

2014

Políticas Públicas y Salud Mental : Reconstruyendo experiencias desde la perspectiva de los actores

Gómez, Teresita

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/104>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



Universidad Nacional de Mar del Plata.
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social.
Licenciatura en Servicio Social.

Tesis de Grado.

**“Políticas Públicas y Salud Mental.
Reconstruyendo experiencias desde la
perspectiva de los actores”.**

Estudiantes:

Franco, Lorena.

Gómez, Teresita.

Directora: Lic. Hermida María Eugenia.

Co-director: Dr. Curto, Javier.

Fecha de entrega: abril 2014.

DEDICATORIA...

A todos aquellos que siguen siendo ellos sin olvidarse de su esencia, más allá del rol que les toca cumplir. Permitiéndose siempre crear y ser. Y a todo aquel que cuando lea esta tesis, sienta pasión y sentido a pesar de todos los obstáculos, la rutina, la desesperanza y la conformidad.

A nuestros directores de tesis, sin ellos la culminación de este trabajo no hubiera sido posible, ya que ha sido una co-construcción entre los cuatro.

A Javier, por su apoyo, por su respeto, por su simpleza y por su amistad.

A María Eugenia, por su tiempo y predisposición, su dedicación, por guiarnos en esta etapa, por su calidez y paciencia. Por estar siempre con esa palabra de aliento invitándonos a seguir y por confiar en nosotras.

Por todo esto es que se las dedicamos y les agradecemos por todo su tiempo y enorme dedicación.

Lorena y Teresita

“Una carrera es un desafío. De esto se trata: unos llegan primero, otros después... la meta es llegar”...

Hoy felizmente llegó mi día. Hoy culmina una etapa muy importante en mi vida. Ese camino lleno de sentimientos entremezclados y experiencias únicas.

Para llegar a esta instancia debo decirles GRACIAS:

En primer lugar quiero agradecer desde lo más profundo de mi corazón a mis padres, Valentina y Patrocinio, que aunque no estén hoy físicamente, viven en mi recuerdo y sé que estarían orgullosos de mí.

A mi familia: a Carlos por todos estos años de paciencia y compañía. A mis hijos, Rocío, Damián, Leandro, Federico, Julián y a mi nieta Alma Mía; por la comprensión y el cariño. Les pido disculpas, ya que muchas veces el estudio les ha quitado momentos de compartir en familia. A todos gracias por su amor incondicional y entender mis ausencias.

A una gran profesional y amiga, Anabel Alé, quien me ha brindado su apoyo en este proceso de aprendizaje desde un primer momento, por el cariño, la confianza, por creer en mí, por brindarme toda su experiencia en el campo de la salud mental con una solidez teórica increíble. Es un placer trabajar con alguien así. Por todo lo que vendrá gracias.

A mi mejor amiga y compañera de tesis, Lorena Franco, quien siempre confió en mí, en mis locuras, que se unió a mis proyectos y los hizo suyos, habría mucho para decir, pero lo resumo en un “Gracias” por ayudarme a concretar este sueño.

A mis amigas: Majo, Viví y esas pocas personitas que fueron leales en todo momento, que estuvieron y están a mi lado alentándome y brindándome cariño y contención. Gracias por el “aguante” y la comprensión para conmigo en mis días más difíciles.

A Betiana quien estuvo conmigo en los primeros momentos de anotarnos en la “facu”, todo novedoso, pero juntas afrontamos el inscribirnos on line, ir a la facultad, el primer examen, hoy estamos las dos llegando al final de este camino de estudio y es el principio de nuestra carrera profesional. Te quiero mucho y sé que siempre estás.

A mis primos/as porque a la distancia siempre supieron apoyarme y estar presentes.

A mis compañeros/as de la carrera por los momentos inolvidables que compartimos, por tantos mates, apuntes, afiches en la pared, horas de insomnio, charlas, estudio, risas y tristezas.

Finalmente a todas esas buenas personas que no mencioné, que se cruzaron en mi camino dejando huellas, que directa o indirectamente me motivaron y ayudaron a no desistir y poder llegar hasta aquí...

Teresita.

Tengo que decir GRACIAS, en primer lugar a mis dos amores: Moira y Mario, a mi familia; por su apoyo incondicional, su confianza, compañía, por su comprensión, y lo fundamental por el amor que me brindan día a día. GRACIAS!!! por ayudar a la pequeña oruga a ser simplemente una mariposa. GRACIAS por compartir las alegrías y las tristezas de la vida.

A mi hermana de corazón, amiga y futura Lic. Gómez, por creer en mí, por estar siempre, por su confianza, por apostar siempre a las ideas locas, por creer en nosotras y en nuestros proyectos, mirando siempre hacia el horizonte del futuro. También tengo que agradecerle amiga por mostrarme con otros lentes el campo de la Salud Mental, gracias a eso acá estamos al final de una primera caminata y al principio de un largo caminar....

Simplemente GRACIAS, a todas las personas que hicieron que este camino no fuera tan solitario y difícil. Gracias a las que estuvieron y que hoy ya no están por todos los momentos compartidos.

Lorena.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	8
 <u>CAP. I:</u> “POLITICAS PÚBLICAS”.	
1 a- Conceptualización y breve reseña histórica.....	12
1 b- Políticas Públicas en Salud Mental.....	23
1 c- Programa de Rehabilitación de Externación Asistida.....	30
1 d- Desmanicomialización.....	32
 <u>CAP. II:</u> “APROXIMACIONES AL CAMPO DE LA SALUD MENTAL”	
2 a- En torno al problema de definir la salud.....	37
2 b- Salud Mental. Definiciones y significaciones.....	39
2 c- La Salud Mental como campo.....	40
2 d- Interdisciplina y Salud Mental.....	42
2 e- Un poco de historia.....	43
2 f- La familia y Salud Mental.....	47
2 g- La internación en Salud Mental.....	49
2 h- Sistema de Salud en el Partido de la Costa.....	51
2 i- La Salud Mental en el Partido de la Costa.....	53
2 j- Algunas notas sobre padecimientos mentales o cuadros mentales. Esquizofrenia y Depresión.....	54
2 k- DSM-IV y DSM -V. Algunas críticas.....	58
 <u>CAP. III:</u> “ASPECTOS QUE CONSTITUYEN EL MARCO LEGAL”.	
3 a- Sustento Internacional.....	60
3 b- Ley Nacional N° 22.914.....	62
3 c- Ley N° 448, Ciudad Autónoma de Bs. As.....	63
3 d. Nueva Ley de Salud Mental. Ley N° 26.657... ..	64

3 e- Avances y temas pendientes en la Nueva Ley.....	69
3 f- Debates en torno a la Nueva Ley.....	70

CAP. IV: “EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL”

4 a- Conceptualización del Trabajo Social.....	75
4 b- El rol del Trabajador Social en Salud Mental.....	79
4 c- Intervenciones y prácticas.....	83
4 d- Las narrativas de la enfermedad y las intervenciones en la sociedad.....	88

CAP. V: “METODOLOGÍA”.

5 a- Tipos de diseño y metodología cualitativa.....	92
5 b- Técnicas utilizadas.....	94
5 b ₁ - Relatos de vida.....	94
5 b ₂ - Entrevista en profundidad.....	95
5 b ₃ - Investigación documental.....	96
5 c- Diseño y construcción del instrumento de investigación. Matriz de satos.....	98
5 d - Unidad y dimensión de análisis.....	99
5 e- Descripción del proceso y análisis.....	100

CAP. VI: “ANÁLISIS DEL TRABAJO DE CAMPO: ENTREVISTAS A LOS PROFESIONALES”.

6 a- Caracterización de los profesionales entrevistados de la Salud Mental del Partido de la Costa	103
6 b- Categorías analizadas en las entrevistas.....	104
1- Familia y Salud Mental.....	104
2- Políticas Públicas.....	106
3- Salud Mental	110
4- Dispositivos de Salud Mental.....	111

CAP. VII: “ANÁLISIS DEL TRABAJO DE CAMPO: ENTREVISTAS A LOS PACIENTES”.

7 a- Caracterización de los pacientes con padecimientos mentales, entrevistados del Partido de la Costa.....	117
7 b- Categorías analizadas en las entrevistas.....	118
1- La Familia.....	118
2- Los Procesos salud- enfermedad.....	121
3- La internación en Salud Mental.....	126
4- Dispositivos de Salud Mental.....	129
5- Hospital de Día Santa Teresita.....	130
6- La medicación.....	134
CONCLUSIONES.....	137
BIBIOGRAFÍA.....	141
ANEXOS.....	146
Documento anexo n° 1: Experiencia en el Hospital José Esteves.....	146
Documento anexo n° 2: Experiencia en el Hospital Alejandro Korn.....	150
Documento anexo n° 3: Comentario al fallo de rehabilitación efectuado en los términos de la nueva Ley de Salud Mental 26.657.....	151
Documento anexo n° 4: Ley 26657.....	158
Documento anexo n° 5: Guión de entrevista a profesionales.....	168
Documento anexo n° 6: Guión de entrevistas a pacientes.....	169
Documento anexo n° 7: Breve caracterización de los entrevistados.....	170
Documento anexo n° 8: Algunas orientaciones para un ante proyecto de Hospital de Día “Volver a soñar”.....	172

INTRODUCCIÓN.

“Tanto las mentes como los cuerpos sanos pueden sufrir de invalidez. El hecho de que la gente ‘normal’ pueda moverse, ver y oír no significa que realmente vean y oigan. Pueden estar muy ciegos ante las cosas que deterioran su felicidad, muy sordos ante el pedido de afecto de los demás; cuando pienso en ellos no me siento ni más inválido ni más incapacitado. Tal vez pueda, en cierta medida, abrirles los ojos a las bellezas que nos rodean: un cálido apretón de manos, una voz ansiosa de consuelo, una brisa primaveral, una música, un saludo amistoso. Esa gente me importa, y me agrada sentir que puedo hacer algo por ellos”.

(Henrich y Kriegel. 2004).

El presente trabajo pretende estudiar la implementación de las Políticas Públicas de Salud Mental en el Partido de la Costa, desde el año 2000 y hasta la actualidad, desde la perspectiva de los actores.

Esta investigación se realiza a través de la reconstrucción de las diferentes experiencias vividas por los pacientes y profesionales de la salud; indagando si la implementación de las políticas públicas de Salud Mental, se enmarcan en la nueva Ley de Salud Mental N° 26.657.

Las titulares de esta tesis, realizamos las prácticas institucionales de la Licenciatura en Servicio Social, dentro del marco de la cátedra de Supervisión en el año 2011/2012, en el campo de Justicia (Curaduría oficial de Alienados Mar del Plata-Necochea-Dolores. Sede Dolores) y de Desarrollo Social (Centro Comunitario “Villa Clelia”, Mar de Ajo. Partido de la Costa).

A partir de la práctica desarrollada hemos tomado contacto con la realidad específica de las personas que sufren padecimientos mentales crónicos. En este contexto se ha visualizado cierta inadecuación de las políticas públicas, a la nueva Ley de Salud Mental.

Esto nos generó la necesidad de indagar sobre tal problemática; a partir de esta inquietud, es que definimos el tema a Investigar como: “Políticas Públicas y Salud Mental. Reconstruyendo experiencia desde la perspectiva de los actores.”, y formulamos el problema de Investigación que sustenta dicho trabajo en los debates y señalamientos previos, que se interroga sobre:

*¿De qué manera se vienen diseñando las Políticas Públicas en Salud Mental y qué relación presentan con la nueva Ley de Salud Mental?

*¿Cómo influyen las eventuales modificaciones en las prácticas profesionales de Salud Mental?

*¿Cómo impactan estas modificaciones en la vida cotidiana de las personas con padecimientos mentales y cómo es el registro subjetivo que tienen esas experiencias?

Entendemos que el campo de la Salud Mental y las Políticas Públicas, tienen gran pertinencia para el Trabajo Social, ya que la intervención profesional en este campo debe tender a generar redes de solidaridad, reforzar vínculos sociales y favorecer el acceso de derechos. En la actualidad la Salud Mental es tema principal en la agenda social de nuestro país.

El diseño metodológico implementado, de acuerdo al recorte del objeto de estudio, respondió a la estrategia cualitativa de investigación. Es una investigación exploratoria, de corte diacrónico, en tanto toma un período de tiempo que abarca los doce últimos años. Este período nos permitirá evaluar posibles relaciones previas y/o posteriores vinculadas a la Ley N° 26.657.

Los instrumentos de recolección de datos utilizados fueron: entrevistas en profundidad a profesionales de la Salud Mental, relato de vida a los pacientes y análisis de fuentes secundarias (documentos oficiales sobre los sistemas de salud en sus tres niveles, base de datos y políticas públicas sanitarias).

El propósito de este trabajo es arribar a nuevos conocimientos, que permitan comprender la complejidad de la situación de las personas con padecimiento mental crónico, para una posterior utilización del mismo, como herramienta útil para transformar la realidad y elaborar nuevas estrategias de intervención para el Trabajo Social.

En el capítulo I intentaremos realizar un recorrido histórico de las Políticas Públicas en nuestro país, su conceptualización, para luego realizar una breve reseña histórica de las mismas, desde la década del 40 a la actualidad, finalizando con las políticas específicas del campo de la Salud Mental.

En el capítulo II, se considera oportuno hacer mención al concepto de Salud y Salud Mental. Se realizará una breve reseña histórica del Sistema de Salud Mental en Argentina y específicamente este campo, en el Sistema Sanitario del Partido de la Costa.

Ya en el capítulo III, se expondrán los sustentos normativos Nacionales e Internacionales, que enmarcan la nueva Ley de Salud Mental, Ley N° 26.657, sancionada en el 2010, promulgada a fines del 2012 y recientemente reglamentados en mayo del corriente año.

En el capítulo IV, presentaremos aproximaciones de definiciones de Trabajo Social, como ésta fue cambiando y creciendo a lo largo del siglo XX; el rol del Trabajador Social en el campo de la Salud Mental, sus intervenciones y prácticas, como también las narrativas de la enfermedad y las intervenciones en la sociedad vinculadas a este campo.

En el capítulo V, especificaremos la metodología de investigación seleccionada, la misma es la cualitativa, debido a las características del objeto planteado, cuyo fin fue realizar un acercamiento descriptivo y comprensivo. También se abordarán los tipos de diseño, las técnicas utilizadas, como ser los relatos de vida, la entrevista en profundidad, la investigación documental, el diseño de instrumento de investigación, características de la matriz de datos utilizada, unidad y dimensión de análisis seleccionada y descripción del proceso de investigación.

En el capítulo VI, presentaremos el análisis de los profesionales entrevistados.

En el capítulo VII, realizaremos el análisis de las entrevistas a los pacientes.

Para finalizar expondremos las conclusiones finales y los anexos correspondientes a esta tesis.

Presentamos esta tesis para la culminación del proceso de formación de grado en la Licenciatura de Trabajo Social, valiéndonos de los conocimientos aportados por este trabajo de investigación, por las diferentes cátedras de la facultad, de la valiosa experiencia de la práctica pre-profesional y lo que pudimos reproducir a partir de diferentes experiencias de los actores involucrados en esta problemática que es la Salud Mental, así como los aportes de los profesionales entrevistados, intentando lograr una

lectura más completa y fiel al tema y objetivos que originaron esta investigación y producción final.

CAPÍTULO I. POLÍTICAS PÚBLICAS

En el presente capítulo, concebimos de suma importancia comenzar con el concepto de política pública. Para luego contextualizar las políticas sociales en nuestro país, realizar una breve reseña histórica de las mismas y algunas políticas específicas del campo de la Salud Mental. También se ofrece una presentación del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida y algunas notas relativas al proceso de Desmanicomialización.

1-a Conceptualización y breve reseña histórica.

El concepto de política pública resulta clave en un trabajo cuyo abordaje tiene como objetivo, analizar la implementación de las políticas públicas y sociales en el campo de la Salud Mental.

Las Políticas Públicas o de Estado:

“son aquellas medidas que el Estado garantiza para lograr el bien común. Las que persiguen objetivos de carácter estructural tal como garantizar todos los derechos que toda democracia debe asegurar como el acceso a una alimentación, a la salud, a la educación. De este modo si bien cada gestión que conduzca el gobierno puede variar las herramientas para alcanzarlos, estas líneas trascienden la coyuntura y se consensuan con el resto de las fuerzas partidarias y de la sociedad civil”. (KIRCHNER, 2010:84).

Parafraseando a Carballada, entendemos que las Políticas Sociales, pueden ser entendidas como medio y no como fin. Ya que como medio, son un instrumento que pueden contribuir a la recuperación de la integración perdida, a una mejor distribución del ingreso, ya que debe ser distributiva y básicamente un instrumento para gestar una nueva soberanía popular. La Política Social debe orientarse hacia la reparación de la sociedad, es decir servir como elemento para la recomposición de lazos sociales, en la recuperación de identidades, en la comprensión y explicación de las nuevas formas de la pobreza, para poder desde allí recuperar lo perdido.

En definitiva la Política Social debe recuperar direccionalidad, volver a la cobertura universal y tiene que ser fuertemente anticipatoria. De allí la necesidad de nuevas formas de planificaciones integradas y articuladas con el todo social. La Política Social debe ser entendida desde una perspectiva estratégica, desde lo macro, insertándose a su vez en lo micro.

Minujin y Bustelo (1999), se inscriben en la perspectiva ampliada de la Política Social, insistiendo que debe ser parte de una política de desarrollo social, dirigida al conjunto de la sociedad y no sólo a los sectores más vulnerables. Se destacan los riesgos de reemplazar la primera por la segunda y peor aún, los riesgos de sustituir una política social por una simple estrategia de mitigación de pobreza, como ha venido ocurriendo en varios países de América Latina.

También Bustelo (2000), plantea que cualquier alternativa de una Política Social, debe ser considerada dentro de un proceso histórico de desarrollo, debe ser sumariado de una manera muy simple, para poder arribar a derechos. Además debe existir una relación entre el sistema social y las Políticas Sociales como principio de organización, cuya función sea la regulación de las crisis de reproducción social, tendientes a mantener las condiciones de la producción y el desarrollo social.

Entonces se considera pertinente hacer un recorrido histórico-político, a partir de mediados del siglo XIX, principios del siglo XX, ya que en ese momento en la Argentina, se define un momento de transición del modelo agroexportador hacia el modelo de sustitución de importaciones. Estas transiciones producen cambios en la estructura social tradicional, junto al sector agroexportador, aparece en escena, un nuevo grupo, los industriales. La industrialización trae como consecuencia, la proletarización de la fuerza de trabajo (el obrero industrial) y como consecuencia de ello, su organización y sindicalización. También se produce una creciente urbanización y transformación en la composición social.

Circunscribiéndonos al campo de la salud, en la historia de la medicina argentina, entre los años 1880 y 1943 pueden identificarse dos momentos, el higienismo y el sanitarismo. El propósito que guió ambos momentos fue mejorar la calidad de la salud de la población local. Actuaron como entidades directrices el Departamento Nacional de Higiene, la Asistencia Pública y el Patronato de la Infancia, a las que se

sumaron muchas otras asociaciones, donde no faltaron las de beneficencia y las de socorros mutuos.

El higienismo, desarrollado principalmente entre 1880 y 1920, sintió una especial preocupación por las dolencias urbanas y suburbanas (tuberculosis, cólera), sin olvidar las enfermedades infectocontagiosas y los problemas sanitarios que generaba el conventillo, a lo que agregaron alta consideración por el alcoholismo. El sanitarismo, incipiente en los años de 1920 y afianzado para la década de 1940, incorpora el eje de atención en la vida rural (el rancho y las labores de las familias campesinas) concentrándose en el paludismo, la malaria, las parasitosis y algunas más.

Hay una búsqueda de cuestiones regionales, palpable en los contactos que se originan entre profesionales de diversos países que trabajan problemáticas semejantes, un buen testimonio son: la MEPRA (Misión de Estudio de la Patología Regional Argentina), el Instituto de Medicina Regional y la Dirección General de Paludismo. Al mismo tiempo, el sistema de seguridad social presentó, desde su origen, ciertos rasgos de desigualdad e inequidad del tipo de los que hoy caracterizan al caso argentino.

Como síntesis, puede decirse que hasta 1945, se destaca la escasa regulación estatal. El estado financia fundamentalmente acciones relacionadas con urgencias, sanidad de fronteras, higiene pública y epidemias. La provisión se encuentra concentrada en establecimientos estatales, sociedades de beneficencia, mutuales de comunidades extranjeras y mutuales de grupos laborales y establecimientos privados con fines de lucro. Como estructura general predomina un modelo pluralista no planificado.

Más allá de los antecedentes mencionados, es posible afirmar que la conformación actual del sistema argentino de salud, es el resultado de una compleja evolución histórica. Recién a mediados de la década de los años cuarenta, el sector público comenzó a ocupar un papel central, tanto como prestador, como en el diseño y desarrollo de políticas específicas para el sector, con la creación del Ministerio de Salud, la expansión de la oferta pública, el desarrollo de programas de lucha contra enfermedades endémicas y el fortalecimiento de la intervención del Estado en la organización del sector.

En el caso de nuestro país, siguió un doble patrón, la cobertura estuvo a cargo de los subsectores públicos y de la seguridad social, además del privado. El diseño institucional implantado en los años cuarenta reconoce, en ese sentido, la presencia de un legado: se conformará en las mismas condiciones de fragmentación y heterogeneidad de reglas de juego que caracterizaron las organizaciones de salud en las primeras décadas del siglo XX.

La posibilidad del Estado de asumir un rol activo en la protección de los derechos sociales, era posible a través de las Políticas Sociales. Políticas que se venían perfilando pero no con la fuerza que lo hicieron bajo el Estado de Bienestar; en nuestro país se reflejaron claramente a partir del primer gobierno de Juan Domingo Perón, en 1946.

Las Políticas Sociales incorporaron características particulares:

* **Universales:** esto significa que –coherente con la definición de los sujetos como sujetos de derechos- la protección estatal, vía las políticas sociales, debían brindar cobertura a todos los ciudadanos.

* **Centralizadas:** son planificadas y ejecutadas desde el gobierno central (nacional) hacia las jurisdicciones provinciales y municipales.

* **Sectoriales:** son pensadas en función de las áreas de intervención estatal: Salud; Educación; Seguridad social; Deporte y Turismo.

* **De gestión estatal:** las acciones necesarias para su planificación y ejecución eran llevadas adelante de manera exclusiva por el Estado, con una mínima, sino nula, participación de las organizaciones no gubernamentales; pero con una gran articulación con aquellas organizaciones sindicales/gremiales que aglutinaban al sector trabajador. (FIRPO-SALAZAR.2011:28).

Algunos de los ejes centrales que definen en este período la intervención social desde la protección estatal y que hablan particularmente de la consolidación de aquella estatalidad iniciada en las primeras décadas del Siglo XX son:

Protección social del trabajo: con la creación de organismos públicos reguladores; como ser: la Secretaría de Trabajo y Previsión (1943); Tribunales de

Trabajo (1944); Ministerio de Trabajo (1945). En esta secuencia se observa que va adquiriendo relevancia el tema del trabajo en la Argentina.

También se realizó la sanción de varias leyes como ser, la de trabajo y de organizaciones, que amparan el ejercicio gremial, de servicios de atención médica y beneficios sociales relativos a la seguridad social.

“En las empresas se les obliga a prestar atención médica gratuita a sus empleados; a brindar medicamentos en forma gratuita o a bajo costo; a mantener la salubridad laboral; a prestar servicios de comedor; a otorgar capacitación y cursos de prevención de accidentes de trabajo a los trabajadores. Aparecen también las obras sociales dependientes de sindicatos, que además comienzan a tener sus propios servicios de hospitales”. (Firpo-Salazar.2001:28).

Salud: hasta 1943 la atención se encontraba dispersa en el ámbito público, existían la Asistencia Pública de la ciudad de Buenos Aires, el Departamento Nacional de Higiene, y la Sociedad de Beneficencia, a cargo de muchos hospitales.

“Es así que el Presidente Juan Domingo Perón, dentro de las modificaciones que implementa en relación a la organización del Estado, introduce en el Plan Quinquenal en 1946, la sustitución de lo que hasta entonces se denominaba Departamento Nacional de Higiene, por la Secretaría de Salud Pública. En 1949, a partir de la consagración de la nueva Constitución Nacional, ésta toma el rango de Ministerio de Salud Pública”. (Firpo-Salazar.2011: 28).

Previsión social: se crea en 1944, el Instituto Nacional de Previsión Social, universalizándose el sistema jubilatorio, con una concepción de integralidad por la cual se incorporaban otros servicios como complementarios a la jubilación, como eje fundamental en estas intervenciones sociales.

Asistencia Social: en 1948, se crea La Dirección Nacional de Asistencia Social, dependiente del Ministerio de Trabajo y Previsión, con el objetivo de “ejercitar el amparo por parte del Estado en todo el territorio de la nación hacia las personas que por causas

fortuitas o accidentales se vean privadas de los medios indispensables para la vida”. (FIRPO-SALAZAR,2011).

En la década del 50, se expande y consolida el sistema de obras sociales estrechamente vinculados con sistemas solidarios de financiamiento de atención médica, con los gremios profesionales y los sindicatos de obreros y empleados. (TOBAR, 2001). También en esta misma década se produce el golpe de Estado del 55, se deroga la Constitución de 1949; vuelve a estar en vigencia la Constitución de 1853. Se produce el debilitamiento del Estado de protección al Estado de desprotección.

En nuestro país, a partir de la dictadura militar de 1976, las Fuerzas Armadas, incorporaron el discurso neoliberal, que dio fundamento a su equipo económico. Se profundizó la herida generada sobre el Estado de protección estatal, que se había generado a partir de 1945, con el objetivo de transformar el aparato productivo del país y fragmentar a la clase obrera, de manera de lograr una feroz transferencia de ingreso desde los trabajadores hacia los sectores más poderosos. Todas estas medidas repercutieron en la salud de los argentinos, primando los componentes liberales y tecnocráticos, avalando el desmantelamiento de los servicios sociales en manos del Estado y su traspaso a la actividad privada. (TOBAR. 2001:18-19).

Es así, que con el golpe de estado del 76, el neoliberalismo se constituye entonces, en un discurso y en un conjunto de reglas prácticas de acción, dirigidas a los gobiernos a fin de realizar las reformas del Estado y sus políticas, con una fuerte idealización de la especialización y competencia, que lleva a una cultura de la despolitización, en pos de soluciones eficientes. (FIRPO-SALAZAR. 2011).

En el año 1983, con la vuelta de la democracia, se genera en la población grandes expectativas de transformación. El gobierno radical recibe, como herencia de la dictadura militar, no solo la elevadísima deuda externa, sino también una profunda crisis de integración social.

Para poder llevar adelante una reconversión productiva y una profunda reforma del aparato estatal, el gobierno diseñó una serie de estrategias, entre las que se encontraban el proyecto de Seguro de Salud, el de Democratización de los Sindicatos y el Plan Austral.

A fines de 1988, se sancionan las Leyes N° 23.660, de Obras Sociales y la N° 23.661, de Seguro Nacional de Salud. (ROSSI-RUBILAR. 2004)

En la década del 90, se impulsa un acelerado proceso de transformación de las estructuras estatales y del conjunto de la economía Argentina. Es así que como consecuencia de estas medidas implementadas por el gobierno, las Políticas Sociales en este período presentaron las siguientes características:

* **Focalización:** se define las acciones para una población objetivo específico, en general en base a las NBI o grupos atareos, según las necesidades.

* **Descentralización:** proceso de ejecución de políticas desde la Nación hacia las jurisdicciones provinciales y municipales, bajo el fundamento de garantizar así la cercanía con los beneficiarios directos. En la práctica, este proceso fue de desconcentración de la ejecución pero, al no descentralizarse el manejo de fondos, queda invalidada.

* **Co-gestión:** la política social es gestionada ya no solamente por el Estado, sino que la tramitación/negociación es compartida entre el Estado y la sociedad civil (por medio de las de organizaciones sociales).

***Privatización:** “Lo social” se privatiza, delegando en manos del sector privado las políticas sociales, en particular las dirigidas a educación, salud, previsión y seguridad social; ya sean sectores privados lucrativos (empresas privadas de salud, educación, AFJP, ART -Aseguradoras de Riesgos de Trabajo-, etc.) o no lucrativos (asociaciones civiles y ONG sin fines de lucro, confesionales o no).

“Los gobiernos democráticos que continuaron, ya sea por debilidad institucional, o por complicidad con los intereses externos, sostuvieron y profundizaron el proyecto neoliberal, llevando a la mayoría de la población a una situación de pobreza e indignidad desesperante, con aumentos sin precedentes de la indigencia y la exclusión social. Sectores poblacionales se vieron seriamente afectados”... “El punto crítico lo constituye el período post-menemista, ante la salida de la convertibilidad, quedando identificados los meses de diciembre del 2001 y enero del 2002 como los meses de mayor incertidumbre respecto del futuro de nuestro país”.
(FIRPO-SALAZAR. 2011: 31).

En el año 2000 la Reforma Sectorial, se encontraba en la fase de puesta en marcha de los mecanismos de regulación y controles previstos, tales como la Superintendencia de Salud, el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, y el Programa Médico Obligatorio.

“El Programa Médico Obligatorio, fue modificado por la Resolución 939/00, del Ministerio de Salud. La misma explicitó en forma más detallada las coberturas a brindar por los agentes de seguro; puso énfasis en los aspectos de promoción y prevención; y jerarquizó la atención primaria. Normativas adicionales extendieron a todos los agentes del seguro la atención de pacientes con SIDA, de personas discapacitadas y de personas con adicciones”. (ROSSI-RUBILAR.2004: 32).

La crisis del 2001-2002, vivida en nuestro país, marca el inicio del fin del neoliberalismo. En síntesis, podemos afirmar que en tres décadas fuimos asistiendo a un proceso de transformación de la intervención social basada en la protección estatal de los derechos sociales y construcción de ciudadanía, hacia la desprotección estatal, a partir de la aplicación de las recetas neoliberales.

Se llevaron a cabo varias iniciativas para afrontar la crisis, una de las más relevantes fue que el Ministerio de Salud, decidió declarar la Emergencia Sanitaria Nacional mediante el decreto 486/03 y al amparo del mismo puso en marcha las siguientes iniciativas: (ROSSI-RUBILAR. 2004)

* **Programa Remediar:** Por la grave carencia de medicamentos en los centros de atención, el alza injustificada de precios, sumada a la escasez de recursos para adquirirlos de gran parte de la población, el Ministerio puso en marcha esta iniciativa financiada con fondos de la Nación y con la reprogramación de un préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo. El Programa, tiene por objetivos asegurar el acceso de la población más desprotegida a la distribución gratuita de medicamentos básicos para el tratamiento de las patologías más frecuentes y fortalecer el sistema de atención primaria de la salud. Por otro lado, con este programa se procura fortalecer el primer nivel de atención aplicando estrategias de atención primaria de salud con participación

comunitaria en la promoción y gestión de políticas de salud, así como en los procesos de control en las etapas de implementación del programa.

*** Ley de Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico (N° 25.649):** según la cual “toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional que se indique, seguida de la forma farmacéutica y dosis/ unidad, con detalle del grado de concentración”. Esta medida está destinada a permitir la compra de medicamentos a menores precios y por lo tanto, a inducir una reducción del importante diferencial de precios existente en el mercado. A su vez, también debería atenuar el impacto de la devaluación en el sector.

Para que este tipo de política sea efectiva debe ser complementada con un eficaz control de calidad. La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT), es el organismo regulador estatal encargado de verificar la eficacia e inocuidad de esos productos. Por su parte, también se eliminaron los aranceles sobre la importación de insumos para la salud y se redujo la presión impositiva sobre parte del sector al reducir el IVA sobre las compras importadas; medida, esta última que beneficia a la seguridad social y al sector público, por estar exentos del IVA sobre sus ventas.

*** Programa Médico Obligatorio de Emergencia:** el catálogo de prestaciones del Programa Médico Obligatorio, establecía una amplia gama de servicios, incluidos los relacionados con patologías de baja incidencia y alto costo de tratamiento. Mediante la Resolución Ministerial 201/02, se aprobó el Programa Médico Obligatorio de Emergencia y se resolvió que, los agentes del seguro adapten todos sus programas de prestación y control, así como sus contratos, a los efectos de garantizar a sus beneficiarios, dicho programa. También se dispuso que la Superintendencia de Servicios de Salud, formase una Comisión revisora del Programa Obligatorio definitivo, que será aplicado después del período de emergencia.

*** Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable:** fue luego aprobado por el Congreso de la Nación, al sancionar la ley 25.673/02. “El alcance de esta ley beneficia a la población en general, pues prevé acciones coordinadas con los ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente para la capacitación de educadores, trabajadores y de la comunidad en su conjunto. La ley dispone, además,

la distribución gratuita de anticonceptivos y de información sobre esos procedimientos a quienes lo soliciten”.

En mayo del año 2003, asume a la presidencia de la Nación Néstor Kirchner. Desde allí comienza a realizar acciones tendientes a afrontar la crisis de lo económico como lo cultural e ideológico. El Ministro de salud, presenta el Plan Federal de Salud 2004-2007, en el que se plantean los siguientes ejes fundamentales:

- ❖ Afianzamiento del Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales en su rol de rectoría.
- ❖ Garantía por parte de las regiones del aseguramiento de la cobertura básica universal.
- ❖ Desarrollo por parte de provincias y municipios de programas de promoción y prevención, poniendo el acento en la atención primaria y respetando los mecanismos crecientes de derivación dentro de la red de atención.
- ❖ Protección del financiamiento de los programas establecidos.
- ❖ Organización de la sociedad civil para fomentar su participación en el diseño e implementación del modelo.

Rossi y Rubilar ratifican el alcance de la Política Nacional de Medicamentos, incorporada en 2002, a través de la cual se establece un nuevo marco regulatorio con reglas fijas y claras que benefician al sistema sanitario en su conjunto.

Tanto las experiencias nacionales, como las internacionales indican que será necesario la coordinación de un sistema de salud que integre las iniciativas de los diferentes subsectores en el logro de un sistema equitativo de cobertura universal, es decir, que todos los sectores sociales por su simple condición de ciudadanía deben tener la obligación de aportar y el derecho a recibir el servicio de salud que necesitan. Será necesario trabajar simultáneamente en los ámbitos de la rectoría, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios de salud, de modo que las acciones desarrolladas en cada uno de esos ámbitos sean congruentes y se fortalezcan entre sí. (ROSSI-RUBILAR. 2004).

En este sentido resultará prioritario que el Estado asuma el rol de regulación y control del sistema y diseñe una estrategia sanitaria nacional consensuada en el Consejo Federal de Salud y con todos los actores del sector, que tienda a compensar las fuertes iniquidades regionales.

En la formulación de la reforma, deberá participar la sociedad civil, que es quien recibe los servicios y sortea como puede los problemas de financiamiento para dar respuesta a sus necesidades de prevención, reparación y rehabilitación de su salud, así como de accesibilidad a los servicios. Por ende, prestadores, financiadores y sociedad civil, deberán acordar las bases para un sistema de salud, que brinde protección y seguridad a toda la población.

Como bien lo describen Firpo y Salazar, respecto del primer aspecto, Kirchner, profundiza aquellas líneas tendientes al incremento del empleo, acompañado con planes sociales dirigidos hacia aquellos sectores que no son incorporados. Desde el discurso político, se sostuvo que la desocupación y la pobreza no era un problema exclusivo de la política social, sino fundamentalmente de la política económica y la política de empleo, a partir de lo cual se inició la estimulación de los sectores productivos, primarios y secundarios, para la ampliación de puestos de trabajos formales, a la par del crecimiento productivo.

En esta misma línea se promovió, una activa política de derechos humanos y un discurso político que llevó a poner en escena la posibilidad de creer que en Argentina un proyecto nacional y popular podría revivir.

“La política social pensada en el marco de este proyecto nacional, es entendida como una política integral, que contempla a la persona en su totalidad, pero cuya singularidad, se completa al ser parte de una comunidad o colectivo humano. Desde esta mirada cae la concepción neoliberal de la política social, como “compensadora” de la política económica y se asume como una herramienta fundamental para la protección de los derechos sociales y de esta manera la profundización del carácter de ciudadano como parte de una comunidad, de un territorio y de una historia”. (FIRPO-SALAZAR.2011:37).

