

UNIVERSIDAD DE PALERMO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES
Licenciatura en Psicología

Trabajo Integrador Final

Impacto de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en las prácticas terapéuticas dentro de un hospital.

Tutora: Natalia Da Silva

Autor: Alfonsina Franco Báez

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. OBJETIVOS.....	3
2.1. Objetivos General	3
2.2. Objetivos Específicos.....	3
3. MARCO TEÓRICO	4
3.1 Salud Mental.....	4
3.1.1 Desarrollo Socio-Histórico.....	5
3.1.1.1 En Argentina	5
3.2 Ley Nacional de Salud Mental 26.657.....	7
3.2.1 Derechos Humanos y Salud Mental.....	10
3.2.2 Equipo Interdisciplinario.....	12
3.2.3 Internaciones.....	13
3.3 Prácticas Terapéuticas de los Dispositivos en Salud Mental	15
3.3.1 Dispositivos Terapéuticos en Ciudad de Buenos Aires.....	16
4. METODOLOGÍA.....	20
4.1 Tipo de estudio y Diseño	20
4.2 Participantes.....	20
4.3 Instrumentos	20
4.4 Procedimientos.....	21
4.5 Descripción del dispositivo.....	21
5. DESARROLLO.....	22
5.1 Análisis del impacto de la Ley 26. 657 en las prácticas terapéuticas de los profesionales... 22	
5.2 Descripción de la situación actual de los Derechos Humanos en relación a la institución ...28	
5.3 Descripción del rol del psicólogo en relación a la Ley 26.657..... 32	
6. CONCLUSIONES.....	40
7. REFERENCIAS	43

1. INTRODUCCIÓN

La práctica y habilitación profesional V comprendió 280 horas y se realizó en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de Buenos Aires que se dedica a la salud mental así como también, cuenta con un centro de investigaciones de neurobiología, psicopatología y relaciones psiquismo-cerebro.

El hospital está destinado a la atención psiquiátrica, asistencial, de orientación y asesoramiento para adultos; en casos de internación y de forma ambulatoria.

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 sancionada el 25 de Noviembre del 2010 y promulgada el 2 de Diciembre del mismo año, tiene como objetivo preservar el derecho a la salud mental de todas las personas y el goce de los derechos humanos de aquellos que tengan algún padecimiento mental. En el marco de esta ley la salud mental es considerada como un proceso determinado por factores: históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos.

En sus diferentes capítulos la Ley describe el ámbito de aplicación de la misma, los derechos de las personas con padecimiento mental, la modalidad de abordaje, el equipo interdisciplinario, cómo proceder ante las diferentes formas de internaciones, etc.

El trabajo integrador final tuvo como principal objetivo analizar el impacto que generó la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en las prácticas terapéuticas de un servicio del hospital y posterior análisis del rol del psicólogo como agente de internación, así como la valoración por parte de los trabajadores respecto de la Ley.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

Describir y analizar el impacto que generó la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 “Derecho a la Protección de la Salud Mental” en las prácticas terapéuticas del servicio del hospital.

2.2 Objetivos Específicos:

Analizar el impacto de la Ley 26.657 en las prácticas terapéuticas de los profesionales del servicio.

Describir la situación actual de los Derechos dentro del servicio del hospital en relación a lo especificado en el artículo de 7 de la Ley 26.657.

Describir y analizar el rol de psicólogo en relación a Ley 26.657.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 La Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) define a la Salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo ausencia de enfermedad. Ya no es considerado solo como un fenómeno psicológico y/o somático sino que además es social, por lo cual debe de ser abordado con un enfoque interdisciplinario (Ramos Domínguez, 2006). Esta definición, sostiene Navarro (1998), tiene un problema ya que supone un consenso universal de los términos Salud y Bienestar; y los sitúa como términos científicos iguales para todos los contextos sociales, así como para distintos periodos históricos.

Para Amico (2005), el término Salud debe de ser construido y reconstruido junto a las prácticas. Sostiene que la Salud es el máximo bienestar posible, emergente de la constante interacción entre el sujeto social y su realidad, donde ocurre una transformación recíproca.

Por otro lado, es difícil definir a la Salud Mental ya que el contenido de este concepto es valorativo. Las evaluaciones que se utilizan para designar sana o enferma a una persona cambian según representaciones sociales, períodos históricos y paradigmas científicos (Amico, 2005).

Es un estado sometido a variaciones de factores sociales y biológicos, en el que la persona puede mantener relaciones armónicas y formar parte de los cambios que se puedan introducir tanto en lo físico como en el ámbito social (OMS). Stolkiner (1988), critica esta definición, sosteniendo que la salud no es un estado y que los cambios son producidos no introducidos.

A continuación se expone el desarrollo histórico y social que ha tenido la Salud Mental, así como las modificaciones que sufrió en los diferentes períodos históricos.

3.1.1 Desarrollo Socio-Histórico

En cuanto al desarrollo socio-histórico de las representaciones de Salud/Enfermedad Mental, Álvaro (1992), va a diferenciar cuatro etapas:

1er. La enfermedad Mental como una posesión diabólica.

2do. La Enfermedad Mental como una desviación social.

3ro. La Enfermedad Mental sinónimo de Enfermedad Física.

4to. La Enfermedad Mental conceptualizada desde distintos modelos sociogenéticos y psicológicos.

En el siglo XVIII, las personas que tenían alguna Enfermedad Mental, se encontraban apartadas de la razón y debían de ser corregidas a través de medidas disciplinarias rigurosas e internaciones. Si las mismas no eran internadas, pasaban a ser objeto de maltratos y de burlas (Amico, 2005). Para Foucault (1990), el fin de estas medidas no era el tratamiento sino proteger a la sociedad de dichas personas, al estilo carcelario.

En el siglo XIX, las explicaciones de la Salud/Enfermedad Mental estaban dadas desde un enfoque biológico, donde los desórdenes psicológicos correspondían a disfunciones cerebrales. En el siglo XX, las explicaciones son dadas desde diferentes modelos y teorías, y aparece el auge de la psicofarmacología.

3.1.1.1 En Argentina

En Argentina, el campo de la Salud Mental sufrió varios cambios. Carrillo, como Ministro de Salud de

la Nación, tenía la idea de que los hospitales psiquiátricos podrían funcionar en hospitales generales; durante su gestión se sustituyó el término *alienado* por el de *enfermo mental*.

Por otro lado, en 1957, el gobierno creó mediante el Decreto Ley 12.628 el Instituto Nacional de Salud Mental que tenía como objetivo prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas, así como brindar asistencia a las personas que padecen dichas afecciones y además, contribuir a la rehabilitación y recuperación de estas personas (Chiarvetti, 2008).

En 1967 se promovió el Plan de Salud Mental que, según Galende (1990), ocurrió la *paradoja Nacional*, ya que fue una reforma democrática en la Salud Mental en medio de una dictadura; dicho plan incluyó a la comunidad terapéutica en los asilos.

Cabe destacar, el gran proceso de reforma en Salud Mental que representa la Colonia Nacional Dr. Manuel A. Montes de Oca creada en el 1915 en la provincia de Buenos Aires, en la que el Dr. Domingo Cabred introduce un modelo pedagógico-social donde los lineamientos principales era la humanización del proceso de atención, la rehabilitación por medio de la educación y el trabajo, el sistema de puertas abiertas en el cual se eliminaban las barreras físicas entre el asilo y la comunidad, entre otros (Rossetto, 2011).

En un principio, según refiere Rossetto (2011), la institución se mantuvo fiel a este modelo, luego con el tiempo fue dominando el modelo asilar manicomial que durante años ha ejercido poder sobre el sistema de Salud Mental. Durante el período 2004-2011 se llevaron a cabo ciertas políticas de reforma institucional como la restricción de nuevas internaciones, fortalecimiento de estrategias de externación y el mejoramiento de las condiciones de vida de los usuarios del servicio.

Otra reforma se dio en 1985 en la provincia de Río Negro, donde ocurrió un proceso de inclusión de servicios de Salud Mental en los hospitales generales y la creación de diferentes dispositivos en la comunidad, enfocados a la rehabilitación psicosocial (Almeida, 2005).

Galli (1986), en su cargo de director en la Dirección Nacional de Salud Mental proponía: a) la integración intersectorial, b) una integración de las políticas de Salud Mental y de las políticas generales de Salud, c) la ampliación de la cobertura, d) el desarrollo tanto conceptual y práctico de la Atención Primaria de la salud en Salud Mental, etc.

Por otro lado, en la Declaración de Caracas (1990) de la cual participaron diferentes países de Suramérica y Centroamérica, entre ellos incluidos Argentina; se exhortó a los Ministerios de Salud y Justicia, a los sistemas de Seguridad Social, a las universidades, etc.; que apoyaran la reestructuración psiquiátrica con el fin de un desarrollo exitoso para el beneficio de la población de la región. En dicha Declaración se reconocieron los derechos de las personas con discapacidades mentales, considerando que la psiquiatría clásica no permite dar con las metas de una atención comunitaria, descentralizada, continua e integral (Kraut, 2006).

Con el fin de mejorar las actividades de promoción, prevención, de tratamientos y rehabilitación de los trastornos mentales, se dictó la Resolución 425/98 Plan Nacional de Salud Mental. El objetivo del plan era plantear estrategias para la desinstitutionalización de los pacientes, atenderlos gradualmente en su comunidad manteniendo vínculos familiares y con su entorno social; además brindarles las mejores alternativas de tratamiento, evitando así el aislamiento y la cronificación de la enfermedad. En Noviembre de 2004 se inicia un proceso de reestructuración del Plan Nacional de Salud Mental, a partir de las recomendaciones de la OMS (Chiarvetti, 2008).

Tras el proceso político de cambio de jurisdicción de la Ciudad de Buenos Aires, por la reforma de la Constitución en 1994, se dicta en el año 2000 la Ley de Salud Mental de la Ciudad 448. Cabe destacar, que la Ley propone: la desinstitutionalización progresiva creando redes de Servicios y la protección social, pautado por la Constitución de la Ciudad y la Ley Básica de Salud (Chiarvetti, 2008). Dicha ley sirvió de antecedente, diez años después, a la Ley Nacional de Salud Mental (Gómez, Giacomi, Rodríguez & Spinelli, 2011).

