspectiva de derechos que recupera la APS y la participación como componentes centrales del sistema de salud, pero en tanto marcos legales solamente indican una orientación que todavía debe traducirse en prácticas concretas de transformación en un campo que siempre ha sido resistente a la lógica de derechos, comunitaria y participativa y que pone en juego mecanismos de reproducción del status quo y lógicas de poder inherentes al campo.

Es por eso que:

“Entendemos al cuidado como cuidado de sí, como una construcción subjetiva que se produce en prácticas cotidianas con y entre otros/as en diversos espacios institucionales y comunitarios en los que

—obviamente— se despliegan relaciones de poder. En este sentido, subrayamos la dimensión política de la construcción individual y colectiva de las prácticas y concepciones de cuidado” (Chardon, 2012: 45).

Reflexiones finales, que abren más que cierran.

La promulgación e implementación de la Ley Nacional de Salud Mental da cuenta de la vocación de transformar un campo de prácticas atravesado por tensiones políticas diversas. Tal como planteamos en otros trabajos y en coincidencia con otras investigaciones sobre la temática como, el cuidado en salud mental se ha mostrado resistente al cambio y con cierta persistencia de las situaciones que implican una violación manifiesta de los derechos humanos de las personas que padecen en salud mental.

En ese espacio de tensión, la formación académica cobra un rol fundamental, para guiar las prácticas que apunten a mejorar el bienestar y la calidad de vida de las personas asistidas. En el espacio de su aplicación concreta, es dónde pueden ponerse de manifiesto las dificultades de transformar un modelo profesional instituido y legitimado por los profesionales que lo ejercitan. Con estos motivos, insistimos en que el análisis del espíritu de la ley, permiten repensar la formación de los

recursos humanos en el grado a la luz de lo que de ella se desprende para promover una implicación del quehacer profesional donde se hagan visibles los escenarios complejos y cambiantes en que se actuará en el campo de la salud mental.

La Ley ha desencadenado amplios procesos de discusiones, enfrentamientos y conflictos que nos llevan a repensar las participaciones de los distintos actores, y los intereses de los diferentes sectores, que resisten o impulsan los cambios.

Bibliografía

Basaglia, F. (1976). *La institucion negada*. Seix Barral. Barcelona.

Chardon, M.C. (2008) *Representaciones Sociales del Cuidado: entre las prácticas y la noción de alteridad*. Archivos Brasileiros de Psicologia Vol 60 N°2. ISSN 1809-5267 Universidade Federal do Rio de Janeiro - Centro de Filosofia e Ciências Humanas -Instituto de Psicologia.

Chardon, M.C. (2012) *El "cuidado" como problema público y político. En la encrucijada entre maternaje-paternaje e inclusión*. En Peregalli, Andrés y Sampietro Yohana (comps) *Maternidades, paternidades y adolescencias. Construirse hombre y mujer en el mundo. Relatos a viva voz*. Noveduc. Colección Ensayos y experiencias. Marzo de 2012.

Foucault, M. (1989). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Siglo XXI.

Menéndez, E. (2002). *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social*. Cuadernos Médicos Sociales, 73: 5-22, Seminario de Tesis. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.

Menéndez, E. (2006) *Participación social en salud: las representaciones y las prácticas*. En: E. Menéndez y H. Spinelli Coords., *Participación Social ¿para qué?*. Bs. As.:Ed. Lugar.

Stolkiner, A.; Comes, Y.; Garbus, P. (2011). *Alcances y potencialidades de la Atención Primaria en Salud en Argentina*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6): 2807-2816.

Vidal, V.; Sena S. (2015) *Salud mental: Cuando el cuidado es colectivo. Las empresas sociales*. En Memorias del IV Encuentro Nacional de Psicología Comunitaria. Cipolletti: Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional del Comahue.

Visacovsky, S. (2002) *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*, Alianza Editorial, Buenos Aires.

Zaldúa, G., Bottinelli, M, Tisera, A., Sopransi, M. B; Lenta, M. M y Freire, M. (2011). *Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental*. IX JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN. Instituto Gino Germani, Buenos Aires.

Declaración de Alma-Ata, resultado de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). 6 al 12 de septiembre de 1978.

Declaración de Caracas, Adoptado por la Conferencia Regional para la reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud. Copatrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS-OMS) y Comisión Interamericana de Derechos Humanos. 14 de noviembre de 1990.

Principios de Brasilia. Adoptado por la Conferencia Regional para la Reforma de los servicios de Salud Mental. “15 años después de Caracas”. Brasilia, Brasil, 9 de noviembre de 2005.

Consenso de Panamá. Adoptado por la Conferencia Regional de Salud Mental “20 años después de la Declaración de Caracas. La década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020. Ciudad de Panamá. Panamá, Octubre de 2010.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Honorable Congreso de la Nación. Promulgada el 2 de diciembre de 2010.

Notas

¹ Zaldúa, G., Bottinelli, M, Tisera, A., Sopransi, M. B; Lenta, M. M y Freire, M. (2011). Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental. *IX JORNADAS NACIONALES DE DEBATE INTERDISCIPLINARIO EN SALUD Y POBLACIÓN*. Instituto Gino Germani, Buenos Aires.

² Visacovsky, S. (2002) *El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina*, Alianza Editorial, Buenos Aires.

³ Basaglia, F. (1976). *La institución negada*. Seix Barral. Barcelona.

⁴ Vidal, V.; Sena S. (2015) Salud mental: Cuando el cuidado es colectivo. Las empresas sociales. En *Memorias del IV Encuentro Nacional de Psicología Comunitaria*.

⁵ Chardon, M.C. (2008) Representaciones Sociales del Cuidado: entre las prácticas y la noción de alteridad. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Vol 60 N°2. ISSN 1809-5267* Universidade Federal do Rio de Janeiro - Centro de Filosofia e Ciências Humanas -Instituto de Psicologia.

⁶ Menéndez, E. (2002). *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social*. *Cuadernos Médicos Sociales*, 73: 5-22, Seminario de Tesis. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús.

⁷ Menéndez, E. (2006) “Participación social en salud: las representaciones y las prácticas”. En: E. Menéndez y H. Spinelli Coords., *Participación Social ¿para qué?*. Bs. As.:Ed. Lugar.

⁸ Stolkiner, A.; Comes, Y.; Garbus, P. (2011). Alcances y potencialidades de la Atención Primaria en Salud en Argentina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6): 2807-2816.

La promoción de los Derechos Humanos, la adecuación de la legislación y la reforma de la atención en Salud Mental: a XXVII años de la Declaración de Caracas.

Itzhak Levav
MD, Dip. Psych, MSc.

La atención en salud mental ha hecho progresos notables en América latina en las décadas últimas. No obstante, la deuda que aún los gobiernos mantienen con las comunidades sigue siendo no menos notable. Y, aun la que mantienen los profesionales de salud mental a pesar de sus afanes.

En efecto, el examen de los resultados del estudio cuidadoso del sistema de salud mental por medio del WHO-AIMS y los Atlas de actualización periódica de casi todos los países de América Latina y el Caribe inglés, ha revelado una situación poco satisfactoria, entre otros aspectos, en cuanto al desarrollo de programas y servicios, la brecha de la atención, el predominio del hospital mental en la red de asistencia y el número de los recursos humanos.

Además, es penoso comprobar que los servicios de salud mental – escasos, en relación a las necesidades; poco accesibles, como resultado de altos costos o la

inequitativa distribución geográfica; en oportunidades, de baja calidad; e indiferentes a los marcos culturales de donde provienen los usuarios – incurrir en más o menos groseras violaciones de los derechos humanos.

Un examen adicional basado en otras fuentes de información, cuyo resultado lleva a cuestionar el predominio casi absoluto de las acciones curativas en los programas y servicios, revela que expectativas optimistas sobre el éxito terapéutico de los psicofármacos de desarrollo más reciente no han sido llenadas: los resultados no superan por lo general el logrado por los anteriores, amén de tener efectos adversos.

Esa situación crítica del sistema de salud mental, que requiere de cambios urgentes en el área curativa, se agrava en virtud de la omisión frecuente de ofertas de acción, no obstante estar existentes en la literatura, en las áreas de prevención primaria, promoción de la salud mental y de rehabilitación psicosocial. Estas brechas de la atención se mantienen no obstante el tiempo transcurrido desde la Conferencia de Caracas en 1990.

La satisfacción que refleja el comienzo de este artículo por los logros de las últimas décadas no puede eclipsar la carga enorme de los trastornos mentales – medida por la muerte prematura y los años vividos con discapacidad.

Tampoco puede eclipsar la percepción que la expresión estadística que mide la carga no recoge en su seno, entre otros impactos, el sufrimiento del usuario y sus familiares, el efecto adverso en los individuos y familias que tratan la superación de la pobreza, donde son mayores la tasa de prevalencia de los trastornos, y los costos económico y social inmensos que debe enfrentar la sociedad.

Esta situación crítica demanda una alta complejidad técnica para hacerle frente. Pero su implementación encuentra obstáculos en el camino. Un obstáculo difícil de desembarazarse lo constituye la obstinada adhesión ideológica –hueca de bases científicas- al superado hospital mental como única o la más privilegiada modalidad de atención. Así se advirtió en Caracas en 1990 y temo que aún está vigente, tal como se refleja en la oposición a la ley de salud mental que adoptara la Argentina.. Otro obstáculo lo constituye la dificultad de abrir una brecha en el sólido muro del estigma estructural, -que se refleja en la baja prioridad dada a salud mental por partes de las instituciones del estado-.

La Alianza

Esta constelación de factores adversos al cambio es seguramente más factible de ser enfrentada merced a una alianza entre los profesionales de la salud mental, los

del derecho, los legisladores, y, por supuesto, los usuarios y sus familiares, y los involucrados en la abogacía por la salud mental. Alianza que fuera una novedad en la Conferencia de Caracas 27 años atrás, hoy es un sobrentendido en épocas recientes.

Importante es señalar que cuando ambos sectores (derechos humanos y salud mental) colaboran y amplían su alianza a los/las usuarios/as y familiares empoderados y otros actores interesados en el cambio, no solo ganan en democracia sino que también en autoridad moral, técnica y científica. Pero veamos, el Atlas 2014 informó que 29% de los países de AMRO respondieron a la encuesta. La participación de familiares y usuarios se desagregó en 5 áreas. Esta participación varió del 45%, en un área de la participación posible, al 76% en cuanto a la planificación, las políticas y la evaluación. Indudable un magnífico progreso, pero el desiderátum no baja del 100%. Esta es una meta necesaria y realizable. Si no fuera un atrevimiento citar a Martin Luther King diría que *I have a dream*, tengo el sueño que llegará el momento en el cual cada dirección de salud mental tenga por lo menos un usuario y un familiar junto a los técnicos trabajando en salud mental.

Cabe recordar que la alianza intersectorial es también una estrategia necesaria en virtud que sectores amplios

de los profesionales de salud mental, no han hecho o, incluso, sea han opuesto a dar el salto cualitativo necesario para modificar la situación crítica aludida antes, tal como se reflejara en los pasos previos a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26657 en Argentina a fines del año 2010. La ley que es fiel a los principios de la Declaración de Caracas, fue y es objeto de crítica –legítima, sin duda- pero pierde la legitimidad si solo está basada en ideología, no en ciencia, si esquivada fundarse en una evaluación desapasionada. Desafortunadamente, en este caso enfrentamos meros adversarios –adversarios, y no bona fide escépticos-- que pueden persuadir con evidencia y ser persuadidos merced a la evidencia.

Mirando atrás: El comienzo de la alianza

El 14 de noviembre de 1990, la Conferencia para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica adoptó por aclamación la actualmente conocida como Declaración de Caracas (que es anterior en un año a los PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL adoptados por las Asamblea de las Naciones Unidas). Un brevísimo examen de la historia y desarrollo de la Conferencia ofrece una oportunidad concreta de examinar de cerca la génesis de la mencionada alianza, con

especial énfasis en los componentes legislativos y los derechos humanos. Esa Declaración se ha convertido en un hito en el camino de la reforma de la atención en salud mental en América Latina y el Caribe inglés, y aun fuera del continente.