Para poder llevar a cabo esta política, resulta imprescindible cumplir con los siguientes principios:

***Territorialidad:** refiere a la necesidad y deber de las políticas sociales de acompañar esa singularidad de la persona, acorde a su pertenencia a una comunidad organizada según particularidades tanto geográficas como culturales a tener presentes.

***Transversalidad:** refiere a que las políticas sociales deben necesariamente atravesar los diferentes sectores del propio Estado, requiriéndose para ello una articulación precisa entre los mismos, en términos de recursos humanos, financieros, materiales, de conocimiento, de infraestructura.

***Participación:** Coherente con las características de integralidad y territorialidad, la participación de la comunidad constituye el reaseguro para la consecución de una política social integral. (FIRPO-SALAZAR. 2011).

En el año 2007, cuando asume Cristina de Kirchner a la presidencia, se mantienen en su totalidad los criterios de la política social, profundizando el modelo. Esta política social va mas allá de los planteos técnicos, se debe orientar hacia un proyecto de inclusión social, de re- inscripción social, que tenga como eje la singularidad de cada persona, especialmente teniendo en cuenta la heterogeneidad de la pobreza y de la expresión del proceso salud- enfermedad.

En la actualidad, las Políticas Sociales Argentinas, al incorporar una perspectiva de Derechos Humanos y tender hacia una lógica de cobertura de tipo universal pueden favorecer procesos de inclusión social. En el caso de nuestro país, **la Asignación Universal Por Hijo, la Ley de Medios, la Ley de Matrimonio Igualitario y la Ley de Salud Mental**, se inscriben en un nuevo paradigma relacionado con nuevos derechos y especialmente con los Derechos Humanos.

1- b Políticas Públicas en Salud Mental.

Se considera pertinente partir de las Políticas en Salud, para contextualizar el campo específico de Salud Mental. Las Políticas en Salud, son un instrumento

fundamental para la cohesión e inclusión social; garantizando la igualdad de reconocimiento y efectivo acceso a los derechos de la salud.

La fragmentación social, la incertidumbre, las desigualdades sociales, no sólo se expresan como factores causales de los problemas de salud, sino que forman parte de éstos, se registran en la historia social de cada sujeto, en forma singular, construyéndose de esta manera una serie de nuevas cuestiones que necesariamente dialogan con la intervención en lo social, las políticas sociales y las tramas socioculturales.

Desde esta perspectiva las Políticas de Salud como políticas de Inclusión Social, implican la necesidad de tener en cuenta, que son muy complejos los abordajes homogéneos y que la heterogeneidad, requiere de una serie de miradas estratégicas que se interrelacionan con la intervención en lo social.

En el campo específico de la Salud Mental, ante la complejidad de las problemáticas y los escenarios de intervención, es quizás donde este derecho se expresa con mayor claridad. Allí, donde hay algo más que un cuerpo enfermo, un número de cama, un caso psiquiátrico, hay un sujeto que demanda ser escuchado en clave social. De este modo, la lógica de la inclusión social se relaciona en forma intensa con la Salud Mental.

Se encuentra necesario mencionar las diferentes políticas sociales y su impacto en la constitución del campo de la Salud Mental, debido a que esta es una expresión más de la política de Estado.

Como primer antecedente se encuentra,

“la creación del Instituto Nacional de Salud Mental a través del Decreto N° 12.628/57, que reemplazó a la Dirección de Establecimientos Neurosiquiátricos y a la Dirección de Higiene Mental. Bajo la órbita de un Estado Desarrollista y en un contexto internacional capitalista moderno, se comienza un proceso de reestructuración del sistema público con respecto a las políticas sociales en base a los conceptos tecnocráticos. El proceso iniciado por Carrillo de reforma sanitaria para reemplazar los principios higienistas en el sistema de salud, se traslada al campo psiquiátrico, para recibir su pendiente reestructuración”. (BERTAGNI. 2011:14).

Se inicia una reestructuración del campo psiquiátrico arrimando hacia la constitución institucional y conceptual del “campo de la Salud Mental”, al integrar nuevas posibilidades de atención y balancear los poderes de participación de los diferentes actores ya en funcionamiento. “Se entendió que la recuperación de los derechos humanos elementales de las personas internadas, requería recortar el poder de los psiquiatras, devolver su tutela a los jueces y emprender programas de reintegración de la vida social” (GALAN y CALVO. 2007. s/d).

En los años 60, se inician los movimientos de discusión a través de los Congresos Nacionales de Psiquiatría, en donde se proponía las reformas psiquiátricas necesarias para la desinstitucionalización de los manicomios y colonias.

El Instituto Nacional de Salud Mental, recibía fuertes críticas como a su vez muchas limitaciones técnicas para implementar las reformas necesarias, como así también diferentes obstáculos dentro de la estructura pública manicomial, al resistir las influencias de la discusión en el campo de la psiquiatría.

En los años 70, la lucha antimanicomial estaba en su mayor furor.

“Con grandes logros en la conciencia de cambio y capacidad organizativa de los actores involucrados. Se inicia la dictadura militar, que interrumpe todos los debates, impidiendo cualquier movilización necesaria para continuar con el proceso de reforma”. (BERTAGNI. 2011:15).

En los años 80, se inicia el proceso democrático, abriendo las esperanzas de reiniciar el proceso interrumpido por la sangrienta dictadura. Pero esto no fue así. La Asociación de Psiquiatría no continuó el proceso iniciado en los años 70, sino que comienza una nueva etapa de discusión lejos de los planteos de reformas estructurales precedentes. El cuerpo profesional psiquiatra ha tomado fuerte protagonismo en el campo y pesa fuertemente un actor muy fortalecido: la industria farmacéutica. (GALAN y CALVO, 2007).

Se señalan los siguientes logros de la década del 80, por medio de la Dirección Nacional:

- ❖ Atención Primaria como eje de atención.
- ❖ La Dirección Nacional pudo poner el tema de la Salud Mental y su situación en todo el país.
- ❖ Se crearon “programas participativos”, los cuales convocaron a muchos profesionales comprometidos con la reforma.
- ❖ La propuesta de la desinstitucionalización concientizó a muchos profesionales que trabajaba en manicomios y así implementaron reformas.
- ❖ Varias colonias realizaron programas de externación y de rehabilitación.
- ❖ Iniciaron los manicomios programas alternativos produciendo cambios en las prácticas habituales: talleres, asambleas de pacientes, integración de las familias a los procesos de rehabilitación, articulación intersectorial e interinstitucional.
- ❖ Experiencias exitosas del enfoque comunitario para los cuidados de Salud Mental.
- ❖ Varias provincias crearon sus propias Direcciones de Salud Mental y así se fomentara la planificación y estrategias de atención con equipos interdisciplinarios.
- ❖ Se realizaron avances en la capacitación en las provincias para la acción interdisciplinaria e intersectorial.
- ❖ Se creó la Residencia Nacional Interdisciplinaria en Salud Mental la cual admitía por primera vez en conjunto a médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y enfermeros, marcando un hito en la formación de recursos humanos en Salud Mental.

Ya en los años 90, las políticas de Estado, comienzan a sufrir las reformas conservadoras de los lineamientos neo-liberales.

“El rol de Estado Nacional, se desatiende de los avances realizados en los años 80, iniciando una nueva etapa caracterizada, por la delegación al mercado. El Estado Nacional, ya no tenía jurisdicción sobre los hospitales psiquiátricos y colonias, al ser toda la atención derivada a las provincias”. (BERTAGNI.2011: 16).

En palabras de Galende, en poco tiempo se desarticuló mucho de lo logrado en los 80, de un modo paulatino y llamativamente silencioso, ya que casi no despertó resistencias ni reclamos. La Dirección Nacional no volvió a tener relevancia en la generación de acciones políticas en el área y los programas pasaron a ser responsabilidad de cada provincia, basado en la desarticulación, que produjo la mal llamada descentralización de la Salud, condición para el avance de las políticas conservadoras del mercado. (GALAN y CALVO. 2007).

Todo este proceso de desestructuración de la cúspide de la coordinación y planificación de políticas del campo, permitió un estancamiento e incluso un retroceso institucional. Llegando a observarse un objetivo de racionalizar el gasto, estableciendo las prestaciones básicas y delegando responsabilidades en las familias.

La ley 24.901/97, establece las obligaciones para las obras sociales y para el Estado, cuando la persona discapacitada no tiene obra social y/o su familia no puede cubrir las necesidades de la persona. Se establece un sistema de prestaciones básicas que contempla acciones de prevención, asistencia, promoción y protección tendientes a brindar capacitación y formación de las personas con discapacidad para su reinserción social. Así su artículo 37 establece, que la atención psiquiátrica de las personas con discapacidad se desarrolle dentro del marco del equipo multidisciplinario y comprenda la asistencia de los trastornos mentales, agudos o crónicos, ya sean éstos la única causa de discapacidad o surjan en el curso de otras enfermedades discapacitantes como complicación de las mismas y por lo tanto interfieran los planes de rehabilitación.

“Las personas con discapacidad tendrán garantizada la asistencia psiquiátrica ambulatoria y la atención en internaciones transitorias para cuadros agudos, procurando para situaciones de cronicidad tratamientos integrales, psicofísicos y sociales que aseguren su rehabilitación e inserción social”. (VIOR. 2006:6).

El sistema de “Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las personas con discapacidad” (1999), prevé distintas modalidades de atención (centro terapéutico, centro educativo, centro de rehabilitación). Los discapacitados mentales, que se encuentren imposibilitados de recibir educación o rehabilitación deben orientarse

a servicios específicos como clínica psiquiátrica, hospital de día o comunidad terapéutica. La permanencia en estas instituciones está limitada a la posibilidad de que la persona con discapacidad alcance los objetivos propuestos.

Es decir, que las instituciones se caracterizan por realizar intervenciones breves en el tiempo, subrayando así la premisa de que el discapacitado viva en su comunidad. Del mismo modo aquellos casos que presenten necesidades asistenciales básicas insatisfechas, como ser pacientes sin familia o lugar donde vivir, deben orientarse hacia servicios asistenciales que contemplen esta cobertura (Pequeños Hogares - Residencias - Hogares, etc.). En estas instituciones, las pautas de egreso son las siguientes: cambios en el desarrollo psicofísico que dificulten la convivencia, cambios en el entorno socio familiar y/o dificultades en la convivencia con otros residentes. (VIOR. 2006).

Tanto el Sistema de prestaciones básicas creados en 1999, como la ley 25.421/01, y el Plan Nacional de Salud Mental creado por ella, propician la atención primaria de la Salud Mental. A través de ésta se promueve la reinserción social y un aumento considerable en la responsabilidad de las familias ante problemas de salud mental. Se apuesta a que la persona con sufrimiento mental sea atendida en su comunidad, conservando y reforzando los vínculos con su familia y su medio social. (VIOR. 2006).

En abril del 2010, por Decreto Nacional 457/10¹, se crea la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones que pertenece al Ministerio de Salud a la Secretaría de Determinaciones de Salud y Relaciones Sanitarias.

En resumen, algunos de los objetivos de la Dirección son:

- ❖ Fortalecer las redes jurisdiccionales regionales.

¹Define como responsabilidad primaria: "promover y coordinar redes locales, regionales y nacionales ordenadas, según criterios de riesgo, que contemplen el desarrollo adecuado de los recursos necesarios para la atención primaria de la salud mental y de las adicciones, articulen los diferentes niveles y establezcan mecanismos de referencia que aseguren y normalicen el empleo apropiado y oportuno de los mismos y su disponibilidad para toda la población". (Decreto Nacional 457/2010).

- ❖ Integrar las políticas de Salud Mental y tratamiento de las adicciones en las políticas generales de salud propuestas por el Ministerio de Salud.
- ❖ Promover la atención e importancia de la Salud Mental y los comportamientos y estilos de vida saludables así como la prevención de las adicciones.
- ❖ Generar principios rectores en materia de atención primaria de la salud mental y los tratamientos de las adicciones.
- ❖ Coordinar acciones tendientes a la unificación de criterios sobre las mejores formas de atención psiquiátrica.
- ❖ Generar políticas públicas de atención a la Salud Mental.
- ❖ Coordinar el relevamiento de los recursos estatales, de obras sociales, de prepagas y de ONG.
- ❖ Incluir indicadores sobre salud mental y adicciones en los sistemas de información y notificación sanitaria.
- ❖ Constituir, mantener y optimizar permanentemente un Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones.
- ❖ Establecer una Mesa de Trabajo permanente con los Responsables Jurisdiccionales en Salud Mental y Adicciones.
- ❖ Coordinar, con la Comisión Nacional Coordinadora de Políticas Públicas en materia de Control y Prevención de Tráfico Ilícito de Estupefacientes, la Delincuencia Organizada Transnacional y la Corrupción.
- ❖ Coordinar las acciones de prevención y tratamiento de las adicciones con la SEDRONAR.
- ❖ Establecer un sistema de control y fiscalización sobre los tratamientos en los sectores públicos.
- ❖ Coordinar con las áreas que resulten pertinentes el establecimiento de un Sistema de Control y fiscalización específico sobre los tratamientos brindados por Obras Sociales, Prepagas y ONGs.

❖ Integrar un plan nacional de todas las iniciativas, proyectos y programas en la materia, así como también la articulación interministerial, intersectorial e interjurisdiccional.

❖ Desarrollar la Mesa Intersectorial e interministerial de Salud mental, Justicia y Derechos Humanos.

❖ Diseñar un Plan nacional de Atención integral de corto, mediano y largo alcance. (VIOR. 2006)

La creación de esta dirección y todos los objetivos que lo definen, se encuentra en el marco de una apuesta de la política de Estado con fines de re-estructurar, ampliar y sofisticar la atención en Salud Mental. Esto se cristaliza en la Ley Nacional 26.657/10, donde en el artículo 31 determina: “en forma progresiva y en un plazo no mayor a tres (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio. (VIOR. 2006).

Los cambios no fueron realizados al azar, sino a través de las reformas que sufría el Estado, a raíz de los modelos macroeconómicos que rigen en la región. Entonces, no podemos hablar de atención psiquiátrica, rehabilitación psicosocial, adicciones, desinstitucionalización, interdisciplina, ni Trabajo Social, sin tener en cuenta, si las políticas sociales están inscriptas en una lógica de derecho o como producto del mercado rentista. Como tampoco podemos realizar un reduccionismo a la problemática si concebimos que el campo de la Salud Mental, esté desvinculado del modo de producción económica y de la manera en que nos organizamos para vivir en sociedad.

1-c Programa de Rehabilitación y Externación Asistida. P.R.E.A

En abril de 1999, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires lanzó oficialmente el P.R.E.A., a partir de la Resolución Ministerial N° 001.832. Este programa oficial, es el único puesto en marcha para el campo específico de la rehabilitación en

psiquiatría en el territorio bonaerense y propone como responsable a la Dirección Ejecutiva de cada hospital donde el mismo se desarrolla.

Se basa en el postulado de la salida del hospital de los pacientes internados, que están en condiciones de alta, pero que enfrentan dificultades sociales y económicas para afrontar una vida en comunidad.

Se trata de un "programa de externaciones asistidas, para pacientes carentes de recursos", con una reestructuración de la asistencia psiquiátrica ligada a la atención primaria de la salud. La iniciativa agiliza la salida de los hospitales de aquellos pacientes que, estando en condiciones de alta, no pueden efectivizar su externación por enfrentar una situación de abandono socio-familiar.

Para lograr el objetivo se plantea la aparición de distintos dispositivos que engloban prácticas diferenciales al hospital tradicional, con actividades educativas, deportivas, de capacitación y laborales.

El Programa, contempla además un mecanismo para solventar la instalación de pacientes en condiciones de alta en viviendas de la comunidad. Se instauran dos herramientas: la constitución de Casas de Convivencia, mediante el alquiler a cargo del hospital y el otorgamiento de subsidios a familias sustitutas, que puedan albergar a pacientes dados de alta.

Tanto las residencias destinadas a Casas de Convivencia, como las familias interesadas en albergar a pacientes, deben cumplir con una serie de requisitos para ser habilitados, previa firma de un contrato con la autoridad hospitalaria.

El Programa descansa en un supuesto, explicitado por las autoridades de la Dirección de Salud Mental del Ministerio, acerca del deterioro que produce en los sujetos un largo proceso de internación y cómo ello actúa en la cronificación de los pacientes.

El PREA, plantea como objetivo una mayor vinculación entre la institución y la comunidad. En ese sentido, se hace imprescindible una herramienta como el Área de Comunicación Social e Institucional, para favorecer las condiciones de aplicación de ese programa.

Este programa, surge de una historia de más de 20 años de trabajo, buscando una alternativa a la manicomialización, al encierro y a la postración. Se propone consolidar la restitución de los derechos civiles de los pacientes: a la libertad, al trabajo y a la vivienda. Para ilustrar se tomarán dos experiencias donde se utilizaron este Programa: Hospital Interzonal José Esteves, en el Hospital Dr. Alejandro Korn. Ver experiencias en anexo.

1-d Desmanicomialización.

El concepto de Desmanicomialización, no es unívoco sino que, dependiendo de la posición de los agentes e instituciones en el campo y de los intereses puestos en juego, esta noción adquiere diferentes sentidos, los cuales se articulan y constituyen diversos discursos. Así mismo se puede postular la existencia de una dinámica que conduce a la articulación y reforzamiento conjunto de los discursos, posibilitando un poder de determinación mayor en el campo de la Salud Mental. (BERONE-HERRANZ. 2010).

El campo de la Salud Mental, en relación a la Desmanicomialización, se ha configurado en una tensión entre diferentes formas de concebir este proceso, lo cual influye en el modo de operar de los agentes de salud.

Siguiendo a Bourdieu (1995), se entiende como definición de campo a una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes, su visión del mundo y del mismo campo, por su situación en la estructura de distribución de los distintos tipos de poder y por las relaciones con las demás posiciones.

En el campo de la Salud Mental, se pueden distinguir puntos de vistas y variedad de concepciones en torno al concepto de Desmanicomialización, los cuales influyen en las prácticas que de él se desprenden.

Según Bourdieu (1995), los agentes acorde a su trayectoria y la posición que ocupan en el campo en virtud de su dotación de capital, propenden a orientarse

activamente, hacia la conservación de la distribución del capital, o hacia su subversión. Esto se aplica en relación a los distintos discursos que se tejen y sostienen en cuanto al proceso de Desmanicomialización, tras los cuales hay una puja de intereses.

Para Foucault, (1985; citado por Reguillo, 2000), los discursos son dominios prácticos limitados por sus reglas de formación y sus condiciones de existencia. En el discurso, el sentido, es lo que no se deja leer tan fácilmente en tanto está entretejido en relaciones que no se agotan en la materialidad del discurso. El contexto, las posiciones diferenciales y las instituciones sociales se inscriben en el propio discurso. Es así que cuando nos preguntamos "quién, desde qué posición, dice qué, a quiénes, en qué posiciones, con qué efectos", nos mantenemos en el orden discursivo, en tanto estos elementos plantean un contexto de enunciación, un sistema de posiciones diferenciales y un sistema de representaciones.

Desde este marco, al igual que Barone y Herranz, proponemos pensar la configuración del campo de la Salud Mental en relación a la Desmanicomialización, buscando reconstruir los discursos que se constituyen en torno al mismo.

Discurso de la Experiencia en Trieste, Italia: la noción de desinstitucionalización, resulta el eje clave en torno al cual se ha guiado la intervención del equipo de Franco Basaglia, en el hospital psiquiátrico de Trieste. Se entiende que la misma no significa cerrar los hospitales para reducir el gasto público; ni desplazar a los "encerrados" a otros lugares con lógicas similares pero con nombres diferentes; tampoco significa reproducir la misma lógica, que totaliza a los enfermos en la enfermedad, en ambulatorios más limpios. (Evaristo, 2000).

En Argentina, surgen los distintos discursos en torno a la Desmanicomialización:

➤ **Discurso de la Experiencia de Río Negro:** Cohen, quien encabezó la experiencia de Río Negro, sostuvo: "la Desmanicomialización debe destruir muros y rejas llegando hasta la transformación de nuestras propias mentes. (...) construyendo una nueva cultura para el diferente, y para que esto se pueda concretar es necesaria la intervención de todos los sectores de la comunidad con sus instituciones (...)." (1994; citado por AMICO. 2005:164).

No es tratar al individuo con su síntoma o patología individual, sino en desencadenar procesos que apunten a la reconstrucción de la vida de las personas, en base a la reinserción social. De hecho, los trabajadores en Salud Mental, cumplen el rol fundamental, de hacer posible o facilitar la transición entre el hospital y la comunidad. (CELS y MDRI, 2007).

➤ **Discurso neoliberal:** desde las políticas neoliberales, se utiliza la noción de Desmanicomialización, para ponerla al servicio del ajuste y el achicamiento institucional. Los gobiernos regidos por estas políticas, se hacen eco de la Desmanicomialización, pero con otros fines: reducir el número de camas psiquiátricas, cerrar pabellones, externar pacientes, lo cual conlleva objetivos puramente fiscales, sin construir la red de dispositivos terapéuticos y rehabilitadores alternativos que faciliten la re-inserción social de los pacientes y que no signifique su abandono liso y llano. (ASE. 2008).

La década del 90, ha mostrado que un modelo democrático de Salud Mental no es “neutral” en relación con la sociedad en donde se lleva adelante. En los últimos años, para minimizar el impacto de la crisis económica en el sector de Salud Mental, en nuestro país, se llevaron adelante medidas que estaban orientadas a facilitar el acceso a fármacos. El problema no es en sí la provisión de medicamentos, sino que éstos sean el recurso principal dejándose de lado medidas de apoyo comunitario. (CELS y MDRI, 2007).

➤ **Discurso médico-psiquiátrico tradicional:** ha estado asociado a una lógica asilar y farmacológica en el tratamiento de los pacientes. Para Galende (1983), este discurso se sustenta en el modelo anátomo-clínico, el cual tiene como base una comprensión organicista de la locura, el concebir a lo patológico como un desorden que puede ser objetivado como un dato natural, internando a aquellos que no acepten las reglas del conjunto y generando un sistema asistencial basado en el internamiento.

Se puede sugerir que el discurso psiquiátrico, bajo el lema de desmanicomializar, encubre prácticas solamente asistenciales, individuales, biologicistas, con una alta dosis de psicofármacos y externación de los pacientes sin seguimiento. Básicamente, se trata de un tratamiento sintomático individual, más que de un abordaje tendiente a favorecer los lazos de reinserción social. (GALENDE. 1983).

➤ **Discurso Jurídico:** en la Declaración de Caracas de 1990, se insta a todos los gobiernos a reestructurar la atención en Salud Mental, para promover modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales, haciendo una revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico.

Se busca asegurar la defensa de los Derechos Humanos y Civiles de los enfermos mentales, para que estos sigan siendo sujeto de derecho y se los reconozca y considere en cuanto tales. Se plantea, además, que los recursos, cuidados y tratamientos provistos deben: salvaguardar la dignidad personal y los derechos humanos y civiles; estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados y propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario. Se evidencia el llamado a producir un cambio en las prácticas de atención de los pacientes, lo cual exige transformaciones en políticas de salud profundamente arraigadas. (OPS/OMS, 1990).

➤ **Discurso de Ley Nacional de Salud Mental:** el objetivo central está dado por constituir un marco de Salud Mental, que fije un criterio común, básico de derechos y garantías para un debido proceso de atención para todas las personas del país. Se apunta a un cambio de paradigma, que reconozca el derecho a recibir atención integral de la Salud Mental, desde una perspectiva intersectorial e interdisciplinaria, en un marco de Derechos Humanos.

El discurso, en definitiva, siguiendo las palabras de Foucault (1970), es aquello por lo que y por medio de lo cual se lucha; aquel poder del que quiere uno adueñarse. Así, los discursos no son una mera enunciación lingüística sino un modo de presentarse, de actuar, de pensarse y posicionarse, valiéndose de capitales, al decir de Bourdieu, para sustentar su peso.

Desde lo expresado anteriormente, podemos inferir que desde los diferentes discursos se fundamentan prácticas. Así los mismos pueden reforzarse y por poder propio, obstaculizar el lugar de vigencia de otro.

En relación a la realidad de la Salud Mental en Argentina, Di Nella (2010), sostuvo refiriéndose a la Ley Nacional que, el proyecto ha sido criticado por algunos sectores, que desde sus intereses han planteado obstáculos a la ley. Entonces vale preguntarse, dentro del campo de la Salud Mental, que discursos están imperando y en

desmedro de cual otro, buscando en este proceso, no perder de vista que lo que está en juego, es el modo de abordaje de un sujeto con sufrimiento mental.

CAPÍTULO II. “APROXIMACIONES AL CAMPO DE LA SALUD MENTAL”.

*“...nunca como en estos tiempos, el futuro de la Salud Mental y la organización disciplinarias de sus cuidados, dependen de los rumbos del Estado, de al conformación de lo público y de la respuesta que la sociedad y la cultura tengan para estas direcciones”
E. Galende. 1997*

En este capítulo, se considera oportuno hacer mención al concepto de Salud, para luego dar una definición de Salud Mental. Se realizará una breve reseña histórica del Sistema de Salud Mental en Argentina y específicamente en el campo de la Salud Mental del Sistema Sanitario del Partido de la Costa.

2- a En torno al problema de definir la Salud.

El concepto de Salud, se ha ido modificando a lo largo de distintos momentos históricos, primero fue asociado a las postulaciones vinculadas a la noción de enfermedad. Al principio la salud, se definía en oposición a su par negativo; era entonces la ausencia de enfermedad.

La OMS (1948), define a la Salud, como “bienestar bio-psico-socio-cultural y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, es decir que un individuo será sano cuando sus procesos biológicos (orgánicos), psicológicos (emocionales), y socio-culturales, interactúen en armonía. Esto significa que la salud, así como la enfermedad, no existen en sí mismas independientemente del hombre y su medio ambiente, estando estrechamente relacionadas al modo de vida, a las condiciones sociales, culturales y económicas y que éstas son sumamente variables en todas las sociedades, aceptando que tales variables sociales hagan que el ser humano sea menos dependiente de su estado biológico y cada vez más dependiente de su estado social (integración social, calidad de vida, grado de alfabetización, entre otras.). (CABERO. L. 2009).

Galende, (1990), considera en esta misma línea, que la Salud, es el mejor equilibrio que una persona puede tener, en una relación activa con su medio ambiente, en un momento determinado de su vida, en un país, en una cultura y en un contexto histórico determinado.

Esta definición implica, por un lado considerar a la persona como unidad y por otro no concebir la salud, como estado inalterable ni como mera adaptación al medio. Supone reconocer que el hombre, vive en constante interacción con el medio ambiente físico-biológico y socio-cultural, recibiendo influencias tanto favorables como desfavorables y que en esta interacción se configura el nivel de salud. No es lo conflictivo lo que define lo patológico sino la imposibilidad de poder resolverlo en cualquiera de las áreas físicas, psíquicas o sociales. Esto es, lo que genera la idea de enfermedad. (PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS. 2010).

La Salud, entonces no puede definirse en torno a una categoría absoluta e inmutable (del tipo kantiano), no existe una piedra “científica”, sobre la cual edificar nuestras prácticas. Sino que hay que construirla y reconstruirla junto con ellas. Stolkiner, define a la Salud como: (...) “el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto (sujeto social) y su realidad. Por ello, la conceptualización de salud y la definición de sus indicadores constituyen una tarea a desarrollar junto con sus prácticas.” (...). (CÓRDOBA Y RAMIREZ. 2008).

Entonces sostenemos que la Salud, es un derecho que los pueblos conquistan y potencian y debe ser garantizado desde el Estado, a través de la participación multisectorial, intergubernamental e interdisciplinaria. Queda mucho por hacer, es desafío, se debe trabajar con el objetivo de tener un Sistema sanitario “soberano, nacional y popular”, una Argentina más justa, con Salud para Todos.

2-b Salud Mental. Definiciones y significaciones.

Retomando el concepto de salud de Galende, de que la misma, es el mejor equilibrio que una persona puede tener, en una relación activa con su medio ambiente, en un momento determinado de su vida, en un país, en una cultura y en un contexto histórico determinado, podemos decir que la Salud Mental, también forma parte de las condiciones generales del bienestar de la persona, se ocupa específicamente del malestar psíquico y el sufrimiento mental, por lo que está estrechamente unida a las condiciones sociales de la vida. (GALENDE. 1997).

Comprender la problemática de la Salud Mental, requiere introducirnos dentro de un mundo de significaciones y símbolos, ya que la Salud Mental, se desprende de la producción y circulación de valores, sentidos y representaciones que los sujetos le otorgan. En este sentido se concibe a la Salud Mental, como una construcción histórico social, lo cual es posible construir y deconstruir, de modo que las cuestiones relativas a la enfermedad mental, no devienen de datos naturales, sino de construcciones sociales y culturales. Es así, como cada cultura materializada en los distintos procesos históricos particulares, va a poner en juego las producciones simbólicas que determinen la producción de ideas que moldean tanto a las teorías, como a las prácticas que se despliegan para el abordaje de la misma. (BERENBLIT. 1992).

Como plantea Foucault (1996: 13), "la enfermedad mental, no tiene realidad y valor de enfermedad, más que en una cultura que la reconoce como tal", para lo cual establece pautas y normas que definen quien se constituye en "enfermo mental" debido al alejamiento de las mismas y quedando marcado como el diferente. En base a esto, es que las normatividades de la enfermedad mental funcionan en el mismo campo semántico en que se constituye el discurso social, es decir que la representación de la misma se basa en un orden de lenguaje y significación.

En este contexto el autor, ubica:

"la formación de un cierto saber del hombre, de la individualidad, del individuo normal o anormal, dentro o fuera de la regla el cual surge de las prácticas sociales de control y vigilancia, engendradas desde prácticas

judiciales, lo que a su vez genera el nacimiento de un nuevo tipo de sujeto de conocimiento, una nueva subjetividad". (FOUCAULT. 1996:14).

Desde esta perspectiva lo que está en juego es la díada saber-poder, a través de la cual nos es posible visualizar al sujeto, como una construcción social e histórica, en la cual se imprimen las prácticas desarrolladas por las diferentes disciplinas que lo moldean, clasifican y corrigen. De esta forma los dominios de cada disciplina construyen una verdad (de la enfermedad mental) y en tanto se le otorga el atributo de verdadero, consecuentemente se le da existencia real; se despliegan, entonces, mecanismos de intervención (médica, psicológica y asistencial), que operan sobre la vida misma de los individuos.

Retomando la idea de la construcción histórico-social de la categoría "salud mental", es importante ver como diferentes valores, significados y saberes, se constituyen en sistemas que avalan las diferentes prácticas y abordajes.

Es en este marco, donde se concibe que la sociedad es quien genera las condiciones para el surgimiento de la enfermedad mental, tomamos las palabras de Galende, donde sostiene que, "toda sociedad produce una subjetividad situada en su tiempo histórico y a la vez genera las condiciones suficientes y necesarias para establecer distintas formas de padecimiento mental". (1990:82).

2- c La Salud Mental como campo.

Si nos referimos a la Salud Mental como campo², en el sentido que plantea Bourdieu, es porque en su interior se juegan: formas de comprensión, de explicación de problemas de los procesos de salud y enfermedad, de atención y cuidados. Se definen ciertas prácticas, ciertos modos de intervenir sobre esos problemas; se concreta la producción de pensamientos, productos de esas mismas prácticas; se legitima un plano

²"...espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y sus leyes de funcionamiento propias". (Bourdieu en DE RISO.2009).

social perteneciente a un determinado campo y por lo tanto entre los agentes de ese campo (enfermos, profesionales y técnicos), se genera un sustrato legal y jurídico, que regula el conjunto de esas prácticas. (DE RISO. 2009).

“Los campos se presentan como “sistemas de posiciones y de relaciones entre posiciones”, por ello pensar en campos, es pensar relacionamente. Se rigen por determinadas lógicas, determinadas reglas de juegos, reglas que distinguen un campo de otro. Incluso las reglas de juego de un campo a otro pueden responder a lógicas opuestas. Estos campos existen dice Bourdieu, “son estructuras vivas”, en la medida que hay jugadores dispuestos a jugar el juego, que creen en las inversiones y recompensas, que están dotados de un conjunto de disposiciones que implican a la vez la disposición y la capacidad de entrar en el juego y de luchar por las apuestas y compromisos que allí se juegan”. (DE RISO. 2009:5).

Siguiendo en esta misma línea Galende (1997), señala que dicho campo, es amplio y complejo y aunque todavía requiera de precisiones con respecto a sus alcances y límites, podemos afirmar que la Salud Mental, debe concebirse como inherentes a la Salud Integral y al Bienestar Social de los individuos, familias, grupos humanos, instituciones y comunidad. Así entendida la Salud Mental, se articula con el estudio de las problemáticas de la Salud y de la enfermedad mental, la investigación de las necesidades psicosociales y la organización de los recursos para satisfacerlas.

Dentro del campo de Salud Mental, De Riso (2009), hace mención a la interdisciplinariedad, en ella coexisten una diversidad teórica para comprender y explicar la génesis del sufrimiento psíquico y la enfermedad mental; la nosografía³ psiquiátrica, sigue estando pero ocupa un lugar parcial ya no hegemónico en la posibilidad de comprensión de los problemas que aparecen en el campo.

³ Disciplina que realiza la clasificación de las enfermedades mentales, desde el punto de vista diagnóstico y pronóstico, a fin de poder realizar un buen desarrollo clínico.

2- d Interdisciplina y Salud Mental.

Hoy participan de este campo una multiplicidad de saberes que intentan dar respuesta multidisciplinaria⁴ en gran parte, a las nuevas demandas que aparecen, sin lograr arribar la mayoría de las veces a una verdadera interdisciplinariedad⁵.

La interdisciplinaridad, no es una cosa que exista de por sí, ni tampoco una práctica específica en funcionamiento. Sino un horizonte de trabajo, algo a lo que debemos llegar en cada institución, en cada equipo y en cada intervención. Es un estado ideal de comunicación, de diálogo, de relación, de convivencia y de complementariedad.

En esta línea, se puede entender como los sistemas psiquiátricos y manicomiales han funcionado durante décadas sin concebir la historia psicológica del sujeto como tampoco las dimensiones sociales y económicas que lo atraviesan. Como también el posicionamiento político que constituye este modo de saber y hacer ante las “conductas desviadas”, la discriminación, el aislar y no escuchar las voces que manifiestan que el orden no está tan en orden.

La atención interdisciplinaria no fue algo dado desde un principio en la atención a las enfermedades mentales, sino que es muy reciente la conciencia de su necesidad. El cambio más importante que habilitó esto fueron las políticas de desinstitutionalización iniciadas en la década del 60 y que llevan hasta hoy en día lograr su mayor posibilidad de implementación. A tal punto que recién a fines del 2010 en Argentina, se pudo sancionar una ley que actualice el marco normativo nacional, con los lineamientos internacionales de mayor reconocimiento en lo que respecta a prácticas institucionales

⁴“...conjunto de profesionales que realizan sus intervenciones desde la teoría o investigación, instalados y resguardados en compartimentos estancos de sus respectivas disciplinas, permaneciendo fieles a su vocación profesional....”

⁵“...avanza en un plano de mayor integración presuponiendo interacciones, promocionando espacios de confluencia y un código común para poder sobre individuos, grupos o comunidades. De esta interacción los profesionales emergen “enriquecidos en sus respectivos roles” y campos específicos de intervención, no sin antes resolver sus contradicciones a nivel del o disciplinar y personal.....” (CAMBURSANO, S. 2006)

Esta nueva Ley Nacional de Salud Mental, balancea las relaciones de poder, dando igualdad de status a todas las profesiones de grado en su capacidad de gestión y conducción de instituciones, donde antes solamente era atribuido ese cargo a las ciencias médicas.

Podemos concluir tomando las palabras de Pichón Riviere (S/D) que, la lucha por la salud, no es solo la lucha contra la enfermedad, sino, esencialmente, contra los factores que la generan y refuerzan.

2- e Un poco de historia.