3.2 Ley Nacional de Salud Mental 26.657

En este contexto histórico, para el año 2010, gracias a la participación activa de las organizaciones de Derechos Humanos, la decisión política, asociaciones de profesionales ONGs, etc., se crea la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. El 25 de Noviembre del mismo año, se sanciona la Ley 26.657

con carácter de orden público y de cumplimiento obligatorio.

En el marco de esta Ley, la Salud Mental es considerada como un proceso determinado por factores: históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos (Ley N° 26.657, 2010). La misma tiene como propósitos la protección y promoción de la Salud Mental, e intenta reducir la brecha que existe entre la necesidad y el acceso a los servicios. También, busca fortalecer las redes de los servicios, crear nuevos servicios y dispositivos acorde a las políticas de Salud.

Por otro lado, se propone cerrar de forma progresiva y definitiva la admisión para las instituciones monovalentes y del mismo modo abrir servicios de Salud Mental en hospitales polivalentes, tanto para la atención de urgencias como para internaciones.

Además, intenta implementar programas y actividades para concientizar a la sociedad, respecto de la no discriminación a usuarios del servicio de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2013).

Según Kraut y Diana (2011), es necesario que el estado asigne un presupuesto apropiado para cubrir las necesidades sanitarias universales de la población independientemente de la posibilidad económica. De no ser así, esta Ley puede correr el mismo camino que la Ley 448/2000, la cual no tiene casi aplicación.

En materia propiamente de la Ley Nacional de Salud Mental, el Capítulo I en sus artículos 1° y 2° se describen tanto los Derechos como las Garantías en relación a la Salud Mental de las personas, así como del goce de los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mental y los organismos que forma parte de la Ley.

En el Capítulo II, artículo 3° se va a definir qué es la Salud Mental y el capítulo III va describir los ámbitos de aplicación de la Ley.

El Capítulo IV plantea los derechos que se les reconocen a las personas con padecimiento mental. Los capítulos V y VI van establecer la modalidad de abordaje en la atención en Salud Mental y las características del equipo de trabajo. En el capítulo VII de la Ley, se van a establecer las especificaciones a llevar a cabo en el proceso de internación, tanto las voluntarias como las involuntarias. Los mismos son desarrollados, en profundidad, en los apartados siguientes.

Por su parte en los capítulos IX y X se van a describir las autoridades de aplicación de la Ley y además, la creación del Órgano de Revisión que tiene como fin proteger los Derechos Humanos de los que usan el servicio de Salud Mental. En el artículo 40° se establecen cuáles son las funciones del mismo, siendo algunas de ellas: solicitar información para evaluar las condiciones en las que se realizan los tratamientos, evaluar que las internaciones estén debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo necesario, requerir intervención judicial ante situaciones irregulares, controlar el cumplimiento de la presente y de los Derechos Humanos, entre otras (Ley N° 26.657, 2010).

Como es especificado en el capítulo IX, artículo 31° de la Ley (2010), se debe crear un Plan Nacional de Salud Mental. Dicho Plan pone en evidencia algunas preocupaciones, como que los servicios de Salud Mental no contemplan de forma específica la problemática en niños, adolescentes ni en adultos mayores. Por ello la Ley se pone como objetivo, garantizar espacios y mecanismo con intervenciones acordes para prevenir los padecimientos mentales y promover la Salud Mental; además de promover la formación de equipos de referencia infanto-juvenil y para adultos mayores. (Ministerio de Salud, 2013). También se busca planificar y evaluar la capacitación permanente del equipo de profesionales de Salud Mental. Así como fomentar el desarrollo de investigaciones con el propósito de actualizar en temas de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2013).

Por otro lado, en Mayo del 2013 se reglamenta la Ley a través del Decreto N° 603/2013, en el cual se precisan los contenidos necesarios de reglamentación. Además se crean: La Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones, un Consejo Consultivo conformado por organizaciones de la comunidad con incumbencia en el tema y el Órgano de Revisión; que como se dijo anteriormente tiene como fin proteger los Derechos Humanos de los usuarios de los servicios de Salud Mental; propósito, en el apartado siguiente, se especificarán los derechos que la Ley reconoce a las personas con padecimiento mental.

3.2.1 Derechos Humanos y Salud Mental.

En lo que refiere a Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010), y como ya ha sido mencionado, la misma tiene como propósito el goce de los Derechos Humanos de aquellas personas con padecimiento

mental.

Los Derechos Humanos son aquellos privilegios esenciales que el ser humano tiene por el hecho de ser humano, los cuales le son inherentes y deben de ser garantizados por el estado. Son de carácter irreversible y progresivo y se aplican a todos los seres humanos sin importar sexo, edad, etnia, religión, genero, nacionalidad. (López & Vielman Díaz, 2004).

Dentro de los Derechos Humanos se encuentra el derecho a la alimentación, a la educación, a la seguridad social, al trabajo y a la salud, entre otros. En relación al Derecho a la Salud, todas las personas tienen derecho al goce del mayor bienestar físico, social y psicológico. El estado tiene el deber de reconocer a la salud como un bien público y de garantizarla. Para ello debe de poner al alcance de la comunidad la Atención Primaria de la Salud, además debe extender los Servicios de Salud a todas las jurisdicciones del Estado. Por otro lado, debe de encargarse de la prevención y el tratamiento de las enfermedades; así como de la educación de la población y la satisfacción de las necesidades de Salud de la población más vulnerable (Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre DDHH, 1988).

En el capítulo IV, Artículo 7° de la Ley 26.657, se van a desarrollar los Derechos que el Estado reconoce a las personas que tienen algún padecimiento mental.

-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.

-Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia.

-Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos.

-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.

-Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.

-Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso.

-Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas.

-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.

-Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado.

-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.

-Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades.

-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.

-Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente.

-Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

-Derecho a no ser sometido a trabajos forzados.

-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 (Ley N° 26.657, 2010).

Según Rossetto (2011), en la actualidad las instituciones psiquiátricas y asilares continúan ejerciendo un poder hegemónico sobre el sistema Salud Mental que conlleva a la exclusión y abandono. En su experiencia como interventor en la Colonia Montes de Oca, situada en la Provincia de Buenos Aires, el autor describe la situación que se vivía en el pabellón 7 el cual era conocido por las violaciones de los Derechos Humanos de los 122 pacientes allí internados.

Con el fin de que los pacientes puedan gozar de los derechos ya mencionados, la Ley plantea, además, en su artículo 8° que el equipo debe de ser interdisciplinario y, en el capítulo VII sugiere que las internaciones sean lo más breve posible. En los apartados siguientes se desarrollan dichas temáticas que a propósito permitirán abordar el rol que cumple el psicólogo desde el eje de la Ley.

3.2.2 Equipo Interdisciplinario.

El cambio introducido por la Ley 26.657, respecto de la concepción de la Salud Mental, da lugar al abordaje de la misma desde diferentes disciplinas ya que es un proceso determinado por varios factores. Este nuevo sistema tiene una visión integral de la Salud Mental y coloca el foco en el rol de la familia, la comunidad y el equipo interdisciplinario (Kraut & Diana, 2011).

Para Sánchez Vidal (2002), la interdisciplinariedad requiere una coordinación entre los profesionales de distintas áreas, en donde los límites de cada una sean permeables para llevar a cabo un intercambio significativo facilitando la integración. Según Juntsch (1979) la interdisciplinariedad es una metodología para abordar las situaciones complejas en donde el saber es construido en forma colectiva y no solo el trabajo conjunto de distintos profesionales.

Según Kraut y Diana (2011), la ley propone una democratización de la responsabilidad y del enfoque, colocando al Estado como su principal garante. Se conforma un equipo sin jerarquía donde se complementa el saber. Por otra parte, se rompe con el saber hegemónico médico-psiquiatra de la Salud Mental dando lugar a la evaluación desde distintas ópticas y perspectivas.

En materia de la Ley 26.657, el artículo 8° propone que debe promoverse la atención a cargo de un equipo interdisciplinario conformado por profesionales, técnicos y otros trabajadores facultados con la debida acreditación. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

En relación al equipo plantea, el artículo 13°, que los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar cargos de los servicios y las instituciones; valorándose su idoneidad para el mismo y capacidad de poder integrar los saberes que atraviesan el campo de la Salud Mental (Ley N° 26.657, 2010).

Por otro lado, las prácticas de cada profesional se encuentran reguladas por la Ley de ejercicio profesional del área o campo pertinente. Por su parte, la Ley 23.277 es la que regula el ejercicio profesional de los psicólogos y la Resolución 2447 (1985) norma las prácticas profesionales de los psicólogos. En cuanto a esta última, algunas de las incumbencias que describe son: realizar tareas de diagnóstico, pronóstico y seguimiento psicológicos, efectuar tratamientos psicoterapéuticos de acuerdo con diferentes modelos teóricos, realizar tareas de rehabilitación psicológica, estudiar, orientar y esclarecer los conflictos interpersonales e intergrupales en el contexto de la estructura y dinámica de las instituciones; participar, desde la perspectiva psicológica en la planificación, ejecución y evaluación de planes y programas de salud y acción social, entre otras.

3.2.3 Internaciones.

Una de las modalidades en Salud Mental con más trascendencia es la internación.

Es una alternativa terapéutica eficaz que constituye una forma de cuidado frente a situaciones de extrema gravedad y requiere la restricción de las libertades de las personas (Barrionuevo, 2006).

La Ley 22.914, sancionada en 1983 y derogada por la actual Ley 26.657, establecía las normas que regulaban la internación de las personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos. La internación de dichas personas se llevaba a cabo en función de la peligrosidad y solo sería admitida a pedido del poder judicial, pedido del propio interesado, así como por disposición de la autoridad policial o en casos de urgencias. En cada uno de los casos se establecía un tiempo determinado para informar al Ministerio de Menores e incapaces, el cual tiene como función visitar los establecimientos de internación, al menos cada seis meses, además verificar la evolución de la salud del paciente, promover el proceso de declaración de incapacidad, según corresponda, entre otras.

En cualquiera de los casos anteriores, el dictamen médico era producido por el director del establecimiento; en el que se efectuaría el diagnóstico y la opinión fundada sobre la necesidad de internación; si el mismo era emitido por otro profesional facultativo, de la institución, debía de ser convalidado por el director (Ley N° 22.914, 1983).

Por otro lado, la Ley 26.657 establece que las mismas, es decir las internaciones, solo se llevarán a cabo cuando aporten mayor beneficio terapéutico que las demás intervenciones realizadas en el entorno familiar y social del paciente. Es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo. Además, en función de los criterios interdisciplinario, debe de ser lo más breve posible.

