

Universidad de Palermo  
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales  
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final Integrador

**DIFICULTADES EN EL PROCESO DE EXTERNACIÓN DE UN  
HOSPITAL MONOVALENTE DE UN USUARIO CON  
PADECIMIENTO MENTAL EN CONDICIÓN DE ALTA**

Alumna: Carmody, María

Tutora: Da Silva, Natalia

13 de noviembre de 2018

## ÍNDICE

1. Introducción.....	4
2. Objetivos.....	5
2.1 Objetivo general.....	5
2.2 Objetivos específicos .....	5
2.2.1 Objetivo Específico 1 .....	5
2.2.2 Objetivo Específico 2 .....	5
2.2.3 Objetivo Específico 3 .....	5
3. Marco teórico.....	6
3.1 La Salud Mental.....	6
3.1.1 Derecho a la Salud – Atención Primaria de la Salud y los Determinantes Sociales.....	7
3.1.2 La Salud Mental y los Derechos Humanos .....	10
3.1.3 Modelos en Salud Mental: Asilar versus Comunitario .....	11
3.2 El Padecimiento Mental.....	12
3.2.1 Datos Epidemiológicos de Trastornos Mentales Severos .....	13
3.2.2 Trastornos Psicóticos: Esquizofrenia .....	14
3.2.3 Algunas consideraciones sobre el tratamiento de la esquizofrenia .....	15
3.3 Atención de la Salud Mental en la Argentina .....	16
3.3.1 Antecedentes de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 .....	16
3.3.2 Concepto de Salud Mental y Abordaje Comunitario en la Normativa Vigente Aplicable .....	17
3.3.3 El proceso de Internación y Externación en la Ley Nacional de Salud Mental .....	18
3.3.4 La Interdisciplinariedad en la Normativa Vigente sobre Salud Mental. Formación del Psicólogo .....	20
3.3.5 Órgano de Revisión previsto en la Ley Nacional de Salud Mental .....	22

3.3.6 Instituciones Neuropsiquiátricas Monovalentes en la Ley Nacional N° 26.657 – Proceso de Desinstitucionalización.....	23
3.3.7 Políticas Públicas sobre Salud Mental para Personas con Padecimientos Mentales .....	25
3.4 El Poder Judicial en Relación con la Salud Mental. Organismo con incumbencia en la materia.....	27
3.4.1 Ministerio Público.....	28
3.4.2 Asesoría General Tutelar.....	28
4. Metodología.....	29
4.1 Tipo de estudio.....	29
4.2 Participantes.....	29
4.3 Instrumentos.....	30
5. Desarrollo .....	31
5.1 Desarrollo Objetivo Específico 1.....	31
5.2 Desarrollo Objetivo Específico 2.....	33
5.3 Desarrollo Objetivo Específico 3.....	46
6. Conclusiones.....	49
6.1 Resumen del Desarrollo.....	49
6.2 Limitantes .....	50
6.3 Perspectiva crítica .....	51
6.4 Aporte Personal.....	51
6.5 Nuevas Líneas o Problemas de Investigación.....	53
7. Referencias bibliográficas .....	53

## 1. Introducción

En el marco de la asignatura Práctica y Habilitación Profesional V, de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Palermo, se llevó a cabo una práctica en un organismo dependiente del Poder Judicial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que se extendió desde el mes de agosto hasta el mes de noviembre de 2018.

Este organismo tiene como principal función proponer, en su ámbito de incumbencia, acciones tendientes a exigir el cumplimiento del principio de excepcionalidad que reviste la internación como modalidad de atención, en el marco normativo vigente. Adicionalmente, impulsa otro tipo de acciones para proteger y hacer respetar los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental. Finalmente, en un plano más macro, tiene como objetivo, a través de sus actuaciones, evidenciar situaciones de insuficiencia de recursos e inequidad en el ejercicio de derechos, e incidir, de este modo, en las modificaciones necesarias de la política pública del sector.

Durante la práctica se llevaron a cabo actividades de variada índole, tales como la observación de las reuniones de análisis de los casos que gestiona el organismo, originados en los distintos puntos de atención, en las oficinas centrales o descentralizadas, a través de un 0800, o mediante correo electrónico, la recepción de demandas espontáneas y derivaciones tanto de instituciones sanitarias de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como del órgano de revisión de internaciones previsto en la normativa aplicable. Adicionalmente, se acompañó a los profesionales actuantes en el organismo, a visitas a hospitales y otros dispositivos para el seguimiento de los casos tratados.