La convocatoria a la Conferencia de Caracas, hecha por la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS, y que contara con el auspicio de las mas importantes organizaciones profesionales de las Américas y del mundo, así como por parte de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos de la Organización de los Estados Americanos, se gestó en un momento histórico que la hizo propicia: América Latina acababa de desprenderse de la mayoría de los regímenes dictatoriales –que, es que curioso señalarlo, definían a salud mental como un área diabólica y a los profesionales como objeto naturales de persecución, como si fueran las brujas del medioevo- y en su lugar se producía el renacimiento de las democracias. Con estas, nacía o renacía un discurso diferente que se apoyaba en dos ejes centrales: por un lado, la insatisfacción por la respuesta inadecuada, de carácter científico-técnica, que los países daban a las necesidades de salud mental de sus poblaciones y, por el otro, la repugnancia que producían las violaciones a los derechos humanos de las personas que requerían atención. (Me adelanto, las

violaciones no solo eran y son por comisión sino que eran y, debemos admitirlo, aún persisten por omisión).

De ahí se explica que fuera natural que la Conferencia regional tuviera en su agenda dos componentes íntimamente ligados: por un lado, el componente científico-técnico de la salud mental y, por el otro, el referido a la legislación y los derechos humanos. Este doble componente se reflejó en el documento de trabajo que guió las discusiones y en el hecho que la Conferencia discutió ambos temas en pie de simetría completa. Vale decir, los organizadores y los participantes no concibieron que un proceso de crítica y superación del estado de la atención en salud mental en la Región de OPS/OMS pudiera lograrse toda vez que hubiera distancia, aun mínima, entrambos.

Desde esa Conferencia, ambos sectores, el estrictamente profesional de la salud mental (que incluye a varias disciplinas, entre otras, psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional), y el de las áreas jurídica y legislativa, están llamados a colaborar en relación a varias materias.

Desde la Declaración de Caracas, confirmada tres lustros después por medio de los Principios de Brasilia, en una reunión convocada por la OPS/OMS y el gobierno

de Brasil, y, especialmente, su incorporación formal en las políticas de salud mental de la OPS/OMS por voluntad de los Estados Miembros, se han producido resultados tangibles de la alianza. Esos resultados se reflejan, por ejemplo, en casos de violaciones de los derechos humanos en instituciones psiquiátricas que fueran tratados por la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos. La Comisión ha incorporado el tema de la atención psiquiátrica en su agenda, tal como sucediera en Ecuador, Paraguay y Brasil, entre otros países.

Estos juicios visibles y aleccionadores han servido a los trabajadores de la salud mental, en todas las funciones del sistema en las cuales operaren, para advertirles que las violaciones no solo han cesado de ser toleradas en la Región, sino que también deben ser eliminadas a fin de elevar la calidad de la práctica, y como resultado hacerla más satisfactoria para todas las partes, proveedores y usuarios. Permítanme insistir: el énfasis en la calidad de atención tiene altas posibilidades de disminuir los riesgos de violaciones y, recíprocamente, el celoso respeto por los DDHH eleva el nivel de la calidad de la atención. Es por eso que la OMS produjo un instrumento para evaluarla pero esta, nótese bien, viene acompañada de la evaluación del grado de respeto de los derechos humanos en los servicios.

En cuanto a los usuarios y sus familias, esos juicios en diversos países sirven para indicarles que el sistema jurídico-legal está dispuesto a protegerlos frente a las diversas agresiones que pueden hacerlos víctimas del sistema.

Afortunadamente, la alianza ha sido objeto de continuos refuerzos. En efecto, en la actualidad, la Declaración de Caracas ha sido superada en varios aspectos por varias Convenciones adoptadas por la Naciones Unidas, entre ellas, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes y la Convención de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad, que fuera no solo firmada sino que también ratificada por la mayoría de los países de la Región de OPS/OMS. No olvidemos, esas son vinculantes y, por tanto, obligan a todos los sectores de los países. Naturalmente, para que tengan vigencia palpable es necesario que se vigile de cerca sus cumplimiento así como certificar que las nuevas legislaciones las tengan como guía y base de las mismas.

La agenda inconclusa de la alianza

Las acciones de salud mental que se desarrollan en la Región por parte de los servicios, públicos, y especialmente los privados, son las curativas.

Digamos sobre las acciones curativas, que éstas son más efectivas cuanto más tempranas son iniciadas, cuando son de calidad y cuando son adecuadas culturalmente. Y son más apropiadas si se prestan en la comunidad y cuanto menos reducen el ejercicio de los distintos roles que le cabe desarrollar a la persona. Así sucede en todas las edades, incluso en los/as jóvenes, quienes no debieran interrumpir su escolaridad, aun cuando estén afectados/as por un trastorno psiquiátrico. Asegurar que los servicios tengan estas características es tarea de la alianza. Pero tal como he dejado soslayar con el logro de éstas no se agota la agenda de la alianza.

Como dijera antes, la alianza sacó de la sombra a las víctimas de las transgresiones de los derechos humanos en los servicios psiquiátricos. No obstante el logro notable, hay más transgresiones cuyas correcciones aun no han sido o apenas han sido iniciadas. Estas son las transgresiones por omisión, en las áreas de rehabilitación psicosocial, prevención primaria de los trastornos psiquiátricos y la promoción de la salud mental. La gravedad de las transgresiones se acrecienta en razón de que la promoción y la prevención primaria involucran a grupos aún más grandes de la población de las que son foco de la atención curativa.

En la Región con escasa frecuencia se prestan acciones de rehabilitación psicosocial. La violación en este caso al derecho a la salud es notable: nadie admitiría que una persona que ha sufrido una fractura y que ha requerido intervención quirúrgica no obtuviera acceso a la fisioterapia. La atrofia generada por la inmovilidad, que fuera necesaria para la curación, se convierte en un problema secundario - y la discapacidad funcional que le sigue, un déficit para la persona.. y un déficit en la calidad de la atención del servicio. Este ejemplo de mala práctica es objeto de crítica por los pares y pasible de pena por parte del sistema judicial si el paciente recurre a un juicio. No obstante, la persona que hubiera estado afectada por la reducción de la capacidad funcional en distintas áreas del vivir (familia, trabajo, educación, residencia, entre otras consecuencias) como resultado de un trastorno psiquiátrico severo raramente accede en la Región a la rehabilitación psicosocial. Y eso sucede no obstante que la Convención de las Personas con Discapacidad establece en su

Artículo 26 sobre habilitación y rehabilitación

1. “Los Estados Partes adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr

y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Partes organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales...”

Una segunda transgresión por omisión se refiere a la prevención primaria. He aquí donde reside la gran deuda que la sociedad tiene con la población en razón de ser la gran área ausente en las acciones del sistema de salud mental. Esto sucede no obstante su importancia. Una indicación de esa importancia puede recogerse en el hecho que más de 500 expertos de salud mental en el mundo identificaron a la prevención primaria a la cabeza de las listadas como acciones prioritarias que generarían un cambio positivo en la atención de la salud mental.

Vean Uds: Según el Atlas 2014 de la OMS, solo un tercio de los países de la Región cuentan con por lo menos 2 programas que deben llenar 2 de las 3 siguientes condiciones: tener personal y financiación asignados especialmente y/o un esquema definido de implementación y/o evaluación de progreso o impacto.

Esta profunda deuda es inadmisibles: la ciencia ha generado conocimiento sobre las posibilidades de prevenir un número importante de trastornos y condiciones, y las acciones de prevención primaria que se han desarrollado están basadas en la evidencia. Por ejemplo: si se visitara a una madre, en especial si fuera joven y soltera, en el periodo pre- y post-natal se puede lograr, que el amamantamiento se prolongue, que el castigo corporal se reduzca y que la incidencia de la conducta antisocial del niño y luego del joven disminuya. En esos programas que fueran minuciosamente evaluados las visitas domiciliarias fueron realizada por enfermeras - pero en otros lugares las visitas fueran hechas por voluntarias capacitadas. Otro ejemplo, se ha confirmado repetidamente que el abuso de los niños/as no solo tiene consecuencias psicológicas inmediatas sino que es un factor de riesgo para trastornos en la edad adulta, tal como la depresión, la ansiedad, las ideas suicidas e, incluso, en relación a psicosis. La ciencia, además de haber demostrado los efectos inmediatos y tardíos también ha acompañado el desarrollo de programas preventivos y correctivos, que aun raramente se llevan a la práctica.

Por otra parte, la inversión en prevención primaria es harta conveniente para la sociedad. Véase un ejemplo: Knap, un destacado investigador de la economía de la salud, ha convincentemente demostrado que los costos

de los trastornos de la niñez pueden ser muy altos y permanecer ocultos. Este investigador británico mostró que niños con trastornos de conducta generan costos adicionales en las edades de 10 a 27 años. Estos no solo se relacionan con la salud, como es de esperar, sino con los sistemas de educación y justicia, lo cual agrega riesgos al capital social. La intervención oportuna puede detener el proceso de deterioro y generar ahorros a largo plazo.

Veamos el Artículo 19 de la Convención Internacional del Niño

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.
2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación,

notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

Por último, las acciones no concluyen con las citadas. También existen evidencias científicas que es posible promover la salud. Es decir, desarrollar acciones que preservan y elevan el nivel del bienestar psicológico, por ejemplo, por medio del refuerzo del apoyo social, el pleno empleo, y la reducción del estrés social. Para abundar en mayores detalles, la evidencia científica ha demostrado que cuanto mejor la persona está integrada y apoyada por su medio social -tanto mayor es su bienestar psicológico y mejores las oportunidades para resistir con éxito, por ejemplo, al estrés generado por las inevitables situaciones adversas a las cuales es imposible escaparles en la vida. En virtud de que estas acciones son de naturaleza inter-sectorial, solo la alianza puede lograr que estas se concreten en la práctica.

Conclusión

Son sobradas las razones que justifican la alianza entre todas las partes involucradas en el quehacer de la salud mental. No obstante, aunque es casi superfluo notarlo, cabe recordar que ni el Plan Estratégico de OPS ni los

esfuerzos de los legisladores por si mismos lograrán corregir ni las violaciones de los derechos humanos por comisión y las incurridas por omisión ni tampoco planificar acciones que intenten responder a las necesidades de salud mental mas salientes, sino se apoyaran en una alianza de todas las partes involucradas, una alianza enérgica, vigilante y solidaria. Solo así se podrán mejorar las políticas, planes, programas y servicios para el beneficio de las poblaciones de la Región tal como dice la Declaración de Caracas en su cierre.

Para lo cual, INSTAN A los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.

Referencias Bibliográficas

Organización Mundial de la Salud. *El Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental*
new.paho.org/par/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=71&Itemid=9999

Organización Mundial de la Salud. *Mental Health Atlas, 2011*
www.who.int/mental_health/.../mental_health_atlas_2011/en/index.ht..

Sharan P, Levav I, Olifson S, de Francisco A, Saxena S (eds.). *Research Capacity for Mental Health in Low- and Middle-Income Countries. Results of a Mapping Exercise. Global Forum for Health Research and World Health Organization*, Geneva, 2007. (En inglés)

Organización Mundial de la Salud. *Informe Mundial de la Salud, 2011. Nuevos desarrollos, Nuevas esperanzas.* Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 2011.

Foucault M. *Historia de la locura en la época clásica.* Fondo de Cultura Económica, México, 1986.

González Uzcategui R, Levav I (eds): *Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación.* Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 1991.

Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS. *Grand challenges in global mental health.* *Nature.* 2011; 475: 27-30.

Olds DL Henderson, C. R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D. et al: *Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial.* *JAMA.* 1998; 280: 1238-1244.

Gal G, Levav I, Gross R. *Psychopathology among adults abused during childhood or adolescence. Results from the Israel-based World Mental Health Survey.* *J Nerv Ment Dis* 2011; 199: 222-229.

Gal G., Levav I., Gross R. *Child/Adolescent abuse and suicidal behavior: are they sex related?* *Suicide Life Threat Behav* 2012; 42: 580-558.

Prinz R. J., Sanders M. R., Shapiro Ch. J., Whitaker D. J., Lutzker J. R. *Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P System*

Population Trial. *Prevention Science.* 2009; DOI 10.1007/s11121-009-0123-3

Knapp M., McDaid D., Parsonage M. *Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case.* *Institute of Psychiatry at The Maudsley and Kings College.* London, April 2011.

World Health Organization. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options.* World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht, Geneva, 2004.

World Health Organization. *Promoting Mental Health.* World Health Organization

www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

ANEXO**DECLARACION DE CARACAS**

Adoptada por aclamación por la Conferencia

Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina

Caracas, Venezuela el 14 de noviembre de 1990

Las organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud.

NOTANDO.

1. Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva;
2. Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al:

a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social; b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles de la persona enferma, c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental, d) impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

CONSIDERANDO,

1. Que la Atención Primaria de Salud es la estrategia adoptada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y refrendada por los Países Miembros para lograr la meta Salud para Todos en el Año 2000;
2. Que los Sistemas Locales de Salud (SILOS) han sido establecidos por los países de la Región para facilitar el logro de esa meta, por cuanto ofrecen mejores condiciones para desarrollar programas basados en las necesidades de la población de características descentralizadas, participativas y preventivas;
3. Que los programas de salud mental y psiquiatría deben adaptarse a los principios y orientaciones que

fundamentan esas estrategias y modelos de organización de la atención de salud.

DECLARAN

1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;

2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;

3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben: a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles, b) estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados, c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario

4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que: a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento;

5. Que la capacitación del recurso humano en salud mental y psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración;

6. Que las Organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la reestructuración, y al monitoreo y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Para lo cual,

INSTAN

A los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.

Crímen y Locura. ¿Cómo juzgar? (*)

María Graciela Iglesias
Secretaria Ejecutiva del Órgano
de Revisión de la Ley de Salud
Mental N° 26.657
Docente Universitaria

¿Cómo se define la locura? ¿Quién es o quién puede ser loco? Foucault se preguntó, en Historia de la Locura¹ ¿Cuándo decimos de alguien que está loco? ¿Qué mecanismos son los que aparecen para clasificar y calificar? La psiquiatría moderna desarrolla calificaciones diagnósticas basadas en el funcionamiento psíquico con numerosas teorías acerca de los estados mentales y ha procurado clasificar las distintas conductas del sujeto, fundamentos científicos. Pero hay aún grandes preguntas que están sin responder. ¿Por qué la locura? ¿Dónde se sitúa esa región inhabitable, ese lugar inasible a la razón? ¿Quién es el loco? ¿Es un sujeto capaz de tener una identidad, como cualquiera de nosotros? Y su identidad, ¿desde qué parámetros se construye? ¿Es sujeto de derechos? ¿De todos los derechos? ¿Es capaz de formular juicios con un mínimo de rigor? ¿Y quién define el rigor necesario para considerar la corrección o incorrección de un juicio? Foucault se lanza a bucear movido por una indisimulada atracción por lo que él llamará lo innombrado, por eso que se sitúa más allá

de los saberes oficiales, de las verdades generadoras de discursos de poder que a su vez construyen nuevas verdades. Frente al “lenguaje de la psiquiatría, que es un monólogo de la razón sobre la locura”, Foucault tratará de hacer una “arqueología de ese silencio”, de esas “palabras balbucientes, en las que se hace el intercambio de la locura y de la razón”.²

Atender las distintas clasificaciones que describen síntomas, encontró en la química la respuesta a la enfermedad mental. La compensación de las funciones psíquicas, la estabilidad como restitución del estado de locura, convirtió a la psiquiatría en los únicos que podían definir y atender la enfermedad mental y tuvo el marco legal para el desplazamiento social hacia el manicomio como respuesta.

Concebido como un espacio medicalizado y terapéutico, donde la locura debía ser tratada por especialistas en un régimen de absoluto aislamiento de las influencias externas, el manicomio es³ un ejemplo de convivencia de cristalización de derechos, control, saber y función⁴.

El manicomio sumó, además, un tiempo de investigación y de un espacio de producción de saber científico y de reclusión. Esto construyó la “especialidad” dentro de un espacio diferenciado de aislamiento, donde la vida

transcurre sin contar con las personas para transcurrir, es lo que Agamben⁵ ha denominado “la nuda vida”, según mi entender es un decir respecto de la vida desnuda; es la vida absolutamente expuesta al poder soberano de dar muerte. Es aquella sin ningún tipo de revestimiento, por ejemplo, ningún derecho humano que oponer para frenar el ejercicio mortífero-punitivo del poder. Es la vida reducida a su mera condición biológica, y por lo tanto, absolutamente manipulable. Para Arendt “abstracta desnudez de ser simplemente humano”⁶.

Así, el manicomio representa un espacio de restricción de derechos, especialmente el derecho ambulatorio y la toma de decisión, no se establecía tiempo, ni se consideraba la voluntad de la persona para permanecer en él⁷, se podría definir como un poder de disposición de algunos profesionales médicos y judiciales. En este contexto se desarrolló el interés de la psiquiatría por el crimen y el criminal. Los aspectos científicos de la enfermedad mental y la construcción social de la peligrosidad fue el alimento que definió a la locura, muy alejado de la concepción del ser o su inasible condición de persona que impacta sobre un concepto unívoco, obligando a mirar a las personas como un todo humano .intrigante y misterioso, que hace imposible definir que no puede hacer o no hacer, vivir o no vivir, amar o no amar. Así Michel Foucault escribió que se trata de una

evaluación de los mecanismos sociales y teóricos que esconden los cambios masivos que se produjeron en los sistemas penitenciarios y penales occidentales durante la Edad Moderna. Presentado a la locura como enfermedad y como peligro social.⁸

“El tranquilo sueño de la razón no dejará de generar monstruos. Monstruos que son consecuencia de la domesticación, del conformismo y de la seguridad garantizada por el ejercicio del poder. Foucault dará una doble función a este ejercicio: En primer lugar, una anátomo-política del cuerpo humano que obedece a la mecánica de las disciplinas. El principal objetivo de ellas es la comprensión del cuerpo como máquina. Estos procedimientos intentan conseguir docilidad política y utilidad económica de los individuos. En segundo lugar, destaca una biopolítica de la población. En este caso se considera al cuerpo individual en tanto forma parte de la especie. Esta operación queda a cargo de una serie de intervenciones y controles reguladores del individuo en tanto partícipe de los avatares propios de la especie humana: nacimiento, muerte, migración, reproducción, etc. Por lo tanto, el cuerpo es considerado como soporte de los procesos biológicos. Los mecanismos de poder ya no tienen allí por objeto la muerte, sino actúan como administradores de la vida. Las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población

constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida”.⁹

Las sentencias tuvieron así como exclusivo argumento las pericias psiquiátricas, exponiendo las teorías ante la opinión pública y, siendo fundamento excluyente de sentencias que tomaron como único argumento, la criminalidad del loco o loca basada en el dogma científico de la enfermedad mental.

El Código penal Argentino vigente entró en vigencia en 1922 donde se destaca la medida de seguridad (curativa) para aquellas personas que tuvieran una discapacidad mental y hubieran cometido un hecho ilícito. Y lo hizo a través de la internación manicomial prevista por el artículo 34, inciso 1°, del Código actual. Esta medida de seguridad –tal el nombre que le da la doctrina jurídica– sigue siendo indeterminada temporalmente; lo que conduce al absurdo de que, quien tenga plena capacidad de culpabilidad y se lo condene a una pena privativa de libertad se encuentre en mejor situación que el inimputable adulto; al menos desde la perspectiva de la certeza en la duración del castigo.

Muchos han sido los desafíos que la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad¹⁰ ha tenido que enfrentar cuando irrumpió para

visibilizar la exclusión y segregación de las personas con Discapacidad. Barreras culturales y de todo otro tipo para su implementación, las cuales no obturaron la aparición de un nuevo paradigma. Un nuevo momento donde se construyen otros conceptos a través de una perspectiva bajo la cual se analizan los problemas y se trata de resolverlos. En este sentido, el pasaje jurídico de un modelo sustitutivo de la persona, bajo un manto de “protección” hacia un modelo social, que impone un modelo de apoyos, es un efectivo cambio de paradigma que debe atravesar los presupuestos de lo social al considerar que las causas que originan la discapacidad no son individuales, sino que son, en gran medida, sociales. Desde esta filosofía se insiste en que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de personas –sin discapacidad–, pero siempre desde la valoración y el respeto de la diferencia. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. Parte de la premisa de que la discapacidad es en parte una construcción y un modo de opresión social, y el resultado

de una sociedad que no considera ni tiene presente a las personas con discapacidad¹¹.

Siendo dolo e imprudencia sus dos especies, no obstante reconocer que ambas tenían una naturaleza distinta y era imposible reunir las en un concepto superior de culpabilidad, caracterizado como una noción subjetivo-psicológica¹².

Ahora bien, el paradigma de discapacidad coloca a la misma en el tejido social que impone las barreras, culpabiliza y juzga bajo otra forma de control social de la peligrosidad. Y esta es “la medida de seguridad”. La medida de seguridad generalmente se entiende como “tratamiento” a realizarse privando a la persona de su libertad, en el ámbito penitenciario o en hospitales psiquiátricos, dos modelos del control disciplinar, restrictivos del derecho a la libertad ambulatoria. Esta medida suele ser *sine die*, se ejerce un control de la internación por el juez o jueza de ejecución penal y su prolongación en el tiempo puede superar la condena del tipo penal que motivó la medida

La declaración de imputabilidad que luego acarrea la medida de seguridad al ponderar según la CDPD, impone un análisis de la situación asimétrica que viven las personas con discapacidad en el proceso penal. Una pregunta

simple es si la medida de seguridad se dicta por la comisión de un acto que proviene en ocasión de la salud de una persona y no de la intención de causar daño o su debida representación voluntaria de dañar. La consecuencia que esta tiene por el Estado ¿es razonable? Resulta imprescindible identificar las barreras adicionales que deben enfrentar las personas con discapacidad (en adelante PCD) frente al derecho ciudadano de contar constitucionalmente con un debido proceso legal.

El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha manifestado reiteradamente su preocupación por la falta de garantías observadas en los procesos penales en los que se declara la inimputabilidad de personas con discapacidad psicosocial o intelectual. Asimismo, ha recomendado eliminar las medidas de seguridad dictadas a consecuencia de las declaraciones de inimputabilidad que implican forzosamente tratamiento médico-psiquiátrico en internamiento y revisar la legislación promoviendo alternativas que sean respetuosas de los artículos 14 y 19 de la Convención. Para ello el trabajo del Comité ha sido incansable solicitando se realicen los ajustes del proceso y finalmente se eliminen las medidas de seguridad¹³. Es imprescindible conceptualizar las dimensiones del derecho a ser oído y de algunas garantías para cuyo goce las personas con discapacidad enfrentan barreras adicionales, como

ser: el derecho a ser asistido a un traductor o intérprete (CADH, Art. 8.1.a); el derecho a contar con comunicación previa y detallada del proceso (CADH, Art. 8.1.b); la concesión del tiempo y los medios adecuados para la preparación de su defensa (CADH, Art. 8.2.c); el derecho a defenderse y ser asistido por un defensor, el que debe ser provisto por el Estado si la persona no cuenta con uno (Art. 8.2.d y e), lo que incluye cuestiones como el derecho de comunicarse libre y privadamente con su defensor (situación que se imposibilita en contexto de privación de la libertad). Las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos de las Naciones Unidas (Reglas de Mandela) aprobadas en el 2015¹⁴, prescriben que: “Regla 109 1. No deberán permanecer en prisión las personas a quienes no se considere penalmente responsables o a quienes se diagnostique una discapacidad o enfermedad mental grave, cuyo estado pudiera agravarse en prisión, y se procurará trasladar a esas personas a centros de salud mental lo antes posible”.

En términos generales, la respuesta penal para las personas declaradas inimputables es su incorporación a un régimen de “sanciones alternativas” a la pena, imponiendo su reclusión en “manicomios” o “instituciones adecuadas”. Tal medida de seguridad solo cesa cuando se considera que la persona está curada y que ha desaparecido el “peligro” que le dio origen.

Rige pues, en nuestra legislación penal, una fórmula psiquiátrico-psicológico-jurídica para fijar las eximentes de responsabilidad en la cual se hace constar de acuerdo al “Código Penal Artículo 34 Nacional que No son punibles: 1. El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás”¹⁵. En términos generales, la respuesta penal para las personas declaradas inimputables es su incorporación a un régimen de “sanciones alternativas” a la pena, imponiendo su reclusión en “manicomios” o “instituciones adecuadas”. Tal medida de seguridad solo cesa cuando se considera que la persona está curada y que ha desaparecido el “peligro” que le dio origen.

Rige pues, en nuestra legislación penal, una fórmula psiquiátrico-psicológico-jurídica para fijar las eximentes de responsabilidad en la cual se hace constar de acuerdo al “Código Penal Artículo 34 Nacional que No son punibles: 1. El que no haya podido en el momento

del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones. En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a sí mismo o a los demás”¹⁵.