Dentro de cuarenta y ocho horas, las disposiciones de internación deben de cumplir con una serie de requisitos que son establecidos en el artículo 16° de la Ley como: la evaluación, el diagnóstico interdisciplinario y los motivos que justifican la internación, con la firma de, al menos, dos profesionales del servicio de los cuales uno debe de ser necesariamente Psicólogo o Médico Psiquiatra, así como el consentimiento informado de la persona o el representante legal (Ley N° 26.657, 2010).

Según Kraut y Diana (2011) cierta parte de los psiquiatras considera que la firma del médico psiquiatra debe de figurar en todos los casos de internación, esto es porque existen muchas enfermedades orgánicas que se exteriorizan a través de síntomas de trastornos mentales, y solo ellos están capacitados para realizar diagnósticos diferenciales que impidan cometer errores. Dicha firma debe de estar acompañada por otro profesional, preferentemente un psicólogo.

Por otro lado, el consentimiento informado, que debe estar firmado por el paciente o el representante legal, solo se va considerar como válido si el paciente está en un estado tal que le permita comprender la situación actual de su enfermedad y el tratamiento.

En el caso de internación involuntaria, solo se podrá realizar cuando, a criterio del equipo de salud; mediare situación de riesgo cierto y eminente para sí o terceros. Además de los requisitos de toda internación, en el caso de la involuntaria se debe hacer constar dicha situación de riesgo; con la firma de dos profesionales del equipo interviniente de las cuales una debe de ser psicólogo o médico psiquiatra; así como ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento y en el caso de instancias previas el informe de las mismas (Ley N° 26.657, 2010).

Por otro lado, una vez que ha cesado la situación de riesgo, el equipo tratante tiene la obligación de externar al paciente o transformar la internación en voluntaria. Además, el equipo tiene la facultad de externar, dar el alta y/o permisos de salidas a los pacientes sin necesidad de la autorización previa del juez.

3.3 Prácticas terapéuticas de los Dispositivos en Salud Mental

Según Stolkiner (1988), la Salud y la Salud Mental concurren hasta aunarse a medida que se deja de pensar al hombre en términos de mente-cuerpo, y con la incorporación de determinantes sociales y culturales. Las diferentes prácticas en el campo de la Salud Mental, con sus marcos teóricos propios, abordan la problemática de una forma parcial. Las mismas han sido descriptas desde los distintos modelos de la Salud Pública.

Para la concepción Liberal, donde se idealiza la libertad y orden social, la enfermedad es una desviación de lo normal. Concepción en la que se encuentra basado además el modelo Médico Positivista, que Escudero (1986) va a llamar *La Salud Pública Tradicional* y al respecto dice que es una visión descontextualizada de la salud. El modelo de atención en Salud Mental se focaliza entonces en terapias

biológicas, asilares y manicomiales.

La concepción Tecnocrática-Normativa reconoce los determinantes sociales de la enfermedad. La atención en Salud Mental se centra en la readaptación del paciente a la sociedad e incorpora el trabajo multidisciplinario.

Y por último, la concepción Participativa Integral, sobre la cual está cimentado el modelo de Atención Primaria Integral de la Salud. Desde esta concepción se reconoce un proceso Salud-Enfermedad y al sujeto como un sujeto social activo. El modelo de la atención en Salud Mental está dado por programas participativos integrales e intersectoriales (Stolkiner, 1988).

En el intento de dar respuesta al interrogante *¿Cómo hacer para brindar el mejor tratamiento posible?* se han creado diversos equipos de trabajos con el fin de construir lineamientos clínicos para el tratamiento de diferentes problemas de salud, que en un principio eran solo para problemas médicos y recientemente se expandió al campo de la Salud Mental, las llamadas Guías Clínicas (GC). Inicialmente, el foco fue puesto sobre los psicofármacos y posteriormente a las intervenciones psicosociales, además brinda las nuevas actualizaciones respecto del tratamiento de alguna enfermedad, trastorno o problema. Esto último mencionado da lugar a la vertiente ética de las prácticas terapéuticas en Salud Mental, en relación a poder brindar la alternativa más conveniente, y los derechos de los ciudadanos de dar consentimiento informado del tratamiento a recibir (Garay & Korman, 2008).

Field y Lohr (como se cita en Garay & Korman, 2008), definen a las GC como enunciados desplegados de forma metódica para brindar asistencia a los profesionales y a los pacientes ante la toma de decisiones respecto de situaciones específicas. En los países Latinoamericanos el desarrollo de las GC ha sido escaso, en Perú fue creada por el Colegio de Psicólogos, en Chile fue desarrollada por el Ministerio de Salud, específicamente para el tratamiento de la Depresión; al igual que la GC creada por la Asociación Médica Brasileña.

En Argentina, las nociones compartibles con las GC son vislumbrados en la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires como: los derechos de las personas en relación a su Salud Mental, la información adecuada, el uso del tratamiento más conveniente, etc. (Garay & Korman, 2008).

3.3.1 Dispositivos Terapéuticos en Ciudad de Buenos Aires.

Por su parte, los Servicios de Salud Mental han tenido varias reformas, las mismas fueron muy diversas en lo que se refiere a las estrategias y a las prioridades establecidas; en algunos de los casos el objetivo fue la creación de dispositivos y programas de rehabilitación por fuera de los hospitales psiquiátricos (Almeida, 2007).

En principio, los mismos fueron creados desde un modelo clásico en los que se reducían los derechos del ciudadano. Los modelos siguientes de desmanicomialización están sostenidos por dispositivos variados, donde el objetivo es conseguir o conquistar la autonomía de los pacientes (Correa Urquiza, Silva, Belloc & Martínez Hernández, 2006).

Según Correa Urquiza et al., (2006) los modelos comunitarios, de psiquiatría social y los modelos psicosociales, que habían fomentado el proceso de desinstitucionalización de la población manicomial; fueron suspendidos por la hegemonía del tratamiento somático. Tanto el apremio de la industria farmacéutica como la metodología individualista, se ajustan adecuadamente a la cultura desreguladora que genera una nueva institucionalización.

Tykanor Kinoshita (2007), sostiene que, en un sistema reformado no existe lugar para los hospitales psiquiátricos puesto que estos han dejado de ser necesarios y sus funciones sociales son ejecutadas por otros dispositivos e instituciones.

Los Dispositivos en Salud Mental son aquellos que están dirigidos a abordar la esfera subjetiva del proceso Salud-Enfermedad-Atención y operativamente aquellos en los que trabajan los psicólogos, aparte de los profesionales médicos, brindando una participación específica y directa (Parra, 2014).

En la Ciudad de Buenos Aires existen los siguientes Hospitales que poseen guardias interdisciplinarias de Salud Mental:

Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, Hospital de Emergencias

Psiquiátricas Dr. Torcuato de Alvear, Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano,

Hospital Psicoasistencial Dr. José. T. Borda, Hospital General de Agudos Dr. Carlos Durand, Hospital de Niños Dr. Pedro de Elizalde, Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández, Hospital General De Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, Hospital General De Agudos Dr. Cosme Argerich, Hospital De Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz, Hospital General De Agudos Dr. José Penna, Hospital General De Agudos Dr. Parmenio Piñero, Hospital General De Agudos Dr. Ignacio Pirovano, Hospital General De Agudos Dr. José María Ramos Mejía, Hospital General De Agudos Donación Francisco Santojanni., Hospital Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García (Ministerio de Salud, 2014).

Por su parte el Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano presta servicio solo a mujeres adultas, a diferencia del Borda que presta servicio a hombres adultos; y además tiene, un servicio de internación para mujeres. El Hospital de Emergencias Psiquiátricas Dr. de Alvear, por su parte y a diferencia de los anteriores, cuenta con internación mixta, es decir, tanto para mujeres como hombres y además para adolescentes.

Tanto el T. Borda como el A. Moyano, cuentan con varios servicios de internación de corto, mediano y largo plazo; la primera va de 15 a 3 meses de internación, la de mediano plazo es hasta 180 días y por último la de largo plazo es superior a 180 días.

Además, ambos Hospitales cuentan con Unidad de Guardia en donde hay un psiquiatra y un psicólogo (Ministerio de Salud, 2014).

También cuentan con Consultorios Externos donde la modalidad de admisión es a través de la entrevista de admisión realizada por el equipo interdisciplinario, brindan asistencia terapéutica y psicofarmacológica ambulatoria; en algunos casos fuera de los pabellones, con formatos individuales, grupales, familiares y de pareja (Ministerio de Salud, 2014). Además tiene servicios de Rehabilitación psicológica y Reinserción social, en los que se trabaja de forma individual, grupal y en taller. Dichos servicio tienen actividades de terapia ocupacional, arteterapia, trabajo social, entre otras. También cuentan con Hospital de día, que funciona a modo de centro intensivo de rehabilitación psicosocial, Hospital de noche y en el caso del Hospital Borda tiene además Casa de Medio Camino.

Por otro lado están el Centro de Salud Mental y Acción Comunitaria N°1 Dr. Hugo Rosarios y el Centro de Salud Mental N°3 Dr. Arturo Ameghino, los cuales poseen Consultorios Externos, Hospital de día y el abordaje comunitario. Cada una de estas modalidades terapéuticas tiene diferentes espacios en los cuales se trabajan distintas temáticas (Ministerio de Salud, 2014).

Además están los Talleres de Rehabilitación en Salud Mental que tienen una modalidad de tratamiento ambulatorio y funcionan en diferentes lugares de la Ciudad de Buenos Aires. El tratamiento ambulatorio se suma al tratamiento de psicoterapia y psicofarmacológico existentes. Además, los talleres cuentan con un equipo interdisciplinario asistencial que incluye: psiquiatría, terapia ocupacional, enfermería, psicología, servicio de trabajo social.

Algunas de las actividades terapéuticas que realizan los usuarios son: carpintería, tapicería, imprenta, tejido, etc. (Ministerio de Salud, 2014).

4. METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio y diseño

Tipo de estudio descriptivo.

4.2 Participantes

Los profesionales del servicio del hospital: el Médico Psiquiatra, jefe de Servicio de aproximadamente 60 años de edad y una antigüedad laboral en la institución de aproximadamente 5 años. Las Licenciadas en psicología, M (32 años), Mx (30) y R (29); quienes trabajan desde un paradigma constructorista y poseen antigüedad laboral en la institución entre 2 y 5 años. La tallerista de aproximadamente 50 años, quien hace 5 años que trabaja en la institución.