En la segunda mitad del siglo XX, se comenzaron a desarrollar las concepciones del campo de la Salud Mental, que planteaban caminos distintos para buscar soluciones a aquello en lo que se demostró que los manicomios y la cultura manicomial, no sólo resultaban insuficientes, sino que fracasaba y dañaba.

En nuestro país, según lo expresa Galli, Vicente, con desarrollos pioneros en América latina desde fines de los años '50 y los '60, interrumpidas brutalmente por el proceso genocida de reorganización nacional, y los del '84-'89, interrumpidos por el desguace del Estado con arrasamiento de Políticas Sociales, realizados en democracia formal durante la década de los '90, los efectos fueron no sólo de interrupción de lo que se venía haciendo, sino de incremento de daños poblacionales y banalización descalificadora de terminologías y de funcionamientos en dispositivos para buenas prácticas en Salud Mental, aunque siempre se mantuvieron algunos espacios importantes de ellas en el sector público, a veces sólo fragmentos; tanto como bolsones de buenas prácticas refugiadas en organizaciones y líneas de trabajo por fuera del sistema de atención estatal y también, en el tenaz accionar de las organizaciones defensoras de los derechos humanos.

Cabe destacar que en los desarrollos de los '50-'60 y '83-'89 los avances en Salud Mental se desplegaron en contextos históricos estimulantes y facilitadores, aun oscilando entre golpes militares y gobiernos democráticos de sustentaciones precarias,

a partir de políticas estatales y el despliegue creativo de líderes en Salud Mental que cuestionaban el orden manicomial, creando alternativas con producciones institucionales que, con resultados sólidos, ejemplificaron y demostraron que eran posibles otros caminos.

Con el retorno a la democracia, en 1983, la Salud Mental fue caracterizada por el gobierno nacional, como una política prioritaria en salud, la que fue avalada y asumida por todas las provincias; por entender que los efectos del proceso de reorganización nacional dejaban consecuencias directas del genocidio en las víctimas directas y en el tejido social, más las catástrofes de valores, organizaciones e instituciones formales y de base, con evidentes daños sobre la calidad de Salud Mental colectiva y sobre los sistemas de atención y rehabilitación. Esto dio comienzo a un fecundo proceso de transformaciones piloteado conjuntamente entre los responsables de conducción de Salud Mental de Nación y de las provincias. (GALLI. S/D).

Después de la década del noventa y de la crisis del 2000 y 2001, en el 2003, el Gobierno produjo condiciones para ir recuperando el rol rector del Estado marcando políticas y estrategias con decisiones más autónomas. Junto con el crecimiento de conflictividades manifiestas se comenzó la recuperación del debate político, simultáneamente con cambios sustanciales en cuestiones vinculadas a temas nucleares en justicia y derechos humanos, economía, educación y cultura, ciencia y tecnología, medios de comunicación y otros varios.

En salud hay moras en asuntos estructurales que se supone deberían liderarse desde los Ministerios de Salud, aunque se hayan realizado algunas modificaciones significativas y se aproximen sanciones legislativas de leyes importantes como las de regulación de medicina prepaga y la de fabricación nacional de medicamentos. No son ajenos a esta mora la intensificada valoración de la atención de las enfermedades, como mercancía en disputa para la producción de rentas financieras para diversas corporaciones que medran manteniendo la permanencia de sus posiciones en ese mercado. (GALLI.S/D).

Por lo cual aparece comprensible que el imprescindible relanzamiento de Salud Mental provenga de los poderes legislativos, de organismos de la Justicia y, en lo que respecta al Poder Ejecutivo Nacional, de la Jefatura de Gabinete de Ministros por sí

misma y apoyando a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación. Contándose con el apoyo y participación de organizaciones defensoras de derechos humanos, asociaciones de profesionales de disciplinas vinculadas al campo de la Salud Mental, grupos de profesionales y de técnicos de ese campo, y organizaciones no gubernamentales de usuarios y familiares. (GALLI. S/D).

Para las políticas de Salud Mental, se mantienen permanencias de objetivos y formulaciones fundacionales, enriquecidas con los avances en las experiencias de sus realizaciones y del afinamiento conceptual y doctrinario en las varias disciplinas y perspectivas que se integran en el campo de la Salud Mental. Entre ellas las que han tenido un significativo desarrollo en estas décadas son las que vienen impulsadas por las jurisprudencias y las políticas que tienen que ver con los derechos humanos y sociales.

Si bien desde los principios de la Salud Mental se denunciaba y luchaba contra la segregación y la violencia ejercida sobre los “locos” y sus familias, o sobre las personas alcohólicas o con problemas de drogas, es simultáneamente con el incremento mundial y nacional de las luchas por esos derechos que se comienza a visibilizar las problemáticas del sufrimiento mental y sus maneras culturales de trato inhumano como un problema que necesariamente debe ser visibilizado como violación a derechos fundamentales.

Debido a esto se fueron produciendo marcos legales en consonancia con numerosos principios, acuerdos, declaraciones internacionales y recomendaciones de organismos internacionales, a los que nuestro país adhirió y que en algunos colaboró en redactar, comprometiéndose a utilizarlos como orientadores para la planificación de políticas públicas.

Es así como a fin del año 2010, el Congreso de la Nación aprobó con el N° 26.657, la Ley Nacional de Salud Mental, que por las características técnicas de promulgación y de unanimidades en ambas cámaras, aun reconociendo la organización federal del Estado, no necesita ser aprobada por los parlamentos provinciales, lo que la hace de aplicación inmediata en todo el país.

Producto del trabajo colectivo en debates y aportes de muchos actores sociales, aprovechando y comparando experiencias en curso, con otras que quedaron trucas y

otras que están comenzando; decantando años de recorridos y evaluando los principales obstáculos; también tomando referencia en legislaciones internacionales y provinciales de los últimos veinte años, la ley del Congreso de la Nación queda estratégicamente ubicada como faro y mandato para las políticas públicas sociales, de Salud y de Salud Mental como uno de sus componentes. (GALLI. S/D).

Instaurar por Ley Nacional los valores y principios de la Salud Mental era una necesidad, como lo han sido y vienen dando resultados, a veces muy lentamente, otras leyes fundamentales que en estos años permitieron abrir cuestiones que aparecían muy cerradas por los efectos del genocidio y del neoliberalismo, tanto en el imaginario social como en concepciones sobre la vida. Ahora están vivamente planteadas y se hacen más visibles las brutales contradicciones en el escenario social, con sus luchas de poderes, sus negociaciones y sus distintos escalones de resultados actuales y de perspectivas de continuidad de evoluciones necesariamente sostenidas con conflictos y oscilaciones. (GALLI. S/D).

Es importante destacar que en ninguna parte del texto de la ley se habla de enfermedad mental, sino de “personas con padecimiento mental”. No se habla de tratamientos sino de “procesos de atención”. Se hace necesario entonces recordar y comparar esta experiencia con el supuesto ideológico e institucionalizante de la psiquiatría, de haber separado un objeto ficticio, “la enfermedad”, de la existencia global de los pacientes y del tejido histórico-social en el que advinieron personas y en el que surgieron sus problemas.

Sobre esa separación, convertida en observación “natural” por el orden médico ligado a los poderes culturales dominantes, se construyeron un conjunto de dispositivos, aparatos ideológicos, científicos, legislativos y administrativos, todos referidos a la “enfermedad mental”, que son, justamente, todas las institucionalizaciones culturales sobre ella, que abarcan mucho más que la existencia misma de los manicomios, y entre las que tiene un lugar “privilegiado” la cultura de acallar o hacer desaparecer los síntomas de las personas y/o encerrar a las personas que los portan, más que entenderlos como clamores, buscar causas más allá de la encerrante acusación de anormalidad o alienación personal, o en la biología o en los prejuicios. (GALLI. S/D).

Cuando los que postulan las políticas de Salud Mental hablan de “desinstitucionalización” se refieren a la tarea de deconstruir esas producciones institucionales existentes y las que constituyen los imaginarios compartidos culturalmente que van más allá de los manicomios reales llegando a todos los prejuicios y descalificaciones sobre los que no coinciden con las normas. (GALLI. S/D).

2- f La familia y la Salud Mental.

Se cree necesario contextualizar la Salud Mental no sólo en sus aspectos histórico-sociales y políticos-legales, como hemos desarrollado en los items anteriores, sino atendiendo también al espacio en el que los fenómenos asociados a la salud y a la enfermedad mental, se expresan en el devenir cotidiano. Nos referimos al ámbito familiar, espacio de reproducción de condicionantes sociales, como también productor de subjetividad.

Tomaremos los aportes de Eloisa de Jong, quién define a la familia como:

“una organización social básica en la reproducción de la vida de aspectos biológicos, psicológicos, sociales y en la vida cotidiana, es un espacio complejo y contradictorio en tanto emerge como producto de múltiples condiciones de lo real en un determinado contexto socio-político, económico y cultural, atravesada por una historia de modelos o formas hegemónicas de conformación esperadas socialmente y una historia singular de la propia organización, donde confluyen lo esperado socialmente, lo deseado por la familia y lo posible en el interjuego texto-contexto”. (2001: 11).

La familia es un lugar privilegiado de identidad, de construcción subjetiva y de procesos de individuación. La familia no puede naturalizarse como buena en sí misma, en ella se pueden consolidar y reproducir las desigualdades sociales. Es así, que es depositaria de conflicto sociales, produciéndose una crisis de inseguridad en el presente y el futuro de sus integrantes, generando mínimas garantías para la reproducción social de la vida. (E. DE JONG. 2001).

“La familia es la organización institucional más marcada por los atravesamientos institucionales. Si bien constituye una institución en sí misma, en tanto es un cuerpo normativo, jurídico, cultural, que vehiculiza valores, costumbres, leyes, reglas que determinan formas de producción y reproducción social, en su materialización como organización institucional está atravesada por múltiples instituciones, tales como: la sexualidad, el matrimonio, el trabajo, la propiedad, la justicia, la salud y la educación”. (E. DE JONG. 2001: 26-27).

Se puede decir, entonces, que la familia es un grupo, con un tiempo y espacio compartido, donde cada integrante tiene su propia representación interna de lo que es un escenario familiar, donde cada uno posee una tarea; la misma es la representación social de la vida, según funciones y roles. Forma una organización institucional y grupal, producto de múltiples relaciones. Se constituye en el interjuego de lo instituido, como orden familiar socialmente establecido y lo instituyente, desde las condiciones de existencia, donde el interjuego necesidad-satisfacción, está ligada a la representación familiar y social de sus miembros y del contexto. (E. DE JONG. 2001).

Cabe destacar que el ser humano se incluye en muchos sistemas, pero sin duda el más consecuente, duradero e importante es la familia, por sus funciones de crianza y educación. Como dice Carlos Eroles (2001), la familia, es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y de fracaso, asegura la supervivencia física y construye lo esencialmente humano del hombre.

Como la enfermedad mental, ya no es tomada como entidad aislada de la dinámica familiar, sino que, como bien lo expresa Becerra y Kennel, es vista:

“como el emergente de la enfermedad familiar que aparece en el miembro más fuerte o más débil, no se puede limitar la acción terapéutica a dicho miembro enfermo, sino que aparte de analizar la sintomatología que éste presente, es necesario conocer la dinámica de su familia”.(2008:40-41).

Estas autoras también sostienen que se debe tener en cuenta el grado de autonomía del enfermo frente a la familia; la conducta de los integrantes del grupo familiar, entre ellos y para con el paciente; los roles y la conducta de la familia en la sociedad.

Cabe destacar, que en la tarea con familias de los enfermos mentales, juega un rol importante el Trabajador Social; quién debe ejercitarse, capacitándose teórica y prácticamente.

2- g La internación en Salud Mental.

El propósito que debe motivar la internación de una persona con padecimiento mental, no debe ser otro que el poder brindarle una asistencia y proceso de atención adecuado a la patología que presenta.

La internación es un acto médico por excelencia, que tiende a promover a la persona enferma los recursos necesarios para la solución total o parcial, definitiva o transitoria al problema de la salud mental que lo afecta. Además de protegerlo de la peligrosidad para sí, para la sociedad o el orden público. (NUÑEZ, EXEQUÍAS. S/D)

El derecho a la salud constituye un principio básico, que fue incorporado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, fue incorporado en nuestra Constitución Nacional en 1994 y en la reciente legislación, Ley 26.657. Tal derecho implica la asistencia y el proceso de atención, para toda persona.

En la nueva legislación, se plantea la internación como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, que se cuando éste aporte beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en el entorno familiar, comunitario o social, no lo han logrado. También sostiene que debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contacto y comunicación de las personas internadas con sus familiares y demás personas del entorno social significativo para él, salvo excepciones que el equipo interviniente decida lo contrario, para el bienestar del paciente y el correcto proceso de atención.

La internación debe ser lo más breve posible. La evolución del paciente como cada una de las intervenciones realizadas por el equipo interdisciplinario, debe quedar registrada en la historia clínica del mismo. En ningún caso la internación debe ser prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para ello el Estado debe

proveer los recursos adecuados y necesarios a los organismos públicos competentes. (DECRETO REGLAMENTARIO 603/2013).

Toda internación debe tener dentro de las 48 hs, establecidas por la nueva legislación, los siguientes requisitos:

- ❖ Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral, al igual que los motivos que justifiquen la misma, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, donde uno debe ser necesariamente un psicólogo o médico psiquiatra.

- ❖ Identidad y entorno familiar del paciente.

- ❖ El consentimiento informado de las personas legalmente responsables del paciente, cuando así lo corresponda. El consentimiento se considera válido cuando se da en estado de lucidez y con comprensión de la situación. En cambio, si el estado de lucidez se pierde, ya sea por efecto de la misma salud de la persona o por efecto de la medicación o por la terapia aplicada, se considerará al mismo como inválido. (DECRETO REGLAMENTARIO 603/2013).

Se debe evitar las internaciones involuntarias de las personas, reservando esta medida para aquellos casos en que fuera la única alternativa para poder abordar proceso de atención o abordajes ambulatorios. Se realizan las mismas cuando el equipo de salud considera que existe una situación de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros. En caso de no considerar esta posibilidad la persona con padecimiento mental, por su enfermedad, quedaría abandonado a las consecuencias de su incapacidad para poder discernir entre lo que conviene hacer para proteger su salud e integridad física.

El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud, que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria o voluntaria, ya informada en los términos que la ley lo prevé. (DECRETO REGLAMENTARIO 603/2013).

La internación de la persona con padecimiento mental debe responder fundamentalmente, un Interés médico-asistencial, con el objeto de colocar a la persona en las mejores condiciones posibles para la recuperación de su Salud Mental.

2- h Sistema de Salud del Partido de la Costa.

Para poder situarnos en el Sistema de Salud del Partido de la Costa debemos situarnos geográficamente, ya que pertenecemos a la Región Sanitaria VIII, de la provincia de Buenos Aires. La misma tiene sede en la ciudad de Mar del Plata, se compone de los municipios de: Ayacucho, Balcarce, Pinamar, Gral. Madariaga, Villa Gessell, **La Costa**, Gral. Alvarado, Gral. Lavalle, Gral. Guido, Gral. Pueyrredón, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, San Cayetano y Tandil.

El Partido de la Costa, se encuentra al sudeste de la Provincia de Buenos Aires, a 292 km. de la Ciudad de Buenos Aires y a 240 Km. de la ciudad de Mar del Plata. Ocupa una franja costera de 96 km. de largo, un ancho variable de 2 a 4 km, con 12 localidades. La Ciudad Cabecera del Partido, sede del Gobierno Municipal, es Mar del Tuyú, la elección de esta localidad se hizo teniendo en cuenta que es el centro geográfico de la zona urbanizada de este Municipio.

Este municipio, cuenta con tres hospitales, ubicados estratégicamente en las zonas con mayor población estable, zona Norte, Centro y Sur, al igual que diferentes CAPS⁶ en las distintas localidades.

Los hospitales de la zona, como todos los hospitales de la provincia, forman parte de la red de servicios en toda la región y también de la red de servicios provinciales, brindando servicios con sistemas de referencia y contra referencia.

Nuestro sistema hospitalario, pertenece al Primer Nivel de Atención⁷. En los tres hospitales, primordialmente se desarrollan las acciones de Promoción y Prevención de la Salud, además de la asistencia y rehabilitación, el nivel de referencia de los mismos,

⁶Centro de Atención Primaria de la Salud.

⁷ Este primer nivel, es el primer contacto de la población con el sistema de salud, primer escalón de un sistema organizado en niveles de atención de complejidad creciente, nivel donde se resuelve la mayoría de los problemas de salud que padece la población, donde se desarrollan actividades de promoción y prevención fundamentalmente, pero también de curación y rehabilitación.

es el segundo nivel, que en el caso particular del Partido de la Costa, es Mar del Plata (HIGA o HIEMI)⁸.

En cuanto a los recursos humanos, se cuenta con profesionales con capacitación en planificación y gestión, responsables de coordinar todas las acciones de salud que se desarrollen en su área programática, implementando una articulación intersectorial con el objetivo de optimizar los recursos y no superponer esfuerzos.

El sector de enfermería jerarquiza su trabajo en el primer nivel y recibe una capacitación acorde y los agentes sanitarios y/o promotores de salud deben depender del centro de salud y formar parte del equipo de salud del mismo.

Los efectores del Primer Nivel de Atención pertenecen a una Red de Servicios, siendo la misma la que le garantiza a la población la accesibilidad todos los niveles de atención, según la capacidad resolutive que necesite para resolver su problema de salud.

En cuanto a la historia del nuestro sistema de salud, el primer hospital se inaugura en la localidad de San Clemente, en 1970, cuando pertenecíamos al Partido de Gral. Lavalle, este nosocomio cubría todas las demandas de la jurisdicción Lavallense, en cuanto a demandas de salud. Hasta que el 1 de julio de 1978, mediante la ley de Municipios Urbanos, se crean los partidos de Monte Hermoso, Villa Gessel, Pinamar y De la Costa y San Clemente del Tuyú, forma parte del Municipio Urbano de la Costa.

En la actualidad el hospital de San Clemente, posee servicios de atención primaria de la salud, al igual que el de Santa Teresita, que fue construido, durante el gobierno del intendente Dr. Juan de Jesús, en 1983. Este nosocomio lleva el nombre del "Dr. Roberto León de Dios".

El hospital de Mar de Ajó, inaugurado también durante la gestión del Dr. Juan de Jesús, en el año 1983, cuenta con una complejidad de servicios y Consultorios Externos, como ser Cardiología, Cirugía, Diabetología, Fonoaudiología, Ginecología, Infectología, Kinesiología, Neurología, Neurología Infantil, Obstetricia, Odontología,

⁸ Hospital Interzonal de Agudos/Hospital Especializado Materno Infantil.

Oncología, Oftalmología, Psiquiatría y Psicología, Internación, quirófano, entre otros servicios.

Además se encuentra funcionando el Centro de Diagnóstico de alta complejidad, que es un anexo a dicho hospital, el mismo fue inaugurado en el mes de julio del año 2013. En dicho centro se pueden contar con servicios de cardiología,

Los tres hospitales son administrados a nivel municipal, brindan una atención primaria de la salud; poseen consultorios de atención externa, interacción, guardia, enfermería y farmacia.

Los Centros Atención Primaria de la Salud, poseen servicios de consultorios externos, enfermería y farmacia.

En el Centro Comunitario “Las Quintas”, en la localidad de Santa Teresita, funciona el Servicio de Salud Mental del Partido de la Costa, con la particularidad que funciona fuera del hospital local.

2- i La Salud Mental en el Partido de la Costa.

La Lic. Faundez, Silvia, refiere que en el año 1984, ya se contaba con el servicio de psicología en el Partido de la Costa. También comenta que años más tarde, se suma al servicio de Salud Mental, una psiquiatra y una trabajadora social. Se atendía por consultorios externos a los pacientes. También año a año, se fueron incorporando otros psicólogos y psiquiatras.

En el año 1997, se crea el dispositivo terapéutico conocido como “Hospital de Día”. Fue pensado como un lugar de rehabilitación con prácticas asistenciales, en un ámbito geográfico determinado, el Partido de la Costa. Algunos de los objetivos son: evitar las internaciones en hospitales neurosiquiátricos, debido a la lejanía de los mismos. Trabajar la inserción del sujeto en su contexto socio-familiar, establecer redes comunitarias para sostener las familias, crear una ley municipal que contemple y resguarde los derechos de los pacientes y la existencia de este dispositivo.

Este dispositivo implicó un trabajo interdisciplinario y transdisciplinario. Este proyecto fue aprobado por el Honorable Concejo Deliberante, de la Municipalidad de la Costa, en el año 2003, según Ordenanza N° 2556/03, estableciendo derechos para los usuarios, así como el marco conceptual de la Salud Mental, a la que en ese momento se adhirió y tuvo vigencia hasta el año 2006.

En el año 2007 se inauguró un nuevo centro comunitario, en Santa Teresita, que contará con el servicio de Salud Mental, bajo la dirección de Marina Moretti. Además contará con un equipo de psicólogos, especialidades, como psicopedagogía, psiquiatría y una consultoría para la resolución de conflictos. Al mismo tiempo, se pondrán en marcha diferentes talleres y actividades de cultura.

En la actualidad el servicio de salud Mental, está a cargo del Lic. Bascialla, Aníbal. Cuenta con un equipo de psicología, psiquiatría, psicopedagogía y trabajo social. Se atiende por consultorios externos y cada hospital cuenta con una guardia de Salud Mental.

2-j Algunas notas sobre padecimientos o cuadros mentales: esquizofrenia y depresión⁹

La psiquiatría entiende la esquizofrenia, como un trastorno mental grave que se manifiesta como una desorganización del pensamiento, con delirios y muestras de aislamiento social. La persona que la padece no tiene consciencia de enfermedad.

La misma pertenece al grupo principal de los trastornos mentales, en los cuales se modifica de forma característica la experiencia interna y la percepción del entorno. Los pacientes presentan anomalías en casi todas las esferas de la personalidad. Se modifica la percepción, el pensamiento, la vida emocional, los impulsos y el movimiento (motricidad) de los afectados considerablemente.

⁹ El criterio de selección de estas patologías, se debió a que son las que padecen los pacientes entrevistados. Por ello se describen las mismas y no se consideraron todas las que se encuentran inscriptas en el DCM 4. Sabemos que existen otras pero estas son las relevadas en el trabajo de campo.

La **esquizofrenia** aparece frecuentemente en forma de brotes. Los pacientes sufren psicosis durante un periodo de tiempo determinado. La psicosis es un estado mental patológico descrito como una pérdida de contacto con la realidad.

Existen distintos tipos de esquizofrenia, la paranoide, la hebefrénica o desorganizada, la catatónica, la indiferenciada, la residual y la simple.

* **Paranoide:** es la más frecuente, se caracteriza por la presencia de alucinaciones auditivas y delirios. Los delirios más comunes son los de la persecución. Con frecuencia hacen interpretaciones erróneas sobre lo que sucede a su alrededor, así por ejemplo, si un grupo de personas están hablando, pueden pensar que están hablando sobre ellos o si están riendo que están riéndose de ellos.

* **Hebefrénica:** se caracteriza por un habla desorganizada, es decir su forma de hablar es incoherente. Los pacientes presentan respuestas emocionales fuera de lugar y suelen tener reacciones inapropiadas ante determinadas circunstancias o cuando se les comunica determinadas noticias. Tienen cambios continuos de pensamientos, pasan de un tema a otro sin ninguna relación o conexión entre ellos. Es muy difícil mantener una conversación con estas personas, ya que en vez de seguir una conversación tienden a cambiar de tema.

También es frecuente, en algunos de ellos, la presencia de conductas infantiles y comportamientos extraños. Predomina la presencia de síntomas negativos como apatía y pobreza del lenguaje.

* **Catatónica:** se caracteriza por la perturbación en la actividad motora, pueden presentar una actividad motora excesiva o bien inmovilidad (catalepsia). Los catatónicos con una actividad motora excesiva están excitados, duermen poco y están en continua actividad hasta que caen agotados. Cuando entran en una etapa de retraimiento de su actividad motora, permanecen rígidos, no se mueven y se resisten a que otros los muevan. Presentan largos periodos de mutismo y mantienen una actitud extremadamente negativa, pueden dejar de hablar, de comer o de controlar sus esfínteres durante largo tiempo. En su interior puede haber grandes sufrimientos o una gran variedad de sentimientos que tan sólo se manifiestan en un pulso acelerado.

* **Indiferenciada:** son síntomas mixtos o indiferenciados, no predomina ningún síntoma concreto para su diagnóstico o sus síntomas no pueden ser encuadrados en ningún tipo mencionado anteriormente. Pueden incluir delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, incoherencia. En algunas ocasiones, suele ser una etapa previa a otro subtipo.

* **Residual:** e refiere a personas que han sufrido al menos un episodio de esquizofrenia en el pasado, pero que en la actualidad no presentan indicios de ningún tipo de esquizofrenia o síntomas psicóticos relevantes. Este tipo de referencia también incluye la situación final en la que se encuentran personas con diversos tipos de esquizofrenia como consecuencia del paso del tiempo y de una degeneración de la enfermedad. Se caracteriza por la presencia de síntomas negativos y por un considerable deterioro de la inteligencia y del pensamiento, así como de un menoscabo en las capacidades de autocuidados o en el desarrollo de su vida cotidiana.

***Simple:** no presenta ni alucinaciones ni delirios, pero quien lo sufre pierde sus capacidades. Es menos psicótica y predominan los síntomas negativos.

Los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia según el DSM IV son:

- 1- ideas delirantes
- 2- alucinaciones
- 3- lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- 4- comportamiento catatónico o gravemente desorganizado.
- 5- síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Si dos o más de los siguientes criterios, se presentan durante una parte significativa de un período de 1 mes, se puede considerar la Esquizofrenia. Sólo se requiere un síntoma del criterio, si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas. (RODELGO, 2012:2)

La **depresión** es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, enlentecimiento físico e intelectual y falta de motivación. Se da un exceso de ideas pesimistas y de desesperanza. Se altera el sueño (insomnio), el apetito (por exceso o por defecto) y la capacidad de concentrarse.

No debe confundirse la **depresión** con un simple estado de tristeza. Éste último está siempre relacionado con hechos concretos y es pasajero. La depresión, en cambio, es un estado que afecta a toda la vida cognitiva del paciente y debe ser diagnosticada y tratada por un psiquiatra.

La **depresión** puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.

Los médicos que tratan la **depresión** hacen una distinción entre estas dos formas: la más severa y de menor duración se diagnostica como depresión mayor, y la de mayor duración pero menos severa, como distimia.

Una tercera forma de **depresión** que puede llegar a diagnosticarse es el trastorno adaptativo con ánimo depresivo. Alude a una reacción depresiva ante un acontecimiento específico de la vida (como una muerte, un divorcio u otra pérdida), cuando la adaptación a la pérdida toma más tiempo del que normalmente se espera o cuando es más severa de lo esperado e interfiere en las actividades diarias de la persona.

El trastorno bipolar (a veces, también denominado "enfermedad maníaco depresiva") es otra afección depresiva que involucra períodos de depresión mayor combinados con períodos de manía. Manía es el término utilizado para describir un ánimo exaltado y explosiones exageradas de energía y actividad poco usuales.

2- k DSM-IV y DSM -V. Algunas críticas

El DSM-IV es una herramienta de diagnóstico, que propone una descripción del funcionamiento del paciente a través de 5 «ejes», con el objeto de contar con un panorama general de diferentes ámbitos de funcionamiento:

Eje I: se describe el trastorno o trastornos psiquiátricos principales o sintomatología presente, si no configura ningún trastorno. (Por ejemplo: trastorno depresivo, demencia, dependencia de sustancias, esquizofrenia, fobia social, etc).

Eje II: se especifica si hay algún trastorno de personalidad en la base (o rasgos de algún trastorno), algún trastorno del desarrollo o retraso mental (por ejemplo, trastorno de personalidad limítrofe, retraso mental moderado, etc.).

Eje III: se especifican otras afecciones médicas que puede presentar el paciente.

Eje IV: se describen tensiones psico-sociales en la vida del paciente (desempleo, problemas conyugales, duelo, etc.).

Eje V: se evalúa el funcionamiento global del paciente (psicológico, social y ocupacional), a través de la EEAG (escala de funcionamiento global).

Con esta herramienta de trabajo y el CIE 10, los psiquiatras pueden diagnosticar las diferentes patologías de los pacientes, ya sea en sentencias judiciales, como en certificados de discapacidad.

En la actualidad y ante las diferentes críticas de DSM IV, existe una nueva versión vigente, el DSM-5, publicada el 18 de mayo de 2013, en Estados Unidos, para otros países como España la traducción aun no está disponible.

Pérez Álvarez (2003), en su libro “Las cuatro causas de los trastornos Psicológicos” argumenta que el sistema de diagnóstico DSM-IV es puramente burocrático, que no cumple con sus funciones etiológica.

Denuncia las asunciones acríticas del sistema DSM-IV, sus propias contradicciones y falta de utilidad para encontrar las causas de los trastornos, y para un tratamiento farmacológico específico. Un sistema donde el propio profesional se ve incluido en un sistema de tratamientos farmacológicos generales (excita o inhiben comportamientos) pero no van a las causas de esos trastornos.

Como institución social surgiría en un sistema de prácticas organizadas y etiquetadas. Serían "normas que tratan de normalizar las anomalías, esto es, las conductas y experiencias anómalas de la gente".

En este caso, el DSM-IV sería una de esas instituciones sociales. Esta perspectiva no implica que se eliminen los factores biológicos, sólo serían unas causas más junto con otras muchas, de los trastornos psicológicos.

Según Uribe (2000), el DSM-IV tiene el propósito explícito de convertirse en una clasificación nosológica universal de las enfermedades mentales. Tal meta incluye un postulado sobre la aplicabilidad transcultural empírica del manual y un postulado sobre la existencia de "síndromes culturales psiquiátricos".

También sostiene que la discusión sobre la naturaleza de las enfermedades mentales se encuentra polarizada en dos bandos. El primero, agrupa a los partidarios de enfrentar el estudio de las enfermedades mentales desde el punto de vista de las ciencias naturales. Las mismas, son realidades esencialmente biológicas, y la investigación debe estar orientada a desentrañar los numerosos misterios que todavía encierra el funcionamiento del sistema nervioso central de los seres humanos. En el segundo se encuentran quienes buscan entender la enfermedad mental como el resultado de una construcción social. Quienes se vinculan a esta opinión son proclives a investigar las condiciones sociales y culturales que hacen posible la génesis de las enfermedades mentales, y por tanto, a estudiar la historicidad de la misma noción de enfermedad mental. Y no es para sorprenderse que en el primero de los bandos la mayoría de las huestes sean reclutadas de las ciencias naturales, y en particular de la bio-medicina, mientras que el segundo bando está conformado por sociólogos, antropólogos e historiadores de la psiquiatría, principalmente.

CAPÍTULO III: ASPECTOS QUE CONSTITUYEN EL MARCO LEGAL.

En este capítulo, se expondrán los sustentos normativos Nacionales e Internacionales, que enmarcan la nueva Ley de Salud Mental N° 26.657, promulgada a fines del 2012.

3- a Sustento Internacional.

La nueva ley encuentra sustento internacional en las principales normativas de la región, actualizando el marco normativo nacional al internacional.

El cual queda expresado en el Art. 2 de la nueva ley. Los “Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental”, es donde se encuentran los mayores sustentos de la presente ley, el concepto institucional y la concepción misma de atención. Se indica la necesidad del Órgano de Revisión, la búsqueda de tratamientos que sean lo menos restrictivos posible, el tratamiento farmacológico regulado, derecho del paciente a su historia clínica, atención comunitaria, el manejo ético del profesional, la necesidad de conformación de equipos interdisciplinarios, el concepto de tratamiento y la necesidad del consentimiento del paciente.

Estos principios se restringen a las personas que ingresan a las instituciones psiquiátricas y no atienden a integrar a la drogodependencia, como sí lo va a hacer la Ley Nacional.

La Nueva Ley N° 26.657, señala los actores implicados en el campo: defensor, autoridad independiente, atención de la Salud Mental, institución psiquiátrica, profesional de la Salud Mental, paciente, representante personal y órgano de revisión. Estos principios sólo se acotan a la protección de las personas con padecimiento mental, para que no sufran el abuso ni abandono de las instituciones tratantes. Con una fuerte apuesta a la defensa y promoción de los Derechos Humanos a estos espacios sociales

más abandonados y excluidos. No se detiene a pensar los actores ni la necesidad de prevención en salud comunitaria ni en otros sectores.

La "Declaración de Caracas de la OPS¹⁰ y de la OMS¹¹, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud", adoptada en noviembre de 1990, realiza una fuerte crítica al modelo hegemónico convencional psiquiátrico, debido a que no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva, al aislar al enfermo de su medio, crear condiciones desfavorables, que ponen en peligro los derechos humanos del enfermo, impartir una enseñanza insuficiente en lo que respecta a la Salud Mental. Por ello declara la necesidad de una reestructuración de la atención psiquiátrica, promoviendo la APS¹², en los marcos de los SILOS¹³, permitiendo modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.

Los "Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas", son puntos de evaluación realizados en el 2005, sobre el proceso iniciado luego de la promulgación de la Declaración de Caracas y los Principios de las Naciones Unidas. Estos principios estudian que impacto ha tenido este proceso en la región, en cuanto a la reestructuración del modelo asistencial psiquiátrico y su reemplazo por alternativas comunitarias de atención y por acciones de protección a los derechos humanos e inclusión social de personas afectadas por trastornos mentales.

Retomando los Principios de las Naciones Unidas, estos han sido de inspiración para la definición y sustentación en materia de Derechos Humanos en Salud Mental, sancionando la nueva ley con un posicionamiento novedoso en el marco de la política estatal.

¹⁰Organización Panamericana de la Salud.

¹¹Organización Mundial de la Salud.

¹² Atención Primarias de la Salud.

¹³ Sistemas Locales de Salud.

3- b Ley Nacional 22.914.

La Ley N° 22.914, fue sancionada en 1983. Ésta solo se restringía a regular los mecanismos de internación, recortando los actores implicados: poder judicial, fuerza pública, médico director de la institución, responsable legal y enfermo mental. Estos actores ya arman una escena en la cual marca el paradigma hegemónico de la atención psiquiátrica, donde el enfermo es un problema que requiere intervención a fin de realizar una internación, aislándolo del medio por su peligrosidad.

En la ley, se toma recaudos para que en los procedimientos, estén todos los actores en concordancia cuando se trata de una internación involuntaria, legislando así los modos de comunicación, la conformación de la historia clínica, como proceder ante un menor o un incapaz, como deben ser los establecimientos de internación y también propone que el poder judicial cree un organismo de observación.

Esta ley, no define qué entiende por Salud Mental, cuáles son los derechos que se deben defender en el marco de los Derechos Humanos, cuál debe ser la apuesta institucional en el marco de la rehabilitación, la inclusión social y modalidades de tratamiento. Se entiende al enfermo como alguien en que debe ser controlado por la fuerza pública, a fin de que no cause daño a sí ni a terceros.

Restringe el concepto de Salud Mental a lo psiquiátrico y al peligro, no viendo la multiplicidad de factores que atraviesan al campo. Concibe a la psiquiatría como disciplina hegemónica, no concibiendo la interdisciplina, ni la multidisciplina. No hace una apuesta a la rehabilitación, sino a la compensación y estabilización. No realiza inversión en la persona más que en el control.

Esta ley podemos enmarcarla en el discurso médico-psiquiátrico tradicional, ya que el mismo es asociado a una lógica asilar y farmacológica, como lo sostiene Galende (1983), este discurso se sustenta en el modelo anatómico clínico, concibe a lo patológico como un desorden, internando a aquellos que no acepten las reglas del conjunto. Se trata de un tratamiento sintomático individual, más que de un abordaje con lazos de inserción social. No contempla las luchas por la desmanicomialización, desinstitucionalización y las apuestas a diseños institucionales incluyentes y no asilares.

3- c Ley 448. Ciudad Autónoma de Bs. As.