Como contracara “el artículo 12 de la CDPD constituye el gran desafío de garantizar la igualdad en el ámbito de la capacidad jurídica. El primer párrafo del artículo 12 prescribe el derecho a ser reconocido como persona ante la ley, es decir, el derecho a la personalidad jurídica. La cláusula inserta la locución “en cualquier lugar” en una referencia visible al ideal universalista de la norma como garantizadora de los derechos en el dominio intraestatal y como corolario de la ciudadanía. Bajo ciertas leyes latinoamericanas se reconoce la personalidad jurídica desde el nacimiento con vida y a los nacientes se les resguardan derechos desde la concepción –así determinan los códigos civiles de Argentina, México y Brasil. En el caso de Brasil, por ejemplo, también se garantiza que el certificado de nacimiento sea concedido gratuitamente a las personas carentes según sus disposiciones constitucionales (...) los

derechos políticos se encuentran entre los derechos asegurados. El segundo párrafo pone de manifiesto la inconveniencia de conductas discriminatorias adoptadas por el Estado para que personas con discapacidad puedan votar o puedan ser candidatos a cargos electivos. La autonomía de las personas se ha subvertido sistemáticamente a través de herramientas legales que permiten la usurpación de la capacidad jurídica de los actos de la vida en la sociedad La habilidad de una persona con una discapacidad—que no tiene capacidad jurídica— para tomar decisiones, para lograr independencia y ser incluida plenamente en la comunidad “se encuentra fatalmente comprometida”. Por estas razones, Inclusión International sostiene que “la capacidad de actuar no es sólo componente de la capacidad jurídica en el artículo 12, es la parte más definitiva: el derecho a tomar decisiones¹⁶.”

Más bien, se trata de actitudes y normativas de corte proteccionista que, en resumidas cuentas, les despoja del carácter de sujetos procesales para tratarlos como objetos de tratamiento procesal. Así quedan internados en hospitales psiquiátricos, muchas veces la medida de seguridad desaparece y la persona queda en una internación indefinida sin control de legalidad de su situación de restricción de derechos. Así se expide el Tribunal Europeo de Derechos humanos. El caso se originó en una solicitud (n. ° 53157/11) contra la República

Federal de Alemania presentada ante la Corte en virtud del artículo 34 del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales (“el Convenio”) por un ciudadano alemán, Sr. Andreas Klinkenbuß (“el solicitante”), el 18 de agosto de 2011. . El demandante estuvo representado por el Sr. D. Schneider-Addae-Mensah, abogado que ejerce en Estrasburgo. El Gobierno alemán (“el Gobierno”) estuvo representado por dos de sus Agentes, el Sr. H.-J. Behrens y la Sra. K. Behr, del Ministerio Federal de Justicia y Protección al Consumidor. 3. El solicitante alegó, en particular, que su confinamiento continuo en un hospital psiquiátrico había violado su derecho a la libertad en virtud del artículo 5 § 1 de la Convención. 4. El 14 de abril de 2014, la denuncia relativa a la continuación de la detención del solicitante en un hospital psiquiátrico fue comunicada al Gobierno y el resto de la solicitud fue declarada inadmisibles de conformidad con la Regla 54 § 3 del Reglamento de la Corte¹⁷.

La privación de la libertad de una persona con discapacidad basada en su propia condición, constituye una detención arbitraria y resulta incompatible con los estándares previstos por la CDPD.¹⁸ La detención arbitraria a la que son sometidas las personas con discapacidad psicosocial, no es violatoria únicamente de sus derechos sino que también afecta a la sociedad desde

un punto de vista económico, ya que el Estado gasta recursos de forma inadecuada al dar tratamiento a estas personas dentro el sistema de justicia penal, cuando deberían y necesitan ser tratadas en la comunidad.

Específicamente, la regulación en materia de capacidad jurídica pone a los acusados que tienen alguna discapacidad psicosocial en plena indefensión, por eso resulta vital la intervención de la defensa autónoma, que atienda al reclamo constitucional del debido proceso legal¹⁹. Las personas con discapacidad en el proceso penal se enfrentan a: determinación de inimputabilidad sin criterios ni protocolos especializados; prisión preventiva superior a la de las personas que no tienen discapacidad; internamientos como medidas de seguridad que sobrepasan la pena del delito que cometieron, la falta de protagonismo en el proceso, sin serle notificados directamente los diferentes actos del proceso. El estigma y la discriminación excluyen a las personas con discapacidad, invisibilizándolos de las garantías reconocidas por los instrumentos internacionales de derechos humanos, negándoles un reconocimiento de ciudadanía en razón y por motivo de discapacidad.

Mientras el debate de doctrina y políticas de seguridad de un estado, políticas públicas y Academia, las personas con discapacidad sufren un tratamiento inadecuado

que desbalance el equilibrio de muchas intervenciones. Es imposible definir la complejidad humana, el milagro existencia, por eso debe acudir a los acuerdos humanistas que proponen algunas definiciones alrededor de la persona humana, fusión de estos presuntos 'horizontes para sí mismo' (LEVINAS, 2005).

Es decir la representación de las personas con discapacidad en la dimensión Ética de su propuesta de existencia, para entender como para juzgar. El debate histórico es ahora la medida humana de las personas con Discapacidad. Desde ese inmenso lugar la respuesta conmovible del derecho en lo relativo de esa existencia.

Para Habermas "La estrategia que sigue la ética del discurso para extraer los contenidos de una moral universalista de los presupuestos universales de la argumentación ofrece perspectivas de éxito precisamente porque el discurso constituye una forma de comunicación más exigente, que va más allá de formas de vida concretas y en las que las presuposiciones del actuar orientado por el entendimiento mutuo se universalizan, se abstraen y liberan de barreras, extendiéndose a una comunidad ideal de comunicación que incluye a todos los sujetos capaces de hablar y de actuar" (SIEDE, s.f.). Esta comunicación-argumentativa que incluye a todos los miembros de una comunidad indeterminada, está haciendo

referencia a los conflictos interpersonales en que se pueden enfrentar los posibles interlocutores en un discurso, los cuales, en cada caso, podrían encontrar una respuesta racional.

Con la ética del discurso se pretende crear una comunidad ideal de comunicación (en la argumentación cada uno se vale por sí mismo, pero siempre inserto en un contexto universal), en donde el marco histórico de la sociedad o el contexto donde se encuentren exista una operación racional, en la cual se deja de lado la argumentación autoritaria para darnos cuenta que todos nosotros somos eventuales interlocutores en donde primara la argumentación más racional y no la más fuerte o más jerárquica, con la Ética del Discurso se pretende destrabar y desatar el nudo que provoca la absolutización del consenso actual por medio de la idea regulativa de la comunidad ideal de comunicación para lograr una universalidad aún más grande, “Pues las argumentaciones van per se más allá de los distintos mundos de vida particulares; en sus presupuestos pragmáticos el contenido normativo de los presupuestos del actuar comunicativo está universalizado, abstraído y libre de barreras: extendido a una comunidad ideal de comunicación que incluye en su seno a todos los sujetos capaces de actuar y de hablar..”, por lo cual “Solo una argumentación desarrollada intersubjetivamente en la

que pudiesen participar todos los posiblemente afectados hace a la par posible y necesaria una universalización radical..”, es por esta razón que Habermas dentro de una intersubjetividad, una heterogeneidad de interlocutores entiende “(..) la argumentación como un procedimiento para el intercambio y la valoración de información, razones y terminología” (HABERMAS, 2002).

Se debe tener precisión del objeto de conocimiento para establecer reformas que interpreten el derecho vivo de los Derechos humanos y una dimensión a la hora de los repartos que indique su valor.

() Aclaración: El artículo que se publica es original. Es un extracto del que se presenta completo en la REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS CRIMINAIS del INSTITUTO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS CRIMINAIS.*

Notas

¹ Michell Foucault, *Historia de la Locura Historia de la locura en la época clásica*. Editorial: Fondo de cultura económica. 1964. 1 ed. Páginas: 901. Tomos: 2.

² Joaquín Ferrando, prólogo a “Locura y sinrazón” de Foucault Otra forma de pensar es posible <http://www.librodenotas.com/almacen/Archivos/003546.html>

³ Se mantiene el tiempo presente por la presencia de grandes manicmios en toda la región de Latinoamérica.

⁴ Foucault, 1961; Castel, 1980; Álvarez-Uría, 1983; Foucault, 2001; Huertas, 2005. 4 Foucault, 1961; Castel, 1980; Goldstein, 1987; Álvarez-Uría, 1983; Huertas, 1992; Foucault, 2005. 5 Foucault, 2001.

⁵ Agambem, Giorgio HOMO SACER: EL PODER SOBERANO Y LA NUDA VIDA, Pag.162 Edit. Pre-textos. 1998.

⁶ Vida y derecho en Hannah Arendt Adriano Correia. Universidade Federal de Goiás, Brasil <http://revistadefilosofia.com/75-09.pdf>

⁷ La ley Nacional de Salud Mental 26657 dictada en la República Argentina, reglamento la internación, privilegiando el derecho ambulatorio y la presunción de capacidad jurídica para establecer la voluntad y prestar consentimiento informado.

⁸ Foucault Michel Vigilar y castigar– 1975.

⁹ Foucault Michel , ‘Los Anormales’, una genealogía de lo monstruoso Dr. Adolfo Vásquez Rocca, 23/06/2007.

¹⁰ La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, y quedaron abiertos a la firma el 30 de marzo de 2007. Se obtuvieron 82 firmas de la Convención y 44 del Protocolo Facultativo, así como una ratificación de la Convención.

¹¹ Palacios, Agustina, *El modelo Social de la Discapacidad. Orígenes caracterización y su plasmación en la Convención de los derechos de las Personas con Discapacidad*, Editorial cinca 2008 pag.103 y ss.

¹² LA CULPABILIDAD Y EL PRINCIPIO DE CULPABILIDAD.Fernando Velásquez V. Universidad Pontificia Bolivariana (Medellín, Colombia) *Revista de Derecho y Ciencias Políticas*, vol. 50, año 1993, Lima, p. 283 – 310 https://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/articulos/a_20080527_33.pdf

¹³ CRPD/C/BOL/CO/1, Bolivia del 04/11/2016, par. 36; CRPD/C/ETH/CO/1, Etiopía del 04/11/2016, pars. 31-32; CRPD/C/ITA/CO/1, Italia del 06/10/2016, pars. 35-36; CRPD/C/ARE/CO/1, Emiratos Árabes Unidos del 03/10/2016, pars. 27-28; CRPD/C/COL/CO/1, Colombia del 30/09/2016, pars. 38-39; CRPD/C/GTM/CO/1, Guatemala del 30/09/2016, pars. 39-40; CRPD/C/MEX/CO/1, México del 27/10/2014, pars. 27 y 28; CRPD/C/ECU/CO/1, Ecuador del 27/10/2014, par. 28 y 29; CRPD/CO/BEL/CO/1, Bélgica del 28/10/2014, par. 28; CRPD/C/BRA/CO/1, Brasil del 29/09/2015, par. 31; CRPD/C/PRT/CO/1, Portugal del 20/05/2016, par. 33; CRPD/C/BOL/CO/1, Bolivia del 04/11/2016, par. 36; CRPD/C/PRT/CO/1, Portugal del 20/05/2016, par. 33.

¹⁴ Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas de Mandela), adoptadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas en mayo de 2015.

¹⁵ Código penal Argentino, art. 34.

¹⁶ Palacios Agustina, Iglesias Maria Graciela Art. En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* pag 50 Editorial Psicolibros .Uruguay 2017.

¹⁷ *Klinkenbuß v. Germany*, The European Court of Human Rights (Fifth Section), sitting as a Chamber composed of: Ganna Yudkivska, President, Angelika Nußberger, Khanlar Hajiyev, Erik Møse, Faris Vehabović, Siófra O’Leary, Carlo Ranzoni, judges, and Claudia Westerdiek, Section Registrar, Having deliberated in private on 2 February 2016.

¹⁸ Center for Public Representation, The legal rights of prisoners with psicosocial disorders. Mimeografiado. Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas, OEA/Ser.L/V/II.Doc. 64, 31 diciembre 2011. CDHDF, Informe especial sobre el derecho a la salud de las personas privadas de la libertad en los centros de reclusión del Distrito Federal 2011-2012, México, CDHDF, 2012. Council of State Governments, Criminal Justice/Psicosocial Health, New York, Council of State Governments, 2002.

¹⁹ Constitución Argentina .Art.18.

Entrevista a Marcela Freytes (*)

Marcela Freytes

Dra. en Salud Mental
Comunitaria (UNLa)

Directora de la Unidad Académica
de Salud Social y Comunitaria
de la Universidad de Chubut.