Los pacientes, tanto los internados como ambulatorios; los primeros son 16 los cuales tienen un tiempo de internación en el Servicio que varía de uno a cinco años, y los ambulatorios son 4 quienes concurren de forma periódica una vez cada dos semanas a los diferentes espacios terapéuticos. Todos son hombres, adultos de edades variadas que oscilan entre 28 a 90 años de edad.

El horario de los diferentes espacios terapéuticos es de lunes a viernes de 8.00 a 12.00 en el Hospital.

4.3 Instrumentos

-Análisis de historias clínicas de los diferentes pacientes internados en el servicio. Que permitió dar cuenta de la historia y evolución del paciente además de evidenciar el papel que fueron cumpliendo los profesionales durante el proceso terapéutico.

- Observación de los diferentes espacios del dispositivo terapéutico en el servicio.

- Entrevista individual semi-dirigida a los profesionales del servicio. El instrumento ayudó a ahondar sobre los marcos de referencias, los roles y las herramientas utilizadas por los profesionales.

4.4 Procedimientos

Este proceso se llevó a cabo a través de observaciones a los diferentes espacios terapéuticos y entrevistas individuales semi-dirigidas a los profesionales del Servicio; el Médico psiquiatra, los tres psicólogos y la tallerista.

Las observaciones tuvieron lugar en un Servicio del Hospital, durante los días de Lunes a Viernes de 8.00 a 12.30 y ocasionalmente los días Sábados de 10.00 a 12.00, aproximadamente durante 3 meses.

Las entrevistas individuales semi-dirigidas estuvieron divididas en diferentes días de la semana con una duración aproximada de 30 minutos, las mismas fueron tomadas de manera individual a cada uno de los profesionales, Médico psiquiatra, Psicólogos y tallerista. Todas las entrevistas se llevaron a cabo en uno de los consultorios del Servicio y con una modalidad cara a cara.

4.5 Descripción del dispositivo

La práctica de habilitación profesional se llevó a cabo en un Servicio del hospital psiquiátrico. El Servicio está orientado a la asistencia y rehabilitación de mediano y largo plazo en pacientes con patologías graves; tanto en la internación como en el seguimiento ambulatorio post-alta y tiene por objetivo realizar altas efectivas y prevenir la reinternación.

Los profesionales trabajan desde la perspectiva de un paradigma constructorista con tratamiento psicofarmacológico; psicoterapias grupales, individuales, familiares; acompañamiento terapéutico y de rehabilitación. Respecto al programa de rehabilitación realizan distintos talleres a los que los pacientes asisten de forma voluntaria como son: taller de actividades de la vida diaria, taller de orientación laboral y reinserción social, talleres artesanales, taller extrahospitalario de serigrafía textil, taller de organización del tiempo libre.

5. DESARROLLO

Para el análisis de los objetivos ya planteados, se tomaron los conceptos desarrollados en el marco

teórico en relación a lo establecido en la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 respecto de los Derechos Humanos, el equipo interdisciplinario, las internaciones y las prácticas terapéuticas dentro de los dispositivos de salud mental; así como también el rol del psicólogo. Dichos conceptos se entrelazaron con las observaciones realizadas de los diferentes espacios terapéuticos del servicio y con las entrevistas realizadas a los profesionales del mismo.

Para ello se modificaron los nombres de los participantes, los comentarios textuales se encuentran entre comillas.

5.1 Analizar el impacto de la Ley 26.657 en las prácticas terapéuticas de los profesionales.

Con el fin de cumplimentar este objetivo, se relacionaron las entrevistas realizadas a los profesionales del servicio y lo desarrollado respecto de la evolución de las prácticas terapéuticas en Salud Mental.

Como sostiene Álvaro (1992), las representaciones de Salud Mental han ido variando a través del tiempo y conforme a estas variaciones se han ido moldeando las leyes y las prácticas en dicho campo. Hasta el año 2010, los usuarios de los servicios de Salud Mental eran considerados como personas peligrosas, desviadas socialmente y las intervenciones a realizar eran tomadas en función la peligrosidad de la misma; según Foucault (1990) dichas medidas tienen como fin proteger a la sociedad de estas personas.

Se puede pensar entonces, que por ello algunas instituciones psiquiátricas funcionarían bajo un modelo carcelario en dónde la persona es encerrada para evitar daños a la sociedad y privada de muchos de sus Derechos y libertades.

Es común ver que algunos profesionales intiman a los pacientes, cuando están alterados, molestan a otros compañeros o no quieren cumplimentar con alguna tarea asignada con bajarlo al servicio 150, “¿Querés ir al 150?”. Es el lugar de castigo a donde se envían los que no se ajustan a las normas dentro del hospital.

Refiriendo este modelo carcelario se puede observar que el hospital en gran medida funciona como tal; donde los servicios tienen nombres numéricos, existen servicios que son considerados por los mismos pacientes como “servicios castigo”, de hecho a veces se conoce cuál es el más “brabucón” del servicio. Se infiere que en general, ciertas formas de manejarse en el hospital no han cambiado esto es porque los mismos pacientes las han internalizado a través del tiempo y desde los profesionales se opera también bajo este modelo. En relación a esto último mencionado, en uno de los espacios de terapia grupal,

Julián (uno de los pacientes) que se encontraba algo irritado le dice a su compañero (Roberto) “Te voy a bajar a patadas al 150, yo soy más viejo que vos acá, respetame”. Por lo sucedido se puede pensar que los pacientes han naturalizado un lenguaje propio de un estilo carcelario y bajo el mismo operan.

Cabe destacar, que durante las observaciones se evidencian intentos por parte de algunos de los profesionales del servicio, por desarticular dicha forma de operar en algunos de los pacientes; como cuando en una ocasión Roberto, quien estaba alterado porque quería ver al psiquiatra y amenazaba con golpear a sus compañeros de no ser así, M(psicóloga de planta), le devuelve que en el servicio no se enseñan los malos tratos ni la amenazas, “así no funcionan las cosas aquí, el doctor te verá cuando se desocupe”.

Según refiere Stolkiner (1988), las prácticas en Salud Mental están descriptas desde los diferentes modelos de Salud Pública a pesar de que cada una tiene su marco teórico propio. Algo que se observa en algunos de los médicos psiquiatras que quedaban a cargo ante la ausencia del jefe de servicio, es que sin mediar entrevista con el paciente o ver la historia clínica del mismo, ante alguna consulta o planteo de las terapeutas, tomaban medidas con respecto a los pacientes. Tal fue el caso cuando N (un paciente) le manifiesta a la psicóloga M que se había sentido “mal toda la noche”, cuando le comentan al psiquiatra encargado la situación lo envía al paciente a la guardia médica del hospital sin ver o examinar al paciente. Esto podría estar relacionado con una práctica dentro del modelo de la Salud Pública Tradicional (Escudero, 1986) desde donde la atención es descontextualizada.

Por otro lado y en contraste a las prácticas de cada profesional, se puede observar que el jefe de servicio tiene otra forma de operar ante situaciones como ésta. En una ocasión a J no se lo veía clínicamente bien, el doctor decide tener una entrevista para

saber si es necesario hacer una interconsulta con un neurólogo por encefalopatía hepática (esto es por el cuadro de hepatitis C del paciente), para ello le realiza algunos exámenes como: tomarle la presión, hacerle algunas preguntas para verificar la orientación, corroborar si había o no signos que demuestren rigidez en rueda dentada o hipertonia muscular, entre otros; una vez hecho esto decide no realizar la interconsulta, ya que J no presentaba un cuadro sintomático que indique tal trastorno.

Para el siglo XIX las enfermedades mentales empezaron a ser abordadas desde la biología y los desórdenes psicológicos correspondían entonces a disfunciones cerebrales (Amico, 2005). Se puede deducir entonces, el porqué del auge de la medicalización en psiquiatría. Si se piensa que las medidas son tomadas con el fin de proteger a la sociedad, como sostiene Foucault (1990), y que tratando la disfunción cerebral con medicación se corrige a la persona que es peligrosa; se podría inferir entonces que dicha medida no se usa con un fin terapéutico si no por conveniencia de terceros. La Ley 26.657 (2010), en el artículo 12 sostiene que, la prescripción de medicación debe responder a las necesidades del paciente y solo debe de ser administrada con fines terapéuticos, no como castigo, ni por conveniencia de terceros, ni para suplir acompañamiento terapéutico.

Una de las psicólogas (Mx) refiere que “La Ley sale a prohibir esto porque es algo que realmente se hacía, si no es que se continua haciendo, en el servicio antes de estar este doctor los pacientes se encontraban siempre horizontales o sea acostados debido a la medicación que le daba, no hacían otro tipo de terapia”. Cuando se le pregunta, a Mx, acerca de la situación actual en relación a la administración de medicación a los pacientes del servicio, refiere que ellos dan la medicación que consideran necesaria para cada paciente y es funcional, siempre le explican a los pacientes que la medicación por sí sola no le va a servir de mucho y que en cambio en otros servicios lo que ella puede observar es que “los pacientes o no están o están durmiendo todo el día”.

Existen distintos espacios de rehabilitación en donde los pacientes realizan trabajos artesanales como alfombras, pinturas sobre madera, pinturas macetas y serigrafías sobre remeras, entre otros; los cuales son comercializados en la feria a la que asisten regularmente y en los a diferentes congresos a los cuales son invitados. Recientemente fueron invitados junto al equipo terapéutico al Congreso de la Asociación Argentina de Psiquiatría, para exhibir y comercializar sus trabajos.

En el trayecto de ida al congreso, el conductor del vehículo dice que fue usuario de los servicios del hospital pero que él no está de acuerdo con la medicación ya que “te pone solo a dormir”; la terapeuta que los acompañaba (M) le pregunta a uno de los pacientes si esto era así y éste le responde “al principio sí te da mucho sueño pero es hasta que te acostumbras después te sientes mejor, pero la medicación sola no ayuda hay que hacer además terapia”. Se evidencia congruencia entre lo que manifiesta la psicóloga y lo que sostiene el paciente cuando sin duda alguna da su respuesta en relación a lo que plantea el conductor. Esto se puede relacionar con lo dicho en el artículo 12 de la Ley, se debe promover que el tratamiento psicofarmacológico se realice en el marco de abordajes interdisciplinarios (Ley N° 26.657, 2010).