En el presente trabajo, se analizó la situación de una persona adulta mayor de 40 años con un diagnóstico del espectro de la esquizofrenia, quien se encuentra internada en un hospital monovalente con posibilidades de contar con el alta médica y ulterior externación, pero que presenta una red de contención familiar y comunitaria insuficiente. El caso llegó al organismo del Poder Judicial, que se abocó a su seguimiento en colaboración con el equipo de salud tratante de la institución neuropsiquiátrica, y al acompañamiento en la determinación y gestión de los distintos recursos que hicieran posible su externación y rehabilitación social.

Resultó de interés observar el modo en que convergen ante un caso concreto, los distintos elementos que hacen al abordaje de la salud mental y que muestra la

complejidad que presentan el conjunto de normativas, discursos, puestas en práctica, quehaceres y subjetividades involucradas.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo general**

Analizar, en el caso de una persona adulta con un diagnóstico de esquizofrenia internada en una institución monovalente, las actuaciones de un equipo interdisciplinario de un organismo del Poder Judicial en colaboración con el equipo tratante, en el proceso de externación del paciente y los resultados de dicho proceso.

### **2.2 Objetivos específicos**

#### **2.2.1 Objetivo Específico 1**

Describir la situación de una persona adulta mayor de 40 años, con un diagnóstico de esquizofrenia y una posible alta médica, internada en una institución neuropsiquiátrica monovalente, que llega a un organismo del Poder Judicial para colaborar con su proceso de externación.

#### **2.2.2 Objetivo Específico 2**

Describir las actuaciones interdisciplinarias, desde el abordaje comunitario, llevadas a cabo por un organismo del Poder Judicial con el fin de colaborar en el proceso de externación del caso bajo análisis.

#### **2.2.3 Objetivo Específico 3**

Describir los resultados de las actuaciones realizadas por el organismo del Poder Judicial, en colaboración con el equipo tratante de la institución monovalente, y la evolución presentada de la posible externación del paciente analizado.

### **3. Marco teórico**

#### **3.1 La Salud Mental**

Saforcada (2010) sostiene que es posible distinguir dos paradigmas en salud pública, el tradicional y su vertiente de salud colectiva, y el paradigma de salud comunitaria, los que, más allá de aparecer en un eje temporal como sucesivos, presentan una tensión entre ellos de plena vigencia aún en la actualidad. El autor afirma que el paradigma tradicional, de base positivista, produce un modelo individual-restrictivo con marcados rasgos reduccionistas -biopatológicos o psicopatológicos-, dirigido a la atención de la enfermedad de las poblaciones, y característico de los esfuerzos del Estado en general, en sus distintos niveles, aunque sin presentar resultados demasiado satisfactorios. Dentro aún de este paradigma, es dable destacar el surgimiento de un desprendimiento, la salud colectiva, particularmente a partir de la experiencia de Brasil, la cual, si bien presenta avances en relación con el paradigma tradicional en cuanto a su abordaje de la realidad, lo produce desde el modelo hegemónico médico imperante. El paradigma de la salud comunitaria, por su parte, implica una mirada holística tanto sobre el sujeto como sobre la realidad socialmente construida, que abarca concepciones y prácticas con un origen alejado de los espacios de poder y académicos, y que propone un abordaje desde “el proceso de la vida implicado en el campo de la salud”, entendido como un continuum de salud-enfermedad. Como antecedentes del surgimiento de este paradigma, pueden mencionarse en EE. UU. en la década del sesenta del siglo XX la propuesta de trabajo en la comunidad con foco en la salud, promovidos en la Conferencia para Psicólogos para la Salud Mental Comunitaria en Swampscott, la creación de centros de salud mental de la llamada Ley Kennedy de Salud Mental de 1963, y a nivel local, la experiencia del salubrismo de Ramón Carrillo, mientras fuera Ministro de Salud Pública de la Nación en el período 1946-1954, que logró, primero en el mundo, una campaña exitosa de erradicación de una endemia.

### **3.1.1 Derecho a la Salud – Atención Primaria de la Salud y los Determinantes Sociales**

En línea con el surgimiento del paradigma comunitario, puede destacarse la Declaración de Alma-Ata en el año 1978, que fue el resultado de la reunión de representantes de 134 países en Alma-Ata, ex URSS, en la que se instaba a proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo. Dicha Declaración reitera postulados ya contenidos en la constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1948, en cuanto a que la salud “es el estado de completo bienestar físico, mental y social”, que no es solamente ausencia de afección o enfermedad, agregando que es un derecho humano fundamental, y que la promoción del acceso al grado máximo de salud que se pueda lograr, como objeto social de importancia para todo el mundo, requiere de la intervención de numerosos sectores sociales y económicos y no solo del ámbito de la salud (Organización Mundial de la Salud, 1978; Tejada de Rivero, 2003).