Exdirectora Provincial de Salud
Mental Comunitaria de la
Provincia de Chubut

E: Entrevistador**MF: Marcela Freytes**

E: Para comenzar esta entrevista y como graduada de la Maestría y el Doctorado en Salud Mental Comunitaria de la UNLa queremos que nos comentes una reflexión sobre cómo impactó en tu desarrollo profesional tu paso por estos espacios de formación.

MF: Yo tuve la suerte de estar en la segunda cohorte de la Maestría en Salud Mental Comunitaria y hacerla al poco tiempo de haberme recibido, tenía 5 años de profesión y estaba haciendo mi residencia en el Hospital Piñero. Llego a la Maestría porque era muy buena la experiencia de empezar a formarse en un hospital pero sentía que no tenía herramientas conceptuales que me permitieran pensar la práctica o pensar intervenciones en función de la población con la cual estábamos trabajando y la verdad que para mí la Maestría fue como un punto de quiebre que marcó todo mi trabajo profesional; precisamente poder pensar algo de la cuestión de la salud pública, del modelo de salud mental comunitaria;

generar esta caja de herramientas que marcó mi práctica; generar toda la red de contactos y amistades que fueron y que son redes que sostuvieron y que sostienen al día de hoy mis prácticas.

En ese momento éramos muy pocos y tuvimos la suerte de tener a docentes, algunos todavía están otro ya no, que habían sido los referentes que nosotros leíamos: Mario Testa, Emiliano Galende, Alicia Stolkiner, Elena de la Aldea, Mirta Clara, no me quiero olvidar ninguno.

Creo que hay una identidad profesional de ser de Lanús que no se pierde y que te marca, de hecho, después hice el Doctorado en Salud Mental Comunitaria y la verdad es que para mí Lanús es como una referencia simbólica que atraviesa mis prácticas; de hecho hoy estoy acá como docente y sigo pensando en proyectos que incluyan a la universidad. Mi balance ha sido sumamente positivo de haber transitado tanto por la Maestría como por el Doctorado.

E: Si te preguntáramos sobre saberes y prácticas ¿Qué puedes decir sobre los saberes y su vinculación con las prácticas desde tu paso por estos espacios?

MF: Creo que, precisamente, tanto la Maestría como el Doctorado lo que nos brindaron son saberes para

problematizar las prácticas. Obviamente por el tipo de trayectoria académica no es algo de aplicación inmediata pero nos dio todo un marco teórico de referencia que cada uno de nosotros desarrolló a partir de su incumbencia.

Remarco mucho la puesta en marcha de un modelo, de un pensamiento comunitario que uno lo puede poner incluso en la guardia porque no tiene que ver estrictamente con la intervención comunitaria en el territorio sino con las dimensiones de análisis que uno tiene en cuenta al pensar cada situación en la que uno está interviniendo y me parece que eso te marca el posicionamiento en tu rol profesional en cualquier ámbito de trabajo; te da un esquema de por dónde ir pensando determinadas cuestiones porque, claramente, el corset disciplinario para trabajar en salud mental y en todas estas problemáticas que tienen que ver con el sufrimiento mental se hace estrecho, queda corto.

Los posgrados nos dieron esta gimnasia de saber trabajar con otros y pensar con otros la práctica porque me parece que no hay trabajo posible si no es con otros más allá de que después a veces la intervención a uno le toque hacerla solo.

E: ¿Cuánto debe saber alguien que realiza un posgrado para modificar las prácticas?

MF: Por lo menos en mi historia personal lo que fue definitorio fue hacer la Maestría en Salud Mental Comunitaria estando en la residencia. Yo no sé si hubiera sido lo mismo no estando allí haciendo una práctica hospitalaria porque, de hecho, todos mis trabajos en la Maestría eran todo el tiempo reflexionar, planificar, ir pensando lo que estaba pasando en el hospital. En mi caso profesional yo salí de la facultad y me metí a estudiar porque sentí que no sabes nada, creo que hice un curso de psicoanálisis de niños y en ese momento no estaba atendiendo niños. Yo por otro lado estudiaba otras cuestiones de la disciplina, supervisábamos complementariamente pero me parece que con el marco general que tuvimos yo pude, incluso, animarme a generar otras prácticas que eran muy resistidas en el hospital; por ejemplo trabajar con grupos: yo había hecho 5 años de formación en grupos, era psicodramatista pero en el hospital era todo individual. En este sentido, con los posgrados, te sentís más respaldado porque vos tenés un fundamento para defender una práctica “se trata de esto”, “las personas que vienen al hospital público no vienen demandando análisis”, “tenemos que nosotros pensar otros dispositivos que den respuestas”. Entonces te sentís como mucho más fuerte teóricamente para

fundamentar prácticas que las estás probando porque, obviamente los contenidos son generales, son teóricos.

E: ¿Vos hacías psicodrama?

MF: Yo había hecho 3 años de coordinación de grupos y 2 años de un seminario de psicodrama pero vos imagináte que el hospital en el que estaba era absolutamente lacaniano, supervisábamos con profesionales en Palermo entonces era como muy difícil. Después armamos grupos que al día de hoy siguen, que los empezó la residencia: grupos de convivencia en la sala, grupo de post-alta, empezamos a salir a los CAPS cuando estaba prohibido salir del hospital. Cuando a mí me tocó ser jefa empezaron la rotación de área externa por primera vez en los Centros de Atención Primaria del hospital, teníamos muchos y no los conocíamos; empezamos a juntarnos con las otras residencias, algo que parece como nimio, pero había varias residencias lineales en el hospital y no nos juntábamos; el grupo de post-alta lo pudimos hacer con Trabajo Social, con todas las dificultades que implicó.

E: Una vez que vos pudiste sentirte respaldada o más segura a partir del camino grupal y el camino comunitario, eso ¿lo aplicaste después en el hospital o en Chubut?

MF: Yo en el hospital estuve 5 años, 4 de residencia y uno de jefatura. Nosotros teníamos libertad de trabajo, éramos un grupo grande y ahí con los compañeros de la residencia todo el trabajo de grupo lo empezamos nosotros. Después, cuando me voy a Chubut me voy a trabajar a un equipo de nivel central entonces ahí mi trabajo ya no fue la asistencia directa sino algo más programático y ahí era “a mi juego me llamaron”, más después de la Maestría y el Doctorado; ahí sentí que todo lo que habíamos visto: lo que era planificación, evaluación, desarrollo de dispositivos lo podía aplicar.

E: Es decir que también tuviste un aporte en el campo de la gestión

MF: Si, de hecho mi trabajo más fuerte en los últimos 11 años fue en gestión. En el 2015 con el cambio de gestión, salgo de la dirección; me ofrecieron quedarme en el equipo de nivel central pero yo preferí volver a trabajar en atención primaria, volví a trabajar en terreno.

E: Y hoy ¿Qué estás haciendo?

MF: Hoy estoy con licencia en salud y estoy trabajando dirigiendo la Unidad Académica, armándola en la universidad.

E: Después de este recorrido profesional ¿Cómo ves vos la proyección de salud mental comunitaria y salud mental?

MF: A nivel nacional es como muy heterogéneo. En mi provincia el cambio fue un poco complicado; lo que yo veo como positivo es que haya alternancia en los cuadros que están conduciendo porque sino, no tenés una política pública, tenés algo referenciado a una persona en particular. Lo que yo vi de interesante allá y como positivo fue que cuando hubo algún intento de desmantelar dispositivos o cambiar algunas cuestiones, los equipos defendieron el trabajo. El proceso en Chubut fue distinto al de Río Negro donde los equipos de base fueron los que impulsaron la reforma; en Chubut fueron los equipos técnicos del Ministerio los que llevaron adelante algo mucho más planificado desde un programa del Ministerio. Entonces haber logrado, no que el 100%, pero sí que un alto porcentaje de los compañeros de los equipos se apropien de este modelo y lo defiendan, más allá de quién está conduciendo cuando,

lo evaluó positivamente. Además, está la Ley Nacional, está la Convención, está la Ley Provincial, es decir, hay un marco que respalda y que les da una herramienta también de lucha; no es el capricho de un equipo sino que hay un marco legal.

E: O sea que hay un proceso de apropiación colectiva

MF: Sí. Insisto, no al 100% pero bueno... La residencia es una estrategia interesante también como política pública en recursos humanos.

E: ¿Cómo ves el tema de salud mental hoy a nivel nacional?

MF: A nivel nacional yo lo veo muy complicado porque se están desmantelando... A ver, la verdad es que tampoco habíamos avanzado al 100% y era todo un paraíso, había peleas muy duras también en la gestión anterior, específicamente en el núcleo duro que es el desarme de los manicomios. En eso discutíamos mucho, yo todavía era directora provincial e iba a las reuniones y planteaba que no hay transición posible desde los manicomios, no hay procesos de transformación, hay que cerrarlos. Hay que ser claros, hay que cerrarlos, hay que cerrar las camas, alta que se da cama que se cierra y complementariamente generar la estructura paralela; no hay

un sistema que pueda integrar ambos sistemas o la red de efectores con el monovalente. Y en esto último se había suavizado el discurso y era un problema y creo que ahora hemos retrocedido más, de hecho desde las manifestaciones públicas de quien está a cargo de la dirección nacional manifiestamente en contra de Ley y además por acción o por omisión cuando no se avanza en determinadas acciones que puedan volver más sólidos estos procesos es claro que se están retirando. Acá somos pocos y nos conocemos en la Argentina y conocemos la historia también. Se han detenido también los procesos del Órgano de Revisión, nosotros en la provincia de Chubut no alcanzamos a armarlo y eso se detuvo, hace unos días nos enteramos que desarmaron CONADIS y ya había pasado lo mismo con el Consejo Consultivo que genera la Ley de Salud Mental donde le bajan el rango, ya no es interministerial sino que lo ponen en la órbita de un ministerio y desarman toda la lógica de trabajo. Es decir, se puede desarmar la Ley sin ir por la Ley. Están desarmando los equipos territoriales y yo entiendo que un Ministerio de Nación no tiene que hacer práctica concreta en los territorios sino que hay que articular con el Estado Provincial y los Municipios. Pero hubo un programa de refuerzo de recursos humanos para poder desarrollar los dispositivos alternativos que era necesario pensando precisamente en la transición, no sé si fue la manera más feliz pero

fue la manera que se encontró; esos equipos se están levantando, están desapareciendo de los territorios y no se está pensando una alternativa de por ejemplo financiamos a nivel provincial entonces generan sus propios equipos, un plan B; entonces uno lo que ve es un desarme y que queda lo institucional porque lo más difícil de la salud mental comunitaria es el trabajo en territorio, la red de efectores es como una plataforma desde la cual hay que trabajar con la comunidad, con los vecinos, con las familias, con las personas con el padecimiento mental en el caso de los trastornos mentales en su vida cotidiana, en su entorno; y hay todo un retraimiento de eso donde aún los equipos de primer nivel que son los equipos que tienen que ser la primera línea en salir a trabajar se quedan en el consultorio.

E: No sé si estás enterada, ayer hubo una reunión académica que convocó el Ministerio de Salud Mental de la Nación para la discusión de la Ley invitando a psiquiatras y neurólogos

MF: Otro tema es el del Artículo 4 de la Ley que también trasciende el radio pasillo y que es algo por lo cual quieren ir y que también sería un retroceso que insisto: se puede retroceder tan fácilmente porque no habíamos consolidado un proceso como país, yo ahí marco la diferencia con la provincia porque ahí hubo como

muchos años sostenido de un mismo norte y se generaron los dispositivos desde un programa de salud del Estado que no es una cuestión menor; con un montón de falencias, dificultades, faltaron hacer un montón de cuestiones:

a) hay que problematizar la práctica de los equipos

b) generar la estructura es un primer paso pero si después no discutimos qué prácticas están llevando adelante los equipos, desde qué marcos referenciales están pensando. Ocurre por ejemplo que puedes tener una hermosa casa de convivencia y que sea un pequeño manicomio cuyas prácticas no se diferencien del Borda. De hecho somos muy críticos puertas adentro, la realidad es que cuando nos juntamos con otros también revalorizamos lo que se hace, lo que se hizo y lo que se sigue haciendo.

E: ¿Hay algo que quieras transmitir frente a este estado de desmantelamiento que hay?