En varias ocasiones J es denunciado por sus compañeros por estar agresivo, cuando las terapeutas tienen una entrevistas con él observan que realmente el paciente se encontraba muy alterado y sostienen una entrevista con el psiquiatra. En ese encuentro además participan, Roberto uno de los compañeros con el que estaba teniendo problemas y la tallerista. Luego de esta evaluación conjunta resuelven agregar un anti impulsivo para poder compensar y regular la impulsividad que éste manifestaba. Lo sucedido guarda relación con lo establecido en la Ley Nacional de Salud Mental, en su artículo 12, respecto de que la indicación o renovación de la medicación debe de realizarse a partir de evaluaciones y no de manera automática.

En la misma línea, ante la ausencia del jefe de servicio queda como encargado un psiquiatra de piso, a quién se le informa que R se encontraba un poco alterado y discutiendo con sus compañeros. El médico resuelve agregar medicación al paciente sin mediar entrevista con el mismo o consulta con los demás profesionales. Se puede observar entonces, las diferencias entre las formas de operar de uno y otro médico, manifestando así que hay profesionales que trabajan en el marco de la Ley y otros no; lo cual se refleja en los pacientes y en la institución.

Otra de las variables que se hacen necesarias desarrollar, a la hora de hablar acerca del impacto de la Ley en las prácticas terapéuticas, son las internaciones. Para Barrionuevo (2006), es una alternativa terapéutica eficaz que constituye una forma de cuidado frente a situaciones de extrema gravedad.

La Ley 22.914 (1983), en el artículo 1º, establecía que las internaciones solo serían admitidas por orden del poder judicial, a pedido del propio interesado, por disposición de la autoridad policial; para cada uno de los casos se establecía un tiempo determinado (en los artículos 2º, 3º, 4º y 5º) en el que se debía informar al Ministerio de Menores e Incapaces respecto de la situación, este Ministerio tiene como función visitar los establecimientos de internación, al menos cada seis meses, además verificar la evolución de la salud del paciente, promover el proceso de declaración de incapacidad, según corresponda, entre otras.

En relación a esto, cuando Mx, una de las terapeutas, es consultada respecto a si las autoridades del Ministerio de Menores e Incapaces se hacían presentes responde que no lo recuerda pero que con la implementación de la Ley 26.657 los curadores, representantes legales de los pacientes sí “vienen cada tanto”.

En la actual Ley 26.657 también se establecen ciertos tiempos para notificar respecto de la internación de los pacientes al Órgano de Revisión, el cual fue creado bajo la misma Ley en el artículo 38º. Las internaciones desde la Ley, son denominadas como voluntarias e involuntarias y las mismas deben realizarse en relación al criterio de riesgo inminente, ya que según Barrionuevo (2006), las mismas requieren la restricción de las libertades de las personas y la Ley tiene como fin principal el cumplimiento de los DD HH de los usuarios del servicio de Salud. Además, en el caso de las internaciones voluntarias, deben contar con el consentimiento informado dentro de las cuarenta y ocho horas. Esto guarda relación con una entrevista que M tiene con J, con el fin de que este último firme el consentimiento informado.

Se puede observar como la psicóloga le explica acerca de la importancia de su tratamiento y de que él pueda cumplir con las pautas del mismo para lograr mayores niveles de autonomía y así un alta efectiva; además le explica lo que es el consentimiento informado y que puede firmarlo si está de acuerdo con el tratamiento a lo que el paciente responde “sí ya sé lo que es esto, lo he firmado otras veces y entiendo que necesito hacer el tratamiento para poderme recuperar e ir a cuidar a mi mamá”.

Por otro lado, en el artículo 40º se establecen cuáles son las funciones del Órgano de Revisión, algunas de ellas son: solicitar información para evaluar las condiciones en las que se realizan los tratamientos, evaluar que las internaciones estén debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo necesario, requerir intervención judicial ante situaciones irregulares, controlar el cumplimiento de la presente Ley y de los Derechos Humanos, entre otras (Ley N° 26.657, 2010).

En relación a lo último planteado, se pudo observar que periódicamente se reciben Oficios por parte de los diferentes juzgados, que funcionan como representantes legales de los pacientes; solicitando informe sobre la situación actual de los mismos, su evolución, tratamiento, así como también solicitando el consentimiento informado de los pacientes que estén internados voluntariamente y las razones de por qué es necesario mantener la internación.

También se pudo observar que una representante del Órgano de Revisión, la Dra. B se hizo presente en el servicio consultando al equipo de profesionales por la situación de los pacientes y si había algo en lo que ella pueda ser útil, a lo que el equipo responde que sí, ya que hay dos pacientes que aún no tienen acompañamiento terapéutico y ellos han agotado todas las vías a su alcance para que sea posible. Además, plantean que R no presenta cuadro patológico de acuerdo al que es tratado en el servicio y desde hace más de dos años (desde el ingreso de éste al servicio) que están solicitando el traslado a un dispositivo acorde a sus necesidades, sin tener aún respuesta satisfactoria por parte de los responsables encargados de ello, que en este caso sería la obra social.

La Dra. B, pidió entonces que por el primero de los pacientes se envíe a la Defensoría de la Nación un informe dirigido a ella y explicando la situación (estado psíquico del paciente, importancia del acompañamiento terapéutico, los intentos realizados), y respecto de R refiere que ella se encargaría de hablar con su representante legal para que, como su intermediario, gestione dicho traslado ya que es una tarea que le corresponde a éste y no al equipo de profesionales. Cabe destacar, pasada una semana de la entrevista con la representante del Órgano de Revisión, acude al servicio una psicóloga de la obra social, para evaluar al paciente que necesitaba el traslado.

Así como estas intervenciones por parte de los representantes legales del paciente, se han tenido otras no tan beneficiosas. La psicóloga de planta comenta que en una ocasión el representante legal de uno de los pacientes (G) tiene una entrevista con él y le informa que está internado voluntariamente y se puede ir cuando lo desee, el sábado de esa misma semana el paciente abandona el servicio y una semana después

es encontrado vía Facebook golpeado en una comisaría de una provincia de Buenos Aires. La psicóloga refiere “Sería mejor si viene en el horario que estamos y habla con nosotros, así le explicamos un poco de la situación del paciente y evitamos que sucedan este tipo de cosas”.

Cuando M es consultada respecto del Órgano de Revisión refiere que si cumplen con la funciones que establece la Ley sería “genial”, ya que ellos trabajan en pos de que el paciente tenga las mayores libertades y autonomía posible pero: “si estos no se hacen presentes durante el tratamiento y solo vienen a hacer intervenciones que marcan retrocesos en la evolución de los pacientes no nos sirve de mucho”; a parte sostiene que por lo general no se puede mantener una charla profesional respecto de los pacientes como para compartir ideas y estrategias, “ellos vienen desde el Derecho y no piensan en la Salud Mental”.

5.2 Describir la situación actual de los Derechos Humanos.

Para poder describir la situación actual en el servicio en relación a los Derechos Humanos (DD HH), se referenciaron las observaciones realizadas en el servicio y se relacionaron con los DD HH descriptos en la Ley 26.657 (2010), la cual tiene como propósito el pleno goce de los Derechos Humanos de los usuarios de los servicios de Salud Mental.

López y Vielman Díaz (2004), definen a los Derechos Humanos como privilegios que tiene el ser humano por el hecho de ser humano, los cuales deben de ser garantizados por el estado. Según Kraut (2006), en la Declaración de Caracas se reconocieron los derechos de las personas con discapacidades mentales, y no fue hasta el 2010 que en Argentina se establece explícitamente, los Derechos que se le reconocen a las personas que tienen padecimiento mental (Ley N° 26.657, 2010).

Se observa que los diferentes espacios terapéuticos tienen como fin principal la inserción social, comunitaria, laboral y en los casos que es posible la integración familiar; esto último es porque algunos de los pacientes no poseen familiares, no se ha podido establecer conexión con alguno de ellos o porque estos viven muy lejos del hospital y por cuestiones de recursos económicos no pueden transportarse hasta allí y se mantiene un contacto telefónico. En los espacios se trabaja con la mayoría de los pacientes los cuales asisten de manera voluntaria.

Esto estaría relacionado con el derecho que tienen los usuarios de Salud Mental de ser tratados con la alternativa terapéutica que les permita una inclusión familiar, laboral y social (Ley N° 26.657, 2010). Según plantean Garay & Korman (2008), las Guías clínicas (GC) fueron creadas con el fin de brindar el mejor tratamiento posible a los pacientes, brindar asistencia a los profesionales y además, brindar las nuevas actualizaciones respecto del tratamiento de alguna enfermedad, trastorno o problema. En Argentina, las nociones compatibles con las GC son vislumbrados en la Ley de Salud Mental.

También se puede observar que los pacientes del servicio tienen la libertad de ser visitados por sus familiares o representantes legales en el momento que lo deseen y además, estos últimos pueden tener acceso a la historia clínica si lo solicitan. Hace unas semanas llegó un pedido por mesa de entrada del hospital de parte de la hermana de G, quien solicitó una copia de la historia clínica de su hermano ya que se está contemplando y evaluando la posibilidad de que el paciente sea trasladado a otra institución. Se puede inferir entonces, que el derecho que tiene el paciente a ser acompañado durante su tratamiento así como la posibilidad de acceder a su historia clínica, antecedentes familiares (Ley N° 26.657, 2010), es preservado por parte del equipo tratante.

En cambio el derecho a recibir un tratamiento en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, con el pleno respeto de su vida privada (Ley N° 26.657, 2010) no se ve respetado, ya que si bien los pacientes tienen sus objetos personales guardados en armarios con llaves que solo ellos poseen, todos duermen en una sala común; de querer mantener en privado alguna visita sería imposible debido a las características físicas del servicio puesto que los espacios son comunes a todos y de libre circulación.

Por otro lado, se pudo observar que los baños también son comunes y no poseen cortinas que mantengan en privacidad el momento del aseo personal; se consulta a la psicóloga M si el hecho de que no haya cortinas en los baños es por una medida preventiva o alguna otra razón, a lo cual responde que no sabría decir el porqué de esta medida “vamos a consultar a enfermería a ver qué nos dicen”. Según Correa Urquiza et al., (2006) en principio los diferentes dispositivos y espacios terapéuticos fueron creados desde un modelo clásico en los que se reducían los derechos del ciudadano.