La Declaración de Alma-Ata antes citada reconoce, asimismo, la preocupación común sobre las graves desigualdades en materia de salud existentes entre países, y a su interior. Propone, además, un nivel de salud para la comunidad mundial a lograr para el año 2000, consistente con una vida social y económicamente productiva, a través de la *atención primaria de la salud* (APS). Dicha APS es definida como aquella asistencia sanitaria esencial, a disposición de toda la comunidad y de sus integrantes, a través de su participación plena, basada tanto en metodologías como en tecnologías prácticas, con fundamento científico y social aceptables y a costos que puedan ser soportados por las naciones (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Vignolo, Vacarezza, Álvarez, y Sosa (2011) advierten que la estrategia de APS contenida en la Declaración de Alma-Ata antes mencionada, es entendida como un avance en la dirección de la superación de los modelos biomédicos, los cuales, focalizados en la enfermedad, priorizan servicios curativos, de alto costo, y se basan en establecimientos de segundo y tercer nivel. La APS en vez, propone modelos que se basan en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, a un costo razonable, como fuera mencionado. Para los autores citados, la APS no constituye una atención de segunda clase para aquellos sujetos vulnerables, social y económicamente, sino que, por el contrario, se trata de una estrategia abarcativa de todos los sectores sociales.

Tejada de Rivero (2003) señala que han existido diferentes interpretaciones del concepto de APS, algunas surgidas de las traducciones de los términos del idioma original de la Declaración de Alma-Ata. En particular, distingue el significado de “cuidado”, como correspondiente en español del vocablo original “care”, versus el término “atención” con el que fue traducido, puntualizando que el cuidado implica relaciones horizontales, simétricas y participativas, en comparación con la atención que tiene implicadas connotaciones más verticales y asimétricas. Por su parte, y en cuanto al vocablo “primario”, el autor refiere que puede interpretarse tanto como aquello más básico, y tal vez por ello, primitivo, de bajo costo y correspondiente a un primer nivel de atención, como asimismo, darle una interpretación de “primario”, “esencial”, lo que sería, según su opinión, la interpretación que correspondería hacer de la APS, formando parte de todo el sistema -y no circunscripto a un nivel-, multisectorial, y entendida como su función central y núcleo principal.

Stolkiner y Ardila Gómez (2012), en relación al proceso de salud-enfermedad-atención, se refieren al uso más reciente de “cuidado” en lugar de “atención”, y coinciden con Tejada de Rivero en señalar que el cuidado tiene una connotación más abarcativa e integral que la atención, que le quita a las instituciones y agentes de salud, ese lugar central autoconcedido en el proceso salud-enfermedad, para dar espacio a las acciones de salud que se producen de modo espontáneo en la vida de las comunidades y los individuos que las conforman.

La Organización Mundial de la Salud (2009), en referencia al abordaje comunitario de la salud, sostiene que éste implica considerar los determinantes sociales de la salud -en general y, dentro de ella, a la salud mental-, que incluye todas aquellas condiciones que afectan el ciclo vital de las personas que viven y se desarrollan en sociedad, y que son producto de la distribución de recursos y de políticas a todos los niveles, tanto globales como locales. En particular, señala que esos determinantes explican mayoritariamente las inequidades en el acceso a la salud, consideradas como injustas y evitables.

Rovere (2004) señala que la salud como derecho, por simple que parezca su enunciado, requiere de un complejo entramado en su aplicación para no constituirse solo en un ideal y pueda ser considerado como una meta alcanzable. En ese sentido, puntualiza que su concreción demanda una conceptualización correcta, una legislación acorde y condiciones equitativas en distintos ámbitos de aplicación. Para el autor, no



basta la formulación teórica de un acceso igualitario, sino que resulta necesario que esa igualdad garantizada se traduzca en equidad en modos concretos. A ese respecto, distingue en el derecho a la salud, tres tipos diferentes de dimensiones complementarias de la equidad, a saber: (i) la equidad en la protección y disminución de riesgos por causas evitables; (ii) una equidad en la atención, condicionada por el acceso geográfico, cultural y a recursos disponibles relacionados con el estado de necesidad; y por último, (iii) una equidad de información y distribución del “saber y poder en salud”, que implica no sólo información pasible de ser comprendida, sino asimismo, una activa participación tanto de los sujetos como de las comunidades, a través del respeto por la diversidad cultural y su empoderamiento.