MF: Si, me preocupa mucho el tema de las adicciones. Insisto, no logramos avanzar mucho; el artículo 4 de la Ley fue fundamental pero hay mucha resistencia en los equipos en pensar que las adicciones son una problemática más de salud mental; incluso nosotros en

la provincia los centros de tratamiento integral de las adicciones son parte de la red pero es el único dispositivo de la red que se crea en función de una problemática. Tenés centros de día, internación en el hospital general, trabajo en el área externa, empresas sociales que son armadas en función de modalidad de cuidado. Los centros de atención integral de las adicciones están armados en función de una problemática, se rompe la lógica sanitaria de toda la red pero además siguen siendo efectores de segundo nivel.

Si no entendemos que las adicciones no son un problema exclusivamente sanitario, que las tenemos que trabajar en el primer nivel de atención, que realmente hay que articular con otros sectores y que está muy asociado al tema de la pobreza. Ha heredado mucho del estigma que antes tenía la locura ahora lo tienen las personas con consumos problemáticos en cuanto a la peligrosidad, la delincuencia, todo lo que ya escuchamos y con un retroceso muy importante: las comunidades terapéuticas gozan de buena salud igual que los manicmios y quizás con la diferencia de que en lo que es el trabajo con trastornos mentales severos había mucha experiencia exitosa a la cual mirar.

Nosotros no partíamos de cero, no teníamos que descubrir la pólvora; era mirar lo que habían hecho en

Brasil, en Río Negro, en Europa, en Chile y pensar en los fundamentos de esas reformas qué de eso nos servía a nosotros. Yo creo que en el campo de las adicciones hay como mucho menos proceso exitoso en el cual poder pensar pero es un tema mucho más sensible a nivel comunitario, digamos que no es tan fácil, si uno arma un dispositivo laboral para personas con discapacidad se sacan la foto los políticos de turno porque es como un tema que gusta más, si vos querés trabajar con personas con consumos problemáticos, con problemas de adicciones ya gusta menos.

El otro tema en que a mí me parece que no avanzamos nada es el de las personas privadas de la libertad, si no queremos manicmios tampoco podemos querer cárceles como están las cárceles hoy en día y ahí sí que me parece que hay un clima de época en el que es muy difícil meterse porque hay un retroceso en el pensar desde una perspectiva de derechos y hay un avance de un discurso muy represivo. Yo vengo de Chubut, acabamos de hablar de lo de Santiago Maldonado, es parte del clima de época que se pueda hacer esto y que no haya una reacción colectiva al 100%.

E: ¿Cómo vinculás el tema de Santiago Maldonado con esta cuestión de salud mental?

MF: No hay salud mental sin la posibilidad de un ejercicio de derechos, de los derechos como ciudadano de cualquier persona tenga algún tipo de patología o no; hablo de la salud mental en el sentido positivo. El derecho a la libertad, a expresarse, a manifestarse es básico, tiene que ver con el derecho a hablar, a decir lo que uno piensa. Si el Estado secciona ese derecho estamos volviendo a cuestiones de la época más oscura de nuestro país. Esto me parece que es la punta de iceberg de muchas cuestiones que se fueron dando, que se visibilizan más o menos. Hoy leía a la mañana que fueron imputados los gendarmes que participaron del ataque a una murga que hubo acá hace un año y medio...

Bueno, muchísimas cosas que van pasando y se van naturalizando; hay un clima de época difícil y lo que a mí me preocupa es cómo se va dando ahora el sentido común y se naturaliza esto.

(*) Entrevista realizada en septiembre de 2017

Nota: Releo esta entrevista en abril de 2018 y obviamente ha cambiado mi opinión en relación al referente nacional de Salud Mental. La designación de Luciano Grasso a cargo de la DNSMyA fue una gran alegría y me da esperanza de que vamos a poder seguir avanzando en el camino que marca la ley, en un proceso de construcción que permita a las personas con sufrimiento mental el ejercicio pleno de sus derechos ciudadanos. Creo que en estos cuatro meses de trabajo desde que se hizo cargo de la Dirección, ha dado muchas muestras concretas y favorables en ese sentido.

El resto de lo charlado en septiembre del año pasado, creo que sigue muy vigente. La situación política, social y económica, en el país y en América Latina, es muy preocupante, por la pérdida generalizada de derechos a todos los niveles y el retorno de situaciones sobre las que como sociedad, habíamos dicho nunca más.

Demanda en salud mental de adolescentes que consultan en un CeSAC. CABA, 2011-2013.

Gabriela Wagner

Licenciada en Psicología, UBA.
Especialista en Gestión de las
organizaciones de Salud UNLa
Maestranda de Salud Mental
Comunitaria UNLa
Docente UNLa
CeSAC n°9, CABA

gabrielawagner74@hotmail.com

Reseña Título

Demanda en salud mental de
adolescentes que consultan en un
CeSAC. CABA, 2011-2013.

Maestranda

Gabriela Wagner

Directora de Tesis

Mg. Sandra Gerlero

Resumen

El presente artículo exhibe avances y reflexiones surgidas en el marco de realización de la tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria. La misma analiza la demanda de atención en Salud Mental de adolescentes entre 10 y 19 años que consultan a un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la zona sur de CABA entre los años 2011 y 2013.

La inclusión de aspectos relativos a la subjetividad presenta dificultades a la hora de conocer y estimar la prevalencia institucional de las personas que consultan en salud mental. La epidemiología brinda elementos para problematizar los procesos de salud-enfermedad que se producen en los grupos poblacionales, analizando las condiciones que los determinan en su complejidad

Palabras clave: Adolescentes- Demanda-
Epidemiología –Salud Mental

Summary

This article presents advances and reflections that emerged within the framework of the Master 's thesis in Community Mental Health. It analyzes the demand for Mental Health care of adolescents between 10 and 19 who consult a Health and Community Action Center in the southern zone of CABA between 2011 and 2013.

The inclusion of aspects related to subjectivity presents difficulties in knowing and estimating the institutional prevalence of people who consult in mental health. Epidemiology provides elements to problematize the health-disease processes that occur in population groups, analyzing the conditions that determine them in their complexity

Keywords: Adolescents- Demands- Epidemiology- Mental Health

El presente artículo exhibe avances y reflexiones surgidas en el marco de realización de la tesis de Maestría en Salud Mental Comunitaria. La misma analiza la demanda de atención en Salud Mental de adolescentes entre 10 y 19 años que consultan a un Centro de Salud y Acción Comunitaria de la zona sur de CABA entre los años 2011 y 2013.

La inclusión de aspectos relativos a la subjetividad presenta dificultades a la hora de conocer y estimar la prevalencia institucional de las personas que consultan en salud mental.

Desde el año 2011, como responsable de la recepción de las consultas de adolescentes en Salud Mental, lo que se denomina Entrevistas de Admisión, elaboro un registro de los motivos de consulta, explicitando aquello que refieren quienes realizan las consultas de atención, ya sea, la madre, familiares o el adolescente mismo.

Siguiendo esta línea, el tema de la adolescencia recubre un doble interés, tanto por los motivos por los que buscan ayuda en salud mental cuanto porque se trata de un grupo etáreo que ya es objeto de psicopatologización. Para sostener una mirada integradora es necesario incluir la dimensión subjetiva sobre las adolescencias.

Sabemos que los grupos sociales no sufren de la misma manera, que el sufrimiento psíquico y los procesos de

salud - enfermedad están relacionados con las condiciones de producción social en una compleja dialéctica (Castellanos, 1987).

La epidemiología brinda elementos para problematizar los procesos de salud-enfermedad que se producen en los grupos poblacionales, analizando las condiciones que los determinan en su complejidad.

Sin incurrir en explicaciones etiológicas, ni causales del padecimiento psíquico se hace necesario caracterizar las relaciones entre la percepción del padecimiento psíquico y las condiciones socio-históricas de vida de los diferentes grupos poblacionales. Diferenciándose de la visión centrada en la expresión individual de los estados subjetivos, la Epidemiología interroga la dimensión colectiva del sufrimiento psíquico y, desde esta perspectiva, la labor se orienta en poder visibilizar y dar cuenta de la articulación por la cual los procesos sociales dejan su impronta en los procesos de salud - enfermedad (Gerlero, 1999).

En el marco de esta investigación, los motivos de consulta consignados en los registros institucionales internos del dispositivo de Admisión de Psicología perteneciente al CeSAC son considerados indicadores de las problemáticas subjetivas que presenta la población adolescente

que consulta, y la información que de ellos se obtiene podría proporcionar una primera aproximación para pensar los problemas de salud mental de esta franja etárea y ampliar la comprensión sobre el papel central que tienen los factores culturales, sociales e institucionales para la producción de salud mental. Se tiene por finalidad suministrar información descriptiva acerca de la población que consulta al centro de salud y su relación con los motivos de consulta prevalentes (prevalencia institucional), los circuitos que adopta la demanda, para establecer una línea de base para futuros estudios y realizar propuestas de cambio en el abordaje de esta problemática tendientes a complejizar el análisis de la demanda así como, proponer modalidades de registros acordes a un abordaje epidemiológico que comprenda la realidad local del sufrimiento psíquico de la población adolescente según sus condiciones de vulnerabilidad.

Se realizó un estudio descriptivo de prevalencias, longitudinal y retrospectivo con un abordaje cuanti-cualitativo. En este tipo de estudio se pueden comparar en el tiempo las medidas “instantáneas” mediante el registro de información precisa y simultánea sobre el problema de salud y las variables asociadas a él. Por ser una comparación de “fotos”, este tipo de diseño no permite hacer inferencias causales. A partir de este tipo de estudios pueden obtenerse patrones de distribución de los

problemas en la población seleccionada y, entre las características de los mismos, derivarse claves de asociación que permiten elaborar hipótesis epidemiológicas a constatar en posteriores diseños.

El primer capítulo aborda la construcción de la Epidemiología como disciplina de la modernidad, su dificultad para incorporar lo social o colectivo y el concepto de enfermedad.

Analizar las críticas y las propuestas en epidemiología que surgen desde el campo de la salud colectiva, la antropología médica y las ciencias sociales en general al concepto de enfermedad, resulta de suma importancia a la hora de articular este campo con el campo de la salud mental que nace también criticando el paradigma de la psiquiatría junto con la puesta en cuestión de la categoría de “enfermedad mental” como objeto a-histórico y objetivado (Augsburguer, 2002; Galende, 1990; Gerlero, 1999; Stolkiner, 2003), herencia de la tradición positivista.

Los aportes de Kleinman y Good (1978) son de especial importancia en este debate. Estos autores sistematizaron un modelo de enfermedad concediendo especial importancia a los aspectos sociales y culturales que no son valorados por otros abordajes, especialmente en el biomédico. Se basaban en la distinción del idioma

inglés entre los vocablos *disease-illness- sickness*. En esta conceptualización enfermedad o *disease*, hace referencia a las disfunciones o alteraciones de procesos biológicos definidos por la concepción biomédica. El concepto de padecimiento o *illness*, incorpora la experiencia y la percepción individual derivada del fenómeno patológico. El concepto de *sickness se realciona con* los procesos de resignificación de la enfermedad como así también a la reacción social frente a una enfermedad, da cuenta del aspecto social y el tipo de relación social que se genera. (Kleinman y Good, 1978)

El análisis desde una perspectiva histórica y epistemológica nos permite entender los actuales debates de la epidemiología en salud mental, y sus desencuentros y complejidades, en relación con los desarrollos hegemónicos, subrayando la importancia de sus aportes como herramienta para diseñar intervenciones que den cuenta de la dimensión colectiva e histórica del sufrimiento mental. El reconocimiento desde la epidemiología de la dimensión subjetiva del sufrimiento psíquico es un campo de investigación que aún muestra mucho retraso y el encuentro con el campo de la Salud Mental ha encontrado muchas dificultades. (Augsburger A., 2002)

El segundo capítulo “Hacia una epidemiología en salud mental” se comienza a delinear la complejidad de

elaborar una epidemiología en Salud mental que de cuenta del sufrimiento.

La clasificación de trastornos y enfermedades propuesta por la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE 10/OMS), específicamente el capítulo que comprende los “Trastornos Mentales y del comportamiento” (identificado con la letra F) hace imposible categorizar las demandas si no es a fuerza de psicopatologizar los sufrimientos ligados a lo cotidiano y de excluir la dimensión subjetiva del que padece.

Las lógicas de clasificación basadas en lo considerado “trastorno” o “desviación” no resultan sensibles a la hora de poder describir el sufrimiento, las condiciones de su generación, y la dimensión subjetiva.

Por otro lado, el acápite de los “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud” (consignados con el código Z), si bien implican variables sociales, no permiten consignar el padecimiento que podría estar asociado a las condiciones sociales.