En la misma línea, se le consulta a la terapeuta Rx por qué los pacientes duermen en una sala común, a

lo que ésta responde que la construcción del edificio tiene que ver más con un modelo antiguo de los hospitales psiquiátricos en donde la privacidad estaba casi prohibida y que lamentablemente no está dentro de sus posibilidades que esto cambie, “si bien nosotros promovemos el trabajo grupal también tratamos de preservar la singularidad y privacidad de cada paciente, en lo posible”. Lo planteado por la psicóloga podría estar relacionado con lo que refiere Rossetto (2011) respecto de que el sistema de Salud Mental se encuentra impregnado fuertemente por el modelo asilar y manicomial.

En lo que respecta a las internaciones se pudo observar que periódicamente son enviados Oficios a los diferentes juzgados y al Órgano de Revisión explicando la situación actual del paciente, el tratamiento psicoterapéutico y farmacológico que está llevando adelante y las razones de porqué continúa siendo la internación la mejor alternativa para el paciente. También existen en el mural de la oficina una grilla donde se enlista a los pacientes que están internados, en la cual está notificada la última fecha de actualización del consentimiento informado y la próxima fecha a vencer. Se puede pensar que se preserva el derecho de los pacientes a que su internación sea supervisada periódicamente (Ley N° 26.657, 2010).

Dicho esto, se infiere que la creación del Órgano de Revisión tiene que ver con un reconocimiento por parte del estado de la salud como un bien público y garantizar las mejores condiciones de la misma (Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre DDHH, 1988).

Por otro lado, y en relación al derecho de los pacientes de ser informado adecuadamente respecto de su salud y tratamiento (Ley N° 26.657, 2010) se observa en una entrevista que M sostiene con R, antes de ser evaluado por la psicóloga representante de su obra social, cómo le explica al paciente su situación en el servicio “entendemos por qué no estás muy a gusto en este servicio y comprendemos que no es el adecuado para ti, por lo que estamos tramitando tu traslado a un lugar más acorde a tus necesidades, consideramos que tienes un montón de capacidades que en otro lugar vas a poder desarrollar mejor, otros profesionales te podrán ayudar más que nosotros”.

Si bien se le explica a los pacientes a cerca de su tratamiento y de los trabajos que se realizan en el servicio, no se observa situación alguna en la que el equipo profesional le permita tomar decisiones en relación a esto, más que el asistir o no al espacio terapéutico.

Tampoco se observa que los pacientes dentro del servicio sean discriminados por su cuadro patológico o que sean objeto de investigación o tratamientos experimentales. Se puede pensar que ambos derechos de los pacientes, descriptos en el artículo 7° de la Ley de Salud Mental han sido respetados.

Cuando se le pregunta a Rocío (una de las terapeutas) a cerca de la situación en el hospital en relación a los DD HH, refiere que se han cometido desastres “en una ocasión fui a hablar con la jefa del piso por la situación del traslado de R (quien tiene diagnóstico de retraso mental moderado), me dijo que ella también tiene un paciente que no debería de estar en el servicio y me sugirió en estos términos: *te cambio un débil por otro débil*; ella habla en esos términos y eso que es jefa de piso”.

Los pacientes tienen distintos espacios rehabilitatorios, en los que realizan trabajos artesanales que luego son vendidos en diferentes ferias a las que asisten semanalmente o a las que son invitados. Lo recaudado en dichos espacios es utilizado para la compra de nuevos materiales y la repartición entre los pacientes; se puede observar que la que lleva a cabo dicha tarea es la tallerista quien es la coordinadora de dichos espacios.

Se le consulta a la tallerista cómo hace para que la repartición sea equitativa a lo que responde que los pacientes que realizan los objetos que luego son vendidos en las ferias (macetas, alfombras artesanal, delantales, remeras, etc.) son los que reciben un mayor porcentaje, después el restante es repartido entre los demás pacientes que participan menos o directamente no participan. Esto se puede relacionar con el derecho de recibir una compensación justa por los trabajos realizados que luego son comercializados y no se evidencia que los pacientes sean sometidos a trabajos forzados, de hecho si alguno no quiere participar de los talleres puede no hacerlo (Ley N° 26.657, 2010).

5.3 Describir y analizar el rol de Psicólogo en relación a la Ley 26.657.

Para hablar acerca del rol del psicólogo en el servicio, se tomaron como referencia diferentes espacios terapéuticos en los que él mismo participa; así como las entrevistas que fueron realizadas.

Como ya se mencionó, las prácticas de cada profesional están reguladas por la Ley de ejercicio profesional de su área. En el caso de la práctica en psicología se encuentra regulada por la Ley 23.277 y

la Resolución 2447 que norma las incumbencias del ejercicio profesional. Cuando se consulta a la terapeuta de planta acerca del rol del psicólogo dentro del servicio, refiere que el mismo trabaja desde un lugar distinto al de todos los servicios del hospital ya que operan bajo un programa llamado *Programa de Rehabilitación e Inserción Social (PRIS)*, el cual fue creado por el equipo de profesionales (psiquiatra, psicólogos, terapeuta ocupacional, tallerista) y aprobado por la Dirección General de Salud del Gobierno de la Ciudad de Bs. As.

La creación de este programa guarda relación con una de las incumbencias del psicólogo que son descritas en la Resolución 2447 (1985), donde se establece que el mismo puede participar en la planificación, ejecución y evaluación de planes y programas de salud y acción social desde la perspectiva psicológica. Se infiere además, a partir de la creación de este programa por diferentes profesionales, que hay un trabajo interdisciplinario llevado a cabo el cual es estipulado por la Ley 26.657 (2010) en su artículo 8°, en donde se sostiene que la atención en Salud Mental debe ser interdisciplinaria, es decir, por un equipo de profesionales y técnicos facultados.

En relación a la interdisciplinaria, Sánchez Vidal (2002) sostiene que la misma requiere una coordinación entre los profesionales de distintas áreas, en donde los límites de cada una sean permeables para llevar a cabo un intercambio significativo facilitando la integración. Según Juntsch (1979), es una metodología para abordar las situaciones complejas en donde el saber es construido en forma colectiva y no solo el trabajo conjunto de distintos profesionales.

Esto último mencionado se relaciona con lo dicho por M, cuando sostiene que el conocimiento dentro del servicio se ve nutrido por los diferentes integrantes del equipo profesional, en donde cada uno de ellos aporta su perspectiva en relación a alguna problemática y co-construyen la mejor alternativa posible. “Además, se trata de ser coherentes ya que nosotros le pedimos a los pacientes que funcionen de manera grupal, y hacer que la información circule entre nosotros”.

También se observa en una de las reuniones de equipo, en donde se trae a colación la situación de un paciente (J) que se encontraba psíquicamente descompensado quién, por dicha razón, no tendrá permiso de salida al día siguiente; el jefe de servicio sugiere que elaboren entre todos una intervención estratégica para contener al paciente en caso de que tenga una crisis ante la noticia de que no podrá salir. Las terapeutas y la tallerista procedieron a aportar sus ideas de cómo intervenir y cómo manifestarle al paciente de que no iba a salir, se arribó a la conclusión de que el padre sería un buen recurso para vehicular la medida, es decir, el papa le transmitiría a J que ese fin de semana no iría a la casa.

M, una de las terapeutas, refiere que no considera ésta alternativa factible ya que “no sabemos cómo se lo transmitiría”. A pesar de no estar de acuerdo con la intervención accede a ella, sosteniendo que “si ustedes consideran que es una buena idea, está bien” pero que hay que psicoeducar al padre de J. Aquí se puede evidenciar el trabajo de construir entre todos el saber al que refiere Juntsch (1979).

Cuando se le pregunta a los psicólogos acerca de cómo es la adecuación al trabajo interdisciplinario que implementa la Ley; la terapeuta M sostiene, que es el modelo desde el cual ellos han trabajado en el servicio durante años. Por otro lado, refieren que ha sido importante para su profesión que la Ley reglamente este modelo y que le dé otro lugar al psicólogo, ya que no todos los servicios trabajan de esta forma y el papel del psicólogo muchas veces ha sido menospreciado y “basureado”.

Retomando otra de las incumbencias del psicólogo, le es pertinente a éste profesional efectuar tratamientos psicoterapéuticos de acuerdo con diferentes modelos teóricos (Resolución N° 2447, 1985), esto guarda relación con lo dicho por la terapeuta, cuando sostiene que desde este programa, el rol del psicólogo es “acompañar el proceso individual de los pacientes pero realizar intervenciones grupales con el fin de promover una inclusión social, las intervenciones las creamos a partir de la salud es decir promovemos las capacidades que ya tiene el paciente y/o trabajamos para el desarrollo de otras nuevas”. Por otro lado, se observa que los profesionales del servicio mantienen un trabajo continuo de psicoterapias grupales, familiares (en los casos que es posible) e individuales; dichos espacios son coordinados, por lo menos, por dos profesionales ya que según refiere una de las terapeutas (R) en las entrevistas realizadas “así se tiene dos visiones distintas de la misma situación, lo cual resulta más rico”.

En el mismo eje de las incumbencias, se puede observar que existen espacios de *psicoterapia grupal*, *psicoterapia familiar* y la *asamblea de convivencia* en los que se intenta esclarecer el entramado familiar de los pacientes, así como los conflictos grupales que surgen de la convivencia entre ellos. En una de las asambleas de convivencia uno de los pacientes (R) plantea que fue agredido físicamente por

G durante el fin de semana, en relación a ello se les devuelve que no es la forma correcta de relacionarse y además se les explica que G no se encuentra en uno de sus mejores estados, por lo que, ante cualquier actuar inapropiado del mismo den aviso a enfermería. También, en el espacio de psicoterapia grupal se trabajó, durante un tiempo, respecto de criterios profilácticos por el cuadro clínico de Julián quien fue diagnosticado con hepatitis C y así evitar riesgos mayores. Esto que se pudo apreciar en estos espacios guarda relación con la competencia del psicólogo de orientar y esclarecer los conflictos interpersonales e intergrupales en el contexto de la estructura y dinámica de las instituciones (Resolución N° 2447, 1985).

Por otro lado, según el programa del servicio así como los profesionales del mismo, el foco del trabajo está puesto en la rehabilitación para la reinserción con inclusión a nivel social, laboral y comunitario de los pacientes. Según refiere M, dicho trabajo rehabilitatorio promueve las capacidades que ya tienen los pacientes y otras nuevas así como “poder viabilizar lazos saludables y construir nuevas historias, mostrándole otras posibilidades de relacionarse e incluirse” ya que se infiere que por las formas anteriores de relacionarse es que llegaron a la internación.