Tras varios años de elaboración y discusiones, con numerosos proyectos de ley presentados y aportes parciales de los distintos sectores implicados, la Legislatura de la Ciudad, avanzó en lo dispuesto por la Constitución y por la Ley Básica de Salud y promulgó en Julio de 2000, la Ley de Salud Mental N° 448, cuyo objeto es: "Garantizar el derecho a la Salud Mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (YANCO, DAVID, FERRARO Y REBOIRAS. 2003).

Este marco normativo de las prácticas en Salud Mental, es el resultado de un movimiento que convocó a un importante número de participantes: representantes de hospitales, organizaciones profesionales y gremiales, instituciones del campo de la Salud Mental y asociaciones de usuarios, siendo responsabilidad del Gobierno de la Ciudad su implementación. Respecto del subsector estatal esta ley indica, entre otros puntos:

- * Funcionamiento de los dispositivos del subsector estatal integrando la Red de Atención del Sistema de Salud Mental y reconversión de los distintos efectores para el trabajo en Redes (Art. 13° y 14°).

- * Priorizar las acciones y servicios de carácter ambulatorio, en los procesos de asistencia y rehabilitación, estableciéndose un nuevo régimen de internaciones, entendida ésta como una instancia terapéutica aplicable cuando no sean indicados o hayan fracasado los abordajes ambulatorios. (Art. 19°).

- * Establecimiento y reformulación de los dispositivos necesarios (casas de medio camino, atención domiciliaria, talleres protegidos, etc.), para la implementación de las nuevas modalidades de atención.

- * La creación y funcionamiento del Consejo General de Salud Mental, de carácter consultivo, no vinculante, conformado por representantes de diversos sectores, entre ellos las instituciones de formación.

* Priorizar la prevención y promoción de la Salud Mental.

* Programas de formación permanente y acordes a los requerimientos del sistema.

* Un proceso de transformación del modelo hospital céntrico, en uno con un mayor sesgo comunitario.

A partir de la elaboración de esta Ley, la Dirección de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se abocó a la formulación y puesta en marcha de un Plan de Salud Mental para la Ciudad, que se constituye en una herramienta valiosa para la implementación de políticas en el área.

El concepto de Salud Mental presente en la Ley 448, en su Art. 2, inciso b, expresa que: "la Salud Mental, es indisociable de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo".

3- d Nueva Ley de Salud Mental. Ley N° 26.657.

La flamante normativa, fue sancionada el 25 de noviembre del año 2010 y se reglamentó en el año 2013, por decreto 603, contó con la aprobación de la mayoría de los legisladores, establece como objeto asegurar el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas y el pleno goce de los Derechos Humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de tales derechos con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Art. 1).

En cuanto a esto en su Art. 3°, cita "que en el marco de la presente ley se reconoce a la Salud Mental, como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y

mejoramiento implica una dinámica de construcción social, vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

Este concepto concibe la complejidad de la problemática, indicando la multiplicidad de factores que intervienen en lo que luego se delimitará como un área específica. A su vez indica que “en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la Salud Mental, sobre la base exclusiva de status político, socioeconómico; pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso; demandas familiares, laborales; falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona; elección o identidad sexual y la mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización”.

La Nueva Ley toma a las adicciones, como problemática destinataria de las políticas de Salud Mental, en la cual las personas con uso problemático de drogas quedan resguardadas por los derechos y garantías de esta ley. Esto hace un quiebre definitivo, de estar históricamente concebido el consumidor de drogas ilegales, como un delincuente o un peligroso social, a pasar a verlo como una cuestión de salud para sí mismo y para su entorno social.

A su vez desarrolla 16 ítems de derechos de las personas con padecimiento mental, entre ellos: derecho a recibir atención sanitaria a partir de acceso gratuito, igualitario y equitativo, a preservar su identidad, pertenencia, genealogía, historia; atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos; a recibir tratamiento lo menos restringida posible; a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso; a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas; a que en caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el Órgano de Revisión; a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado; derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable; a no ser sometido a trabajos forzados; a recibir justa compensación por su tarea, en caso de participar en actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios, que luego sean comercializados.

Estos son algunos de los derechos más importantes que sostiene la nueva ley, que están atravesados por la lógica institucional principalmente y por el carácter

desubjetivante que carga en el orden social padecer una enfermedad mental: abusos institucionales, familiares, discriminaciones y abandonos estatales, tanto por pacientes que viven internaciones crónicas como aquellos que son despojados del sistema.

En el capítulo V, que se titula modalidad de abordaje, sostiene la necesidad de una modalidad de trabajo interdisciplinario, entre ellos la psicología, la psiquiatría, el Trabajo Social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. Promueve la atención fuera del ámbito de internación hospitalaria, basados en los principios de atención primaria de la salud, promoviendo el reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

El art. 11, sostiene que, 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.

Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en Salud Mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

Esto está concebido en el marco de los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mental, para lo cual, los dispositivos terapéuticos tendrán que estar a la altura de la Nueva Ley, para velar sus derechos y necesidades terapéuticas. Dicho posicionamiento encuentra antecedentes en la

Declaración de Caracas, la cual realiza una invitación a las naciones a reestructurar el sistema psiquiátrico tradicional.

Incorpora en su capítulo VI, “equipo interdisciplinario”, determinando que los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones”. Tiene como antecedentes la Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 488,

quien marca un quiebre en el manejo histórico de las instituciones siempre restringida a la psiquiatría.

Otro de los aspectos donde se materializa la búsqueda de profundizar el equipo interdisciplinario, es en que la orden de internación de modo involuntario, debe ser avalada por dos profesionales, el cuál uno de los dos debe ser psicólogo o psiquiatra. Esto refuerza la incorporación de otras miradas en la toma de decisiones y en la delegación de responsabilidades, donde antes esta orden sólo reposaba en un psiquiatra del cual el juez iba a encontrar su principal fundamento para intervenir.

Uno de los movimientos más importantes se encuentra en el capítulo VII, que conlleva todo lo respectivo a las internaciones. Hay un cambio muy fuerte en la concepción de la atención y los cuidados, que se deben tener a fin de resguardar abusos y descuidos que se vienen dando tradicionalmente en el área.

Hace 40 años, se ha impulsado la desmaniconialización y desinstitucionalización de pacientes crónicos, promoviendo trabajos y diseños terapéuticos, a fin de lograr la externación total o parcial, liberando a los internados de grandes cargas institucionales, que agudizaban su cuadro psico-social. A su vez busca evitar también el abuso de internaciones compulsivas involuntarias prolongadas, por personas que cargaban un diagnóstico sentencial, que presumía riesgo para sí o para terceros, generando internaciones que podrían evitarse o abreviarse.

Se crea un Órgano de Revisión, el cual tendrá entre sus funciones la supervisión de las internaciones, involuntarias o voluntarias, que duren más de 60 días. El criterio de internación involuntaria, debe realizarse cuando no sea posible abordajes ambulatorio y cuando mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, el cual debe avalar por dos profesionales de diferentes disciplinas (psicólogo o psiquiatra). Se debe notificar obligatoriamente en un plazo de diez horas al Juez competente.

También en su art. 27, queda prohibida la creación de nuevos manicomios, neurosiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos.

Este artículo significa, un cambio de paradigma en los tiempos venideros, en el diseño institucional como a su vez en el modelo de Estado Tutelar, que cada vez va perdiendo espacios de asistencia y protección. Las estrategias de intervención tendrán cada vez más como horizonte lo comunitario, la inclusión social, la responsabilidad familiar y el desarrollo al máximo de las capacidades del paciente. Las instituciones de internación deberán profundizar aún más los mecanismos terapéuticos con estos fines, para cumplir con la externación en los plazos pautados.

“La internación de Salud Mental, deberá realizarse en hospitales generales.” (Art. 28). Esto exige un cambio en el sistema de salud, incorporando personal idóneo para recibir y atender adicciones y otras patologías. A su vez modificar las instalaciones propias para este tipo de demanda. Esta política acompaña la del art. 27, las cuales buscan ir reduciendo los servicios fragmentados de Salud Mental y salud general. La atención integral a través de un sistema único de internación, es un reencuentro pendiente entre la separación de trastornos mentales y problemas orgánicos. También es un mecanismo de economizar recursos al tener toda la atención centralizada y facilita el trabajo cuando están asociadas las dolencias. Otra ventaja prima en la estigmatización que conlleva la atención psiquiátrica del internado, evitando así en las intervenciones este plus que porta este tipo instituciones.

El capítulo X, en su Art.38, crea el Órgano de Revisión con su respectiva composición, expresada en el Art. 39 este, debe ser multidisciplinario y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos”.

El mismo se presentará como un actor fundamental en el campo de la Salud Mental, siendo una manera de intervención estatal en un campo mixto y complejo, atravesado por los tres sectores: estatal, mercado y tercer sector (ONGs, fundaciones, asociaciones civiles y asociaciones religiosas.). Este se convertirá en un interlocutor y mediador entre el aparato judicial y el ámbito de aplicación, ya sean psiquiátricos, centros de días, obras sociales u otras instituciones que tengan a cargo a través de

equipos interdisciplinarios la asistencia, residencia o tratamiento a una persona con padecimiento mental.

Es un instrumento que velará por los derechos de los asistidos evitando abusos o descuidos de parte de instituciones, familiares o jueces a través de la constatación de los criterios profesionales que avalen ciertas prácticas restrictivas o terapéuticas. Teniendo su precedente en los Principios de las Naciones Unidas, particularmente en el principio 17, que promueve la necesidad de la presencia de este órgano en el campo, a fin de correr en algunos puntos la participación del poder judicial y de la fuerza pública, al igual que supervisar la admisión o mantenimiento de internaciones involuntarias evaluadas por otro equipo interdisciplinario promovido por la ley nacional.

Otra de las apuestas fuerte de esta ley, es la implementación de un creciente presupuesto para Salud Mental, hasta llegar en tres años a comprender el 10% del presupuesto de salud general a nivel Nacional, promoviendo a que las provincias y CABA, adopten el mismo criterio. (Art. 32).

3-e Avances y temas pendientes en la Nueva Ley.

Sostenemos con Bertagni, (2011), que sin dudas hay un avance significativo entre la ley 22.914 y la nueva ley, principalmente por la mirada más compleja y completa, teniendo en cuenta los cambios institucionales necesarios, la búsqueda de protección a las personas necesitadas de esta atención, haciendo una apuesta fuerte a la rehabilitación e inclusión social, a una mayor participación de diferentes actores, a la interdisciplinariedad, a exigir al ámbito de aplicación metas prontas para la rehabilitación, evitando el abandono en la institución, generando así la cronicidad del cuadro, despeja el rol del juez acotándolo y sustituyéndolo en algunas instancias al Órgano de Revisión, que a través de un equipo interdisciplinario velará por los derechos de los institucionalizados.

A su vez la Nueva Ley promueve un Censo Nacional para revelar el estado de los asistidos internados y/o en tratamiento y también para ver con qué recursos

institucionales cuenta a nivel nacional. Esto genera nuevos desafíos en la práctica profesional e institucional, haciendo una fuerte reestructuración en la toma de decisiones y en los diseños terapéuticos.

Queda pendiente, dificultad atravesada en todo el campo de la salud en general, es como hacer cumplir esta igualdad de derecho en un contexto de extrema desigualdad en la política de salud. El sistema sigue siendo mixto, o sea, a través del aparato Estatal, prestadores de servicios y seguro social. Pero estas tres no lo cubren de forma igual, ya que el Estado no realiza diseños institucionales, que cumplan con los criterios de la Nueva Ley y las coberturas de seguridad social, sólo atienden a un pequeño porcentaje de la sociedad. Acceder de forma particular, es de alto costo debido a la complejidad de los dispositivos. Esta ley no da respuestas en el marco de la atención en Salud Mental en contexto de pobreza y precarización laboral. (BERTAGNI. 2011).

No explicita el rol que va a tener el Estado, en cuanto a cubrir espacios que ha delegado completamente al mercado y éste, por definición, deja sin cobertura a la mayoría de los argentinos. Tampoco atiende a regular las prácticas de la sociedad civil que, a través de asociaciones civiles, ONGs, voluntariados, asociaciones religiosas, vienen buscando atender a las demandas no cubiertas por el Estado ni por el mercado.

Quedará pendiente en la lucha de todos los actores, hacer cumplir con los derechos inalienables que expresa la Nueva Ley de Salud Mental.

3-f Debates en torno de la Nueva Ley.

Encontramos como antecedentes vinculados a nuestro problema de investigación los debates en torno a la nueva Ley de Salud Mental.

Las Dras. Goñi y Verderame, sostienen que la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, ha traído reformas sustanciales al abordaje de la Salud Mental, tanto en el campo jurídico como asistencial. Consideran que las mismas son esenciales, cambia el paradigma de intervención en Salud Mental, pasando de un abordaje tutelar del Estado a otro de reconocimientos de quienes tienen padecimientos mentales, como Sujetos de

Derechos. Actualmente, quien padece de una enfermedad mental, tiene el derecho a que se promueva una acción sobre su “capacidad” y de contar con un sistema de apoyo y de “salvaguarda” de su persona. Con el cambio de paradigma, se promoverá a desbloquear esa capacidad que se encuentra inhibida por problemáticas.

Esta normativa establece como objetivo asegurar el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional y reconoce a la misma como la suma de distintos procesos, cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

De manera que esta ley interpela la relación de las Políticas Públicas de Salud Mental y la acción profesional de las diferentes disciplinas, que ejecutan una intervención enmarcada en la formación de los derechos más que en el control, donde es el Estado continua teniendo una función reguladora.

En el marco de esta trascendente reforma legal y cambio de paradigma respecto a la atención de la Salud Mental, en los ámbitos jurídicos y terapéuticos, es importante resaltar que la incapacidad de las personas, no es permanente y puede ser revocada ante el pedido de una nueva pericia.

Esto implica la modificación de conceptos y términos de profunda raigambre médico-jurídica, tales como “incapaz”, “insano”, “demente en sentido jurídico”, “curador”.

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

A su vez incorpora la revisión de las sentencias, cada tres años lo que permite la “movilidad” y flexibilización del encuadre jurídico, a la par de las modificaciones en los diagnósticos interdisciplinarios, efectuados con intervención de las distintas profesiones que abordan la problemática de la Salud Mental.

En este marco legal innovador, se exige que los operadores, tanto de los ámbitos de Salud Mental como jurídicos, deban aunar esfuerzos y efectuar estrategias conjuntas de abordaje.

El dictado de esta ley de Salud Mental, brinda un sinfín de herramientas a quienes han podido transitar por este camino hacia la salud, y marca un gran avance para los campos del derecho y la Salud Mental, al permitir que haya una correlación entre la mejoría de la Salud Mental y el consecuente reconocimiento y/o restablecimiento de derechos.

A pesar de ser presentada como una "ley superadora", la norma que rige sobre el campo de la Salud Mental en el país, es centro de críticas provenientes de asociaciones profesionales. Desde ese sector rescatan las ideas que dan espíritu a la legislación, pero argumentan que no son suficientes para hacerla aplicable.

Sin embargo, profesionales del campo de la Salud Mental, entienden que los cometidos de la norma son difíciles de concretar, debido a fallas presentes en el texto, que si bien fueron advertidas durante la discusión parlamentaria, no se tomaron en cuenta por los legisladores que avalaron la sanción de la misma.

El psicoanalista y psiquiatra Emilio Vaschetto, sostiene que la ley está conformada sólo por una "suma de buenas voluntades" que no alcanzan para "revertir la realidad crítica que presenta el área de la Salud Mental en el país."¹⁴

El profesional explicó que uno de los puntos que se encuentran en la mira, es la noción de "sufrimiento mental" que propone la ley. Según Vaschetto, el concepto así planteado excluye la dimensión psicopatológica de la enfermedad y no define positivamente lo que es un enfermo mental, ya que "sufrimiento mental puede tener cualquiera: una persona que esté en situación de calle, una persona que está en un duelo, alguien que sufre psicosis", expresó.

Denunció, que esta inespecificidad conceptual, provoca "un caldo de cultivo para cualquier tipo de medicalización de, justamente, el sufrimiento mental". Cuando no se

¹⁴ Datos extraídos del artículo: Moro, Penélope. Ley de Salud Mental, un debate a profundizar. Edición UNCUYO. Publicación digital de la Universidad. 28 de junio 2011. Disponible en: <http://www.edicionuncuyo.com/ley-de-salud-mental-un-debate-a-profundizar>. Fecha de consulta: noviembre 2013

trata verdaderamente de una enfermedad mental. Por lo tanto, remarcó que es “fundamental”, que en una ley de Salud Mental, se defina positivamente “qué es enfermedad mental”. Y agregó: “este ítem es algo básico, pues el concepto tiene que ver nada más y nada menos con la población a la que estará destinada la aplicación de la norma”.

El otro punto polémico, presente en la nueva legislación, es el que propone sustituir a los neurosiquiátricos por servicios terapéuticos alternativos. De esta manera, los pacientes que padecen trastornos mentales pasarían a ser atendidos en los hospitales generales. Esta medida responde a la necesidad de dar fin a las viejas prácticas manicomiales que vulneran los derechos humanos de los pacientes.

A su vez, la internación es concebida, “como un recurso terapéutico, a utilizarse sólo en situaciones excepcionales y en hospitales generales”. Bajo este espíritu se desalienta las internaciones indefinidas y se prohíbe la creación de nuevas instituciones psiquiátricas con características asilares.

Vaschetto sostiene que lo planteado sería ideal, si existiesen formas concretas de cómo llevarlo a la práctica, lo que en definitiva la norma tampoco explica, comenta que a la legislación también le falta adaptarse a los contextos diferenciados que presenta cada provincia, pues muchas presentan una legislación propia.

Para el psiquiatra, con la sanción de la misma se perdió, una oportunidad excepcional de hacer una ley que contemple a nivel nacional las diferentes particularidades que tienen las provincias. Por consiguiente, también se “desaprovechó” la chance de generar, un movimiento realmente novedoso en la salud de la población, que hasta el momento no hay.

La ley también sería inconsistente en un punto esencial, en el plano de la Salud Mental, como es el de la “interdisciplina”. Según explicó Vaschetto, tal como está definido ese concepto en el texto de la legislación, se promueve más un trabajo “multidisciplinar” que “interdisciplinar”.

Los equipos de trabajo interdisciplinarios, integrado por psicólogos, psiquiatras, enfermeros, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales, deben ser concebidos, como una sumatoria de saberes que trabaja de manera integrada en pos de una efectiva

rehabilitación psicosocial del paciente. Sin embargo, los profesionales que critican la norma, sostienen que de la manera en que está planteado este punto, se deja abierta la puerta a la intromisión en la competencia de cada profesión.

Es que la creación del equipo interdisciplinario que impulsa la ley, responsabiliza al grupo de la atención e internación de los pacientes con trastornos mentales y desde las entidades que nuclean a psiquiatras, argumentan que, es el médico quien debe internar o medicar a un enfermo, ya que sobre él recae la responsabilidad civil y penal.

Ante todo lo expuesto concluimos en destacar que esta nueva ley de Salud Mental, nació del universo de las ideas, que por más buenas y loables que sean, no son suficientes para iniciar el esperado cambio. Resta mucho por hacer en torno a un tema, que no debe concebirse fuera del resguardo de los derechos humanos y del contexto social. Asimismo es de valorar que más allá de los desencuentros, las posturas de críticos y defensores de la ley de Salud Mental, ponen por primera vez un halo de luz a esta problemática, históricamente invisibilizada. Se recalca la necesidad de recursos, debate y planificación para poder concretarla.

CAPÍTULO IV: EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL.

*No acepten lo habitual como cosa natural.
Pues en tiempos de desorden,
de confusión organizada,
de arbitrariedad consciente,
de humanidad deshumanizada.
Nada debe parecer natural,
nada debe parecer imposible de cambiar.
(Bertold Brecht).*

En este capítulo se presentaran aproximaciones para una definición del Trabajo Social. Se precisaran recorridos de la profesión a lo largo del siglo XX. Se puntualizará en el Trabajador Social en el campo de la Salud Mental, sus intervenciones y prácticas, como también las narrativas de la enfermedad y las intervenciones en la sociedad, vinculadas a este campo.

4-a Conceptualización del Trabajo Social.

Para definir al Trabajo Social, nos basamos en investigaciones realizadas por profesionales de Trabajo Social. Es desde esas lecturas que argumentaremos que, el Trabajo Social en la actualidad, se enfrenta a nuevos desafíos que implican continuidades y rupturas con respecto a la práctica profesional tradicional y exigen del trabajador social una formación altamente calificada, cultural, política y teórica.

A partir de lo planteado resulta inevitable desarrollar brevemente, algunos momentos en la historia del Trabajo Social, que han caracterizado el modo de intervenir en lo social hasta las concepciones más actuales. El siguiente desarrollo histórico se considera imprescindible para arribar posteriormente, a una definición más clara y palpable de lo que entendemos por Trabajo Social en Salud Mental.

El Trabajo Social, fue creciendo y cambiando en el transcurso del siglo XX, acompañando por un camino no tan paralelo a las reformas psiquiátricas. Cuando

originalmente, era solo una práctica auxiliar al servicio del poder judicial y psiquiátrico, pasó a estar al status de otras profesiones, siendo reconocida su legitimidad como un actor imprescindible en lo que respecta a lo tecno-metodológico y ético-político de los equipos interdisciplinarios y nuevos modelos institucionales.

Mientras el campo psiquiátrico vivía sus movimientos antipsiquiátricos que sacudían a su disciplina, el Trabajo Social estaba reorganizando sus propios principios que lo sustentaban, haciendo uno de los grandes cambios vividos en la historia de la profesión: la reconceptualización.

Las influencias ideológicas y políticas del materialismo dialéctico que atravesaban de forma transversal a las ciencias sociales, han permeado de forma sustancial a la formación y ejercicio de diversas profesiones. Así, los planteos de los movimientos antipsiquiátricos, no se diferencian mucho de los que se vivían en los cuestionamientos intra-profesional en el Trabajo Social: alienamiento ideológico, Estado Capitalista, instituciones opresoras, sociedad coercitiva, asistencia social cómplice con el orden social hegemónico, la intervención social y la dialéctica capital/trabajo y la reproducción social burguesa, siendo éstas algunas de las banderas levantadas en la profesión en beneficio de una transformación social.(BERTAGNI. 2011:34)

En palabras de Bertagni (2011), la profesión transitó grandes épocas, la tradicional, con sus dos momentos, la reconceptualización y el momento actual.

Para este autor la época tradicional, fue inaugurada por Mary Richmond¹⁵, primando una visión acrítica e ingenua de la sociedad y el liberalismo en el aspecto político. Se crea un propio método: El Caso Social Individual, donde queda cristalizado la concepción del hombre: el individualismo¹⁶.

¹⁵ En la actualidad la figura de Mary Richmond, está siendo rediscutida, encontramos autores como Bibiana Travi, el Dr. Mirando Aranda y el Prof. Di Carlo, entre otros quienes plantean un rescate de la misma. Asimismo Paulo Neto y Martinelli, entre otros autores contemporáneos, critican su teoría y posicionamiento. Llegando a desconocer o negar nociones ampliamente utilizadas hoy en el campo disciplinar como "reflexividad", "perspectiva del actor", "participación activa de los sujetos en el proceso de intervención", "persona en situación", relación dialéctica "individuo-sociedad", la democracia como "hábito", que ya fueron tratadas y desarrolladas por nuestros antecesores.

¹⁶ "Este modo de pensar determina un trabajo social, cuyo objeto está constituido por un individuo con problemas y cuyo objetivo es el de responder a las necesidades de la persona, tornándolas útiles adaptándolas a la sociedad ya sea desarrollando su personalidad-Caso Social Individual-o mejorando su funcionamiento social, mediante al restauración de sus relaciones sociales mediante la interacción con otros..." (SAIBENE. 1996)

En un segundo momento, surge otra concepción del Trabajo Social, sustentada por un paradigma desarrollista de la sociedad. Siguiendo en un plano liberal, surge toda una producción tecnológica-científica del rol profesional inscripta en la participación en las políticas sociales del Estado para posibilitar el mejoramiento de las comunidades en lo que respecta recursos económicos y organización socio-cultural. La corriente sociológica de sustento, es el estructural-funcionalismo¹⁷, que prima en las ciencias sociales en general. (BERTAGNI. 2011).

La participación del Trabajo Social Tradicional, en el aparato psiquiátrico de la época, era un agente funcional al sistema de marginalización y estigmatización dominante de la época. La práctica profesional reproducía la lógica de depositar en el individuo la responsabilidad de su padecer y de su recuperación, primando la búsqueda de adaptar este a su medio, (sea este la familia, el trabajo, la institución psiquiátrica). En una sociedad moderna capitalista en pleno auge, no se podía poner en cuestión la nueva organización social económica, por lo tanto, todas manifestaciones que cuestionaban el orden social vigente, debían ser resignificadas con la asistencia social.

La reconceptualización, representa una de las mayores transformaciones en la profesión suscitada a mediados de los años 60, propio de una autocrítica del quehacer profesional, a sus teorías de sustentos y su función histórica-política. Estos posicionamientos ponen como centro de la práctica del Trabajo Social, la transformación social, cuestionando las prácticas asistenciales adaptativas, compensatorias y filantrópicas. (BERTAGNI. 2011).

Con un sustento teórico influenciado por el materialismo-dialéctico, el Trabajo Social, reposicionó su relación ante las instituciones y el Estado, construyendo una nueva identidad política.

Salió de la pasividad de la asistencia social tradicional, para tener una crítica ideológica hacia el capitalismo y la reproducción social. Su matriz teórica estaba

¹⁷“La práctica profesional se caracterizó por la formulación de una metodología de intervención, que consiste en el estudio de ciertas situaciones problemas y en la búsqueda de una solución en el nivel de los recursos, definiendo y mostrando a la población sus propios problemas. A través de la perspectiva mediatizadora de la institución, reproduce las normas que refleja los valores sociales del sistema y toma los problemas como desarreglos que pueden repararse mediante mecanismos institucionales...” (SAIBENE. 1996, s/D).

centrada en la relación capital/trabajo y las fuerzas de explotación histórica inscrita en toda relación humana. Las instituciones y las prácticas profesionales liberales, cómplices del sistema hegemónico, debían ser transformadas para servir a una transformación social general.

Surge una búsqueda de convertir el Trabajo Social en un hacer científico, realizando un proceso de sistematizar los métodos, a raíz de una crítica a la tradición método por Caso, Grupo y Comunidad. Existen diferentes publicaciones en el cono sur, proponiendo una sistematización de intervención. (BERTAGNI. 2011).

Las influencias del materialismo dialéctico, atravesaron también a otros campos de saber, creándose diversas corrientes de pensamientos ideológicos-políticos en cada una de ellas. Así, encontramos algunas similitudes entre los cambios ocurridos en el Trabajo Social con la Psiquiatría. Ambas han sido susceptibles a la realidad socio-política, siendo en sus prácticas un espacio de “militancia” y de cambio social que predominaba en la época. La búsqueda de concientizar sobre el alienamiento, la explotación, conciencia y lucha de clases, las instituciones y profesiones, que reproducen el sistema capitalista, son algunos de los puntos que empiezan a ser necesarios a la hora de fundar nuestras intervención profesionales.

Los tiempos actuales en el Trabajo Social, están atravesados por una multiplicidad de posicionamientos teóricos y políticos, que en el caso Nacional, no ha podido consolidarse una fuerza hegemónica. Pero si, prima una línea de pensamiento y acción orientada hacia estos principales sentidos:

1. La recuperación de la teoría del Estado, desde los aportes de autores que, como Gramsci, realizan, revitalizando la discusión a partir de la ampliación del concepto de Estado.

2. El análisis de las relaciones de poder, los micros poderes, su circularidad y las implicancias de la relación entre el poder y el saber, planteadas por Foucault.

3. La perspectiva del actor, devuelta a la discusión por Tourine, y el análisis de los movimientos sociales, como una nueva manera, no sólo de hacer política sino también de socialización, realizado por Castells, Dos Santos, Jelín y otros. (SAIBENE. 1996).

“Hoy, lejos de llegar a una posición que no pueda estar en discusión, existen ciertos elementos que constituyen al campo de saber que nutre nuestra profesión. Una redefinición del concepto de Estado, primando este dentro de la perspectiva del sujeto de derecho y la posibilidad de participación y apropiación de los sectores populares, como así también en el marco de los Derechos Humanos en todos sus niveles de acción. El Estado no sólo es necesariamente un actor de reproducción de la explotación de clase, sino también puede ser un espacio del ejercicio de la ciudadanía y de la reivindicación de los Derechos Sociales, Económicos y Políticos. Pero para ello es imprescindible profundizar el análisis de la realidad la cual no sólo está constituida por la relación capital/trabajo, sino también por una multiplicidad de factores que hacen a la vida humana”. (BERTAGNI. 2011:36).

El Trabajo Social, debe-necesita, comprender, que al intervenir en las relaciones sociales, en la vida de los sujetos, está entrando en un campo de suma complejidad, lo cual requiere un nivel sofisticado de análisis y de reflexión. No existe campo de saber que abarque toda esta inmensidad de conocimiento ni de entendimiento. Por ello es necesario la formación, investigación y práctica multi e interdisciplinaria para un mayor nivel dilucidación.

4-b El rol del Trabajador Social en Salud Mental.

La profesión ha vivido muchos cambios de identidad, posicionamiento y funcionamiento, siendo muy difícil hablar de un Trabajo Social, donde todos estén satisfechos con la definición.

En Argentina, a diferencia de otros países, no hay un colectivo profesional definido hegemónicamente, sosteniendo así la continuidad del debate sobre el ser-hacer profesional.

Siguiendo a Bertagni (2011), podemos afirmar que en cada campo, el Trabajo Social, se encuentra con un desafío personal: definir su posicionamiento teórico y

metodológico de intervención, en tanto quizás en mayor medida que otras disciplinas como la psicología, la psiquiatría, o la terapia ocupacional, nuestra profesión tiene discusiones abiertas que resolver. Esto es así en tanto, más allá de las diferentes corrientes y discusiones teóricas que tienen dentro de cada una de las profesiones de los llamados campo médico y campo psi, hay un status científico aceptado que hace tener un lugar más claro en la práctica clínica y en un equipo interdisciplinario a estas otras profesiones.

Estos continuos procesos, aún inconclusos, hacen que a la hora de trabajar en equipos de trabajo uno sufra algunas dificultades de identidad y metodológicas. Caen sobre nuestra profesión una multiplicidad de miradas y prejuicios que aún nos acompañan, no solamente en los espacios de formación, sino en las costumbres institucionales, en el concepto que tienen las otras disciplinas y los “usuarios” de las instituciones, sobre el Trabajo Social, el cual ha hecho grandes cambios internos, pero no ha sido bien expresado o percibido por los demás. (BERTAGNI. 2011).

El Trabajo Social, ha sido dueño de ciertas prácticas tradicionales atravesadas por su procedencia de origen, por los formatos institucionales dominantes y por su “población predilecta”, legado que le cuesta aún desprenderse, por lo que quedó dentro de la profesión en el propio imaginario colectivo y en el de otras profesiones. Como por ejemplo el reduccionismo del Trabajo Social con los sectores pobres y excluidos del sistema capitalista, o centrandose principalmente en la asistencia más que en la posibilidad de rehabilitación terapéutica, o en su rol tan cerca al poder judicial, siendo prácticas más cercanas al control que al cuidado o al desarrollo.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, afirmamos al igual que Bordenave y Crinigan (2010), que el rol del Trabajador Social en el campo de la Salud Mental, en coherencia con los principios y postulados de nuestra profesión, tendrá que ver con:

- ❖ La defensa de los derechos humanos y del ejercicio pleno de la ciudadanía.
- ❖ El retomar la historicidad de los sujetos, así como también rescatar la significación que ellos y sus familiares le otorgan a la patología.

- ❖ El logro de una externación exitosa, entendida como un conjunto amplio de factores entre los que se puede visualizar: la no reinternación, el alcance a los umbrales posibles de autonomía, la adquisición de conciencia de enfermedad y la posterior adherencia al tratamiento, la capacidad de utilización de los recursos existentes, el fortalecimiento de redes sociales.
- ❖ Generar objetivos propios de la profesión que, aunque coincidentes con los de la institución, permitan la construcción dialéctica entre teoría y práctica.
- ❖ Ensanchar las prácticas de libertad, a partir de la transmisión del conocimiento hacia la persona y lograr así, una toma de decisiones, autonomía en relación a su patología y a otros aspectos.
- ❖ Trabajar desde y con el afuera, es decir con su familia, sus amigos, sus redes primarias y secundarias.
- ❖ El conocimiento y comprensión de la persona en toda su complejidad, captando la integralidad de la situación para luego, ir delimitando que es lo que se puede hacer desde nuestro lugar de trabajo.
- ❖ El trabajo inter e intra institucional.
- ❖ El conocimiento de la legislación que ampara sus derechos, de los recursos disponibles, y de la forma de gestionarlos o reclamarlos cuando estos no se dispensan.
- ❖ La organización y planificación de acciones, que tengan impacto educativo en la sociedad.
- ❖ El trabajo en pos de un corrimiento del lugar de pacientes pasivos y de la idea de ser una carga para su grupo familiar.
- ❖ El abordaje de la vida cotidiana y de las manifestaciones de la actual cuestión social.
- ❖ La participación en el diseño, elaboración y ejecución de políticas, programas y proyectos en el área, que rompan con la lógica actual o al menos contribuyan a repensarla.

- ❖ La articulación de redes comunitarias y la coordinación de diferentes dispositivos institucionales.
- ❖ La investigación y teorización acerca de la temática, realizando así, no solo aportes que contribuyan a nuestra disciplina, sino a la ciencia en general.
- ❖ Promover la participación activa del sujeto y su familia, en los diferentes dispositivos de atención, convirtiéndolos en protagonistas del proceso.

Enunciados algunos de los objetivos de nuestra disciplina en el área de la Salud Mental, el modo de intervención, va a depender del lugar teórico desde donde cada profesional se posicione, ya que dentro del campo del Trabajo Social, el proceso de análisis, está signado por el mismo. Esta característica, es la que muestra la mayor singularidad de esta disciplina.

Es decir, el Trabajo Social no solo trata de investigar, comprender y explicar los fenómenos sino que interviene sobre éstos en la búsqueda de transformaciones que plantean direccionalidades definidas en las diferentes etapas de la historia de este campo. (CARBALLEDA. 2005).

En este sentido, San Giacomo (1997), opina que el objeto del Trabajo Social, será una realidad concreta en proceso de conocimiento, en la cual las personas han realizado acciones de acuerdo a un pensamiento, para luego realizar actos, que a partir de ellos, estos pensamientos cobrarán sentido; se vuelven comprensibles y en esta medida transformables. Identificándose a las personas con problemas en un plano de atención respetuosa de su calidad humana, como seres responsables y con capacidad de participación en los problemas a resolver.

La esencia del Trabajo Social, consiste en la apropiación de un conocimiento objetivo de la realidad de los sujetos, esto permite a su vez individualizarlos; si bien implica incorporarlos a su interioridad, significa también que las personas son incorporadas a través la comprensión de su pensamiento, conservan aun en esa interioridad su identidad, a partir de la cual se hace posible la labor profesional.

El ejercicio del Trabajo Social, recupera la capacidad de objetivar la realidad, por parte de la persona y esto colabora para afrontar su realidad. Por ello, Perlman (1970),

afirma que para intervenir con la persona debemos conocer acerca del contexto, de la subjetividad y de las condiciones en que se genera la problemática, de las representaciones; se comprende desde lo observado y lo significado. En cuanto a su capacidad, se tendrá en cuenta las cualidades emocionales, personales, las dotes físicas y psíquicas que la persona tiene y puede poner en juego para resolver una situación problemática¹⁸.

Desde los aportes del Trabajo Social, debemos pensar nuestra capacidad de trabajo en procesos sociales, que ideológica y éticamente están involucrados en diferentes ámbitos de intervención. Teniendo en cuenta los principios que hacen a la libertad e igualdad del ser humano, actuar sobre la realidad y transformarla, es la única manera de probar que la realidad es transformable.

4-c Intervención y Prácticas.

El Trabajo Social, en la actualidad se enfrenta a nuevos desafíos, su práctica cotidiana, generalmente se limita a atender la urgencia, visualizándose el trabajo institucional, como contradictorio y excluyente de la posibilidad de desarrollar trabajo comunitario y de promocionar acciones tendientes a potenciar en el sujeto la dimensión de autonomía.