La clasificación es un acto fundamental para el estudio cuantitativo de todo fenómeno; es reconocida como base de toda generalización científica, y representa, por tanto,

un elemento de carácter esencial desde el punto de vista de la metodología estadística y de la epidemiología descriptiva.

Las clasificaciones de enfermedad en la infancia y adolescencia son un punto de mucha controversia disciplinar y que involucra aspectos no sólo técnicos sino éticos, según el marco teórico que se sustente. Es necesario analizar el carácter performativo y de control social de las clasificaciones.

Lo que se haya en el centro del debate es la validez de las categorías diagnósticas empleadas en psiquiatría, la noción misma de “enfermedad mental”, noción problemática importada de la medicina mental.

Para definir la validez de un trastorno mental discriminado como tal en determinado paciente, resulta necesario un mínimo consenso entre los psiquiatras de que el paciente efectivamente padece ese trastorno. Esto nos lleva al problema de la confiabilidad diagnóstica, que según su definición estadística radica en el número de utilizadores de la clasificación cuyos diagnósticos aplicados a una serie de casos concuerdan. (Pujó M., 2008).

Sin desconocer que la construcción de un sistema clasificatorio supuso un avance importantísimo para el campo de la Salud Pública y la Epidemiología es

necesario un debate que la ubique ya no dentro nociones naturalistas, sino que pueda ser replanteada y ajustada a las exigencias actuales del momento histórico y las realidades locales, saliendo quizá de una pretensión universal. (Gerlero, 1999).

En este sentido se enmarcan, las encuestas de morbilidad referida o percepción de malestar y/o salud expresada. Estos estudios son los que más se acercan a la intención de operacionalizar la categoría de sufrimiento psíquico desde la perspectiva de los propios sujetos. En general estos trabajos intentan recuperar las palabras con las que las personas significan los problemas de salud/enfermedad mental, desde sus propios valores y en relación a sus vidas cotidianas, los vínculos con los otros y con sus propios cuerpos. Por lo tanto, no se ajustan obviamente a criterios definidos a priori ni a las nosografías de la biomedicina.

Un antecedente de este tipo de estudio es el Lauridsen y Tanaka (1999) “Morbilidad referida y búsqueda de ayuda en los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia”.

Otro estudio que se ubica en una línea similar es el de Caraveo- Anduaga y otros (2002) acerca de “Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de México”.

Ambas investigaciones resultan de sumo interés, para el presente estudio, debido a que cuestionan la categoría de “caso” en el diagnóstico de salud mental y con ello la confiabilidad y validez de los sistemas clasificatorios en la infancia y la adolescencia.

En el presente trabajo la variable Motivos de consulta requirió de convertirse en otra Unidad de Análisis de nivel sub-unitario, hasta construir el sistema clasificatorio correspondiente. Esta etapa del proyecto demandó un análisis más cualitativo de la información.

A los fines de analizar la variable “motivo de consulta” y los valores que asume se requirió de un desdoblamiento, por un lado la “manifestación psíquica del sufrimiento” expresada en valores como malestar, ataques de angustia, robos, fugas, berrinches y rebeldía, etc. y por el otro lado lo que las personas asociaban ya como condicionamiento o “condición de producción del padecimiento”, expresado en problemas de vínculo con los padres, abandonos parentales, violencias, maltratos, situaciones de abuso, etc., como las principales.

Esta nueva clasificación se puso en contrapunto con la clasificación de estos dos aspectos que conforman el “motivo de consulta” utilizando las categorías de la CIE 10, para reflexionar sobre qué aspectos ilumina y qué

aspectos oscurece una y otra manera de categorizar en vistas de incluir la dimensión subjetiva del padecimiento en este grupo poblacional concreto.

Algunos resultados preliminares muestran que hay una mayor frecuencia de mujeres adolescentes que consultan, la proporción es de un 62 % sobre 273 consultas. . El motivo de consulta más frecuente en un 30 % está dado por la categoría “malestar”, los problemas de “mal rendimiento escolar” y “mala conducta en la escuela” ocupan un 8 % y la manifestación de “rebeldía” un 6 %, en la misma proporción se encuentran las “fugas del hogar”.

En relación a los condicionamientos un 41% esta constituido por problemas relacionados con el apoyo familiar primario (dentro de esta categoría se incluyeron situaciones como abandono materno y paterno, muerte de alguno de los padres, dificultades vinculares con la madre, separación de los padres, o madre o padre con enfermedad mental), los problemas relacionados con la “crianza en un ambiente violento” con un 11% , las situaciones de “abuso sexual” un 8% y los problemas relacionados al “ambiente escolar” un 8%.

Los presentes hallazgos muestran la relevancia del apoyo familiar y su condición de producción de padecimiento en este grupo etéreo, al decir de Galende: “La

pareja, la familia, la vida comunitaria, la participación en la vida política, etc. no es que condicionen o que sean contexto del bienestar psicológico sino que son el ámbito mismo de producción de valores de felicidad o sufrimiento” (Galende 1990, p. 81).

Bibliografía

Augsburger, A. C. (2002) *De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave*. Cuadernos Médico- Sociales 81: 61-75. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.

Caraveo Anduaga J. J.; Colmenares Bermúdez E.; Martínez Velez N. A. *Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de México*. Salud Pública de México, 2002; V.44 (6).

Castellanos, P. L. (1987) “*Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud*” en *Boletín Epidemiológico*. O.P.S. Vol. 10. Washington. 1987. Mimeo.

Galende E. (1990) *Psicoanálisis y Salud Mental Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires, Editorial Paidós.

Gerlero, S. (1999) *Epidemiología en salud mental. Análisis epidemiológico de las problemáticas prevalentes en los servicios de Psicología de las instituciones públicas municipales*. Trabajo de Tesis de la Maestría en Salud Mental. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos. Directora Lic. Susana M. Belmartino.

Kleinman, A., Eisenberg L., Good, B. (1978) *Culture, Illness and Care. Clinical lessons from Anthropologic and Cross-cultural Research*. Annals of internal medicine 88: 251-258.

Lauridsen E; Tanaka O. (1999) *Morbidade referida e busca de ajuda nos transtornos mentais na infância e adolescência*. Revista de Saúde Pública; 33 (6): 586-592.

Pujó, Mario. (2008): *“DSM: un esperanto instrumental”* en Revista Psicoanálisis y el Hospital. N° 34. Ediciones del Seminario. Buenos aires, 2008.

Stolkiner A. (2003) *De La Epidemiología Psiquiátrica a la Investigación en el Campo de la Salud Mental*. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría 2003/2004; XIV (54): 313- 319.

Juegos callejeros y seguridad ciudadana. Transformaciones en el uso del espacio público.

Estudio de caso: el barrio de Saavedra, C.A.B.A. (1970-1985).

Gustavo Alejandro Makrucz
Lic. en Psicología (U.B.A.)
Universidad Nacional de Lanús.

gusmak@yahoo.com.ar

Resumen

En este trabajo se presentan los avances preliminares de una Tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria, “**Juegos callejeros y Seguridad Ciudadana. Transformaciones en el uso del espacio público. Estudio de caso: el barrio de Saavedra (C.A.B.A.) (1970-1985)**”. Se trata de un estudio cualitativo cuyo foco indaga sobre la articulación entre el uso de los espacios públicos, los juegos callejeros y la percepción de la seguridad/inseguridad en la población del barrio de Saavedra en el período 1970-1985. A través de entrevistas en profundidad se investigan las experiencias vividas por los vecinos a través de los distintos modos de habitar el barrio en dicho período; las representaciones que estos tienen sobre el espacio público y las percepciones con las que vivenciaron el miedo, la seguridad y la inseguridad en el territorio. Los resultados de este estudio, que se corresponden con la etapa exploratoria del trabajo de

campo, serán analizados en términos de las consecuencias respecto de los modos en que las personas construyeron su relación con el espacio público urbano.

El trabajo de investigación se propone pensar aspectos y dimensiones históricas, antropológicas y subjetivas relacionados con la Salud Mental Comunitaria.

Palabras claves: Juegos callejeros - Seguridad Ciudadana - Salud Mental Comunitaria - Miedo.

Abstract

In this work, we are dealing with the preliminary advances of a Doctoral Dissertation on Community Mental Health, **“Street games and Citizens’ Security. Transformations in the use of public space. Case study: Saavedra neighbourhood (Buenos Aires City) (1870-1985)”**.

It is a qualitative study which focusses on the articulation among the use of public spaces, street games and the

perceptions of security/insecurity in the population of the above mentioned neighborhood during 1979-1985.

Through exhaustive interviews we explored the experiences lived by the neighbours through the way they inhabited the place during such period, the representations they have about public space and their perceptions of fear, security, and insecurity in the area.

The results of this study, which belong to the exploratory stage of the work, will be analyzed in terms of the consequences related to the ways people built their relationship with the urban public space.

This research intends to explore aspects and historical, anthropological and subjective dimensions related to Community Mental Health.

Key words: Street games - Citizens’ Security - Community Mental Health - Fear

Introducción

Este trabajo constituye un Proyecto de Tesis Doctoral que intenta explorar acerca de cómo las transformaciones en el uso de los espacios públicos (principalmente aquellas que tienen que ver con los juegos callejeros de los niños y adolescentes, aunque no solo estos) han afectado algunas tramas de la vida cotidiana de los ciudadanos, cuáles son las percepciones que los mismos han tenido y tienen de esta cuestión, y si existen vinculaciones entre estos acontecimientos con hechos de inseguridad, percepción de inseguridad y lo que denominamos campo de la Salud Mental Comunitaria.

El trabajo indagará, en parte, a partir del relato de los habitantes del barrio de Saavedra, en qué han sido afectadas sus vidas por los fenómenos aludidos y de qué modos. Algunas preguntas preliminares que dieron origen al problema de investigación son las siguientes ¿Qué aspectos en relación a la vida cotidiana, social y política de los ciudadanos promovieron las transformaciones en el uso de los EP durante el período 1970-1985? ¿Cómo vivenciaron las personas las transformaciones en el EP durante el período 1970-1985? ¿De qué manera incide esa transformación del uso de los EP con el incremento de la violencia y hechos de inseguridad “reales”? ¿De qué manera incide esa transformación del uso de los EP en la denominada sensación de inseguridad?

Se hará, a la vez, un relevamiento de las principales ordenanzas, leyes y normativas presentes en los Boletines Municipales, Boletines Oficiales, Memorias Municipales y Digestos de Ordenanzas, Reglamentos y acuerdos de la Municipalidad que refieran al estudio de caso vinculado al proyecto posibilitado y encontrado en la Dirección General Centro Documental de Información y Archivo Legislativo de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En los últimos años, ha habido un interés creciente en las investigaciones en el campo de la Seguridad Ciudadana. Creemos relevante producir conocimiento en un área de vacancia, la posible articulación existente entre la misma, los Juegos Callejeros, las transformaciones en el Espacio Público y aspectos y dimensiones de la Salud Mental Comunitaria. Por otra parte, entendemos cada vez más importante producir insumos para la gestión de programas y políticas institucionales relacionados con el tema.

Formulación del problema y objetivos de investigación

Ha habido una evidente metamorfosis en el habitar de los espacios públicos de la CABA en el período delimitado entre un antes y un después de la última dictadura militar.

El interés está puesto en investigar las distintas relaciones que los habitantes de un barrio de la CABA tienen para con el espacio público (a través de la presencia, desaparición y/o transformación de determinadas actividades que se desarrollan en el mismo) y como afecta esa relación según la percepción de seguridad/inseguridad que la población tiene de ese espacio. El presente trabajo de investigación intenta captar las públicas e íntimas transformaciones de ese proceso, - que entrelaza al espacio en común, a determinadas prácticas comunitarias, a la violencia urbana y a la percepción que se tiene de la seguridad/inseguridad, - a través de informantes reconstructivos, retrospectivos y actuales. En tal sentido, el **objetivo central** de la investigación, consiste en indagar la articulación entre el uso de los espacios públicos, los juegos callejeros y la percepción de la seguridad/inseguridad en la población del barrio de Saavedra en el período 1970-1985. También hemos establecido como **objetivos secundarios**, el explorar las representaciones que tienen los habitantes del barrio de Saavedra, en cuanto a cómo reconocen, cómo se apropian respecto del uso de los espacios públicos. Así mismo, identificar las representaciones que tienen los vecinos del fenómeno de la seguridad/inseguridad y cómo se han ido modificando esas percepciones a lo largo del período 1970-1985. Por último, consideramos importante analizar el contenido de leyes, ordenanzas y normativas nacionales y CABA respecto del uso, habilitación y cierre, de los espacios públicos en el período determinado.