En las observaciones se puede apreciar, que los pacientes transitan los diferentes espacios con una perspectiva hacia el afuera. En los dos talleres artesanales los pacientes realizan pintura sobre macetas, pintura sobre madera, alfombras artesanales, además tienen un taller extra hospitalario de serigrafía, al cual asisten semanalmente y donde hacen serigrafía sobre remeras, delantales, bolsas reutilizables, entre otros; dichas elaboraciones son vendidas por ellos mismos en la feria a la que asisten semanalmente y a las que eventualmente son invitados. Estos espacios están coordinados por una terapeuta y la tallerista, y los pacientes concurren de forma voluntaria.

También, existen talleres de *Actividades de la vida cotidiana* donde se observa que se trabaja con los pacientes acerca de temas como la administración del dinero, el uso del celular, la higiene personal entre otras temáticas. En una ocasión, muchos de los pacientes se estaban quejando del molesto olor de R quién hacía ya varios días que no se bañaba. Se trabaja con R y con todos los pacientes la importancia del aseo personal y el mantenimiento de la higiene en general; R se compromete, por lo pronto, a bañarse día por medio y Mx (la terapeuta que coordina dicho espacio) le devuelve que es necesario que lo haga diariamente.

El taller de *Recreación*, en este espacio se trabaja en relación a la administración del tiempo libre de los pacientes, que ellos puedan realizar actividades placenteras durante su tiempo de ocio, esto es a partir de las inquietudes y dificultades que manifiestan los pacientes tener en los tiempos de ocio y el “miedo” que refieren sentir en el afuera. Según reseña Meri, la mayoría de los pacientes manifiestan ciertos miedos al salir del hospital por lo que el equipo terapéutico trabaja sobre estos miedos “que no son más que supuestos que ellos han construido”, trata siempre de estimular las salidas mostrándoles que las mismas son un primer acercamiento con el mundo exterior.

El taller de *Estimulación cognitiva* se organiza en base a las características y necesidades de cada paciente, el objetivo del taller es poder mantener estimulada las capacidades de cada paciente, conseguir una evolución en el caso que exista algún deterioro en alguna de las áreas y en lo posible desarrollar nuevas capacidades.

Y el taller de *Orientación laboral y reinserción socio-comunitaria* se puede pensar como el taller con la perspectiva de externación más explícita ya que en el espacio las temáticas abordadas son en relación a la funcionalidad en el afuera de los pacientes y cómo pueden enfrentar al ambiente del que han sido extraídos temporalmente. En una ocasión, uno de los pacientes (S) refiere que él no puede trabajar ni acercarse a las demás personas, a menos que no sean los del hospital, que por ello ha dejado de ir a la feria los domingos y no sabe por qué. La terapeuta M, le devuelve que justamente este espacio es para trabajar estos aspectos e ir acercándose poco a poco a la comunidad; por ejemplo en las salidas diarias que tienen permitidas, las salidas a los congresos y las salidas semanales a la feria, donde se relacionan con distintas personas no como pacientes sino como trabajadores, ya que ustedes van a vender los artículos que han realizado en los diferentes espacios de rehabilitación.

Todo lo antes mencionado, estaría relacionado con la competencia descrita por el Ministerio de Educación en la Resolución 2447 (1985), respecto de que psicólogo puede realizar tareas de rehabilitación laboral y social para con los pacientes. Por otra parte, se puede pensar que el equipo de profesionales del servicio trabaja desde una concepción Tecnocrática-Normativa la cual intenta readaptar al paciente a la sociedad y donde se incorpora el trabajo interdisciplinario (Stolkiner, 1988).

Por otra parte, se puede dar cuenta, que las historias clínicas de los diferentes pacientes contienen en sus primeras páginas el diagnóstico presuntivo de cada uno y los criterios por los que se recurrió a la internación como un recurso terapéutico. También se comprueba que las mismas contienen las descripciones y evoluciones de cada paciente, dichas descripciones son emergentes de las entrevistas que sostienen los terapeutas con éstos. Lo último informado hace referencia a todo un seguimiento del “proceso singular de cada paciente” al que refiere M y a una de las tareas que le son pertinentes a éste profesional como la de poder efectuar un diagnóstico y llevar el seguimiento psicológico de los pacientes (Resolución N° 2447, 1985).

Por otro lado, otro artículo que es menester referenciar al hablar del rol del psicólogo es el 13° de la Ley 26.657, pues allí se establece que los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones de ocupar cargos de los servicios. En relación a esta temática, la psicóloga de planta sostiene que sería interesante un servicio a cargo de un psicólogo y quizás diferente por la postura de cada profesión pero, al menos en este servicio, ella considera que no cambiaría mucho puesto que la relación entre los profesionales es más horizontal y quizás en otros no sea de esta forma. El psiquiatra dice “sería interesante algo así” y no refiere alguna otra cosa. Si bien ambos consideran interesante la propuesta, no lo ven como algo viable ya que “el sistema está muy estructurado para que los médicos sean los jefes y esto lleva años, difícil de reconstruir eso”.

Estas respuestas se relacionan con lo planteado por Kraut y Diana (2011), quienes hablan de la hegemonía de la psiquiatría instalada durante años y de la democratización de la responsabilidad que propone la Ley 26.657. Por otra parte, desde el terreno de la especulación, se puede inferir por ciertos gestos (movimiento de la cabeza, sonrisa sarcástica), que es algo con lo que no estarían de acuerdo o al menos no lo considerarían factible.

Otra novedad que incluye la Ley y que hace repensar el rol del psicólogo es lo establecido en relación a las internaciones y externaciones, que las mismas deben de estar firmadas por dos profesionales del equipo y que una de las dos firmas debe de ser psiquiatra o psicólogo. Cuando se le pregunta al psiquiatra al respecto responde que “considero pertinente que la firma del psicólogo esté presente ante la internación o la externación de un paciente pero me parece que la firma del psiquiatra no debe de faltar ante estas situaciones”, refiere que el paciente que va a ser internado y externado debe de haber sido evaluado antes por un médico psiquiatra, puesto que la mirada médica el psicólogo no la tiene.

Esto manifestado por el psiquiatra evidencia lo dicho por Kraut y Diana (2011) que sostienen que muchos psiquiatras consideran que la firma del médico psiquiatra debe de figurar en todos los casos de internación ya que existen muchas enfermedades orgánicas que se exteriorizan a través de síntomas de trastornos mentales y solo ellos están capacitados para realizar diagnósticos diferenciales que impidan cometer errores.

Respecto a esta temática lo que se pudo observar es que la posibilidad de externación de algún paciente es algo que se va construyendo en equipo, se estudia la particularidad de cada paciente, la viabilidad de dicha medida y se intenta prevenir causas que puedan dar lugar a una reinternación; esto estaría relacionado con el trabajo interdisciplinario que los mismos han sostenido tener durante las diferentes entrevistas.

En uno de los espacios de psicoterapia grupal, uno de los pacientes (My) plantea que al tener el alta le gustaría irse a vivir con un compañero (Ry); cabe destacar que ambos pacientes están próximos a la externación del hospital con mantenimiento de ratamiento ambulatorio. Dicha propuesta de externación conjunta fue tomada por las erapeutas que coordinan el espacio y planteada en la reunión de equipo como para ir ensando la posibilidad de realizarla y cuáles serían los diferentes escenarios posibles dada la situación.

Algo que está presente en los distintos profesionales respecto a la externación de os pacientes, es la demanda de dispositivos intermedios que permitan a estos últimos un acercamiento progresivo con el afuera; la psicóloga M refiere en una oportunidad “todo lo que dice la Ley está bárbaro, la externación de los pacientes... perfecto, pero ¿Dónde están los dispositivos alternativos a los hospitales?, Hay una casa de medio camino con disponibilidad como para ocho personas, damos el alta y ¿Dónde mandamos al paciente, al mismo lugar de donde vino para que tenga una reinternación y todo el deterioro que lleva consigo esto?”. Todo lo dicho va acompañado por gestos y ademanes que permiten especular cierta indignación. A propósito, se le consulta quiénes serían los encargados de la creación de estos

dispositivos y ella responde que la Dirección de Salud Mental de la Ciudad debe de presentar el proyecto ante el Ministerio de Planificación y Desarrollo de la Ciudad.

Cuando M es consultada acerca de porqué considera que el psicólogo es idóneo para realizar las tareas anteriormente desarrolladas, sostiene que si bien el psicólogo como profesional posee herramientas como la escucha y un posicionamiento más subjetivo respecto a lo que pueda decir o no el paciente dichos “recursos son construcciones” que se van creando en el desarrollo del tratamiento; “se trata de poder leer claramente los objetivos pero desde una mirada interdisciplinaria”. Manifiesta que le cuesta poder dar una respuesta específica a la pregunta ya que considera que las herramientas con las que cuenta el terapeuta así como los demás profesionales son una construcción.

6. CONCLUSIONES

En el presente trabajo de integración se ha descrito el impacto que generó la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, en las prácticas terapéuticas de los profesionales en el servicio de un hospital psiquiátrico. Para ello se describió el desarrollo socio-histórico de la Salud Mental, también se analizó el rol del psicólogo dentro del servicio en relación a la Ley 26.657 y se describió la situación actual de los Derechos Humanos en el Servicio.

En relación al análisis del impacto de la Ley 26.657 en la prácticas terapéuticas se puede concluir, que si bien la Ley ha generado modificaciones importantes en estas prácticas no ha podido hacerse efectiva cabalmente, esto es porque aún permanecen formas de operar desde un modelo asilar-manicomial, así como también se mantiene un poder hegemónico del modelo médico psiquiátrico que según Rossetto (2011) condiciona el campo de Salud Mental.

En la misma línea, se concluye que muchos de los profesionales trabajan desde el modelo Tradicional (Escudero, 1986) que pone el foco sobre la biología y que corrigiendo la disfunción cerebral se puede corregir la patología; esto da cuenta de la implementación a veces excesiva y deliberada, de los psicofármacos por algunos psiquiatras cuando la Ley establece que el uso de los mismos debe de ser únicamente con fines terapéuticos y en el marco de tratamientos psicoterapéuticos.