Para que lo anteriormente mencionado posea condiciones de posibilidad, resulta necesario que se fortalezca lo público sobre lo privado, se limiten los marcados intereses económicos sobre el sector que condicionan los sistemas de salud, y que sostienen la reproducción de las importantes inequidades antes aludidas (Acero Aguilar, Caro Roa, Henao Kaffure, Ruiz, & Sánchez, 2013).

Un abordaje comunitario en la salud pública significa reconocerle al individuo y a la comunidad la posibilidad de mejorar su situación a través de un incremento en el poder -y control asociado- sobre sus determinantes, y la posibilidad de influir tanto en la planificación de la salud como en su gestión (Desviat, 2001).

En ese sentido, Saforcada, de Lellis y Mozobancyk (2010) observan que aquellos determinantes con una influencia mayor en la salud no son precisamente los que emergen del propio sector, sino que pueden hallarse en otras áreas tales como la educacional, trabajo, empleo e ingresos, vivienda, alimentación, seguridad, entre otras. De allí que, para los autores, pueda señalarse que resulta más conveniente diseñar una intervención que convierta a los ambientes en más saludables, en vez de pretender “curar a los individuos” aisladamente.

De Lellis, Interlandi y Martino (2015), por su parte, señalan en relación con la estrategia de abordaje a la problemática de salud, que el modo de vida de una sociedad, las condiciones de vida de un grupo dentro de ella y el estilo individual de un sujeto al interior de ese grupo, considerados como factores determinantes de la salud, pueden ser comprendidos como un sistema “complejo, jerárquico y abierto”. Dentro de ese sistema, cada nivel superior tiene subsumido a los otros, no obstante hallarse constituidos, cada

uno de ellos, como un nivel con una organización en sí mismo. Los autores destacan que las relaciones de determinación tendrán consecuencias diferenciadas en el tiempo, presentando los niveles generales efectos más estables y permanentes, y, por el contrario, se observarán efectos más cortos e intensos en los niveles singulares. Esta situación, a su vez, opera como condicionante de las intervenciones a realizar en los distintos niveles del sistema, y está en estrecha relación con las expectativas de modificaciones y efectos pretendidos en un momento particular.

### **3.1.2 La Salud Mental y los Derechos Humanos**

Como fuera mencionado, la Declaración de Alma-Ata le confiere al derecho a la salud, su inclusión como parte integral de los derechos humanos (Organización Mundial de la Salud, 1978).

En un enfoque centrado en la protección de esos derechos, adquiere relevancia la progresiva autodeterminación del individuo en relación con su salud mental, señalando la importancia del respeto a la voluntad del sujeto, de su participación en la elección del tratamiento para su padecimiento y sus consecuencias, y a la confidencialidad que cualquier acto terapéutico demanda como condición, asegurando los principios de autonomía y dignidad (De Lellis, 2014).

Por su parte, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas (2006), que fuera aprobada por la República Argentina dos años después, reconoce el derecho a vivir en su propia comunidad a todas las personas con una discapacidad, en igualdad de condiciones que el resto de la sociedad, impidiendo que sean forzados con arreglo a un sistema de vida específico que implique el aislamiento del individuo con respecto a su grupo de pertenencia; y que garantice el acceso a servicios de asistencia domiciliaria, inclusive aquellos de apoyo comunitario y asistencia personal que faciliten su existencia.

Como se señalará más adelante, la consideración de la salud mental desde la perspectiva de derechos humanos ha sido receptada explícitamente en el actual marco normativo sobre la materia en la Argentina, y constituye un avance sobre momentos históricos en los que estos derechos se omitían o vulneraban. No obstante, y más allá de su inclusión en el ordenamiento jurídico, si no se traduce en una participación social y activa movilización de los grupos afectados, resulta de cumplimiento efectivo poco probable (De Lellis, 2014).

### 3.1.3 Modelos en Salud Mental: Asilar versus Comunitario

El modelo asilar en salud mental enmarcado en el paradigma tradicional mencionado en el punto 3.1 anterior, presenta un origen íntimamente relacionado a las condiciones sociohistóricas en la Europa del Siglo XVI, en las que asolaban padecimientos como la lepra y las enfermedades venéreas, a las que se sumó más adelante, la locura, la sinrazón, y que dieron lugar a una *conciencia social de exclusión y encierro* (Foucault, 1967).