La intervención debe justificarse, desde un marco teórico referencial y sostenerse en una perspectiva teórica-metodológica crítica, basada en la investigación, el análisis y el estudio de la realidad familiar. Será de suma importancia conocer los recursos comunitarios, así como también rescatar redes de contacto informales de los sujetos de la intervención. (AMICO. 2004).

Históricamente, la intervención social en Salud Mental, forma parte del entramado de la cuestión social¹⁹. Las cuestiones relativas a la salud-enfermedad

¹⁸ Para ampliar la noción de capacidad, consultar Perلمان, 1970:159.

¹⁹ “se expresa con mayor claridad en el marco de constitución del sistema capitalista. A partir de él, la cuestión social, se entiende como la expresión de la relación contradictoria entre capital y trabajo. Esta relación constituye el núcleo

mental, están estrechamente unidas a las condiciones sociales de vida. Trabajo Social y Salud Mental, se relacionan con la vida cotidiana de las personas, con las manifestaciones de la actual cuestión social.

La salud y enfermedad, como proceso histórico social , en palabras de Carballada:

“Se constituyen como expresión de una serie de tramas complejas que dialogan con diferentes formas de devenir. Desde esta perspectiva, comprender la salud y la enfermedad como proceso, implica aceptar lo político, económico, demográfico, sociocultural y medioambiental”.
(2012:3).

Básicamente la salud y la enfermedad pueden ser entendidas como un proceso histórico y social, esencialmente dinámico, en el caso de nuestro país, las Políticas Sociales comienzan a ocupar nuevos espacios, ligados y aprendiendo en algunos casos de luchas colectivas, diferentes expresiones de movimientos sociales y formas de resistencia. (CARBALLEDA. 2012)

Si se acepta que el lugar de construcción del proceso salud-enfermedad es la vida cotidiana, condicionada por componentes del contexto, es posible pensar que desde allí se le asignan diferentes sentidos a éste y es en ese lugar donde se expresan las implicancias, tal vez más relevantes, de la intervención en lo social a partir de su interpelación entre lo macro social y la singularidad de lo micro.

La enfermedad, hace mucho tiempo no es considerada,

“un mero producto de diferentes desajustes o alteraciones unicasales, sino, que se vincula con una serie de circunstancias que exceden el abordaje de una sola mirada, o la sumatoria de estudios de fenómenos comprensivo explicativos constituidos dentro de tramas sociales estables”
(CARBALLEDA, 2013:3).

central de un proceso que se explica en la forma de organización económica, social y política que afecta a los sectores trabajadores en su proceso de reproducción biológica y social, así como los sectores sociales no involucrados en dicho proceso productivo”. (PAGAZA. 1998:45)

La enfermedad articula lo social y lo singular, desde el padecimiento, su impacto subjetivo y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece.

Los escenarios actuales de la Intervención Social se constituyen dentro de contextos signados por una serie de temáticas que surgen de manera turbulenta donde se suma la aparición de nuevos problemas y la emergencia de situaciones conocidas, que se manifiestan de forma diferenciada por los cambios de época, la influencia del terrorismo de mercado que se ejerció en el apogeo del neoliberalismo y las nuevas perspectivas de reaparición del Estado. (CARBALLEDA, 2012).

Estas cuestiones muestran algunos aspectos diferenciales con los elementos fundacionales de la intervención dentro de este campo, especialmente las que se ligan con el surgimiento de los Estados Nación y el Higienismo.

En los últimos treinta años las enfermedades comienzan a superponerse. Depresión, Alzheimer, trastornos de la alimentación, SIDA, psicosis, déficit de atención, entre otras, dan una serie de enfermedades de características sobresalientes y relevantes que en determinados momentos históricos fueron entendidas como enfermedades de época, por ejemplo; la tuberculosis, las venéreas o el cáncer; dan una serie de señales confusas a los discursos sociales y médicos acerca de la salud a partir de su complejidad y singularidad. (CARBALLEDA, 2013).

La intervención profesional en el campo de la Salud Mental, debe tender a generar redes de solidaridad y reforzar vínculos sociales. Se trata de construir alternativas; aquellas prácticas que lo fueron en una época, pueden no serlo en estos momentos. Lo alternativo no se define por las formas, sino por la base ética, ideológica y conceptual en la que se asienta. (STOLKINER, 1999).

Desde esta concepción, Amico (2004), sostiene que importa la construcción de un lazo social en la que la cuestión del poder y el "saber" circule, nadie debería apropiárselo, interesa el saber del otro, de su familia, de la comunidad. También trabajar con otros profesionales, explorar el saber de otras disciplinas y tender así a la participación de todos en las decisiones que nos conciernen.

La autora refiere, que el Trabajador Social, en el desempeño de su función, dependiendo de su opción política, puede configurarse como mediador de los intereses

del capital o del trabajo, ambos presentes y enfrentados en las condiciones en las que se efectiviza la práctica profesional, puede volcarse al servicio de quienes lo contratan o a quienes van dirigidos sus servicios; puede orientar su intervención reforzando la legitimación de la situación vigente o reforzando un proyecto político alternativo, apoyando y asesorando a las clases dominadas y colocándose al servicio de sus propuestas y objetivos.

Esto supone por parte del Trabajador Social, una comprensión teórica de las implicancias de su práctica profesional, posibilitándole mayor control y dirección de la misma, dentro de los límites socialmente establecidos. Por otro lado supone una subordinación del ejercicio profesional a sus consecuencias políticas. Se trata, en fin, de reflexionar sobre el carácter político de la práctica profesional.

Parafraseando a Amico (2004), quien sostiene que si queremos una sociedad basada en la justicia y la igualdad que asegure una mejor calidad de vida para todos sin discriminación, que reconozca y acepte la diversidad como fundamento para la convivencia social; si queremos una sociedad donde lo primordial sea la condición de personas, de todos sus integrantes, donde se garantice su dignidad, sus derechos, su autodeterminación, su contribución a la vida comunitaria y a su pleno acceso a los bienes sociales, necesitamos que a partir de los derechos de las personas, se generen las estructuras legales e institucionales necesarias y así lograr su cumplimentación en salvaguarda de una mejor calidad de vida.

Carballeda (2004), sostiene que las demandas actuales en el campo de la Salud Mental, están atravesadas por una serie de cuestiones que se expresan a través de una creciente complejidad. Lo social, mirado desde lo singular, fue incorporando nuevas categorías de análisis orientadas a acrecentar la intervención. Esta puede ser entendida como un proceso, el análisis del contexto y los diferentes escenarios donde transcurre la vida cotidiana, su devenir y el impacto en la esfera de lo subjetivo.

Para este autor, lo social, en términos de intervención puede ser pensado en tres órdenes:

* La acción interventiva de los Trabajadores Sociales, se desenvuelve, dialoga y entrelaza con los diferentes dispositivos de protección social; incluye en mayor o menor

medida una forma de encuentro, diálogo y transformación a través del sistema de protección que posee una sociedad, instituciones, políticas, planes y programas que en la singularidad de cada situación tendrán algún tipo de expresión.

* Los aspectos intrínsecos del Trabajo Social, se vinculan con la intervención en las tramas sociales que rodean, construyen y se generan desde esa singularidad del sujeto de intervención. Las tramas sociales, pueden ser entendidas desde una mirada sociológica, ligadas a la noción de lazo social como elemento de articulación e integración del sujeto al todo societario. La intervención en lo social, transcurre, generando desde lo micro social el encuentro entre sujeto, sociedad y cultura en cada circunstancia singular.

* La intervención termina de delimitar “lo social” del campo del Trabajo Social, remite a la relación gestada con mayor intensidad en estas últimas décadas entre la noción de necesidad social y problema social. El Trabajo Social, en su construcción histórica como disciplina, se funda dentro de un paradigma vinculado con la resolución, a través de diferentes dispositivos de protección, de las necesidades sociales de poblaciones clasificadas y predeterminadas. El propio devenir de la disciplina, sus aportes teóricos además de su participación en cuestiones que van más allá de la necesidad, hizo que desde la intervención se actúe también sobre los problemas sociales. (CARBALLEDA, 2004)

Desde el análisis de la práctica cotidiana del Trabajo Social, como disciplina, especialmente desde una perspectiva procesual, estos tres órdenes están presentes con diferentes maneras de presentación e importancia de acuerdo a la singularidad del proceso de intervención en lo social.

La intervención en lo social, dialoga estrechamente con estas formas de conflicto que se expresan en los nuevos escenarios de intervención, en las diferentes formas de tensión entre poder y resistencia en los espacios microsociales.

4-d Las narrativas de la enfermedad y la Intervención en lo Social.

Para Carballada (2004), las narrativas de la enfermedad, desde la intervención del Trabajo Social en Salud Mental, construyen la escucha, la mirada y el registro. Desde allí se vinculan con las diferentes formas de intervención. Estas cuestiones pueden ser sistematizadas desde la noción de “Modelos de Intervención en Salud”. Como vía de entrada, la noción de Modelo de Intervención, permite sistematizar y ordenar las prácticas desde diferentes aspectos.

Este autor sostiene que dentro de esas diferentes modalidades de intervención, la escucha, forma parte de todo el proceso del quehacer en la práctica diaria. Las narrativas en el proceso de intervención en salud, pueden revelar una serie de cuestiones posibles de enumerar. La existencia de un narrador genera una forma determinada de escucha. Es decir, la narración puede ser condicionada, atravesada y constituida desde el narrador, pero también desde el lugar de la escucha desde lo social. Este tipo de narración va dirigida a un otro, del cual se tiene una construcción simbólica definida. No son iguales las narraciones de la enfermedad en todas las disciplinas que intervienen en ese campo (médicos, psicólogos, enfermeros, Trabajadores Sociales), pero también, esta narrativa dentro de cada campo, está condicionada por el modelo de intervención que se utilice.

Dentro de esas diferentes modalidades de intervención, la escucha, forma parte de todo el proceso del quehacer en la práctica diaria. Las narrativas en el proceso de intervención en salud, pueden revelar una serie de cuestiones posibles de enumerar. La existencia de un narrador genera una forma determinada de escucha. Es decir, la narración puede ser condicionada, atravesada y constituida desde el narrador, pero también desde el lugar de la escucha desde lo social.

Este tipo de narración va dirigida a un otro, del cual se tiene una construcción simbólica definida. No son iguales las narraciones de la enfermedad en todas las disciplinas que intervienen en ese campo (médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales), pero también, esta narrativa dentro de cada campo está condicionada por el modelo de intervención que se utilice.

Las narrativas de la enfermedad, dan cuenta del marco comprensivo- explicativo de la vida íntima, de la cultura, de la explicación de lo mórbido desde quien narra. Lo que se escucha desde el lugar de la intervención en lo social, está ligado a la experiencia singular del sujeto de intervención mediatizada por sus aspectos histórico-sociales, por la cultura, las representaciones sociales, la construcción de significados dentro de una secuencia cronológica ligada a la concepción del la enfermedad de quien está relatando.

Desde el relato de la enfermedad, se ratifica el lugar de proceso histórico social de la salud. La narración le confiere un papel a la enfermedad, puede ser este principal o no. Pero, un papel al fin, un nuevo atributo que puede ser leído y comprendido desde la intervención social. A su vez, la narrativa le da entidad sociocultural a la enfermedad, la nombra, es denominada desde un determinado lugar signado por la experiencia personal, la cultura y el contexto.

“La narrativa de la enfermedad, se constituye como una forma de acceso al mundo de ese otro, sobre el que se ejerce la intervención social en la práctica cotidiana. De allí, la importancia de ésta, como vía de entrada al conocimiento profundo del proceso salud-enfermedad. La construcción de la narrativa, también, le da sentido al sufrimiento, lo introduce en un contexto propio, subjetivo, que se entrelaza con la cultura. Pero, asimismo, desde esa construcción de sentido, la narrativa explica el padecimiento, lo integra al mundo de lo cotidiano. La naturalización del dolor y sus causas, implican una serie de nuevas interpelaciones a la práctica del Trabajo Social y a las disciplinas que intervienen en el campo de la salud. El hacer ver esa naturalización del sufrimiento, se entrelaza de manera sugestiva como camino de la restitución de derechos sociales”.
(CARBALLEDA.2012:6).

Otro punto de arranque dentro de este tema lo constituye el concepto de “ruptura biográfica”²⁰, desde la inscripción de la misma en el cuerpo, tatuarse nombres de personas vivas o muertas, dan cuenta de la inscripción de una serie de signos que

²⁰ “se produce en el padecimiento, fundamentalmente en la enfermedad crónica, perturba el sistema de seguridad básico sobre el que se apoya el funcionamiento de la vida cotidiana, afecta todos los órdenes de la experiencia: relaciones, identidad, percepción del cuerpo, acceso a recursos, temporalidad.” (BURY.1982).

relatan la historia de vida desde otro lado, pero, esa lectura aporta al conocimiento de esa persona como sujeto histórico social. A veces el tatuaje cumple con la función de restaurar la ruptura biográfica que produce una enfermedad, una pérdida, un acontecimiento en la historia social, a la cual se está tratando acceder. (CARBALLEDA. 2012).

También, el dolor, como señal desde el cuerpo se ve condicionado por una serie de implicancias sociales. El cuerpo narra de diferentes maneras, en principio, a través de la construcción de un sentido común acerca de la enfermedad, que se construye de modo intersubjetivo y que es posible vincular con algunas características generales de determinados grupos sociales. En la medida que la enfermedad se hace compleja o que los síntomas se agudizan, la posibilidad de interrumpir la vida cotidiana debido a estas cuestiones, genera una serie de alteraciones “imprevistas”, tanto en el sujeto como en el grupo social que lo rodea.

En definitiva:

“una ruptura en la vida cotidiana, que puede continuar como quiebra en la biografía de ese sujeto, así la enfermedad aparece como un conflicto no del todo inesperado, pero si con una recorrida de naturalización progresiva del mismo. El cuerpo se hace visible. De ser dócil, pasa a una visibilidad que se expresa en el dolor, el cuerpo deja de ser silenciado, se transforma en una materialidad que se entrelaza con la mente al ser cuestionada su invisibilidad. En los escenarios actuales, el cuerpo y la mente se entrelazan en el padecimiento, en la dificultad de reprimir las señales de este construidas desde la desigualdad.” (CARBALLEDA. 2012:8).

En el proceso de Intervención en lo social es posible pensar la dirección de ésta y la lectura de la demanda hacia la posibilidad de captar el significado de la acción para, desde allí encontrar vías de acceso al otro, en tanto sujeto histórico social. La complejidad de las Problemáticas Sociales actuales marcan la necesidad de acceder al mundo de ese “otro”, como lo interpreta, como lo comprende y lo explica, en fin como se vincula con la imputación de sentidos haciendo énfasis en sus aspectos socioculturales.

En la intervención, el conocimiento de las causas no se presenta como un fin sino un medio ya que facilita el acceso del conocimiento al sentido de la acción.

“Al entender a la intervención, como un espacio intersubjetivo, es posible acceder a los acontecimientos actuales y revisar diferentes cuestiones de orden político e institucional, estas van desde la conformación de las políticas y las instituciones, hasta la discusión de las nociones de tiempo y espacio que proponen”. (CARBALLEDA.2012:11).

En el caso de la Argentina, la fuerte presencia de Políticas Sociales, ligadas a la Inclusión Social, se presenta como una nueva perspectiva donde el Estado, comienza a reaparecer como garante de Derechos Sociales y Humanos.

“Esta nueva centralidad de lo Estatal, implica una serie de interrogantes, esencialmente ligados con las modalidades de intervención, vinculadas a los efectos de casi cuarenta años de tránsito hacia la fractura social, la perceptiva de inscripción y preinscripción social y el diseño de dispositivos de orden transversal que den sentido a las políticas sociales. Todas estas cuestiones llevan a definir a la intervención en lo social desde la reflexión ética, es decir revisar desde donde y para que se interviene”. (CARBALLEDA.2012. 12).

CAPITULO V: “METODOLOGIA”.

En este capítulo describiremos brevemente el enfoque seleccionado para esta investigación, que es el propio de la metodología cualitativa, refiriendo algunas precisiones en relación a las técnicas e instrumentos utilizados durante el proceso de investigación. Así daremos cuenta de algunos aspectos vinculados al relato de vida, la entrevista en profundidad, y la investigación documental.

5- a Tipo de Diseño y Metodología Cualitativa.

La metodología propuesta corresponde a un diseño de investigación exploratorio descriptivo de tipo cualitativo. Es una investigación exploratoria, de corte diacrónico, en tanto toma un periodo de tiempo que abarca los doce últimos años. Este periodo nos permitirá evaluar posibles relaciones previas y/o posteriores vinculadas a la Ley 26.657.

Entendiendo por metodología en ciencias sociales, a la manera de realizar investigación; es decir, al camino y al instrumental propio para el abordaje de la realidad, la cual no puede, ni debe, reducirse a un conjunto de técnicas sino que, incluye “las concepciones teóricas de abordaje, el conjunto de técnicas que posibilitan la aprehensión de la realidad y también el potencial creativo del investigador”, (DE SOUZA MINAYO. 2004:20), la presente investigación perseguirá los lineamientos propios de la metodología cualitativa por considerarse a la misma como la más apropiada para que la temática abordada adquiera cuerpo y sentido, siguiendo un diseño de tipo exploratorio-descriptivo.

La investigación cualitativa se distingue por ser flexible o por su “diseño emergente”. Ello implica que el estudio no se define en su totalidad antes de comenzar, sino que va emergiendo en el mismo trabajo de campo, se va moldeando sobre la marcha a través del surgimiento de nuevos ámbitos de indagación, recorte de los planeados, aparición de cuestiones no previstas, modificación de protocolos de

observación y entrevistas y nuevas lecturas. Este enfoque metodológico exige, como expresa Gallart (1992), ir y venir entre los datos y la teoría modificando los aspectos conceptuales y replanteando los sujetos de investigación.

Asimismo, Guber (1998) caracteriza al proceso de investigación como una relación social donde el investigador es un actor más en el “flujo del mundo social” que negocia sus propósitos con los demás actores. Ello implica reconocer que el investigador inevitablemente es parte del fenómeno estudiado.

Para Valles (1997), otra característica de los estudios cualitativos es que existe una relación más estrecha e interactiva entre la fase de recolección, de información y la del análisis

Alonso (1998), sostiene que además de la interacción entre métodos y análisis, es fundamental el lugar que ocupa el marco teórico del investigador. De esta manera, concibe a la interpretación como producto de una situación reflexiva del investigador sobre la información obtenida a partir de la combinación de las teorías y métodos. La información alcanzada a partir del análisis de las entrevistas, del material documental y de las observaciones realizadas sobre la realidad abordada, no son resultados sino que están enmarcadas en las categorías y conceptos que se desarrollaron en el marco teórico.

Otra característica de la metodología cualitativa, es que posibilita entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor, permaneciendo el investigador próximo al mundo empírico (Taylor y Bodgan, 1992). La perspectiva del actor “es una construcción orientada teóricamente por el investigador, quien busca dar cuenta de la realidad empírica tal como es vivida y experimentada por los actores. Este acercamiento permite conservar el lenguaje original de los sujetos, indagar su definición de la situación, la visión que tienen de su propia historia y de las condiciones estructurales en la que están inmersos.

Esta metodología parte de una perspectiva holística, es decir que las personas, los escenarios y los grupos son considerados como un todo. De este modo, la descripción y comprensión del contexto social y político del objeto de estudio, son fundamentales para lograr un entendimiento general de las experiencias.

En palabras de Olga Vélez Restrepo (2003), la investigación cualitativa como perspectiva subjetiva, de reconstrucción social de la realidad, constituye una vía fecunda de aproximación al conocimiento, descubrimiento y re-valoración de los sujetos históricos-sociales con los cuales se construye la práctica profesional del Trabajo Social.

Con respecto al tipo de estudio exploratorio-descriptivo, adherimos a lo desarrollado por Carlos Sabino (1998), quien explicita que lo que se propone es alcanzar una visión general, aproximativa, del tema de estudio, utilizando criterios sistemáticos que permitan poner de manifiesto la estructura o comportamiento de grupos homogéneos de fenómenos. Permitiendo así, contrastar conocimientos teóricos y metodológicos previamente definidos con la realidad.

5-b Técnicas utilizadas.

5-b₁- Relatos de vida.

En el trabajo de campo se tomaron aspectos de la técnica de investigación biográfica denominada “Relato de vida”, en la medida en que la misma permite ver al sujeto protagonista en el mundo de las Políticas Públicas, su implementación y el impacto de las mismas en la vida cotidiana del paciente con padecimiento mental crónico. Comprender los sentidos que el paciente le otorga a las cosas y cómo se percibe a sí mismo, cómo es su mundo y su individualidad. A partir de la singularidad se accede al conocimiento de la inter-subjetividad. (BERTAUX. 2005).

A través de las experiencias de los involucrados, pudimos acceder a puntos de inflexión en la vida de los individuos, teniendo en consideración el despliegue de las experiencias de una persona a lo largo del tiempo y su interpretación mediada por las experiencias posteriores.

El recurso de los relatos de vida enriquece de manera considerable la perspectiva etnosociológica²¹, proporcionándole en concreto lo que le falta a la observación directa concentrada en la interacción cara a cara: una dimensión diacrónica que permite captar la lógica de la acción de su desarrollo biográfico y la configuración de las relaciones sociales en su desarrollo histórico. Existe un relato de vida desde el momento en que hay una descripción en forma narrativa de un fragmento de la experiencia vivida. (BERTAUX. 2005.).

En la investigación etnosociológica, el investigador va hacia el campo no sin ideas preconcebidas; si ha elegido ese objeto de estudio es porque se plantea una pregunta acerca de él. (BERTAUX. 2005).

El relato de vida etnosociológico, es en forma oral y espontáneo, y sobre todo en forma dialógica. El sujeto es invitado por el investigador a considerar sus experiencias pasadas, se le informa en la primer toma de contacto, formando un pacto que centra y orienta la entrevista.

5-b₂- Entrevista en profundidad.

Los aspectos descritos en relación al relato de vida desde la perspectiva de Bertaux, fueron desarrollados en el trabajo de campo de esta tesis en el marco de procesos de entrevista.

En tanto caracterizamos a la entrevista como un proceso comunicativo, Valles (1997) señala que debemos tener en cuenta que este proceso depende no sólo de una situación micro-social (compuesta por el entrevistador, el entrevistado y el tema en cuestión), sino también por los elementos externos, los factores extra-situacionales que relacionan la entrevista con la sociedad, la comunidad o la cultura.

²¹ Investigación empírica basada en el trabajo de campo, inspirado en la tradición etnográfica para sus técnicas de observación.

Asimismo, para Alonso (1998) el análisis de los discursos sociales que se produce a partir de las entrevistas en profundidad implica la comprensión del texto en su contexto social y en la historicidad de sus planteamientos, desde la reconstrucción de los intereses de los propios actores. Siguiendo este enfoque, el habla es reveladora de condiciones estructurales, de un sistema de valores, normas y símbolos y, al mismo tiempo, refleja las representaciones de grupos determinados en condiciones históricas, socio-económicas y culturales específicas. Los relatos que surgen en el marco de una entrevista refieren a un contexto de clase, pero también de otras pertenencias.

El autor también sostiene, que la entrevista permite la aproximación del investigador a la realidad social desde el testimonio de los propios protagonistas, y que la información que se obtiene no debe interpretarse como falsa o verdadera, sino que expresa el producto de un individuo en sociedad que es necesario localizar, contextualizar y contrastar. Por ello, el investigador no debe esperar como resultado de la entrevista una descripción de hechos pasados, sino la apropiación que el informante ha realizado de un determinado suceso.

“La entrevista en profundidad, es pues, un constructor comunicativo, no es un simple registro de discurso, que “hablan al sujeto”. Los discursos no son así preexistentes de una manera absoluta a la operación de tomo de datos que sería la entrevista; constituyen un marco social de la situación de la misma. El discurso aparece, pues, como respuesta a una interrogación, difundido en una situación dual y conversacional, con su presencia y participación, donde cada uno de los interlocutores, co-construyen en cada instancia ese discurso”. (ALONSO.1998: 78).

5-b₃- Investigación documental.

A través del proceso de investigación documental se puede hacer un análisis de la información escrita sobre un determinado tema, con el propósito de establecer relaciones, diferencias, etapas, posiciones o estado actual del conocimiento respecto al

tema objeto de estudios, esta se caracteriza por el empleo predominante de registros gráficos como fuentes de información.

Las fuentes de la investigación pueden ser diversas, desde las enciclopedias, diccionarios y libros; artículos, revistas, tesis, informes técnicos, manuscritos, monografías; el propio centro de trabajo, la comunidad a la que se pertenece; los adelantos de la tecnología, las conferencias, las discusiones académicas, los seminarios, las clases, los congresos, las mesas redondas, la consulta a especialistas en la materia que interesa estudiar; libros de texto, publicaciones periódicas de la especialidad, folletos, programas de estudio, programas de investigación, guías bibliográficas, catálogos, índices, boletines informativos, reseñas, ensayos y es por esto que el mundo ha logrado describir conocer, predecir y controlar los fenómenos que se presentan en la realidad circundante de la humanidad.

El objetivo de la investigación documental es formar un cuerpo de ideas sobre el objeto de estudio y descubrir respuestas a determinados interrogantes a través de la aplicación de procedimientos documentales. Estos procedimientos han sido desarrollados con el objeto de aumentar el grado de certeza de que la información reunida será de interés para los integrantes que estudia y que además, reúne las condiciones de fiabilidad y objetividad documental. La técnica documental que permite la recopilación de información para enunciar las teorías que sustentan el estudio de los fenómenos y procesos. Incluye el uso de instrumentos definidos según la fuente documental a que hacen referencia. (GALÁN AMADOR, M. 2011).

En esta investigación se realizó análisis documental de una serie de escritos que permitieron profundizar en el cumplimiento de los objetivos. Entre los textos analizados encontramos normativas de diverso tipo (leyes que regulan el sistema de salud, y el sistema de salud mental), informes y registros de instituciones de salud, documentación informativa en relación a las políticas públicas vigentes, así como información periodística vinculada a la nueva Ley de Salud Mental y a los procesos de aplicación de políticas de salud en la zona.

5- c Diseño y construcción del instrumento de investigación: Matriz de datos.

Con respecto a la construcción del instrumento de investigación se realizó un punteo con los temas que se buscaba desarrollar. Se tuvieron presentes dos aspectos centrales: lo político y lo diacrónico. Para dar cuenta de lo diacrónico se utilizó como herramienta principal el relato de vida, con sus continuidades y rupturas.

Con respecto a lo político, es de importancia reconocer al individuo como un todo, que se construye en relación con otras personas en las diferentes etapas de su vida.

En cuanto a la realización de las entrevistas, se optó por la entrevista en profundidad. Como todo proceso de comunicación, crea una situación social que implica un campo de influencia, tanto en el plano consciente como del inconsciente. Asimismo, a lo largo de este proceso reconocimos que el espacio de intercambio social que constituye la entrevista no surge espontáneamente, sino que es propuesto por el investigador a fin de obtener aquello que es importante y significativo para los informantes acerca de un suceso que queremos investigar desde sus significados, perspectivas e interpretaciones.

En el marco de esta investigación se realizaron entrevistas justamente para aprehender las visiones y opiniones de los distintos actores intervinientes.

El relato de vida, se construye a partir de sucesivas entrevistas. Para ello es importante tener en cuenta que los datos recogidos son interpretaciones del entrevistado en el presente sobre hechos que han formado parte de un pasado, los mismos son sometidos a una re-interpretación por parte del investigador.

Resulta fundamental que el entrevistado se sienta cómodo para hablar de sí mismo, para esto el entrevistador deberá tener cualidades tales como, la capacidad de escucha y comprensión. Ruth Sautu (2003), plantea que luego de realizar la pregunta inicial el entrevistador debe dejar hablar al sujeto sin producir interrupciones, para luego así poder repreguntar, con el fin de obtener precisiones sobre determinados temas.

El rol del entrevistador consiste entonces en abrir temas, sugerir interpretaciones, incentivar reflexiones y proponer perspectivas nuevas.

En esta investigación, se elaboraron dos guiones para las distintas unidades de análisis²², en base a los objetivos de la misma. En un primer momento se identificaron grandes tópicos, que luego se fueron subdividiendo en cuestiones más puntuales.

La elaboración del guión constituyó un proceso de aprendizaje, se fueron incorporando temas, conociendo nuevas problemáticas durante el trabajo de campo y en la posterior revisión del material.

5- d Unidad y dimensiones de análisis.

Se siguieron los criterios de muestreo selectivo, o muestra teórico/ intencional, que lejos de responder a criterios estadísticos hacen alusión a las experiencias de las personas que transitaban o no por el hospital de día, que funcionaba en la localidad de Santa Teresita y a los profesionales que trabajaron y/o trabajan en el servicio de Salud Mental del Partido de la Costa. Esta definición se toma en tanto las muestras teóricas son las adecuadas para enfoques de cortes cualitativos.

Se seleccionaron 12 personas, que permitieran dar cuenta de este proceso.

Se abordó una línea de análisis, compuesta por diversos tópicos, estos nos permitieron visualizar los aspectos más relevantes y en concordancia con los objetivos de la presente investigación.

En cuanto a las categorías o dimensiones de análisis de los profesionales tenemos:

* Familia y Salud Mental.

* Políticas Públicas.

²²Ver anexo.

* Salud Mental.

* Dispositivos de atención de la Salud Mental.

Para los pacientes se tuvo en cuenta las siguientes categorías de análisis:

* La familia.

* Procesos de salud-enfermedad.

* La internación en Salud Mental.

* Dispositivos de Salud Mental.

* Hospital de día de Santa Teresita.

Categoría emergente:

* La medicación.

5 e - Descripción del proceso y análisis de la investigación.

En un primer momento se procedió a reunir toda la información existente vinculada a la temática abordada; para lo cual fue necesario acercarnos a los diferentes materiales bibliográficos, visitar portales virtuales y solicitar material a profesionales que se desempeñaron y desempeñan en el campo de la Salud Mental.

Se procedió a consultar tanto a ellos como a sus familiares y/o curador, la posibilidad de ser parte de este trabajo; dejando en claro desde un primer momento, la temática de la investigación, la confidencialidad de la identidad de los participantes y

sobre todo, se resaltó que su decisión a participar debía ser tomada de manera absolutamente voluntaria.

Cada entrevistado recibe una carta de información sobre las características del trabajo de investigación y responde una hoja de consentimiento, antes de la concreción de la entrevista, para convenir criterios básicos relativos a la misma.

También se explicó la modalidad de entrevista y que la misma debía ser grabada, ya que permite al desgravarla, exponer las palabras textuales de cada entrevistado.

En cuanto al lugar, hora y fecha de los encuentros, se acuerda previamente con los entrevistados mediante comunicación telefónica o personalmente con los pacientes y sus familiares, notificando posteriormente a la Curaduría de Dolores. Se tomó como espacio físico para la realización de las diferentes entrevistas, la vivienda, un café y una plaza verde.

Por su parte las entrevistas realizadas a los profesionales las mismas se realizaron en el lugar de trabajo, en un café o en la vivienda del profesional.

Las entrevistas se han realizado, siempre bajo la modalidad individual, llegando a una duración máxima de entre 45/120 minutos.

Cabe destacar que la amplitud del instrumento utilizado, ha funcionado como dinamizador del diálogo y su falta de rigidez, ha permitido la aparición de “lo imprevisto”. Se organiza la información en base a las categorías previstas y emergentes de las entrevistas y se realiza el análisis e interpretación de datos.

También debemos aclarar que la selección inicial de entrevistados tuvo que ser modificada, en tanto no se pudo contactar a tres profesionales dado que los mismos estaban en viaje por trabajo, como así mismo cuatro de las entrevistas a pacientes tampoco se llevaron a cabo ya que los mismos se encontraban al momento de entrevistarlos internados y descompensados. De todos modos la muestra se cerró por criterio de saturación, tal como lo expresan Glasser y Strauss. Este criterio se construye en el proceso mismo de realización y análisis de trabajo de campo, e implica detectar

cierta saturación o repitencia en los tópicos y los sentidos que los entrevistados dan a sus discursos en relación a las categorías relevadas.

CAPITULO VI. ANÁLISIS DEL TRABAJO DE CAMPO: ENTREVISTAS A LOS PROFESIONALES

En este capítulo presentaremos el análisis de las entrevistas realizadas a los trabajadores profesionales del campo de la Salud Mental. Para posibilitar el análisis se realizaron tareas de procesamiento de la información que implicaron la desgrabación de las entrevistas así como el trabajo de construcción de la matriz de datos cualitativos.

Para el análisis se trabajó a partir del enfoque de la teoría fundamentada que plantea un proceso interpretativo de comparación constante y categorización-recategorización a partir de la tarea de la elaboración de la matriz.

Se organizará la información definiendo una categoría general y dentro de la misma, sub-categorías o dimensiones, surgidas desde el discurso mismo de los entrevistados. Los criterios muestrales y otras cuestiones metodológicas, fueron explicados en el capítulo V.

6 a- Caracterización de los profesionales de la Salud Mental del Partido de la Costa entrevistados.

Los profesionales entrevistados para la presente investigación reúnen las siguientes características: el total de entrevistados fue de 6 personas, los mismos se encuentran en la franja etaria de 30-50 años. Trabajan o trabajaron el Salud Mental del Partido de la Costa en distintas profesiones: trabajo social, psicología, psiquiatría y acompañante terapéutico. Para preservar la identidad se utilizaron seudónimos.

6 b- Categorías analizadas en las entrevistas

1- Familia y Salud Mental. Retomando la definición de familia de Eloisa De Jong, plasmada en el capítulo II, consideramos a la misma como una organización social básica, donde se reproducen diferentes aspectos de la vida cotidiana. Esto nos hace pensar que es un espacio dinámico donde coexisten desigualdades sociales. La familia es un grupo, con un tiempo y espacio compartido, donde cada integrante tiene su propia representación interna del escenario familiar, cada uno posee una tarea, roles y funciones determinadas.

Para el análisis de esta categoría se la operacionaliza en la siguiente dimensión:

- **1 a- Diferentes roles o posiciones que adopta la familia.** Cada familia se posiciona de acuerdo a sus creencias, a la concepción que tenga en cuanto a la enfermedad. Es importante tener en claro, qué lugar ocupa el enfermo para poder colaborar con la familia y que la convivencia familiar pueda desarrollarse sin perjuicio del paciente.

Esta dimensión adopta diferentes valores según las entrevistas realizadas a los profesionales de la Salud Mental del Partido de la Costa.

* Ayuda en la cotidianidad del paciente. Estos profesionales sostienen la importancia que tiene la ayuda familiar en la cotidianidad del paciente. Esta ayuda transforma una situación compleja para la persona, en una simple tarea cotidiana. (por ejemplo: cocinar, lavar la ropa e higienizarse, entre otras).

✓ **Anastasia:** “...se trabaja con la familia, siempre con la mirada de mejorar la vida diaria del paciente y en ayudar en lo cotidiano...”

✓ **Simón:** “...se empieza a trabajar con la familia, sin su apoyo no se puede avanzar...”

✓ **Sabrina:** “...se trabaja un 50% con el paciente y un 50% con la familia, siempre tratando de mejorar el día a día del paciente...”.

* Compromiso, apoyo y sostén familiar en el tratamiento de la enfermedad. Este valor que adopta la dimensión se refleja en lo que sostienen:

✓ **Anastasia:** “...el rol de la familia es fundamental, comprometer a la familia en un tratamiento...”.

✓ **Simón:** “...la familia es fundamental, porque si la familia desconoce el problema, piensa que es un loco, “un hijo de su madre”...”.

✓ **Andrés:** “...el acompañamiento de la familia es primordial, también el hecho de garantizarle lo afectivo y relacional...”.

Se desprende de estos dichos, la importancia de trabajar integrando al grupo familiar al tratamiento. Es fundamental que la familia entienda la enfermedad, para que el paciente reciba el tratamiento adecuado, en pos de mejorar la calidad de vida de la persona. La familia que entiende de qué se trata la enfermedad, tiene más probabilidades de sostener y acompañar, cuando el paciente sufre alguna crisis.