En materia de las internaciones, las mismas deben y son notificadas al Órgano de Revisión así como a los Juzgados correspondientes, todo con el objetivo de que éstas no se extiendan más del tiempo que requiera el tratamiento del paciente. La creación del Órgano de Revisión fue valorada positivamente por los diferentes profesionales del servicio ya que ambos tienen como fin último lo mejor para el paciente. Por otro lado, como se pudo observar los representantes legales de los pacientes, realizan intervenciones en relación al tratamiento de los mismos desde el marco del derecho, que en algunos casos son consideradas como inapropiadas por los profesionales de salud. En relación a la situación actual de los Derechos Humanos en el servicio, se concluye, que algunos de estos se preservan como lo son el derecho de ser tratado con la alternativa terapéutica que le permita inclusión familiar, social y laboral; desde el servicio se trabaja arduamente con la inclusión de los pacientes no desde el lugar de enfermo o paciente sino desde el lugar de ciudadano, una inclusión que como refiere la terapeuta le permita crear vínculos saludables. Durante mucho tiempo los usuarios del servicio de Salud Mental han sido excluidos y discriminados por la sociedad ya que se los consideraba peligrosos, la nueva concepción de la Ley 26.657 busca generar un cambio también a nivel social donde se los contemple como personas en riesgo.

El psicólogo en el servicio cumple con distintos y variados roles, desde la coordinación de espacios psicoterapéuticos hasta gestiones de cambio de institución de algunos pacientes que requerían otro dispositivo. Los terapeutas del servicio operan focalizándose en la rehabilitación y la inserción social, comunitaria y laboral de los pacientes que según refiere Stolkiner (1988), responde a una modalidad Tecnocrática- Normativa. Por otro lado, se puede concluir que existe aún cierta resistencia por parte del psiquiatra a cumplimentar lo establecido por la Ley, en relación al psicólogo como agente de internación.

Algunas de las limitaciones que se presentaron al realizar este trabajo integrador fueron la recolección de información en relación a cómo funcionaba antes el servicio y el poco tiempo disponible para realizar las entrevistas a los distintos profesionales, las mismas fueron reprogramadas varias veces, debido a

diversas situaciones contingentes. Por otro lado, la situación actual de los DD HH dentro del servicio quedo en un plano meramente descriptivo cuando se podría analizar y pensar desde otro lugar dicha situación.

En los hospitales psiquiátricos públicos, la mayoría de las veces no se cuenta con los recursos ni medios necesarios para viabilizar ciertas medidas, como por ejemplo la falta de acompañamiento terapéutico, la falta de dispositivos intermedios para la externación, entre otros. Ante este déficit los profesionales se ven, en muchos casos, siendo interventores y generando estrategias innovadoras para alcanzar el objetivo. A través de este proceso, el profesional se arma de herramientas que a veces desconocía y que le permiten enfocar desde diferentes ángulos la misma problemática con el fin de obtener la alternativa mejor. La confección del trabajo integrado permite obtener mayor conocimiento teórico en relación a la Ley, como se llega hasta aquí y la reacomodación de todo el sistema para poder implementar la misma. En la misma línea, permite pensar las prácticas terapéuticas centradas en un sujeto de derecho.

Desde una perspectiva crítica, se considera necesario desnaturalizar el poder hegemónico psiquiátrico, modelo carcelario y manicomial con el que aún se procede en el hospital, denunciando ciertas prácticas inapropiadas y que violan los derechos de muchos de los pacientes. Por otro lado, se considera inapropiado el actuar de algunos representantes legales de los pacientes debido a que, a veces tienen entrevistas con sus representados sin mediar dialogo con el equipo tratante y realizan intervenciones que en ocasiones han representado retroceso para la evolución del paciente.

Se puede pensar que dicha forma de proceder es porque durante muchos años los servicios de Salud Mental han sido considerados por los profesionales actuantes de este campo como propio, y donde no tiene incumbencia otro profesional. En relación a esto último se puede recomendar que el equipo tratante solicite entrevista con el representante legal para poder establecer la mejor estrategia de intervención posible.

Por otro lado, es necesario que los pacientes que reúnan los criterios necesarios para un alta, sean externados. No quedarse en el discurso de que no existen los dispositivos alternativos a la internación, sino hacerse efectores activos de la creación de dichos dispositivos.

Luego del estudio y participación en el tema de Salud Mental y los DD HH en instituciones públicas, se considera necesario investigar y trabajar más en la capacitación de los profesionales que trabajan dentro del campo, así como también un análisis de los DD HH en relación a los usuarios de los servicios. Por otro lado, investigaría la valoración que tienen los profesionales de la Ley 26.657, puesto que se evidencia cierta resistencia a la implementación de la misma.

Por último, se considera necesaria la implementación de políticas de estados en Salud Mental, que permitan el resguardo y la integridad de los DD HH de los pacientes, así como de los usuarios indirectos (familiares) que juntamente han sido marginados y discriminados.

7. REFERENCIAS

- Almeida, J.M.C., (2005). Estrategias de cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en la nueva fase de la reforma de los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana Salud Pública*. 18(4/5), 314–26.
- Almeida, J.M.C., (2007), Logros y Obstáculos en el Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental en los países de Latinoamérica y el Caribe después de la Declaración de Caracas. En Rodríguez J.J. (Ed.), *La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. (pp. 21-43). Washington, D.C. OPS.
- Alvaro, J. L. (1992), “La salud Mental”. En Roman Reyes. (Ed.), *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales* (pp 1-2). Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Amico, M. C., (2005), *La Institucionalización de la Locura*, Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- Barrionuevo, H. H., (2006), Indicadores de Accesibilidad y Desempeño de la Internación en Psiquiatría. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 17, 48-54.
- Chiarveti, S., (2008), La Reforma en Salud Mental en Argentina: Una Asignatura Pendiente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17, 173-182.
- Correa Urquiza, M., Silva T.J, Belloc M.M. & Martínez Hernáez A., (2006), La evidencia Social del Sufrimiento. Salud Mental, Políticas Globales y Narrativas Locales. *Cuaderno del Instituto Catalán de Antropología*, 22, 47-69.
- Declaración de Caracas, (1990), *Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*. Washington, D.C. OPS.
- Escudero J.C., (1986), Problemas de Salud de la Población Argentina. *Revista Salud y Sociedad*, 12.
- Foucault M., (1990), *Historia de la Locura en la Época Clásica*, México: Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E., (1990), *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*, Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Galli, V., (1986), *Salud Mental: definiciones y problemas*, Buenos Aires Argentina: Dirección Nacional de Salud Mental.
- Garay, C.J. & Korman, G. P., (2008), Guías Clínicas en Salud Mental: Situación en Argentina. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 19, 491-495.
- Gómez, P., Giacomi, I.R., Rodríguez, L. & Spinelli, G., (2011). Los Diagnósticos como forma de Discriminación. En E., Blanck (Ed.). *Panorámicas de Salud Mental: Aun año de la Ley Nacional N° 26.657*(pp. 93-112). Buenos Aires, Argentina: Eudeba.
- Kraut, A. (2006). Derechos Humanos y salud mental en Argentina. En Emiliano Galende y Alfredo Kraut (Eds). *El Sufrimiento Mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Juntsch, E. (1979).Hacia la Interdisciplinariedad y la Transdisciplinariedad en la Enseñanza y la Innovación. En Apostel, Léo, Guy Berger, Asa Briggs & Guy Micaud. *Interdisciplinariedad. Problemas de la enseñanza y de las investigaciones en las Universidades*. Austria: ANUIES.

Kraut, A.J. & Diana N. (2011). Derechos de las Personas con Discapacidad Mental: Hacia una Legislación Protectoria. En E., Blanck (Ed.). *Panorámicas de Salud Mental: Aun año de la Ley Nacional N° 26.657*(pp.31-72). Buenos Aires, Argentina: Eudeba.

López, A.E. & Vielman Díaz, H. (2014). *Cuaderno de Derechos Humanos*. República de Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Ministerio de Educación, (1985). *Incumbencias Profesionales, Resolución 2447*. Recuperado de: Ministerio de Salud, (1983). *Ley 22.914 Personas con Deficiencias Mentales, Toxicómanos y Alcohólicos Crónicos*. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/812_clinica/cursada/archivos/ley_22914.pdf. Ministerio de Salud, (2010). *Ley Nacional de Salud Mental 26.657*. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>.

Ministerio de Salud, (2013). *Plan Nacional de Salud Mental*. Recuperado de: http://bvs.psi.uba.ar/local/File/2013-1029_plan-nacional-salud-mental.pdf.

Ministerio de Salud, Dirección General de Salud Mental (2014). *Guía de Recursos y Derivación de Salud Mental*. Recuperado de: <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/saludmental>.

Navarro, V., Martínez, F. & Castellanos, PL, (1998). Concepto actual de la salud pública. *Revista Salud Pública*, 49-54. Recuperado de: <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/36578201/navarro.pdf>.

Organización Mundial de la Salud, (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/sbd46_p2.pdf.

Parra, M.A., (2014). Nacer y Crecer en Plenitud: Dispositivos de Salud Mental para el Acompañamiento de Niños y Adolescentes, sus Familias y Familias Gestantes.

Revista de Salud Pública. 18 (2), 61-69. Protocolo Adicional a la Convención Americana Sobre Derechos Humanos En Materia De Derechos Económicos, Sociales Y Culturales, (1988). *Protocolo de San Salvador*. Recuperado de: http://www.unc.edu.ar/extension/vinculacion/observatorioiddh/observatorio-de-practicas-de-derechos-humanos-2012/oea_derechoh88.pdf.

Ramos Domínguez, B., (2006). Enfoque conceptual y procedimiento para el diagnóstico o análisis de la situación de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32 (2) ,164- 170.

Rossetto, J., (2011). De la institución total a la construcción de una red de servicios en salud mental y discapacidad. El proceso de reforma en la colonia nacional montes de oca. En E., Blanck (Ed.). *Panorámicas de Salud Mental: Aun año de la Ley Nacional N° 26.657*(pp.73-92). Buenos Aires, Argentina: Eudeba.

Sánchez Vidal, A., (2002). *Psicología Social Aplicada*. España: Prentice Hall.

Stolkiner, A., (1988). Prácticas en Salud Mental. *Revista de Investigación y Educación en Enfermería*, 6 (1), 31-62.

Tykanor Kinoshita, R., (2007). En Rodríguez J.J. (Ed.), *La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. (pp. 21-43).

Washington, D.C. OPS.