Supuestos de investigación

La denominada “sensación de inseguridad” debe enmarcarse en algo más amplio derivado de las transformaciones en los modos que los habitantes de una ciudad se apropian del espacio público.

Se espera que los procesos de vaciamientos de los espacios públicos guarden una estrecha vinculación con la última ruptura democrática.

Los contextos sociopolíticos producen alternativamente efectos de visibilidad-invisibilidad de discursos que se relacionan con momentos de apertura política en la cual surgen públicamente relatos y prácticas que permanecen ocultos y censurados por mucho tiempo.

Estado del arte sobre el tema

Distintas concepciones sobre salud mental, comunidad como ámbito de ciudadanía, redes sociales y comunitarias, miedo, lazos sociales deseables e integración social han sido trabajadas por diferentes autores provenientes del campo de la **Salud Mental Comunitaria** (Galende, 2008, 2011; Montero, 2010; Ardila, 2011).

En el incipiente campo de la **Seguridad Ciudadana**, diversos autores han trabajado nociones como la misma seguridad ciudadana, ciudadanía activa y juego democrático, inseguridad objetiva e inseguridad real, inseguridad subjetiva, sentimiento de inseguridad, percepción de la inseguridad y micropolíticas de temor y endurecimiento (Kaminsky, 2005; Rangugni, 2010; Foucault, 2007; Sozzo, 2003 y Kessler 2009).

Funcionarios y académicos inauguraron un inédito entrecruzamiento entre **Seguridad Ciudadana y Gestión Pública** en la ciudad de Bogotá, Colombia (Martin, 2008; Mockus, 2008) . Un claro ejemplo de ello es la gobernación de Antanas Mockus, ex rector de la Universidad de Bogotá, en sus dos períodos (1995-1997 y 2001-2003) como alcalde de Bogotá.

Desde la **Pedagogía Ciudadana** se ha alertado no sólo sobre el crecimiento y la creciente violencia y hostilidad de las grandes ciudades (Tonucci, 2007) sino que también han impulsado proyectos al respecto tomando al niño como parámetro en función de poder contener a todos los ciudadanos (Laboratorio “La ciudad de los niños” Tonucci, 1991).

Por último, en esta breve reseña, sabemos que una innumerable cantidad de autores atravesados por la

Disciplina Lúdica han relacionado al jugar con cualquier acontecimiento de la vida, principalmente en aquellos donde reinan la salud, la creatividad y la libertad (Huizinga, 1972; Freud, 1920; Winicott, 1972; Caillois, 1986; Reboredo, 1983 y Makrucz y Oro, 2016).

Sistema de matrices teórico-conceptuales y su proyección sobre la decisión respecto de las técnicas a utilizar:

En este apartado y a modo de cierre, compartimos la matriz de datos de la investigación, lo que nos dará cuenta sintéticamente de las unidades de análisis y dimensiones a explorar, así como las fuentes y técnicas para indagarlo.

Unidades de Análisis TC	Dimensiones	Fuentes/Técnicas
<p>UA Supraunitaria N+2</p> <p>Relación entre proceso político y la constitución del espacio urbano en el barrio de Saavedra</p>	<p>Narrativas sobre los acontecimientos políticos.</p> <p>Procesos de constitución del EP urbano barrial y su vinculación con acontecimientos políticos.</p> <p>Modos de apropiación de la ciudad, por parte de los vecinos, en relación a los acontecimientos políticos.</p> <p>Experiencias de habitación de los vecinos del barrio de Saavedra</p>	<p>Fuentes secundarias, bibliográficas y documentales.</p> <p>Documentos oficiales (leyes, normativas) y de organismos civiles, entrevistas a funcionarios y a representantes de organismos civiles.</p> <p>Fuentes primarias: Entrevistas en profundidad a informantes claves.</p>
<p>UA Supraunitaria N+1</p> <p>Experiencias de habitación de los vecinos del barrio de Saavedra</p>	<p>Relaciones entre vecinos del barrio de Saavedra y barrios aledaños.</p> <p>Relaciones entre vecinos del barrio de Saavedra.</p> <p>Relación con la institución: policía, escuela, clubes, iglesias.</p> <p>Representaciones de los vecinos sobre el espacio público urbano.</p>	<p>Fuentes primarias: Entrevistas en profundidad a informantes claves.</p>

<p>UA Nivel de anclaje</p> <p>Representaciones de los vecinos sobre el EP urbano del barrio de Saavedra</p>	<p>Representaciones sobre las relaciones entre los vecinos.</p> <p>Representaciones de las relaciones con las instituciones.</p> <p>Vivencias de los vecinos sobre la relación seguridad/inseguridad.</p>	<p>Fuentes primarias: Entrevistas en profundidad a informantes claves.</p>
<p>UA Subunitaria N-1</p> <p>Vivencias sobre seguridad/inseguridad</p>	<p>Prácticas vinculadas a la vida en el barrio</p> <p>Relaciones interpersonales.</p> <p>Sentimientos de miedo</p>	<p>Fuentes primarias: Entrevistas en profundidad a informantes claves.</p>
<p>UA Subunitaria N-2</p> <p>Sentimientos de miedo</p>	<p>Figuras de la criminalidad.</p> <p>Sentimiento de miedo vinculado a acontecimientos políticos.</p> <p>Miedos premodernos</p>	<p>Fuentes primarias: Entrevistas en profundidad a informantes claves.</p>

Bibliografía

Ardila, S y Galende E. (2012) *El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria*. En Salud Mental y Comunidad número 1, Departamento de Salud Comunitaria, Buenos Aires. Ediciones de la UNLa.

Besse, Juan (2012) *“Investigación social à evaluación de políticas. Puntuaciones epistemológicas sobre la práctica del trabajo de campo cualitativo”*. Los libros de filo (en trabajo de edición), FFyL, UBA.

Caillois, Roger (1986) *Los juegos y los hombres*. México, Fondo de Cultura Económica.

Escolar, Cora (Comp.) (2000) *Topografías de la investigación. Métodos, espacios y prácticas profesionales*. Buenos Aires, Eudeba.

Freud, S. (1984) *“Más allá del principio de placer”*, en Obras Completas, Tomo XVIII, Amorrortu Ed., Buenos Aires.

Foucault, Michel (2007) *Seguridad, Territorio y Población*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Galende, Emiliano (2008) *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. Buenos Aires, Lugar Editorial.

Huizinga, Johan (1972) *Homo Ludens*. Buenos Aires, Alianza/Emecé

Kaminsky, G. (director) (2005) *Tiempos inclementes. Culturas policiales y Seguridad Ciudadana*. Buenos Aires, Ediciones de la UNLa.

Kessler, Gabriel (2009) *El sentimiento de inseguridad. Sociología del temor al delito*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno.

Makrucz, G. y Oro, M. (2016) *“Saberes menores y oferta académica. Avioncitos de papel en la Expo Carreras UNLa 2015.”* V Jornada de Psicología Institucional “Pensando juntos como pensamos: un análisis de las prácticas instituidas”, Facultad de Psicología, U.B.A., 7 de julio 2016.

Martin, Gerard (2008) *Bogotá: Gestión integral de la seguridad ciudadana en Convivencia y Seguridad Ciudadana. Hacia estrategias integrales de prevención y control de la violencia y la delincuencia para las ciudades venezolanas*. Caracas, Editorial Santillana

Mockus, Antanas (2008) *La seguridad: algunos aprendizajes de Bogotá en Convivencia y Seguridad Ciudadana. Hacia estrategias integrales de prevención y control de la violencia y la delincuencia para las ciudades venezolanas*. Caracas, Editorial Santillana.

Montero, Maritza (2010) *Teoría y Práctica de la Psicología Comunitaria. La tensión entre comunidad y Sociedad*. Buenos Aires, Paidós.

Rangugni, V. (2010) *La Seguridad Ciudadana*. Cuadernos de Seguridad. Manuales y Protocolos. Consejo de Seguridad Interior, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos - Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.

Reboredo, Aída (1983) *Jugar es un acto político. El juguete industrial: recurso de dominación*. México, Editorial Nueva Imagen.

Saltamacchia, H. (1992) *Capítulo 2 "El encuadre epistemológico y las preguntas de la investigación"*. En: Historia de Vida, San Juan de Puerto Rico, Ed. CIJUP.

Samaja, Juan (1993) *Parte III "Matrices de datos: presupuestos básicos del método científico"*. En: Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Buenos Aires, Eudeba, 2002.

Tonucci, Francesco (2007) *La ciudad de los niños: un nuevo modo de pensar la ciudad*. Buenos Aires, Editorial Losada

Winnicott, Donald (1982) *Realidad y Juego*. Barcelona, Gedisa.

CentroSMC | Jornada conmemorativa 20 años de Salud Mental Comunitaria en la UNLa.

El viernes 17 de noviembre se realizó en el Aula Magna de la Universidad Nacional de Lanús la emotiva Jornada conmemorativa “20 años de salud mental comunitaria en la UNLa” con el apoyo de ADUNLa, ATUNLa y AGUNLa. El evento comenzó con la bienvenida del Vicerrector, Dr. Nerio Neirotti, el Director del Departamento de Salud Comunitaria, Lic. Ramón Álvarez, y la Directora de la Maestría en Salud Mental Comunitaria que cumple veinte años desde su creación, la Lic. Cecilia Ros.

El Dr. Emiliano Galende recibió de las manos del Vicerrector un reconocimiento a su larga trayectoria y su destacado lugar en la creación de los posgrados de salud mental comunitaria y el centro de salud mental comunitaria. El reconocimiento fue realizado por el artista Daniel López hecho con madera de durmientes y hierros que había en el predio de su historia pasada, lo que el Vicerrector llamó “el ADN de esta universidad, un pedacito de esta casa”.

A continuación escuchamos las palabras del Dr. Emiliano Galende, el Dr. Daniel Rodríguez, el Dr. Paulo Amarante con

la presentación de la Directora del Doctorado en Salud Mental Comunitaria, Dra. Alejandra Barcala. Ambos oradores destacaron la importancia del Centro de Salud Mental desde sus inicios así como su presencia en la coyuntura actual. Recordaron anécdotas y a quienes ya no están para acompañarnos.

En este mismo sentido, la Dra. Marcela Bottinelli, hizo un homenaje a Mirta Clara, luchadora por los derechos humanos.

Se leyeron los saludos de docentes internacionales que no pudieron estar presentes y con la música de Valeria Bosio y Tom Rud compartimos un video de fotos de estas dos décadas.

De allí el festejo se realizó en el Teatro Cátulo Castillo donde estudiantes y graduados de los posgrados compartieron su música y bailamos con los sikuris.

20 años de salud mental comunitaria en la UNLa y ¡vamos por muchos más!

III Bienal Latinoamericana y Caribeña de Infancias y Juventudes

La III Bienal Latinoamericana y Caribeña de Infancias y Juventudes: Desigualdades, Desafíos a las Democracias, Memorias y Re-existencias, que se realizará del 30 de julio al 3 de agosto de 2018 en la ciudad de Manizales (Colombia), es una iniciativa liderada por la Red Iberoamericana de Posgrados en Infancia y Juventud –REDINJU- y específicamente del Grupo de Trabajo (GT): “Juventudes e Infancias: Políticas, Culturas e Instituciones Sociales en América Latina”, avalado por el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO).

Este evento busca incidir positivamente en el mejoramiento de las realidades que vivencian los niños, niñas y jóvenes del Continente, a través del análisis comparado de contextos, el desarrollo de procesos investigativos, la construcción participativa de alternativas, la interlocución directa con las políticas públicas y actores de gobiernos en diferentes escalas geográficas de la Región, los modos de vinculación entre los estados y las organizaciones sociales, entre otras.

Link con información del evento:

<http://bienal-clacso-redinju-umz.cinde.org.co>



Serie Confrontaciones

Ricas señoritas

Sintético sobre madera

110 x 160 cm.

El Centro de Salud Mental Comunitaria "Mauricio Goldenberg" agradece al artista **Tadeo Muleiro** por autorizar la publicación de la obra que acompaña esta edición.

Diseño de publicación

Dirección de Diseño y Comunicación Visual | UNLa

Director Claudio Loiseau

Coordinadora Andrea Michel

Equipo Cintia Baldo | Iñaki Bolón García

Fátima Murphy Pupparo | Luciana Schiavi

Suscripción y correspondencia

saludmentalycomunidad@unla.edu.ar