* Familia no contenedora o ausente. Retomando lo expresado en el análisis de las entrevistas a los pacientes, estos profesionales coinciden en que para el paciente es muy difícil mantener un vínculo fluido con la familia, ya que éstos al no comprender la enfermedad se alejan dejándolos solos, sin esa contención familiar, tan necesaria en el proceso salud/enfermedad. Esto se refleja en los dichos de:

✓ **Anastasia:** “...muchos de los pacientes ya habían perdido a sus familias...”.

✓ **Simón:** “...el primer lugar que el paciente pierde es la familia, luego la sociedad...”.

✓ **Antonella:** “...no hay familia que contenga...”.

✓ **Cinthia:** “... la familia es muy difícil, con el psicótico trabajas en un plano inclinado, la familia boicotea, es un trabajo arduo...”.

✓

* Importancia de la medicación. Como ya se ha expresado a lo largo de este análisis es fundamental que la familia comprenda la enfermedad, para entender la importancia de la medicación. También es necesario educar a las familias sobre la singularidad y particularidad de cada paciente y cada enfermedad. Al entender cada caso en particular, se logra ayudar a la persona en su tratamiento. Por ello:

✓ **Anastasia,** sostiene que: “...el problema es la desinformación, se debe explicar a la familia, en la medida que ellos entiendan que no se descompensan de malo, o porque quieren...”; “...es tratar de aprender entre todos de que se trata la enfermedad, es educarlos en esa singularidad...”.

✓ **Andrés:** “...nuestro trabajo es un 50%, trabajar con el paciente y el otro con la familia. Para que entiendan lo importante de la medicación...”.

2- Políticas Públicas. Tal como afirmáramos en el Capítulo I, las mismas son medidas que el Estado prevé para lograr el bien común, garantizando derechos como: acceso a la alimentación, a la salud, a la educación, a la vivienda, entre otros. Esta categoría toma diferentes dimensiones:

- **2 a- Concepción de las Políticas Sociales.** Entendemos que las políticas sociales son, siguiendo a Carballada, un instrumento que pueden contribuir a la recuperación de la integración perdida, a una mejor distribución del ingreso y básicamente ser un instrumento para gestar una nueva soberanía popular. Sostenemos que la debe recuperar direccionalidad, tener una cobertura universal y ser fuertemente anticipatoria. De allí la necesidad de nuevas formas de planificaciones integradas y articuladas con el todo social. La Política Social debe ser entendida desde una perspectiva estratégica, desde lo macro, insertándose a su vez en lo micro.

En el discurso de los entrevistados, pudimos detectar distintos sentidos atribuidos a la política social, así como diferentes análisis de las políticas vigentes. Así encontramos los diferentes valores que a continuación se detallan:

* Política social como ajustable a las necesidades emergentes. En la mayoría de las entrevistas de los profesionales de la Salud Mental se vislumbra este valor, ya que los profesionales diariamente recurren a programas no específicos del campo, para poder sostener el tratamiento y mejorar la calidad de vida de la persona con padecimiento mental. Esto se encuentra en los dichos de:

✓ **Anastasia:** “... *teníamos la medicación: con los tratamientos prolongados, trabajo: con el plan trabajar, los pases, los torneos bonaerenses, a todos los pacientes los poníamos como usuarios de distintos programas...*”.

✓ **Sabrina:** “...*desde el servicio de Salud Mental se implementaron varios programas, en un primer momento fue en educación, se trabajaba con escuelas, jardines de infantes, padres...*”.

✓ **Simón:** “...*nos agarrábamos de cuanto programa había, para trabajar con los pacientes...*”.

* Política social como no específica de Salud Mental. Los profesionales expresan:

✓ **Anastasia:** “...*no había políticas expresas de Salud Mental, nosotros capturábamos cualquier política que andaba dando vuelta...*” “... *todavía hoy no hay políticas exclusivas para Salud Mental...*”.

✓ **Antonella:** “...*no tenemos programas exclusivos de Salud Mental, se ha pedido, pero no nos dan prioridad...*”. Otra de las profesionales entrevistadas.

✓ **Sabrina,** también sostiene que: “...*no había políticas específicas en Salud Mental, la trabajadora social, la psiquiatra y yo (psicóloga), que me copiaba de ellas, nos agarrábamos de políticas públicas que había en esa época...*”.

En estos dichos se puede observar que no se cuenta con políticas expresas en Salud Mental, que los profesionales tienen que buscar alternativas en otras políticas para poder ayudar a las personas, con los cuales trabaja; esto sucede hasta el día de hoy.

Podemos inferir, después de analizar estos dos valores, que muchas veces el trabajador social cuando no cuenta con políticas específicas de Salud Mental, adapta programas para el bienestar de la persona con padecimiento mental.

- **2b- La nueva ley de Salud Mental como política pública.** El objetivo principal de la nueva ley, es fijar un criterio común, en cuanto a derechos y garantías que posee una persona con padecimiento mental, para un debido proceso de atención. Se apunta a un cambio de paradigma, que reconozca el derecho a recibir atención integral de la Salud Mental, desde una perspectiva intersectorial e interdisciplinaria, en un marco de Derechos Humanos. Esta dimensión toma los siguientes valores:

* La nueva ley como generadora de igualdad y como garante de derechos. La nueva ley protege y garantiza el pleno derecho de todas las personas con padecimiento mental y esto se ve reflejado en la práctica ya que los profesionales interpretan y expresan la letra de la ley en sus dichos:

✓ **Andrés** sostiene que: *“... hoy la ley iguala al paciente de Salud Mental como cualquier otro paciente...”*.

✓ **Sabrina** quien dice: *“...la ley en sí misma es ventajosa en todo su texto, es un avance inmenso en derechos humanos...”*.

✓ **Antonella:** *“...hay un avance sobre el derecho a las personas, la manipulación de las personas se abraza con la ley...”*.

Se puede observar en los dichos de los profesionales que los mismos han interpretado y reconocen lo importante que es la nueva legislación en materia de

derechos humanos, como la misma protege a la persona con padecimiento mental que se encuentran en todo el territorio nacional.

* La nueva ley como un cambio necesario. Este valor se refleja en los dichos de:

✓ **Antonella:** “... me parece algo necesario el cambio de la ley como política pública, como que Salud Mental estaba muy atrás con estas cuestiones muy arcaicas...”.

✓ **Sabrina:** “...fue algo necesario, ya que si bien nosotros ya trabajábamos, con algunas de las cosas que hoy contempla la nueva legislación, siempre es bueno que haya una política pública y legislación que te respalde...”.

Los profesionales entrevistados sostienen que fue una necesidad y un logro importantísimo la nueva legislación. Podemos inferir que en cuestiones, como por ejemplo, conseguir una cama en un hospital, ante una crisis, muchas veces dependía de la voluntad del director; hoy en día con una ley que respalda el derecho de la persona con padecimiento mental, se puede fundamentar desde lo legal con el texto de la legislación.

* La no implementación. Este valor expresa que si bien la nueva ley, está reglamentada su utilidad no es cosa diaria en los ámbitos de la Salud Mental. Es así que:

✓ **Anastasia** sostiene: “...la ley no se está utilizando en ningún lado, yo trabajo en el ámbito de la justicia y solo se la utiliza para fundamentar pedidos asistenciales. Hay un vacío enorme...”.

✓ **Sabrina:** “...hoy día la ley esta, pero no se usa como debería hacerse, en la práctica no se la usa, si para sostener algún pedido de internación o condiciones mínimas del paciente...”.

Aquí se observa como en la práctica diaria todavía no se implementa totalmente la nueva legislación. Si bien está reglamentada, existe un vacío enorme en su práctica

cotidiana. Tendremos que comenzar a utilizarla como es debido, en pos de una mejor calidad de vida de las personas con padecimientos mentales. Estos dos últimos valores son como antagónicos, ya que si bien se sostiene que fue un cambio fundamental y necesario, su no utilidad da cuenta de cuán difícil es cambiar los paradigmas existentes.

3- Salud Mental. Retomando lo expresado en el capítulo II, podemos sostener que la Salud Mental, forma parte de las condiciones generales del bienestar de las personas y está estrechamente unida a las condiciones sociales de la vida. Esta categoría adopta la siguiente dimensión.

- **Concepción de la Salud Mental.** Parafraseando a Foucault, la enfermedad mental no tiene realidad y valor de enfermedad, más que en una cultura que la reconoce como tal, que establece pautas y normas para definir al enfermo mental, marcándolo como el diferente. Es por ello que es primordial este nuevo cambio en cuanto a la concepción de Salud Mental. De esta dimensión se desprende el siguiente valor:

* Salud Mental como salud integral. Este valor lo observamos en los dichos de:

✓ **Sabrina:** *“... en la concepción de la salud integral, el paciente de Salud Mental, es igual que cualquier paciente que concurre al hospital...”.*

✓ **Anastasia,** sostiene que: *“... desde la disciplina la concepción de salud mental es salud integral...”.*

Este valor muestra el cambio de la mirada de la Salud Mental, por salud integral pensando en la persona como un todo, no solamente como una persona que tiene alterada su psiquis y nada más.

* Salud Mental como cambio de paradigma. Ante este valor asumido, los profesionales sostienen:

✓ **Andrés:** *“...en cuanto a la Salud Mental cambio el concepto de peligrosidad por el de riesgo y la mirada sobre la persona. El loco era un delincuente, pasaba por una cuestión de delincuencia y no por una cuestión de salud...”*

✓ **Cintia:** *“...para trabajar es importante instalar nuevos paradigmas, pensar la calidad de vida de la población, vinculando la Salud Mental a las vicisitudes que todos atravesamos... es importante que el sujeto no contamine la historia de otros, ni deteriore la suya...”*

De los dichos de estos profesionales se desprende que el cambio de paradigma es fundamental para tener una mirada más amplia en cuanto a la Salud Mental. Podemos inferir que es necesario comprender que la persona con padecimientos mentales no puede ser rotulada como peligrosa y si se la debe entender como un sujeto de derecho que puede encontrarse en riesgo.

4- Dispositivos de atención de la Salud Mental. Son los dispositivos básicos de atención especializada a la Salud Mental, constituyendo su primer nivel de atención y con los que se coordinan el resto de los dispositivos asistenciales de atención a la Salud Mental. Prestan una atención integral a pacientes de su ámbito poblacional en régimen ambulatorio o domiciliario. Esta categoría adopta la siguiente dimensión:

- **4 a - Caracterización del hospital de día.** En esta dimensión los profesionales caracterizan el lugar de atención y contención del paciente con padecimiento mental, que funcionaba en Santa Teresita durante el periodo 1997/2005. En el hospital de día, funcionaba por fuera del hospital, contaba con consultorios externos, talleres recreativos y educativos, también tenía la colaboración de diferentes agentes de la comunidad. Esta dimensión tiene diferentes valores:

* Hospital de día como espacio donde alojar la intranquilidad. Este valor surge de los dichos de la trabajadora social y de la psicóloga quienes refieren:

✓ **Anabel:** “...por las características de nuestros pacientes,...ellos molestaban bastante, entonces tuvimos que pensar un lugar para alojar la intranquilidad de ellos...”.

✓ **Sabrina:** “...nuestros pacientes molestaban en el hospital, se quedaban sentados en los bancos para que alguien los atiendan...”.

De lo que sostienen estas dos profesionales se desprende, que el paciente de Salud Mental, tenía la necesidad de ser escuchado y de tener un espacio propio donde transitar su enfermedad. Para ello se pensó en un hospital de día, espacio de terapia abierto donde era atendida la intranquilidad del paciente y a su vez, tranquilizaba a la comunidad.

* Hospital de día como espacio de sostén. Este valor se ve expresado en los dichos de:

✓ **Andrés,** quien dice: “...el dispositivo era sostén de los pacientes que asistían allí...”.

✓ **Sabrina:** “...siempre se peleaba para que el paciente de Salud Mental, tenga su espacio, su lugar...”.

✓ **Simón,** dice que: “...como espacio de sostén individual y familiar.... Allí el paciente se apropiaba del lugar y lo hacía suyo... transitaba allí sus miedos...”.

Podemos afirmar que el dispositivo de “hospital de día”, fue un recurso necesario para poder sostener a los pacientes y a las familias, durante el proceso de atención. Según los profesionales era necesario que los pacientes contaran con un espacio propio.

* Hospital de día como espacio de aprendizaje.

✓ **Anastasia**, dice que: “...cada paciente aprendió a anticiparse a la crisis, sabía cuando se iba a descompensar, eso se lograba en las asambleas...”.

✓ **Simón**: “...los pacientes aprendieron a conocerse, a poder saber cuando les venía la crisis, aprendieron a anticiparse, al igual que sus familias, que sabían qué hacer ante una crisis...”.

Es importante destacar como ese pequeño dispositivo logro que los pacientes y que las familias pudieran conocer la enfermedad, saber de qué se trata y anticiparse a una crisis. Todo estaba armado como para poder contener el episodio y realizar un adecuado proceso de atención, sin tener que llegar a la internación. En los pacientes y las familias es necesaria la psicoeducación, ya que la misma permite que los pacientes circulen como uno más, sin ser estigmatizados, logrando así una mejor calidad de vida.

* Hospital de día como espacio de recreación. El hospital de día era un espacio abierto donde el paciente podía realizar distintos talleres educativos como recreativos. Lo sostienen:

✓ **Simón**: “...teníamos talleres de música, cocina y huerta, participábamos en los torneos bonaerenses....”.

✓ **Anastasia** que dice: “...nosotros participamos de los torneos bonaerenses fuimos a Mar del Plata, participamos en otros lugares, eso fue emocionante... los chicos ganaron premios importantes, esto tuvo una significación importante en sus vidas...”.

Estos espacios de talleres en la Salud Mental son fundamentales, ya que allí los pacientes, recuperan habilidades perdidas, aprenden alguna actividad que les permite volver a la rutina del trabajo y en algunos casos solventarse económicamente. Los profesionales afirman que el haber participado en los torneos bonaerense les significó un transitar diferente en la comunidad.

* Hospital de día como espacio de articulación de redes. Trabajar en redes es buscar los vínculos que existen entre las personas y/o grupos, teniendo cada uno sus propias características y particularidades, reconocen la necesidad básica de crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes, compartiendo un espacio de igualdad, donde las relaciones son horizontales y se reconocen los distintos saberes y aportes. Esto se vislumbra en los dichos de:

✓ **Anastasia:** “... se trabaja con redes de sostén, vecinos novios, amigos...”.

✓ **Simón:** “... se había logrado armar toda una red, con los hospitales, con los profesionales, con los vecinos, patrones, amigos y gente de la comunidad...”.

✓ **Antonella** quien dice: “... cualquier persona puede ayudar, la familia, un vecino un amigo, siempre que haya un lazo afectivo...”.

Queda evidenciado en estas reflexiones que las redes son importantes, el trabajar con “otros” que colaboren con el paciente es necesario y primordial, principalmente cuando no existe sostén familiar. Estas redes son para el paciente un pilar de contención ante la enfermedad y colaboran en el proceso de atención.

* Reunión de saberes .Esto se ve en los dichos de:

✓ **Simón:** “...el trabajo era interdisciplinario, cada uno aportaba desde su saber, ese era el fin...”.

✓ **Anastasia:** “...nosotros trabajamos siempre interdisciplinariamente, había una psiquiatra, psicóloga y yo (trabajadora social), así trabajábamos, porque los mismos pacientes que recorrían el consultorio de la psiquiatra, psicóloga y luego venían a verme a mí, no podías trabajar sola porque el trabajo se complejizaba cada vez más...”.

Se puede inferir que el trabajar interdisciplinariamente favoreció el éxito del hospital de día, ya que las distintas disciplinas realizaron su aporte y colaboraron en el trabajo diario con los distintos pacientes y situaciones.

- **4b- Caracterización del servicio de Salud Mental, hoy.** En la actualidad al no estar el hospital de día en funcionamiento, se cuenta con un servicio de Salud Mental, que tiene atención por consultorios externos, guardias pasivas²³ de psicología. Esta dimensión adopta el siguiente valor.

* Solamente atención por consultorios externos. Esto queda evidenciado cuando:

✓ **Andrés** cuenta: “...hoy el servicio de Salud Mental cuenta con 15 psicólogos, 3 psicopedagogos, 5 psiquiatras, 1 trabajadora social y un acompañante terapéutico. Hay prestaciones que tiene el servicio, que podemos definir las como la parte asistencial de los consultorios externos, guardias pasivas de psicología de 24hs en los 3 hospitales...”.

✓ **Simón** comenta: “...hoy falta calidad humana, faltan profesionales, hoy se deriva porque la habitación que estaba en el hospital de Santa Teresita para sostener la crisis esta desmantelada, no hay un servicio de Salud Mental para la atención primaria de la salud, como estaba antes...”.

✓ **Cintia** sostiene: “... hoy falta ese hospital de día, el trabajo que allí se realizaba...falta el trabajo de escuchar...”.

De estos dichos se desprende que hoy en día la atención de la Salud Mental quedo relegada a solamente consultorios, la modalidad de taller que significó tanto para el paciente, hoy ya no existe.

* Falta de trabajo interdisciplinario.

✓ **Sabrina**, sostiene que: “...hoy no se trabaja interdisciplinariamente. Hoy se trabaja desde la disciplina, el trabajar interdisciplinariamente se perdió...”.

²³El profesional de guardia pasiva está sujeto a disponibilidad fija y a demanda del establecimiento asistencial, es el nominado para la cobertura de emergencia.

Cuando se habla de proceso de atención a la salud, es primordial trabajar interdisciplinariamente, más aún en el campo de la Salud Mental. Esto aporta diferentes miradas de distintos saberes y sobre todo lograr el trabajo en equipo. Hoy solo se trabaja en forma disciplinar.

Después del análisis de las categorías propuestas para esta investigación, reconocemos la importancia del aporte de cada profesional. De los mismos podemos destacar:

- Familia. Queda marcado la importancia del papel de la familia dentro de la enfermedad mental, para el profesional es de suma importancia trabajar con ella. Cabe destacar que cuando hablamos de familia, nos referimos a todo el entorno social con el cual se vincula el paciente.
- La importancia de la nueva ley de Salud Mental. Es fundamental el cambio de paradigma y el avance en materia de derechos humanos. Aunque queda mucho por hacer, se visualizan cambios en el quehacer cotidiano de los profesionales, ya que la ley es una herramienta principal para fundamentar su práctica.
- La no especificidad de políticas de Salud Mental. Al no contar con políticas expresas, depende de cada profesional adaptar las políticas existentes en beneficio de los pacientes.
- Hospital de día. Este dispositivo fue un avance en la manera de trabajar en forma interdisciplinaria y con miras a fortalecer la autonomía de los pacientes, ya que los mismos hoy tienen una vida sin estigma social. Esa forma de trabajo en equipo es la que hoy sustenta la nueva ley de Salud Mental.

CAPÍTULO VII. ANÁLISIS DEL TRABAJO DE CAMPO: ENTREVISTAS A LOS PACIENTES”

En este capítulo presentaremos el análisis de las entrevistas realizadas a los pacientes con padecimiento mental. Tal cual lo expresamos en el capítulo VI, para posibilitar el análisis se realizaron tareas de procesamiento de la información que implicaron la desgrabación de las entrevistas así como el trabajo de construcción de la matriz de datos cualitativos.

7 a- Caracterización de los pacientes entrevistados.

Las personas que han participado de la presente investigación reúnen las siguientes características: el total de entrevistados fue de 6 pacientes, los mismos se encuentran en la franja etaria de 25-60 años. Del total de pacientes, algunos están bajo la Curaduría Oficial de Alienados de Dolores; ninguno está institucionalizado, aunque algunos lo estuvieron en el pasado. Viven con su grupo familiar. Un grupo reducido concurre al hospital de día, que funcionaba en Santa Teresita, Partido de La Costa. Para preservar la identidad se utilizaron seudónimos y se caracteriza a cada entrevistado.²⁴

En cuanto a los diagnósticos, dos de ellos padecen episodios de depresión, se encuentran con tratamiento y seguimiento profesional. Los otros pacientes son esquizofrénicos, realizan controles farmacológicos y consultas psiquiátricas en forma mensual.

²⁴Ver documento anexo n° 7.

7 b- Categorías analizadas en las entrevistas

1- **La familia.** Esta categoría la operacionalizamos, porque resulta importante saber qué lugar ocupa la familia para los pacientes. Desde la definición de familia de Eloisa De Jong, consideramos que la misma es como una organización social básica, donde se reproducen diferentes aspectos de la vida cotidiana, esto nos hace pensar que es un espacio dinámico donde coexisten desigualdades sociales. De este núcleo temático derivamos distintas dimensiones de análisis, que se describen a continuación:

- **1-a La posibilidad de construir la propia familia.** Se entiende por posibilidad de construir la propia familia la percepción que el entrevistado tiene de estar en condiciones o no de entablar un vínculo amoroso y a su vez la posibilidad de tener hijos. En esta dimensión se puede ver como las personas a pesar de la enfermedad pudieron construir su propia familia. La misma adopta distintos valores:

* Deseo incumplido. Queda expresado en los dichos de:

✓ **Camelia**, quién manifiesta: “...*me hubiera gustado tener una familia, tener un matrimonio, porque yo por eso me case. Pero no fue así...*”.

En esta cita Camelia asocia la idea de familia a un sueño y a un deseo de tener un hogar. Aquí se puede interpretar que el mandato social de Camelia era casarse, formar una familia y tener hijos. A diferencia de los prejuicios que estigmatizan a los pacientes con enfermedades mentales planteando de que no tienen posibilidades de conformar una familia; ellos visualizan que si la tienen y es su deseo. A su vez encuentran en los intentos de realización una serie de dificultades que hacen que en muchos casos, no puedan llegar a construir esa familia deseada, como es el caso de Camelia.

* Riesgo de pérdida. Esto se observa en lo dicho por:

✓ **Patricia:** *“...el que padece la enfermedad, tiene que luchar porque la familia no cree, ni le interesa...”*.

Esta entrevistada asume que si bien tuvo la posibilidad de construir su familia, la perdió a consecuencia de la enfermedad; se considera que Patricia siente miedo a conformar nuevamente una familia, ya que por su enfermedad ha ido perdiendo afectos, visualizándolo como un riesgo de pérdida constante.

* Posibilidad mediada por un dispositivo de apertura. Esto se visualiza en las expresiones de:

✓ **Adolfo:** *“...en el hospital de día, conocí a Alejandra, me case y tuve 3 hijos...”, “...ahora vivo con mi hijo más grande que estudia y a veces cuido a los 3, estoy separado, estuve casado 5/6 años, ahora trato de acompañarlos lo que más puedo...”*.

Se puede analizar que la enfermedad muchas veces no es un obstáculo para formar una familia, como lo vemos en Adolfo, quién encontró el amor y formo su hogar, a pesar de su padecimiento mental.

• **1-b La concepción de familia.** La concepción de familia es la representación que cada entrevistado tiene de que es la familia, la misma está influenciada por sus creencias y costumbres. Dentro de esta dimensión encontramos distintos valores:

* Como pilar de la vida. Es así que:

✓ **Dionisio** afirma: *“...la familia fue el pilar de todo, sin duda alguna, yo no podría haber hecho nada sin ellos...”, “... la contención que de mi familia, fundamentalmente de mi esposa, es tremenda, mis hijos también me apoyan mucho...”*.

✓ **Adolfo** sostiene que su mamá siempre estuvo, lo acompañó, esto se ve reflejado cuando dice: “...*Mi vieja siempre estaba... mi mamá y mi hermano más chico...*”. “...*La que siempre me acompañó es mi mamá...*”.

Vemos en estos dos extractos que tanto Dionisio como Adolfo, asocian la idea de familia a un pilar, es decir, tener donde apoyarse. Podemos interpretar que para ellos fue y es fundamental el soporte, la contención y el acompañamiento que su familia les brindó en el transcurso de su enfermedad.

* Red de afecto. Se observa cuando:

✓ **Gloria** dice: “...*si no se tiene a nadie, el tratamiento es embromado, se necesita mucho afecto de los seres queridos, mi hijo siempre estuvo...*”.

En este dicho Gloria afirma que es importante que la familia este presente y pueda demostrarle al paciente mucho afecto, ya que el mismo es necesario en el desarrollo de la vida cotidiana y en el proceso de la enfermedad.

* Espacio ausente.

✓ **Patricia**, afirma que, “...*la familia casi siempre está ausente, se cansa, no entiende...*”.

En este dicho se refleja que la familia al no comprender de qué se trata la enfermedad se corre y deja muchas veces al paciente, en una situación de soledad. Los mismos quedan segregados de sus familias, relegados a instituciones o al abandono total de su red familiar.

Vemos una diferencia sustancial entre la concepción de Gloria y Patricia, ya que esta última puede dar cuenta de la indiferencia y ausencia de la familia, cuando comienza la enfermedad, en cambio para Gloria su familia fue importante para sostener el tratamiento, priorizando el afecto de su familiar directo, su hijo.

* Como estigmatizadora de la enfermedad. Muchas veces debido a los pre-conceptos existentes en la sociedad contra los enfermos mentales y el poco conocimiento sobre la enfermedad mental, hay una tendencia en las familias al aislamiento social o al desarraigo de los vínculos más cercanos. Esto lo sostiene:

✓ **Camelia**, cuando dice: “...mi mamá me hecho de mi casa...”, “...nunca me quiso...”.

✓ **Sonia** quien también dice: “mi mamá es mala, no me quiere, siempre se enoja conmigo, no me ayuda, dice que estoy loca”.

En estas expresiones se observa como la familia reacciona frente al padecimiento mental, sin conocer las particularidades de la enfermedad, pensando que la persona se hace “la loca”, no pudiendo brindarle la contención necesaria para transitar el proceso de salud, ni ayudar a enfrentar una crisis. Resulta importante que la familia pueda entender de qué se trata la enfermedad, para así poder acompañar a su familiar enfermo.

2- Los procesos de salud-enfermedad. Tal como lo desarrollamos en el marco teórico, en el capítulo IV, Carballada (2012), sostiene que en la vida cotidiana del paciente se construye el proceso salud-enfermedad. La enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece. Dentro de esta segunda categoría teórica asume distintas dimensiones:

- **2 a- Cambios de la vida cotidiana del paciente a partir de la enfermedad.**

Se puede observar a lo largo de las entrevistas, como la vida cotidiana del paciente ha cambiado, desde su experiencia singular y sus vivencias. Esta categoría asume distintos valores, a saber:

* Dificultades para la vida diaria.

- ✓ **Adolfo**, dice “...no me podía subir a un colectivo, no salía de mi casa...”.
- ✓ **Sonia**, cuando expresa que: “...me costaba y me cuesta salir de mi casa, hace tiempo que no viajo en colectivo, no me gusta ver mucha gente amontonada...”.

Aquí se observa como la cuestión del traslado en los servicios públicos se ve dificultada por la propia enfermedad, es así que Adolfo y Sonia no salían/salen de su casa ni se trasladan para realizar actividades cotidianas, que implicaran tomar un colectivo, esto produce un aislamiento, ya que la persona queda relegada a trasladarse acompañado o que los demás realicen las actividades por ellos.

* Ingesta de medicación.

- ✓ **Adolfo**, “...estaba dado vuelta en la cama medicado...”, “...tomaba una bocha de remedios, 55 millones de remedios...”.

El paciente relata que antes de su enfermedad no estaba circunscripto a ningún tratamiento de medicalización y a partir de la misma hay un cambio sustancial ya que comienza consumir medicación, en este caso fue en un primer momento, tuvo efecto negativo, ya que él se sentía dopado, tirado en la cama y dado vuelta. La ingesta de medicación, para algunos genera un cambio brusco en su cotidianidad, algunos se adaptan y otros no, como fue en un primer momento para Adolfo.

* Normalización o disciplinamiento de la actividad diaria. En este valor se observa cómo ha cambiado la cotidianidad de:

- ✓ **Gloria**: “...mi vida se ha modificado ya que ahora tengo horarios para comer, desayunar y tomar la medicación; almuerzo a las 12 hs y tomo la medicación para la diabetes y también la psiquiátrica...”, “...a la tarde salgo a caminar, a mirar vidrieras y saco al perro a pasear...”.

✓ **Dionisio:** “...cuando estaba internado tenía horarios para todo, desayunaba a las 8:00 hs; comía a las 12:00 hs, merendaba a las 16:00 hs y cenaba a las 20:00 hs., también tenía horarios para el mate....”.

Estos dos entrevistados han estado internados por períodos cortos en diferentes neuropsiquiátricos, entonces podemos inferir que el paso por estas instituciones ha colaborado en el aprendizaje de la rutina de la misma; ya que comentan que en el hospital hay horarios determinados para la ingesta de comida, medicación y las distintas actividades. Existe un disciplinamiento, un régimen, ya que la persona no realiza sus actividades diarias en forma habitual, sino que las mismas quedan condicionadas a horarios y pautas específicas.

* Cambios en lo laboral. Esto se ve reflejado en los dichos de:

✓ **Patricia** cuando comenta: “...mi vida cambio, antes trabajaba, era auxiliar de escuela...”, “...ahora ya no soy la misma, hoy estoy desocupada...”. Después del diagnóstico de la enfermedad en muchos casos se puede ver como se ha modificado la trayectoria laboral, es el caso de Patricia que ha perdido su trabajo.

✓ **Dionisio,** quién expresa: “... con la enfermedad tuve que dejar de trabajar en mi profesión, hoy soy un desocupado, estoy tramitando la pensión...”.

Muchas veces el cambio de rutina habitual y la medicación condicionan a las personas para trabajar, debido a los efectos que los diferentes medicamentos producen en ellos; como consecuencia, su mundo laboral se ve modificado.

• **2 b- Concepción de la salud y enfermedad.** En esta dimensión tenemos que partir pensando que la salud y la enfermedad son partes de un mismo proceso, como fenómenos que implica uno la existencia del otro. Porque como bien se sabe nadie es o está absolutamente sano o absolutamente enfermo. Esta dimensión adquiere los valores de:

* Enfermedad como ausencia. Para:

✓ **Camelia** estar enferma era estar ausente, no poder defenderse, esto queda evidenciado cuando expresa: “...yo estaba ausente fui una víctima más, yo estuve ausente y se me complicó todo, yo soy consciente de que no me podía defender, por eso me robaron a mi hijo...”.

* Enfermedad como huracán.

✓ **Gloria dice:** “... era un huracán, explotaba y así uno pierde todo, no tenés la noción de nada....”, ante las reiteradas crisis Gloria sostiene que era un huracán, un vendaval, un torbellino que se llevaba todo y en ese arrastre perdía todo lo que tenía y quería y cuando volvía de nuevo a la realidad, no se acordaba de lo sucedido.

* Enfermedad como estar dopado. El paciente no distingue el hecho de estar enfermo, toma la enfermedad no como un diagnóstico, sino como consecuencia de la medicación. Confunden diagnóstico con tratamiento.²⁵ Esto se ve en los dichos de:

✓ **Patricia:** “...no pensaba estaba tirada en la cama y no quería salir...”.

✓ **Adolfo,** cuando dice: “...estaba dado vuelta en la cama, medicado, me tenían dopado...”.

Aquí Adolfo niega su enfermedad, el hecho de decir “me tenían dopado”, es como subsumir la enfermedad al proceso de atención, se saltea el diagnóstico, no toma en cuenta que está enfermo y de esa manera despliega responsabilidad hacia otros. Se torna objeto de una medicación. No hay sujeto, ni enfermedad. No es posible estar enfermo ni estar mejor, hay una negación de una persona de asumir su situación y cambiarla.

²⁵ La Nueva Ley de Salud Mental 26.657 habla en el capítulo V, artículo 9, habla de **proceso de atención** en lugar de tratamiento.

* Enfermedad como posesión diabólica.

✓ **Gloria**, dice: *“...la cabeza se confunde se piensan cosas irracionales, no son reales así me sentía yo, uno cae en un pozo, el cual te lleva a pensar cosas que no son ciertas...”*, es el diablo que te agarra y no es el diablo, es la enfermedad...”.

Se pierde contacto con la realidad; hay una interpretación errónea sobre lo que sucede a su alrededor, pueden aparecer ideas delirantes y alucinaciones, como le sucedía a Gloria.

Se observa como la persona con padecimiento mental, en algunos casos puede dar cuenta de las situaciones irreales que vive, otros, en algunos casos viven en un mundo lleno de fantasías. Se pierde el contorno de diagnóstico.

* Enfermedad como diagnóstico a ser reconocido. (conciencia de enfermedad).

Esto se ve en los dichos de:

✓ **Gloria**, quien expresa: *“...uno debe estar conciente y querer curarse...”*, ella plantea que si se tiene conciencia de estar enfermo y desear curarse esto se logra. Es importante que la persona con padecimientos mentales, pueda entender que está enfermo, saber cuál es su diagnóstico y las características del mismo; esto es necesario para que tome conciencia de su enfermedad y aceptar que requiere de un proceso de atención farmacológico y terapéutico, para lograr desarrollar todas sus capacidades.

Contrario a lo dicho por Gloria:

✓ **Dionisio**, comenta: *“...no tomaba conciencia de mi enfermedad, no la quería reconocer, tenía una depresión terrible me la pasaba llorando...”*.

✓ **Patricia**, cuenta que: *“...a veces no tomo la medicación, no me hace falta...”*.

En estos últimos dichos queda evidenciada la no conciencia de enfermedad. Existe una negación de la misma, ya que no pueden sostener un proceso de atención farmacológico, ni terapéutico.

Es muy difícil para los médicos o los familiares considerar una atención farmacológica, cuando el paciente no está conciente de “estar enfermo”. El paciente no tiene la capacidad individual para conocer y entender el funcionamiento de la enfermedad y así poder controlarla, por ello es fundamental el apoyo socio-familiar.

* Salud como presencia. Este valor se ve expresado en lo dicho por:

✓ **Camelia:** “...hoy pienso, estoy presente, el estar presente me hace dar cuenta de todo lo que pasa, recuperé la tranquilidad...”.

Durante la entrevista Camelia ha dado cuenta de un proceso en su enfermedad, ya que en un primer momento el estar enferma, significó estar ausente, hoy puede pensar y darse cuenta de lo que sucede a su alrededor. Esto es un signo evidente de bienestar mental, como resultado del proceso de atención farmacológico-terapéutico y además hoy cuenta con la figura de un acompañante terapéutico, quién sostiene, acompaña y ayuda a la misma en algunas de sus actividades diarias.

3- La internación en Salud Mental. Retomando lo explicitado en el capítulo II, el propósito que motiva la internación de una persona, no debe ser otro que el poder brindarle una asistencia y procesos de atención adecuados de acuerdo a su patología. Es un recurso, como bien lo expresa la nueva Ley, para la solución total o parcial, definitiva o transitoria, al problema de la salud mental que le afecta. Esta tercera categoría teórica adopta la siguiente dimensión:

- **La significación de la internación según el entrevistado.** De acuerdo a la historia de cada entrevistado y a su trayectoria dentro de las instituciones psiquiátricas, se explicitará el sentido de tubo la internación para cada uno. Esta categoría operacionalizada toma diferentes valores, que se enumeran a continuación:

* Recurso autodirigido.

✓ **Adolfo** dice: “...cuando me agarraba eso en la cabeza, cuando sentía que explotaba, me internaba y me hacía bien, después cuando estaba bien me iba a mi casa...”.

Adolfo habla de la internación como un recurso para poder transitar su enfermedad. Para algunos pacientes la internación es un espacio positivo, ya que la misma es necesaria en momentos de crisis, en la cual se compensan y pueden volver a sus hogares. Cuando las internaciones son por decisión consensuada entre paciente y profesional, esto produce un proceso de atención adecuado.

* Espacio de experiencias positivas.

✓ **Camelia**, nos cuenta que: “...en la internación me daban de comer, yo ayudaba a una Sra., yo salía a pasear, fui a la academia de peluquería, también iba a la iglesia, el tiempo paso volando...”.

✓ **Gladis**: “...me gustaba ir a los talleres, hacía manualidades, tejido y cerámica...”.

Estas dos entrevistadas ven a la internación como espacio de experiencias positivas, ya que pudieron aprender a realizar distintas actividades, las mismas fueron un escape a esos momentos en donde el paciente se siente solo y alejado de su entorno familiar.

* Como reordenador para la vida cotidiana. En la internación el paciente aprende diferentes rutinas, que están establecidas en toda institución. Esto lo expresa:

✓ **Gladis**, cuando dice: “...es importante comer y respetar los horarios de la medicación, hay que tomarla a la mañana, a la tarde y a la noche, son los horarios que se manejan en toda institución y después te sirven para toda tu vida...”.

En este dicho, la entrevistada cuenta como lo aprendido durante su internación, le es útil en su cotidianidad. En la institución el régimen es estricto y ordenador, esto aunque parezca autoritario o controlador para el paciente, es necesario, para el que el mismo tenga un orden en su vida diaria.

* Disruptor de vínculos.

✓ **Patricia**, sostiene que: “...*me gustaba estar allá, me tratan bien, no tenía donde ir, dibujaba, leía revistas que me traían, hoy, me gustaría hacer algo, pero no sé qué...*”.

Para muchos pacientes la internación en instituciones psiquiátricas ha debilitado los lazos familiares y sociales, por problemas familiares, por quedar alejados de su lugar de residencia, o porque sus familiares no pueden solventar los gastos de traslado para visitarlos. Por lo tanto terminan pensando que la institución es un lugar agradable, como si fuera su propio hogar, ya que allí está su círculo de amistades o conocidos. Es función del trabajador social visualizar estas problemáticas y arbitrar los medios y recursos para revincular al paciente, teniendo en cuenta lo contemplado por la nueva legislación.

* Como castigo.

✓ **Sonia** comenta: “...*me peleaba con mi mamá y ahí me internaban, no me gustaba estar ahí, no me dejaban hacer nada....*”.

Sonia expresa que sus internaciones eran parte de un castigo, que tenía que cumplir por discutir con su progenitora. La significación de la internación para la entrevistada es de encierro, ya que la misma siempre se produjo de manera compulsiva, por lo tanto para ella no cumplía con la función de proceso de atención.

* Como promesa incumplida de estabilización.

✓ **Dionisio**, cuenta: “...pensé que la internación me iba a estabilizar, hoy tengo mis dudas... muchas veces me siento peor que antes....”.

Según su relato Dionisio piensa que la internación no cumplió con sus expectativas. Consideramos tomando sus dichos, que la internación no funcionó como espacio y recurso de rehabilitación parcial o transitoria de su padecimiento mental.

* Como superadora de crisis.

✓ **Gladis**, considera: “...la internación es fundamental en una crisis, porque ahí te ayudan a mejorar, a controlarla...”.

Este dicho refleja la función en el proceso de atención que debe tener una internación; procurando la recuperación y rehabilitación de la salud, garantizando una mejor calidad de vida, para en entrevistado.

4- Dispositivos de Salud Mental. En el Partido de la Costa podemos encontrar dispositivos de atención de la Salud Mental, de manera pública, en los tres hospitales (Zona Norte, Centro y Sur), en el Servicio de Salud Mental en “Las Quintas”, donde funcionan consultorios externos. De manera privada en cuanto a la atención, también se encuentran consultorios externos.

Al no contar con un hospital acondicionado para superar las crisis agudas y no existir en la zona un dispositivo adecuado para ello, se realizan derivaciones al neuropsiquiátrico de Necochea.

- **Concurrencia a dispositivos de Salud Mental.** Una de las preguntas finales de cada entrevista fue sobre la concurrencia a los dispositivos de la salud, en el Partido de la Costa con que dispositivos contaban y como se organizaban.

* Regularidad en el proceso de atención. Es así que:

✓ **Patricia**, comenta: “...concurro a la psicóloga 2 veces a la semana, me atienden bien ahí...”.

✓ **Camelia**: “...concurro a Las Quintas, a ver a la psiquiatra...”.

✓ **Adolfo**: “...hoy concurro a la psiquiatra una vez al mes y a mi psicólogo cada tanto...”.

✓ **Gladis**: “...concurro a ver a la psiquiatra una vez al mes, además tengo AT, eso me ayudó a no recaer en las internaciones...”.

✓ **Dionisio** cuenta que: “...voy al hospital a ver al psiquiatra una vez al mes, para que me medique...”.

En estos dichos de los entrevistados, se puede observar como cada uno, de una u otra manera, continúa con los procesos de atención farmacológica y terapéutica, ya que concurren una vez al mes a ver a sus respectivos psiquiatras y algunos de ellos realiza terapia, en los diferentes dispositivos de atención de la Salud Mental, esto hace mejorar su calidad de vida, al igual que su bienestar general.

* Discontinuidad en el proceso de atención.

✓ **Sonia**: “...no voy al psiquiatra, no lo necesito, ahora estoy bien...”.

La paciente ha decidido darse el alta sola ya que considera que se encuentra bien. Como se ha expresado más adelante, la misma no tiene conciencia de enfermedad; entonces es difícil poder realizar un proceso de atención adecuado. Por ello Sonia no concurre y no toma la medicación regularmente de acuerdo a su padecimiento mental, esto provoca que su calidad de vida se vea afectada, ya que sus crisis son recurrentes y continuas.

5 Hospital de día de Santa Teresita. Con Adolfo, Camelia y Gladis, conocemos desde la mirada de los protagonistas lo que fue el dispositivo de Salud

Mental, que funcionó en la Costa, particularmente en Santa Teresita. Desde el año 1997, hasta 2005, era un dispositivo terapéutico de “Hospital de Día”. Este dispositivo evitó en muchos casos, las internaciones en los neuropsiquiátricos y el desarraigo de su lugar de origen. También durante su implementación y funcionamiento, se trabajó la reinserción del paciente en el contexto socio-familiar.

- **5 a- Significación en los pacientes.** El transitar por un espacio terapéutico de hospital de día, dejó en muchos de ellos una impronta que marcó sus vidas, de una u otra forma. Esto queda evidenciado en los distintos valores que adopta esta dimensión:

* Ser pionero en el dispositivo.

✓ **Adolfo** cuenta que: *“...fui el primer paciente del hospital de día, también había otras personas que no me acuerdo, pero cada vez vinieron más, no era yo el único 22 que estaba ahí adentro...”*.

Refiere el entrevistado que fue toda una experiencia ser el primer paciente de este espacio terapéutico. Podemos inferir que esto tuvo una impronta positiva en Adolfo, ya que recuerda al mismo con alegría y plantea la necesidad de contar en la actualidad con un espacio similar. Esto queda evidenciado cuando dice: *“...sería lindo que vuelva el hospital de día, es muy bueno...”*.

* Cambio de vida.

✓ **Adolfo**, refiere que: *“...a mi ese lugar me cambió la vida, la vida en el sentido de un cambio de estar siempre en mi casa, a estar, digamos en una institución o en un lugar donde conoces gente, tanto pacientes como profesionales...”*.

Toma como positivo este espacio, ya que se puede vincular con otras personas y poder sostener una red de afectos fuera de su hogar, ya que antes él no salía. Toma lo terapéutico como una salida de su encierro. Hoy Adolfo con el tiempo, puede dar

cuenta de que fue positivo para su vida, el haber concurrido a este dispositivo terapéutico.

** Espacio de recreación y encuentro.*

✓ **Adolfo**, recuerda que: *"...tocábamos la guitarra, hacíamos un montón de cosas lindas, las charlas, el tomar mate entre todos, hicimos una huerta, una quinta, estaba bueno..."*.

Esto lo cuenta con nostalgia, con ganas de volver a revivir esas experiencias que para él fueron importantes y significativas en su vida. Las personas necesitan de la integración social y para ello precisan disponer de una accesibilidad real al disfrute de oportunidades que ofrecen las actividades de ocio, o el uso placentero del tiempo libre, esto queda reflejado en los dichos de Adolfo cuando habla del hospital de día.

** Como espacio terapéutico.*

✓ **Camelia**, recuerda que: *"...en el hospital de día se hacían asambleas, cada uno contaba sus cosas, yo no iba mucho porque los chicos eran chicos, hoy me gustaría ir, pero no está..."*.

Camelia vivenció en pocas oportunidades este espacio de asamblea, ya que no concurría regularmente al dispositivo, debido a que sus hijos eran muy pequeños y ella se encargaba de su cuidado. En estas asambleas los pacientes daban cuenta de sus padecimientos, sus miedos, logrando así sentirse parte de un todo; ya que encontraban comprensión y solución a sus padeceres.

** Como espacio de psicoeducación.*

✓ **Gladis**, comenta que: *"...antes retiraba la medicación en el hospital de día, ahí me enseñaron a tomarla, pero no iba a ningún taller..."*, *"...en el hospital de día, ahí me enseñaron y aprendí a conocerme y aceptar mi enfermedad..."*.

En su relato expresa que este espacio terapéutico, fue muy útil para tener un reordemamiento de su vida cotidiana y aprender a conocer su enfermedad, poder anticiparse a una crisis, tomando conciencia de la importancia del proceso de atención farmacológica adecuado y regular.

- **5 b- Expectativas de los pacientes.** Durante las entrevistas los pacientes reclaman una transformación en la organización y atención de la Salud Mental del Partido de la Costa. Muchos sin haber transitado por el hospital de día, reclaman su nuevo funcionamiento o dispositivos similares. Esto se refleja en los distintos valores que asume esta dimensión:

** Deseo de espacio terapéutico.*

✓ **Camelia**, expresa: *“...si estuviera el hospital de día, hoy iría, hoy tendría el tiempo, yo pienso que tiene que volver, porque sacan una cosa que es tan necesaria. Sería necesario para distraerme, para desahogarme, tener una reunión de asamblea...”*.

✓ **Dionisio**, dice: *“...a mí me gustaría tener un lugar donde poder ir y que no me miren raro, poder charlar, tomar mate, contar lo que sé hacer...”*.

✓ **Gladis**, refiere que: *“...yo no fui al Hospital de Día, pero me gustaría que funcionara algo así u otra cosa, así iría y podría hacer muchas cosas, bailar, cantar, cocinar, poder charlas, que se yo muchas cosas...”*.

Estas expresiones dan cuenta del deseo y la necesidad de los entrevistados de contar con un espacio terapéutico donde poder canalizar sus inquietudes, miedos, deseos y poder desarrollar la capacidad para afrontar por sí mismos las actividades de la vida diaria.

6- La medicación.²⁶

- ***Función de la medicación.*** La función primordial de la medicación, en especial de los psicofármacos, es que actúan sobre las funciones nerviosas del cerebro, modificando de manera transitoria el estado psíquico y el comportamiento de la persona. Es fundamental que los pacientes comprendan el uso de la medicación, que es necesario un control médico y tener responsabilidad en la toma de la dosis diaria.

* *No pensar irracionalmente.*

✓ **Gloria:** “...si tomo la medicación estoy bien, es lo que me ayuda a no pensar cosas irracionales...”.

Se puede observar en los dichos de Gloria, como la medicación la ha ayudado a mejorar su bienestar, ya que en la actualidad ella puede pensar coherentemente, cosa que antes no lo hacía.

* *Posibilidad de tener más vida.*

✓ **Adolfo:** “... con la medicación fui bajando esos ataques que me daban, tengo más vida, antes vos me decías salir y no, no salía a ningún lado...”.

Acá se ve como Adolfo puede contar cuales fueron los efectos que hizo la medicación en su vida, como pudo superar las crisis y los miedos. Hoy día él realiza una vida placentera con sus hijos y su madre.

* *Posibilidad de ser más libre.*

²⁶ Ésta fue una categoría emergente, es decir que no fue prevista en el guión de entrevista, sino que fue emergiendo de los discursos de los entrevistados

✓ **Adolfo**, quien dice: “...con la medicación tuve libertad, como una igualdad a la que todos dicen estamos bien, ja, ja, ja...”.

Es importante que Adolfo pueda referirse de esta manera de la medicación, es primordial para una persona sentirse libre e igual a los demás, ya que la libertad es un derecho que hace a la esencia de la persona humana.

* Como sostén.

✓ **Gloria** expresa: “...la medicación es fundamental, es de sostén, hay que tomarla si o si...”.

Ella considera que el adecuado tratamiento farmacológico colabora en el equilibrio de su vida diaria, porque gracias a la medicación no piensa cosas irracionales y siente que es un sostén en su cotidianidad.

* Como cambio hacia la salud. Es así que:

✓ **Patricia** dice: “...yo estoy bien, la medicación me hace bien, me siento bien...”.

✓ **Camelia**: “...con la medicación recuperé la tranquilidad y hoy estoy sana...”.

✓ **Gloria**: “...los remedios te dan salud...”.

✓ **Adolfo** comenta: “...el cambio de medicación fue fuerte para mí, al principio la cabeza y el cuerpo, viste te empiezan a correr por todos lados y de a poco fue cambiando hasta pegar con la medicación...”.

Se puede vislumbrar que tanto Patricia, Camelia, Gloria y Adolfo, consideran que con la medicación han obtenido bienestar, tranquilidad, pueden pensar y realizar actividades cotidianas que antes habían perdido debido a su padecimiento. Esto en la vida de los paciente es de suma importancia ya que forman parte de la comunidad sin

estar rotulados, es decir circulan sin ser discriminados; esto antes no era posible, debido a sus reiteradas crisis y descompensaciones.

Destacamos en primer lugar, la predisposición de todos los pacientes, ya que sin su colaboración esta investigación hubiese resultado difícil de llevarse a cabo. Cada entrevistado desde su lugar resignificó su palabra, dándole sentido y valor a sus experiencias.

De los mismos podemos destacar:

- Familia y enfermedad. Este es un tema fundamental para cada uno de ellos en particular, debido a que no en todos los casos, tuvieron la comprensión y el acompañamiento necesario. Cabe destacar que a pesar de no estar el mismo, pudieron sobrellevar la enfermedad, con la ayuda de las distintas redes comunitarias.

- Internación. La misma dejó una huella profunda en sus vidas, se evidencia en el relato sentido al hablar sus vivencias en alguna institución psiquiátrica, tanto en el discurso oral como gestual.

- Hospital de día. Este dispositivo marcó un hito importante tanto en sus vidas como en sus familias; ahí aprendieron muchas cosas de la vida diaria, que estaban olvidadas debido a su padecimiento mental. volver a realizar actividades dormidas u olvidadas le dio más autonomía y les devolvía su libertad y dignidad de persona.

- Medicación. Categoría emergente, que a su vez reafirma la importancia del hospital de día, ya que las personas entrevistadas que lo transitaron consideran la medicación como fundamental para sentirse bien.

CONCLUSIONES

Este proyecto de investigación comenzó a delinear durante las prácticas de supervisión de la Licenciatura en Trabajo Social realizado en el año 2011. El objetivo de esta tesis fue investigar sobre las políticas públicas y su relación con la Nueva Ley de Salud Mental, las modificaciones en las prácticas profesionales y reconstruir desde las experiencias de las personas con padecimientos mentales como se ha modificado su vida cotidiana.

Consideramos importante, en un primer momento estudiar las Políticas Sociales en el campo de la Salud Mental, conocer la realidad de la Salud Mental en nuestro Partido.

Partimos de la concepción de que el Estado debe garantizar a todas las personas con padecimiento mental, el acceso al proceso de atención a la salud, el mismo es un derecho inalienable, contemplado en la nueva legislación vigente; teniendo como principio rector los Derechos Humanos.

En el Partido de la Costa, ya en el año 97, se comenzó a trabajar de manera diferente en el campo de la Salud Mental. Resultando un Municipio pionero en la puesta en marcha de un dispositivo de Hospital de Día, en la localidad de Santa Teresita.

A través de los dichos de los profesionales y de los documentos consultados queda evidenciado que desde ese momento, en ese dispositivo ya se contemplaba en su forma de trabajar, algunas cuestiones que hoy la nueva ley sostiene en su texto. Desde el trabajo de los profesionales se logró que aprueben un Decreto Municipal que contemple los derechos de los pacientes, hoy releendo el mismo, resulta similar al cuerpo de la nueva ley de Salud Mental. Cabe aclarar que este dispositivo en la actualidad no está en funcionamiento y no existe en el Partido otro similar que pueda alojar las singularidades de los pacientes.

Hoy solo existe un servicio de consultorios externos, quedando el paciente de Salud Mental solo, sin el acompañamiento de un equipo de sostén para las crisis, teniendo que evacuar las mismas, en un hospital neuropsiquiátrico, lejos de su lugar de origen.

Durante el funcionamiento del Hospital de Día, las crisis eran contenidas en el hospital local ya que se contaba con una habitación acondicionada especialmente para la misma y con una red comunitaria y profesional que acompañaba. Hoy en día esa habitación esta desmantelada, y aunque la internación lejos del lugar de origen no está contemplada en la nueva ley, no existe lugar para el paciente de Salud Mental en el Partido de la Costa.

Otro aporte fundamental que dejó el Hospital de Día, se evidencia cuando se entrevista a los pacientes que transitaron por él, los mismos circulan por la comunidad como “uno más”, eso lo expresan los pacientes. Ya que en todas las entrevistas surge como temática recurrente el estigma del loco, la participación en los talleres del Hospital de Día, permitió el corrimiento de este estereotipo y la resocialización en la comunidad, el loco ya no era visto como tal, sino que circulaba como un ciudadano más.

También en materia de derechos, este dispositivo colaboró devolviéndoles la dignidad de persona, ya que priorizó su derecho laboral.

En cuanto a lo familiar podemos afirmar que transitar el Hospital de Día favoreció en la revinculación de los lazos afectivos, en algunos casos y en otros ayudo a sobrellevar la enfermedad sin el apoyo familiar usando como red de sostén alguna institución de la comunidad.

Otro punto importante, es la medicación y la aceptación de la enfermedad. Los pacientes que transitaron este dispositivo, aprendieron a conocer su enfermedad, es decir conocerse y aceptarse a sí mismo, ante esto pudieron en muchos casos anticiparse a una crisis, poder darse cuenta de que lo que les pasaba no era habitual, poder decirlo y recibir la ayuda profesional correspondiente. También aprendieron La importancia de la toma diaria de la medicación, que es importante respetar la dosificación indicada por el profesional médico y que tomar la medicación es necesaria para su bienestar. Todo este proceso de aprendizaje favoreció en la no internación de los mismos, ya que ellos anteriormente recaían en internaciones recurrentes.

De esta forma, a partir del análisis de las entrevista, sostenemos que si bien hay avances en el plano normativo e institucional a nivel nacional y provincial, aún falta mucho en materia de recursos humanos y materiales, es un tema de discusión la implementación de la nueva ley de Salud Mental.

Para finalizar esta conclusión sostenemos que el Trabajo Social, es una de las disciplinas fundamentales en el trabajo con el otro, particularmente en el área de la salud mental. Es la disciplina que ayuda a pensar en lo cotidiano del paciente y puede ver más allá del padecimiento mental.

Los cambios que se viven en la Argentina, y particularmente en nuestro Partido, sobre la lectura de la problemática habilitan mayor protagonismo del ejercicio profesional debido a la redimensión teórica y de intervención actual en Salud Mental. Por lo tanto, nos exige a seguir apostando por un Trabajo Social que se atreva a dar respuestas en los diferentes escenarios.

Por lo cual nuestra participación debe también estar apuntada a rediseñar los espacios terapéuticos, siendo la institución la que realiza un mayor desafío en Salud Mental al incorporar dispositivos de intervención como los que se pueden realizar mediante el Trabajo Social. Como en nuestro Partido lo fue el Hospital de Día de Santa Teresita. El trabajo social tiene un papel fundamental ya que trabaja con la historia de vida del paciente, con la singularidad del mismo.

El Trabajo Social encuentra sustento en la multidisciplina, siendo por ello necesario buscar respuestas en diversas unidades de saber. Esto debe llevarnos a pensar que los espacios de intervención nos interpelan la formación teórica, dejándonos muchas veces sin respuestas y otras tantas sin hacernos preguntas.

En este sentido esta tesis buscó hacer un aporte en esta línea. De esta forma entendemos que los objetivos planteados fueron cumplimentados, en tanto se logró caracterizar las Políticas Públicas de Salud Mental del Partido de la Costa, la implementación de los diferentes dispositivos que se fueron diseñando políticamente y la reconstruir las experiencias de las personas con padecimientos mentales, al igual que la de los profesionales de la salud. Visualizando así, las prácticas de éstos últimos.

De esta forma esperamos que los conocimientos construidos durante esta experiencia de investigación, sean herramientas para colegas de nuestra disciplina y profesiones afines, en tanto ofrecen una mirada cualitativa a las experiencias de salud-enfermedad en el campo de la Salud Mental en la actualidad.

El lector podrá encontrar también en el apartado de anexos un documento de nuestra autoría titulado “Lineamientos para un proyecto de Hospital de Día”. En el

mismo se sientan bases para abrir discusiones en pos de un posible proyecto para la creación de un dispositivo de Salud Mental que, acorde a los criterios de la nueva Ley de Salud Mental, rescate una serie de apreciaciones, sentires y deseos de los actores involucrados en el campo de la Salud Mental, que hemos podido sistematizar en el trabajo de campo y la interpretación de los resultados del mismo.

Esta tesis significó para nosotras un gran desafío, seguir adelante pese a todos los obstáculos. Hoy que felizmente llegamos a la meta, podemos decir **“se puede”** y aun queda mucho por andar, como lo expresan estas estrofas:

Volver a empezar, que aun no termina el juego,

Volver a empezar, que no se apague el fuego...

Queda mucho por andar...

Volver a empezar.

Alejandro Lerner.

BIBLIOGRAFÍA.

- **ALONSO, L (1998)** “Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa” – En: DELGADO y GUTIERREZ (edit.). – **Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales.** – Edit. Síntesis.
- **AMICO, L. (2004).** Desmanicomialización: "Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental".
- **AMICO, L. DEL C. (2005).** La institucionalización de la locura. Cap. 1 y 2. Buenos Aires. Espacio Editorial.
- **ASE, I. (2008).** Las políticas de Salud Mental en Córdoba (1983-2007). En Jornadas por una Ley Provincial de Salud Mental. Tendiendo puentes entre la Salud Mental y los DDHH.
- **BALLIRO, NANCY.** Programa de Formación Básica En Salud Pública. Eje Nro. 3. “Organización de la Atención de la Salud”.
departamento.capacitación.salud@chubut.gov.ar nballiro@chubut.gov.ar
- **BARENBLIT, Valentín. (1992).** En Prólogo de Psicoanálisis y Salud Mental de Emiliano Galende. Edit. Paidós. Buenos Aires. _
- **BARONE, P.- HERRANZ, S. (2010).** IX Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos. “Discursos emergentes en torno a la Desmanicomialización. Facultad de Psicología. UNC. Argentina.
- **BECERRA, R-KENNEL, BEATRIZ. (2008).** Elementos Básicos para el Trabajo Social en Salud Mental. Editorial espacio. Buenos Aires.
- **BERTAGNI, J. (2011).** Tesina de grado de licenciatura de Trabajo Social. Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Escuela de Trabajo Social. Título: “La Perspectiva del Trabajo Social en el Campo de la Salud Mental”. Rosario.
- **BERTAUX. (2005).** Los relatos de Vida. Perspectiva etnosociológica.
- **BORDENAVE, F. CRINIGAN, D. (2010).** Tesis final “Vinculos familiares en la psicosis. Aportes desde el Trabajo Social”. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Mar del Plata.
- **BOURDIEU, P. Y WACQUANT, L. (1995).** La lógica de los campos. En Respuestas. Por una antropología reflexiva. Cap. 2. Griljabo, México.
- **BUSTELO. (2000).** Políticas Sociales. Aproximaciones desde la política. En: Hintze S. (comp.) Estado y sociedad. Las políticas sociales en los umbrales del siglo XXI. Buenos Aires. Eudeba.
- **CABERO, LAURA. (2009).** Apunte de cátedra de Seminario de Campos del Servicio Social.

- **CARBALLEDA, A. (2004).** Lo Social de la Intervención. El Proceso de Análisis en Trabajo Social. Revista Margen. Edición N° 38. Consultado día 3/6/12
.http://www.margen.org/suscri/margen38/losoc.html
- **CARBALLEDA, A. (2012).** La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. Revista Margen N° 65.
- **CARBALLEDA, A. (2013)** Política Social y Cuestión Social. La problemática de la integración como característica fundacional de la emergencia de los problemas sociales en nuestra América.
- **CELS y MDRI. (2007).** Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Siglo Veintiuno editores. Buenos Aires, Argentina.
- **CORDOBA, P. Y RAMIREZ, B. (2008).** Concepciones acerca de la Salud Mental. Resumen de cátedra de Psicología. Consultado en Internet. 08/01/13. Crisalida.org.ar/wp-content/.../concepciones-de-salud-mental.docx.
- **DE RISO, SILVIA. (2009).** Ficha de cátedra: "Salud Mental: primera aproximación conceptual".
- **DE RISO, SILVIA. (2002).** "Salud Mental Hoy: Algunas Consideraciones Elementales". Ponencia Congreso Regional Salud Mental y Derechos Humanos. Paraná E. R. Mimeo.
- **DE SOUZA MINAYO, C (2004):** "El Desafío del Conocimiento. Investigación Cualitativa en Salud". Buenos Aires. Ed. Lugar.
- **DI NELLA, Y. (2010).** Realizaron jornada para impulsar la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental. Sitio web on line:
http://new.paho.org/arg/index.php?option=com_content&task=view&id=563&Itemid=236
- **DE JONG, ELOISA, BASSO, RAQUEL Y PAIRA, MARISA. (2001).** "La familia en los albores del nuevo milenio. Reflexiones interdisciplinarias: Un aporte al trabajo social".
- **ENCICLOPEDIA DE SALUD, DIETÉTICA Y PSICOLOGÍA.**
<http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/esquizofrenia>. Consultado: 05/09/13:
- **ESQUIZOFRENIA. CRITERIOS DEL DSM 4.**
<https://sites.google.com/site/javierconductismo/esquizofrenia---criterios-dsm-iv>
- **EVARISTO, P. (2000).** Inserción laboral. Cap. 5 y Cap. 8. En Psiquiatría y salud mental.
- **FIRPO, ISELA y SALAZAR, LAURA. (2011).** Estado, Política y Niñez. Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la nación. 1º Edición.
- **FOUCAULT, M. (1970).** El orden del discurso. Las ediciones de La Piqueta. Madrid.
- **FOUCAULT, M. (1996).** La verdad y las formas jurídicas. Ed. Gedisa. Barcelona.
- **GALAN, C. y CALVO, D.** Compiladoras "Historia, contexto y actualidad en el campo psi". Editorial El Campo Psi. Rosario 2007.

- **GALÁN AMADOR, M.** (2011): “Metodología de la investigación”. <http://manuelgalan.blogspot.com.ar/>
- **GALENDE, E. (1983).** La Crisis del Modelo Médico en Psiquiatría. Cuadernos Sociales. Rosario.
- **GALENDE, E. (1990).** Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- **GALENDE, E. (1994).** “Para una crítica de la razón Psiquiátrica”. Buenos Aires, Ed. Paidos.
- **GALENDE, E. (1997).** “De un horizonte incierto” .Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Ed. Paidos, Buenos Aires.
- **GALENDE E. (2002).** “Demandas de Salud mental”. Revista “Ensayo y Experiencia”. Buenos. Aires.
- **GALLART, M. (1992).** “La integración de métodos y la metodología cualitativa. Una reflexión desde la práctica de investigación” en Forni, Floreal, Gallart, María Antonia y Varsilachis de Gialdino, Irene, Métodos cualitativos II: la práctica de la investigación, Buenos Aires, CEAL.
- **GALLI, VICENTE.** Problemas de Salud Mental en la Argentina. Voces en el Fenix. <http://www.vocesenelfenix.com/content/problem%C3%A1ticas-de-salud-mental-en-la-argentina>.
- **GOÑI Y VERDERAME. (2012).** Comentario al fallo de rehabilitación efectuado en los términos de la nueva Ley de Salud Mental 26.657. Revista Margen N° 64. Buenos Aires.
- **GUBER, R. (1998).** “El salvaje metropolitano”, Buenos Aires. Editorial: Legasa
- **KIRCHNER, A. (2010).** Políticas Sociales del Bicentenario. Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación. Tomo II.
- **LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657. (2013).** Decreto Reglamentario 603. Publicado en Boletín Oficial N° 32649, el 29 de mayo de 2013.
- **MARINO PÉREZ ÁLVAREZ (2003).** “Las cuatro causas de los trastornos psicológicos. Madrid. Universitas.
- **MINUJIN, A. BUSTELO, E. Y TENTI, E. (1993).** Cuesta abajo. Los nuevos pobres: efecto de la crisis en la sociedad argentina. Buenos Aires: UNICEF/Losada.
- **MORO, PENÉLOPE.** *Ley de Salud Mental, un debate a profundizar. Edición UNCUYO.* Publicación digital de la Universidad. 28 de junio 2011. <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/depresion> consultado noviembre del 2013.
- **NUÑEZ, EXEQUIAS. (1986).** Profesor emérito de la cátedra de psiquiatría. Facultad de ciencias médicas UNC. III Seminario Nacional de Salud Mental. Buenos Aires.
- **OMS (1996).** Promoción de la salud: una antología. Washington: OPS.

- **OPS/OMS (1990).** Declaración de Caracas. Venezuela.
- **PERLMAN, HELEN HARRIS. (1970).** El Trabajo Social Individualizado. 2ª. Edición Ediciones RIALP. Segunda Edición
- **PICHÓN RIVIERI en QUIROGA A. (1998).** “Crisis, proceso sociales, sujeto y grupo”. Ediciones Cinco. Bs. As.
- **PROGRAMA MÉDICOS COMUNITARIOS. (2010).** “Posgrado en salud social y comunitaria”. Modulo 1. Salud y sociedad. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina
- **REGUILLO, R. (2000).** Anclajes y mediaciones de sentido. Lo subjetivo y el orden del discurso: un debate cualitativo. Revista de la Universidad de Guadalajara. No. 17, invierno, UdeG, México.
- **RODELGO, TOMÁS. (2012).** Onmeda.es. Para tu salud. <http://www.onmeda.es/enfermedades/esquizofrenia-definicion-1542-2.html>. Consultado 05/09/13
- **ROSSI Y RUBILAR. (2004).** Breve reseña histórica de la evolución de los sistemas de Salud. El caso Argentino: una historia de fragmentación e inequidad. Comité de Economía de la Salud de la Asociación Médica Argentina.
- **ROZAS PAGAZA M. (1998).** Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social. Espacio Editorial.
- **SABINO, CARLOS A. (1998):** “Como hacer una Tesis y elaborar todo tipo de escritos”. Segunda Edición. Buenos Aires. Ed. Lumen-Humanitas.
- **SAIBENE, A. (1996).** “Una lectura epistemológica del trabajo social” publicado en la revista temas y debates de la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales.
- **SAN GIÁCOMO, OSVALDO.(1997).** Trabajo social Profesional: el método de la comunicación racional. “EN: **DI CARLO, E y Equipo.** Ed. Humanitas.
- **STOLKINER. (1999).** Apuntes de cátedra. Prácticas en Salud Mental.
- **TAYLOR, S. y BODGAN, R. (1992).** “Métodos cualitativos de investigación”. Editorial Paidós.
- **TRAVI, BIBIANA. 2008.** El trabajo social y las ciencias sociales. Aportes frente a la invisibilización y el “epistemicidio” disciplinar. Correo electrónico: bibitravi@uolsinectis.com.ar
- **TRIESTE.** Asterios Delithanassis Editore. Sitio web: http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/05- insercion_lab.htm
- **TOBAR, F. (2001).** “Tendencias de reforma del sistema de salud en Argentina”. Salud para todos. Año 7. Número 70. Mayo. Páginas 18 -19.

- **URIBE, CARLOS. (2000).** Revista Colombiana Dh Psiquiatría. Vol Xxix N°4 Artículo De Revisión. “La controversia por la cultura en el DSM-IV”.
- **VALLES, M. (1997).** “Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid. Síntesis.
- **VÉLEZ RESTREPO, O. (2003).** “Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas”. Ed. Espacio.
- **VIOR EDUARDO. (2008).** “Derechos humanos como condicionantes de las Políticas de salud Mental. <http://www.ddhnmigraciones.com.ar/eventos/salud%20mental08/eduardo-vior.pdf>. Consultado: Junio 2012.
- **YANCO, BEN DAVID, FERRARO, REBOIRAS. (2003).** Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaría de Salud. Dirección de Capacitación y Desarrollo Dr. Rodolfo Kauffman. Programa docente de la residencia de Salud Mental. Ciudad Autónoma de Bs. As.

ANEXOS

Documento anexo n° 1.

Experiencia en el Hospital I "José Estéves".

En el mes de Junio de 1999, el Hospital Interzonal "José A. Estéves" comienza a implementar el P.R.E.A. (Programa de Rehabilitación y Externación Asistida).

Los trabajadores entienden por externación asistida, el pasaje de estas pacientes a una vida social en pleno ejercicio de sus derechos ciudadanos, contando con la asistencia de los profesionales del equipo técnico del programa. Las pacientes conviven en casas que alquila el hospital, en grupos de 3 a 5 personas, o con familias alojantes, que deseen alquilar habitaciones para 1 o 2 personas.

El P.R.E.A, surge de una historia de más de 20 años de trabajo buscando alternativas a la manicomialización, al encierro y a la postración. Se propone consolidar la restitución de los derechos civiles de las pacientes: a la libertad, al trabajo a la vivienda.

Este programa promueve la aceptación social de las diferencias, la revalorización de los vínculos personales, la potenciación de los recursos de salud de la comunidad. Así entendida, la rehabilitación incluye no sólo el trabajo con los pacientes en vías de externación sino también el trabajo intersectorial con la comunidad para promover la convivencia igualitaria con personas que presentan distintos grados de perturbación o discapacidad. Por lo tanto, compromete a:

Pacientes dispuestos a trabajar por su externación y por recuperar y sostener su lugar como ciudadanos.

Trabajadores del hospital con disposición para el trabajo en espacios comunitarios.

Familiares de pacientes y personas de la comunidad que deseen acompañar este proceso formando parte activa de una red social de cooperación.

Los trabajadores del P.R.E.A., provienen de distintos orígenes y en algunos casos con muy diversas prácticas y saberes. Confluyen enfermeras, psicólogos, médicos, talleristas, acompañantes comunitarias, terapistas ocupacionales, trabajadores sociales, sociólogos, abogados, licenciados en periodismo. Lo característico es la confluencia de estos distintos saberes en la construcción de un nuevo saber más enriquecedor y complejo.

Un modo de trabajo

Hacia fines de 1999 los trabajadores conformaron los equipos y los pusieron en marcha en los distintos espacios de trabajo del programa. El equipo de Admisión trabaja junto a los equipos de Sala en una primera etapa de evaluación de aquellos pacientes que desean externarse.

Así se inicia el trabajo de rehabilitación, proponiendo a las pacientes asumir un rol activo en pos de esa meta. Se trabaja en forma grupal como una manera de romper con el individualismo y aislamiento propio de la estadía en las grandes salas de internación. Además es la manera que encontramos de que puedan conocerse ya que provienen de 10 salas diferentes y así armar espontáneamente, por amistad o afinidad lo que serán luego los grupos de convivencia en los domicilios.

Luego se incorporan a los talleres del dispositivo escuela donde, a partir de la recuperación de sus recuerdos y de las experiencias personales previas a la internación, se intenta que cada una de ellas pueda disponer de las herramientas necesarias para proyectar y concretar su pasaje a la vida en la comunidad pudiendo ejercer sus derechos ciudadanos.

Las pacientes participan de distintos talleres: Cuidados de la Salud, Convivencia, Lazo social, Comunicación. En el momento en que un grupo de mujeres se encuentra en condiciones de externarse se habilita el taller de mudanza donde se trabaja con las ansiedades y temores que despierta la inminencia de la externación en general en paralelo a la alegría que esto les produce. Se visita el barrio, vecinos, locales cercanos, centros de salud próximos. Se realizan salidas con permanencia progresivamente más prolongada para lograr una apropiación del espacio hasta solicitar el alta definitiva.

Una vez externadas, las pacientes son visitadas en sus domicilios por personal del Equipo de Supervisión domiciliaria, integrado por personal de enfermería y acompañantes comunitarios.

Las enfermeras que realizan esta tarea son trabajadoras que han desarrollado gran parte de su actividad profesional dentro del hospital pero que presentan un interés particular por la tarea comunitaria. Las visitas se realizan en forma periódica, una vez por semana en situación normal intensificándose si las circunstancias así lo requieren. La tarea consiste en supervisar el estado general de la vivienda y corroborar que se esté atendiendo en forma correcta a las instrucciones dadas por el médico tratante en relación a la medicación trasladando al equipo de continuidad de tratamiento las novedades que permiten tener una idea más acertada de la situación real de cada usuaria.

Las acompañantes comunitarias son personas de la comunidad que realizaron una capacitación para llevar adelante esta tarea. Cumplen un rol particular de acompañar a las usuarias en trámites de contenido social. Por ej: tramitar un documento de identidad, cambio de domicilio, acompañarlas a cobrar pensiones a curadurías, solicitar turnos con médicos clínicos, visitar a sus hijos o concurrir a juzgados cuando son citadas.

En los domicilios reciben la visita de terapeutas ocupacionales quienes trabajan con ellas desde situaciones tan básicas como el aseo personal, hasta la capacitación laboral.

El Equipo de Continuidad de Tratamiento, atiende en Centro de Día "Libremente". La atención psicológica se realiza en forma grupal y en los casos que así lo requieren se atiende individualmente. Se realizan asambleas de convivencia entre las personas que comparten una vivienda para poder abordar situaciones de conflicto que puedan surgir de la vida cotidiana y colaborar con ellas en la mejor resolución de los mismos. Los médicos psiquiatras atienden en forma individual a cada una de estas personas evaluando su situación y supervisando los tratamientos farmacológicos.

El equipo cuenta con el apoyo de una trabajadora social que se ocupa de establecer contacto con las curadurías para la obtención de subsidios y pensiones. Una abogada trabaja para iniciar trámites de rehabilitación en pacientes que han sido

declaradas insanas solo por su larga permanencia en el hospicio y otros trámites vinculados a la recuperación de derechos de las usuarias del programa.

En este Centro de Día se proponen además de talleres culturales, recreativos y de capacitación laboral, las mujeres externadas comparten distintas actividades que permiten la integración con las personas de la comunidad, encuentran en él un lugar de esparcimiento y expresión. Fundamentalmente, de promoción de la salud mental.

Documento anexo n°2.

Experiencia en el Hospital Dr. Alejandro Korn

El Hospital "Dr. Alejandro Korn", de Melchor Romero, cuenta con un programa de Casas de Convivencia desde años, en donde habitan grupos de entre 3 y 5 pacientes. Esas viviendas están ubicadas en distintos puntos del partido de La Plata y los pacientes mantienen un contacto permanente con el hospital, por medio de actividades en talleres.

Existen diferentes tipos de talleres en el hospital: artísticos, productivos y deportivos. En el grupo de los talleres artísticos hay actividades de teatro, plástica, literarios, danzas, murga, manualidades y artesanías; en el grupo de los talleres productivos, se cuentan actividades de granja, huerta, producción de bolsas de polietileno, pañales descartables y trapos de piso; en el rubro de talleres deportivos, hay un Club de Actividades Deportivas en formación, talleres de fútbol, expresión corporal y maratón.

El proceso de transformación institucional, que implica la aparición de nuevas prácticas, incluye el programa de celebración de fechas patrias; el sistema de altas en red, que evita la reinternación de pacientes; y los seis eventos oficiales: el curso, la fiesta por el aniversario del hospital, el Día de la Primavera; la Maratón; la conmemoración del Día del Paciente; y la Campaña "Por una Navidad Diferente".

Todas esas actividades tienen la finalidad de favorecer la interacción entre los pacientes, el ingreso amplio de la comunidad a la institución como una manera de comprometerla en el proceso de cambio y a la vez garantizar la transparencia de los procedimientos. En ese modelo, los pacientes son sujetos activos de las actividades que se realizan; esa situación favorece la aparición de nuevos roles, y genera las condiciones para una visión alternativa de la asistencia que deben brindar las instituciones psiquiátricas.

Comentario al fallo de rehabilitación efectuado en los términos de la nueva Ley de Salud Mental 26.657.

... "No quiero seguir siendo un ilusionado. Muerto para el mundo, para lo que constituye el mundo a los ojos de todos los otros, caído al fin, caído, subido a ese vacío que rechazaba, tengo un cuerpo que padece el mundo y evacua la realidad."

Antonine Artaud

Por Rosana Goñi y Mónica Verderame

Rosana Goñi. Abogada. Auxiliar Letrada de la Asesoría de Incapaces N° 2 de Lomas de Zamora (Provincia de Buenos Aires, Argentina).

Mónica Verderame. Abogada. Auxiliar Letrada del Juzgado de Primera Instancia en lo Civil y Comercial N° 1 de Lomas de Zamora (Provincia de Buenos Aires, Argentina).

Introducción

Recientemente el Congreso de la Nación ha sancionado con el número 26.657 la nueva "Ley Nacional de Salud Mental" referida al derecho a la Protección de la Salud mental, derogando la Ley Nro. 22.914.

La flamante normativa, que contó con la aprobación de la mayoría de los legisladores, establece como objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de tales derechos con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (art. 1°).

Se centra en el derecho de las personas con padecimientos mentales a las que concibe como sujetos de derechos (art. 7°), y reconoce a la salud mental como la suma de distintos procesos, cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Puntualiza asimismo que la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado (art. 5°).

En su artículo 7° en sus 16 incisos, entre otros derechos, reconoce el de poder acceder gratuita, igualitaria y equitativamente a las prestaciones e insumos necesarios con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud, 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, a ser informados de todo lo inherente a su salud y tratamiento y en caso de no ser comprendidos por el paciente a sus familiares, tutores o representantes legales, etc.

Dispone en sus artículos 8 y 9, como modalidad de abordaje, que la atención de la salud esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por

profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente y que dicho proceso debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario rigiendo como principio el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones.

Finalmente en las disposiciones complementarias establece dos reformas al Código Civil, incorporando un nuevo artículo -el 152 ter- y sustituyendo otro -el 482.

Así, el primero de ellos se refiere a las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad, las que deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias; no podrán extenderse por más de tres años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible (art. 42).

El nuevo artículo 482 del Código Civil indica que no podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial (art. 43).

Antecedentes del caso.

En el marco de esta trascendente reforma legal y cambio de paradigma respecto a la atención de la Salud Mental, en los ámbitos jurídicos y terapéuticos, el día 7 de noviembre de 2011 el Juzgado de Primera Instancia en lo Civil y Comercial N° 1 del Departamento Judicial de Lomas de Zamora dictó sentencia por la cual su titular, el Dr. Carlos Mario Casás -a instancias de la petición de la Asesora de Incapaces, Dra Marisa Snaider- resolvió levantar la declaración de incapacidad decretada el día 9/11/99 a B.G.B.Z. con todas las consecuencias que le son propias, dejando sin efecto la designación como curadora definitiva otorgada oportunamente a L. B. Z., hermana de la causante, por los motivos que acto seguido se expondrán y como introito a lo que viene y sigue: en el mes de febrero de 2011 se solicitó el comparendo de BGBZ ante la Asesoría de Incapaces N° 2 y se mantuvo una entrevista en conjunto con la Perito Asistente Social de dicha Dependencia y BGBZ (quien concurrió acompañada por la sra Catalina Francisca Borda, acompañante comunitaria y la Dra Mariana Baresi, abogada del Programa de Externación Asistida del Hospital Esteves). Se labró un acta en la cual quedó consignada la actual situación de BGBZ quien expuso que hacía cuatro años vivía en la casa de pre alta del Hospital Esteves y que no estaba de acuerdo con tener un curador.

Comentó que en el año 1985 fue ella quien gestionó su pensión y desde esa fecha la cobraba y administraba personalmente. Dijo que concurría al centro de día libremente, que no tenía contacto alguno con sus familiares y que su hermana nunca desempeñó el rol de curadora, desconociendo la nombrada que la misma había sido designada para desempeñar ese rol.

La Dra Baresi comentó que el equipo tratante del PREA consideraba negativo mantener la interdicción de BGBZ, acompañó informe y se comprometió a remitir una pericia interdisciplinaria acorde a la normativa vigente a la brevedad.

Receptada la pericia interdisciplinaria, en el mes de junio de 2011 la titular de la Asesoría de Incapaces N° 2 de Lomas de Zamora, Marisa Snaider, solicitó la rehabilitación de su representada.

Sin embargo en autos obraban pericias dispares efectuadas a B.G.B.Z:

a) La primera, realizada únicamente por los médicos psiquiatras de la Oficina Pericial Departamental según la cual, la causante presentaba “...un cuadro de psicosis crónica, patología que no le permite dirigir su persona ni administrar su patrimonio y que es encuadrable en el art. 141 del Código Civil”.

b) Dos informes remitidos por un equipo de psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales dependientes del Hospital Esteves y efectuado por la Coordinadora General de P.R.E.A., en los cuales se consignaba que “...no existe justificación alguna para que se restrinja o anule su capacidad jurídica ni resulta necesaria la designación de un representante legal que la asista ni la sustituya; más aún cualquier intromisión no requerida por B. en alguno de los aspectos referidos, resultaría sumamente perjudicial y contraproducente para el devenir del desarrollo de su autonomía y voluntad”, solicitando asimismo que se reconozca su plena capacidad jurídica y la posibilidad de ejercer por sí misma los derechos de los que B es titular.

Ante ello es que la Sra. Asesora de Incapaces requirió previo a la rehabilitación de BGBZ la celebración de una audiencia con la presencia de los responsables que suscribieran los informes mencionados del P.R.E.A., la representante de la Asesoría Interviniente y la causante de autos, petición que fue receptada favorablemente por el Juez interviniente, y que se celebró el día 07/10/2011 en los Estrados del Juzgado con la presencia de las que suscriben el presente –Rosana Goñi, Auxiliar Letrada de la Asesoría de Incapaces Interviniente N°2 y Mónica Alejandra Verderame, Auxiliar Letrada del Juzgado Civil y Comercial N° 1 que dictara el fallo en comentario.

Teniendo en cuenta que de los informes oportunamente acompañados por parte de profesionales del Programa P.R.E.A. surgía claramente que se había cumplido con la interdisciplinaria requerida por la ley 26.657, sumado que en dicho acto se encontraban presentes la causante de autos, funcionarios de la Asesoría y del Juzgado y un equipo de profesionales en el campo de la salud mental (médica con especialidad en psiquiatría, licenciada en psicología y trabajadora social) se resolvió -en virtud del contenido de las entrevistas y las profesiones de los presentes- que se estaba en presencia de una nueva pericia interdisciplinaria en los términos de la Nueva Ley de Salud Mental, corriéndose el traslado pertinente que precepta nuestro Código de Procedimientos.

Reseña del fallo.

En el fallo emitido, y que es objeto de este comentario, se decidió que “tomar en cuenta el resultado de un examen psiquiátrico efectuado en forma unitaria, sin la presencia de otras disciplinas, no resulta suficiente a los fines de tener por satisfecha la solución brindada por la Nueva Ley de Salud Mental al requerir el

examen por medio de un grupo interdisciplinario de profesionales, toda vez que al realizarse la entrevista al paciente con la intervención no sólo de un médico psiquiatra sino también con trabajadores sociales y psicólogos se da debido cumplimiento a ese requisito esencial mencionado, revelándose ello de los informes agregados en autos por parte del equipo perteneciente al programa P.R.E.A. Y de la evaluación interdisciplinaria efectuada en la audiencia realizada por ante los Estrados del Juzgado, donde se desprende que la causante no presenta dificultades para administrar el dinero, el tiempo, sus actividades cotidianas, de relación con su pareja y convivencia con las compañeras con las que comparte la misma casa y las tareas propias de un hogar, y aunque -según las especialistas- la misma presenta un trastorno de personalidad congénito, actualmente no merece inclusión en el artículo 152 bis inc. 2° de. Código Civil ni tampoco -claro está- en el 141 del mismo digesto, toda vez que B. controla dicha patología y acude cuando lo considera necesario a una consulta con su médico psiquiatra, para

su debido control”, expresándose asimismo que “de las conclusiones allí arribadas (en los informes agregados y audiencia realizada) se desprende que la Sra. B. Z. no padece alteraciones psicopatológicas inhabilitantes, encontrándose de alta desde hace 4 años y conviviendo con 4 compañeras más desde la fecha de su externación en un hogar de pre alta (dependiente del Hospital Esteves) y que los efectos de su enfermedad han mermado debiendo recibir tratamiento psiquiátrico de control únicamente; y que también de las constancias de las actuaciones se evidencia que en la actualidad B. no se encuentra en un estado de indefensión que haga necesaria su interdicción. Máxime teniendo en cuenta que a poco de haberse dictado la sentencia en el año 1999, el Hospital Esteves -institución donde se hallaba internada la causante- informa que la misma paciente cobra su pensión mensualmente, autorizando la jurisdicción que la misma continúe percibiendo su haber previsional, siempre que su estado de salud se mantenga sin variaciones y que no implique un menoscabo en su patrimonio, situación que se extiende hasta la actualidad, es decir luego de 11 años, y que es reeditada en un informe acompañado en las actuaciones por el Defensor Oficial”.

Asimismo, y como lo indica la Sra. Asesora de Incapaces en su dictamen -ilustrado como expresa el Juez que dictara el fallo-, de la audiencia efectuada en los Estrados de la Asesoría Interviniente- surge que la curadora definitiva también ha cursado internación en el mismo nosocomio, comunicándose en el expediente que la referida posee iniciada causa de internación ante el Tribunal de Familia N° 1 Departamental. Cuanto más si se presentara el Curador Oficial de Alienados solicitando se establezca si la curadora definitiva resulta hábil y capaz para ejercer dicho cargo, ante lo cual el Ministerio Pupilar requiriera se le efectúe una pericia psiquiátrica a tales efectos, fijándose varias entrevistas por ante la Oficina Pericial Departamental frustrándose las mismas en todas las oportunidades hasta el día de la fecha.

Sumado a ello B. manifiesta -conforme surge de un acta de fecha 22/02/11 labrada en la Asesoría de Incapaces interviniente, y glosada a las actuaciones- su desacuerdo con tener un curador ya que cobra su pensión desde 1985 cuando gestionó personalmente la misma percibiéndola y administrándola sola; lo que ya se evidenciaba por un informe agregado del Hospital Esteves comunicando el alta de internación por haber remitido el cuadro de ingreso de B. el día 23/11/2007 acompañada de la Dra. Riva Roure del programa P.R.E.A., profesional que hasta la actualidad efectúa el seguimiento psiquiátrico de la mencionada conforme surge del acta labrada en los Estrados del Juzgado el día 7 de noviembre de 2011; hallándose también constancias que indican las distintas actividades realizadas por B. en el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (en el cual se encuentra desde noviembre de 2007) con muy buen desempeño en las mismas y su buena relación con sus compañeras.

Todo ello ha llevado al Titular del Juzgado de Primera Instancia en lo Civil y Comercial N°1 a indicar que -según sus palabras- *“la pericia realizada en la Oficina Pericial Departamental - sólo por médicos psiquiatras sin tener en cuenta el contexto social en el que se desarrolla B. y contención que siente junto con su entorno (compañeras de convivencia y su compañero) como surge de la evaluación interdisciplinaria realizada - no ha de ser tenida en cuenta en las presentes en virtud de no cumplir con el requisito básico que dispone la ley 26.657 en la materia y de reciente dictado”*; destacando que en procesos como el de examen, no se trata de juzgar situaciones estáticas sino dinámicas; ya que el estado de una persona puede variar...(citando a Cifuentes, Rivas Molina, Tiscornia *“Juicio de Insania y otros procesos sobre la capacidad”*, pag. 370), *“no pudiendo soslayar, so pretexto de protección, el mejoramiento que ha devenido en el estado de salud de la Sra. B. Z. que surge de las constancias de los autos en tratamiento, resultando necesario adecuar las circunstancias fácticas a la normativa legal que mejor vele por sus intereses, a fin de no perjudicar su evolución psiquiátrica con limitaciones que resultan inconvenientes”*; resaltando la entrevista mantenida con la causante en el ámbito del Juzgado y

con presencia de la Auxiliar Letrada de la Asesoría Interviniente, la Auxiliar Letrada del Juzgado, junto con la médico especialista en psiquiatría, licenciada en Trabajo Social y licenciada en psicología, las cuales informan el estado de mejoría de B..

En mérito a lo indicado es que se ha dictado el fallo que nos convoca, en el cual se ha concluído que *“no existen -a criterio del Magistrado suscribiente del mismo-, elementos que justifiquen la prosecución de dichas actuaciones, ni razón para continuar un trámite procesal que conlleve ciertamente un grado de incertidumbre sobre la capacidad de una persona que en la actualidad no presenta alteraciones en sus facultades, tal como lo expresaran los facultativos mencionados”*.

Al encontrarse reunidos en el expediente los elementos de juicio suficientes a los efectos de acompasar a la nueva realidad la sentencia de insania dictada en 1999, relativa a B. G. B. Z., en virtud de las constancias obrantes y lo solicitado oportunamente por la Sra. Asesora de Menores e Incapaces (cuyos fundamentos su titular comparte), habiendo cesado las circunstancias que motivaron la promoción del proceso, desde que no se reunían los extremos formales y sustanciales sobre los cuales debía mantenerse una medida tutelar de esa naturaleza como es la interdicción de una persona; más aún cuando según los principios de nuestro código de fondo, ha de estarse por la capacidad ante la duda sobre ésta, y de conformidad con lo dispuesto por el art. 150 del citado cuerpo legal es que se ha declarado la rehabilitación supra examinada.

Algunas reflexiones respecto a la intervención realizada.

El caso que nos trae a comentario, nos colocaba, tanto a la Asesoría de Incapaces como al Juzgado intervinientes, ante el desafío de restablecer la capacidad plena a una persona que la había visto limitada por muchos años -la sentencia era del mes de noviembre de 1999-, teníamos acreditado los esfuerzos que BGBZ tuvo que por trascender más allá de su enfermedad, sin contención familiar alguna, con años de internación innecesaria –a causa de la falta de familiares continentes- en el Hospital Esteves cuyos profesionales indicaron su inserción en el programa denominado P.R.E.A (comúnmente conocida como casa de medio camino o de pre alta), al considerar que estaba apta para llevar una vida cotidiana organizada y convivir con su enfermedad –situación que B. ya realizaba cotidianamente-, ya que a BGBZ en la actualidad no le es ajeno saber que tiene un padecimiento mental que requiere tratamiento de por vida.

La dificultad del caso, la traía la disparidad de las pericias. Dificultad que pudo ser zanjada encuadrando e interpretando la situación personal de BGBZ a la luz de la ley 26657, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la actual redacción del art. 152 ter. del Código Civil, instrumentos que no dejaban margen de dudas respecto a lo justo de la petición de BGBZ efectuada por medio de su representante, la Asesora de Incapaces y avalada y confirmada por el titular del Juzgado.

Es interesante a su vez, señalar, en el marco del expediente que analizamos, que se realizó un trámite breve al concentrar la mayor parte en una audiencia –que a más de ser trascendental para la resolución ha sido enriquecedora para quienes venimos a comentar este fallo- y que en términos procesales tardaría años, resolviéndose en unos pocos meses.

Asimismo, fue innovador, tras haberse agregado no solo informes interdisciplinarios, sino también la realización de una audiencia en la cual se efectuó a la paciente una nueva evaluación interdisciplinaria tal y como lo prevé la ley 26.657, ello tan sólo en un día, en un encuentro.

Podemos observar que desde el pedido de rehabilitación hasta la sentencia otorgándola pasaron no más de seis meses, tiempo por demás breve, considerando los plazos en que general se

producen las diligencias en el marco de los expedientes que tramitan ante los juzgados civiles (traslados, notificaciones, vistas a la oficina pericial para que fijen fechas de pericias, pérdida de las fechas por dificultades en la notificación etc).

Porque, no está de más decir, que el presente fallo se dictó en un Juzgado Civil y Comercial, donde los expedientes relacionados con temas tan delicados como la familia y capacidad de las personas son abordados junto con otros tan disímiles como desalojos, cobros de alquileres, daños y perjuicios, reivindicaciones, por mencionar algunos-, ya que a la fecha de creación de los Tribunales de Familia, en los Juzgados Civiles y Comerciales han seguido tramitando tanto divorcios, adopciones, insanias,, etc. iniciados con anterioridad a la creación de los especializados en la materia.

Sumado a ello podemos decir que estos Juzgados no cuentan con la contención que aporta tener en su plantel especialistas en el campo de la salud mental como médicos con especialidad en psiquiatría, licenciados en psicología y trabajadores o asistentes sociales, que pueden brindar soluciones más acordes a lo exigido por la Ley 26.657 y que sí poseen los Tribunales de Familia creados a dichos fines.

Y sin perjuicio que esta ley de salud mental dictada a finales del año 2010 está preparada para ser abordada dentro del marco de un sistema de salud y justicia con más recursos de los que realmente se poseen, lo dispuesto en el fallo que aquí analizamos deja ver que la falta de recursos humanos traducida en ausencia de profesionales en el campo de la salud mental dentro de los Juzgados Civiles y Comerciales de la Provincia de Buenos Aires -en este caso departamento Judicial de Lomas de Zamora- no ha impedido que uniendo esfuerzos tanto dentro del Juzgado como de la Asesoría de Incapaces, y de los médicos y licenciados tratantes, pueda lograrse esa “interdisciplinariedad” requerida como requisito esencial para actualizar o dictar una sentencia respecto a la capacidad de las personas con padecimientos mentales.

Conclusiones finales

La ley Nacional de Salud Mental N° 26657 ha traído reformas sustanciales al abordaje de la salud Mental tanto en el campo jurídico como asistencial.

Consideramos que las mismas son esenciales, toda vez que cambia el paradigma de intervención en salud mental pasando de un abordaje tutelar del estado a otro de reconocimientos de quien tiene padecimientos mentales como un sujeto de derechos.

Esto implica la modificación de conceptos y términos de profunda raigambre médicojurídica tales como “incapaz”, “insano”, “demente en sentido jurídico”, “curador”, etc.

Actualmente, quien padece de una enfermedad mental tiene el derecho a que se promueva una acción sobre su “capacidad” y de contar con un sistema de apoyo y “salvaguarda” de su persona.

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

A su vez incorpora la revisión de las sentencias cada tres años lo que permite la “movilidad” y flexibilización del encuadre jurídico a la par de las modificaciones en los diagnósticos interdisciplinarios efectuados con intervención de las distintas profesiones que abordan la problemática de la salud mental.

En este marco legal innovador, se exige que los operadores, tanto de los ámbitos de salud mental como jurídicos deban aunar esfuerzos y efectuar estrategias conjuntas de abordaje.

El dictado de esta ley de salud mental brinda un sinfín de herramientas a quienes han podido transitar por este camino hacia la salud, y marca un gran avance para los campos del derecho y la salud mental, al permitir que haya una correlación entre la mejoría de la salud mental y el consecuente reconocimiento y/o restablecimiento de derechos.

Esta temática se encuentra amparada a su vez por convenios internacionales, podemos afirmar que el dictado del fallo reseñado supra es un claro ejemplo de un paso más dado en pos de la igualdad y de la recuperación de derechos, y una muestra de cómo la justicia debe aggiornarse a estos tiempos y a los cambios de paradigmas - como lo hizo el país con la sanción de la Nueva Ley de Salud Mental-.

Finalmente, sólo nos queda por decir que, con este trabajo, deseamos quede plasmado nuestro aporte y experiencia vivida para que ésta, la rehabilitación de B.G.B.Z., pueda ser una de las muchas sentencias que

restablezcan –en caso de corresponder- la capacidad de personas con padecimientos mentales que han podido ser rehabilitadas médicamente y que solo les falta la rehabilitación jurídica proveniente del Juez y/o Tribunal que decretó su incapacidad jurídica.

Documento anexo n° 4.

Ley 26.657

Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley N° 22.914.

Sancionada: Noviembre 25 de 2010

Promulgada: Diciembre 2 de 2010

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Capítulo I

Derechos y garantías

ARTICULO 1° — La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTICULO 2° — Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

Capítulo II

Definición

ARTICULO 3° — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;
- c) Elección o identidad sexual;

d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

ARTICULO 4° — Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

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

Capítulo III

Ambito de aplicación

ARTICULO 6° — Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

Capítulo IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTICULO 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- d) 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;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
- k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;

- l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
- m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
- o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Capítulo V

Modalidad de abordaje

ARTICULO 8° — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTICULO 9° — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTICULO 10. — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

ARTICULO 11. — 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. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

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

Capítulo VI

Del equipo interdisciplinario

ARTICULO 13. — Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

Capítulo VII

Internaciones

ARTICULO 14. — La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

ARTICULO 15. — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

ARTICULO 16. — Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;
- c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

ARTICULO 17. — En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTICULO 18. — La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

ARTICULO 19. — El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

ARTICULO 20. — La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

ARTICULO 21. — La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;

b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;

c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

ARTICULO 22. — La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

ARTICULO 23. — El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

ARTICULO 24. — Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

ARTICULO 25. — Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTICULO 26. — En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

ARTICULO 27. — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

ARTICULO 28. — Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTICULO 29. — A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de

informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.

Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

Capítulo VIII

Derivaciones

ARTICULO 30. — Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Organismo de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

Capítulo IX

Autoridad de Aplicación

ARTICULO 31. — El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

ARTICULO 32. — En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 33. — 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.

ARTICULO 34. — La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las

jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

ARTICULO 35. — Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTICULO 36. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 37. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

Capítulo X

Organo de Revisión

ARTICULO 38. — Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Organo de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ARTICULO 39. — El Organo de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

ARTICULO 40. — Son funciones del Organo de Revisión:

- a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;
- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;
- d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;

- e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;
- f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;
- g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;
- h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;
- i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;
- j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;
- k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;
- l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

Capítulo XI

Convenios de cooperación con las provincias

ARTICULO 41. — El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

- a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;
- b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;
- c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

Capítulo XII

Disposiciones complementarias

ARTICULO 42. — Incorporase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

ARTICULO 43. — Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades

mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTICULO 44. — Derógase la Ley 22.914.

ARTICULO 45. — La presente ley es de orden público.

ARTICULO 46. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.

— REGISTRADA BAJO EL N° 26.657 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

Documento anexo n° 5.

GUIÓN DE ENTREVISTA A LOS PROFESIONALES

¿Cuál es su profesión y donde desempeña su trabajo?

¿Desde sus comienzos como se fue modificando la atención de la salud mental del Partido de la Costa? ¿Por qué?

¿En el área de salud mental, qué políticas públicas se implementaron?

¿Conoció Ud. el hospital de día que funcionó en Santa Teresita? ¿Nos cuenta su experiencia?

¿Como profesional de la salud mental, qué nos puede decir con respecto a la nueva ley n°26657?

¿Cómo influyo en su práctica profesional?

¿Ud. cree que la nueva ley modificó la atención y vida cotidiana de los pacientes?

¿En la actualidad existe algún dispositivo de salud para la atención de los pacientes de salud mental?

Documento anexo n° 6.

GUIÓN DE ENTREVISTA A PACIENTES

¿Cómo está compuesta su familia?

¿Cómo es un día de su vida?

¿Realiza algún trabajo?

¿Estuvo alguna vez internado? ¿Nos cuenta donde, como se sintió y cuanto duró la internación?

¿Cómo era un día en la institución?

¿Conoció Ud. el hospital de día que funcionaba en Santa Teresita? ¿Nos puede contar su experiencia?

¿En la actualidad concurre a algún espacio terapéutico?

¿Ud. siente que el sistema de salud mental le da respuesta o le dio?

¿Qué piensa Ud. del sistema de salud del Partido de la Costa?

¿Conoce Ud. la nueva Ley de Salud Mental?

Documento anexo n° 7.

Breve caracterización de los entrevistados

Se hará una breve caracterización de las 12 personas que fueron entrevistadas, para la realización de este trabajo de investigación.

Se tuvieron en cuenta 6 profesionales:

Antonella: Licenciada en Trabajo Social, residente de la localidad de San Clemente del Tuyú. No participó de la experiencia del Hospital de Día.

Anastasia: Licenciada en Trabajo Social, residente de la localidad de Aguas Verdes.

Sabrina: Licenciada en Psicología, residente de la localidad de Santa Teresita. En la actualidad jubilada.

Andrés: Licenciado en Psicología, residente de la localidad de La Lucila.

Cintia: Dra. en psiquiatría, residente de la localidad de La Lucila.

Simón: Acompañante Terapéutico, residente de la localidad de Costa Chica. Desempeñó funciones en el Hospital de Día.

Pacientes: Para esta investigación se tuvieron en cuenta 6 pacientes externados, de los cuales 4 son representados de la Curaduría Oficial de Alienados del Departamento Judicial de Dolores.

Gloria: paciente esquizofrénica, de 60 años de edad. Reside en la localidad de Santa Teresita. Casada, actualmente separada de hecho, tiene 3 hijos mayores de edad. Vive sola. No trabaja. Posee Acompañante Terapéutico. Es representada de la Curaduría Oficial de Alienados del Departamento Judicial de Dolores. Pasó por la experiencia del Hospital de Día.

- **Camelia:** paciente esquizofrénica, de 55 años, de la localidad de Las Toninas. Casada, actualmente separada de hecho, tiene 4 hijos mayores de edad. Vive sola. No trabaja. Posee Acompañante Terapéutico. Es representada de la Curaduría Oficial de Alienados del Departamento Judicial de Dolores. Pasó por la experiencia del Hospital de Día.

- **Adolfo:** paciente esquizofrénico, de 58 años, de la localidad de Mar de Ajó. Casado, actualmente separado de hecho, tiene 3 hijos. Vive con su madre, hermano y un hijo de 15 años. Trabaja. Posee Acompañante Terapéutico. Es representado de la Curaduría Oficial de Alienados del Departamento Judicial de Dolores. Pasó por la experiencia del Hospital de Día.

- **Sonia:** paciente esquizofrénica, de 45 años, de la localidad de San Bernardo. Soltera, tiene 3 hijos. Vive con una hija de 10 años. No trabaja. Es representado de la Curaduría Oficial de Alienados del Departamento Judicial de Dolores. No pasó por la experiencia del Hospital de Día.

- **Patricia:** paciente depresiva, de 40 años. Residente de la localidad de Mar del Tuyú. Soltera, con 1 hijo, vive con su madre. No trabaja. No pasó por la experiencia de hospital de día.

- **Dionisio:** paciente depresivo, de 60 años. Residente de la localidad de La Lucila. Casado con 2 hijos. Trabaja y no pasó por la experiencia de hospital de día.

ALGUNAS ORIENTACIONES PARA UN ANTE-PROYECTO DE
HOSPITAL DE DÍA “VOLVER A SOÑAR”

INTRODUCCIÓN

Presentamos aquí algunas reflexiones y orientaciones destinadas a pensar en la posibilidad de reabrir un dispositivo de Hospital de Día en el Partido de la Costa. Del análisis del trabajo de campo se desprendió la visión positiva por parte de los pacientes entrevistados en relación a las experiencias de pasaje por el Hospital de día que supo funcionar en nuestro Municipio, y que hoy ya no existe. De esta situación surgió el interés de anexar a esta investigación algunos ejes propositivos con el ánimo de iniciar un debate en relación a cómo podríamos pensar un nuevo Hospital de Día.

Entendemos que para la concreción de esta idea sería necesario un debate profundo, participativo, voluntad política, recursos, y el compromiso de todos los actores vinculados a la problemática. Esta es entonces una humilde iniciativa de iniciar con esta propuesta un proceso en ese sentido.

Este ante- proyecto de Hospital de Día, está orientado a pacientes de Salud Mental del Partido de la Costa.

Pretende dar cuenta de un dispositivo que aborde las relaciones vinculares y sociales de personas con padecimientos mentales; proponiendo a través de la educación, fortalecimiento de la autonomía, creación de redes de contención, conexión con dispositivos de ayuda, lograr modificar el estigma social y reducir el padecimiento de la persona y su grupo familiar. Logrando así una mejor calidad de vida y una integración social.

FUNDAMENTACIÓN

El Hospital de Día es un dispositivo, que contempla actividades terapéuticas y comunitarias. Participan los profesionales de la salud mental y los pacientes que ingresan al mismo. Se trabaja con programas determinados acorde con la modalidad de abordaje grupal o individual.

El estigma sobre las personas con padecimientos mentales consiste en representaciones inexactas de ellos. Se los considera como violentos, cónicos e incompetentes. Deshumanizándolos como objetos de miedo o ridículo. Un estigma puede causar una reticencia a buscar tratamiento.

En el hospital de día los pacientes realizan actividades cotidianas, poniendo a prueba sus actos quedando al resguardo eventuales consecuencias que los mismos tendrían en el afuera. Ofreciendo un paso intermedio de asistencia entre la internación psiquiátrica y el tratamiento ambulatorio.

OBJETIVO GENERAL

- Generar un espacio para la recuperación del paciente psiquiátrico, favoreciendo su inclusión social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Elaborar programas y actividades de tratamiento terapéutico para cada paciente y su red familiar, desarrollado las potencialidades de cada uno, para poder lograr su reinserción social y mejorar su calidad de vida. Tratando que los mismos tengan continuidad después de su alta médica.

- Evitar la internación y disminuir la estadía de los pacientes internados al poder alojarlos en un dispositivo ambulatorio intensivo.

- Garantizar el tratamiento farmacológico de aquellos pacientes que concurren al dispositivo.

- Educar al paciente y a su familia sobre las características del padecimiento mental y su tratamiento, a fin de garantizar el sostén familiar.

FUNCIONALIDAD DEL HOSPITAL DE DIA

El Hospital de Día funcionará con un programa intensivo de cinco días a la semana, contando para los fines de semana y feriados con actividades generales comunes a los pacientes del centro. El horario de atención será de 8.00 hs a 17.00 hs.

MODALIDAD DE TRABAJO

Para llevar a cabo los objetivos de este proyecto, se diseñarán estrategias de tratamiento adecuadas a cada paciente y su sufrimiento. Para que pueda reinsertarse nuevamente en la comunidad. Para ello utilizaremos distintas modalidades de abordaje:

- **Admisión:** Este proceso lo lleva a cabo un equipo multidisciplinario. Se realiza un diagnóstico que incluya lo clínico, familiar, ocupacional, visita domiciliaria, red social y potencialidades. Se consensua la propuesta terapéutica con el paciente, su red social y el equipo terapéutico tratante.
- **Asambleas:** es una actividad principal, ya que participan todos los pacientes. En ella se presentan los nuevos integrantes, se plantean los conflictos que puedan haber ocurrido en la semana de trabajo comunitario y en todas las actividades del dispositivo, se anuncian las altas y se despiden los pacientes.
- **Reunión Social/ familiar:** es para las familias la posibilidad de compartir las dificultades que devienen del proceso de sufrimiento mental y del propio tratamiento. Se socializan las distintas soluciones que cada familia ha encontrado a una situación problemática.
- **Talleres:** se realizan actividades artísticas, como pintura, cerámica, expresión corporal, música y manualidades que permitan a los pacientes expresarse con libertad.

EQUIPO DE TRABAJO

El equipo de trabajo estará conformado por un cuerpo de profesionales de distintas disciplinas y talleristas:

- Trabajador Social.
- Psicólogo.
- Psiquiatra.
- Psicopedagogo.
- Enfermero.
- Terapeuta ocupacional.
- Acompañante terapéutico.
- Administrativo.
- Profesor de cerámica.
- Profesor de pintura.
- Profesor de gimnasia.
- Profesor de música.
- Profesor de manualidades.

DESTINATARIOS

Participarán en el hospital de día todos los pacientes del Servicio de Salud Mental del Partido de la Costa que lo deseen.

RECURSO MATERIAL

- Recurso edilicio.
- Mobiliarios.
- Materiales didácticos.
- Folletería.
- Productos alimenticios y de higiene personal (para los distintos talleres).
- Gastos de viáticos.
- Honorarios a profesionales y talleristas.
- Centro de Salud Mental Comunitario.

Entendemos que este dispositivo debería depender de la Secretaria de Desarrollo Social y de la Dirección de Promoción y Prevención de la Salud del Partido de la Costa.