El recorrido histórico del modelo asilar evidencia la relación asimétrica de poder entre el médico y el internado, la condición de excluido de este último, la pérdida para el sujeto de derechos sociales producto del confinamiento, y el tratamiento como algo impuesto al individuo desde afuera con sometimiento, en términos de castigo y segregación. La Revolución Francesa en el Siglo XVIII, y la aparición de los derechos del hombre y su reivindicación, se encontraron con estas condiciones de encierro que garantizaban la protección de la razón y de la sociedad, en contradicción con la libertad individual como derecho inalienable que postuló la Revolución. No obstante, esto se resolvió a favor de promulgar un orden, relacionando la razón a la libertad -solo puede ser libre quien la reconoce y acepta-, que permitió que la sociedad pudiera hacerse cargo del cuidado y asistencia del irracional. En un plano jurídico, se legisló a favor del cercenamiento de sus derechos civiles, emergiendo el curador como la figura responsable del ejercicio de esos derechos perdidos por cuenta del insano (Galende, 1990).

La locura, por su parte, se volvió objeto de conocimiento, y, en consecuencia, pasible de ser observada y descripta. Se incorporaron, posteriormente, indicaciones morales en relación con los valores burgueses relativos al orden, a la autoridad y al castigo, que aún se sostienen en la concepción más positivista de la locura como enfermedad mental, y como objeto de estudio científico. Surgió luego, la medicalización como tratamiento obligatorio y el asilo como el asiento de realización de las relaciones de poder de la psiquiatría. El único sujeto presente en la psiquiatría positivista es el psiquiatra con su supuesto saber que sostiene la objetivación del paciente en la relación. Es interesante puntualizar que, no obstante el devenir en momentos posteriores de la evolución de la psiquiatría en los que se incorporó la dimensión del sujeto, el lenguaje y a la escucha como parte de la relación médico-paciente, poco se modificó la situación del internado en los asilos. Es recién en el Siglo XX cuando comienzan a emerger las

críticas tanto al modelo positivista en el cual se basa la psiquiatría como a la práctica de aislamiento en las instituciones asilares (Galende, 1990, 2012).

En ese sentido, la Declaración de Caracas emanada de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud (1990), se aleja del modelo convencional, asilar, de aislamiento en la atención a la problemática de salud mental, que no hace más que incrementar la discapacidad social del individuo. Promueve, por el contrario, un modelo alternativo de atención, encuadrado en una estrategia centrada en la comunidad y dentro de sus redes sociales, instando a que las legislaciones de los países se adecuen en consecuencia, y permitan asegurar el respeto de los derechos humanos de los sujetos afectados, con el consiguiente desarrollo de servicios comunitarios que hagan posible su cumplimiento.

Desviat (2001), por su parte, destaca el corrimiento que propone el modelo de atención de la salud mental comunitaria, que va de la singularidad del enfermo a lo colectivo, del sistema manicomial a un locus de cuidado comunitario, que ya no se sostiene solo desde la psiquiatría, sino que, en vez, demanda un equipo conformado por distintas disciplinas. Este desplazamiento conlleva consecuencias importantes en términos de demandas de trabajo territorial, la universalización de los derechos y servicios, y contar integralmente con los recursos disponibles de la sociedad, no sólo de las áreas de salud, sino, asimismo, de otros espacios comunitarios.

### **3.2 El Padecimiento Mental**

La presencia del padecimiento mental, inscripto en el proceso antes mencionado de salud-enfermedad, puede medirse en relación con la población en general. En ese sentido, la Organización Mundial de la Salud (2017a) sostiene que la prevalencia de dichos padecimientos continúa incrementándose, lo que produce a nivel global diversos efectos en la salud de los individuos y consecuencias severas, las que afectan tanto el nivel socioeconómico como los derechos humanos de los sujetos involucrados.

Se describen a continuación algunos datos epidemiológicos indicativos de la presencia de padecimientos mentales en la salud de la población mundial, y en

particular de América Latina y el Caribe. Por otra parte, y, en virtud de la falta de datos epidemiológicos actualizados de la Argentina, se informarán datos por tipo de morbilidad, obtenidos a partir del análisis de los egresos hospitalarios.

### **3.2.1 Datos Epidemiológicos de Trastornos Mentales Severos**

En relación con los trastornos mentales severos, la Organización Mundial de la Salud (2017b) señala que el 14% de todas las morbilidades a nivel global, se debe a trastornos mentales, neurológicos o de consumo de sustancias.

Por su parte, en América Latina y el Caribe, con relación a las morbilidades correspondientes a trastornos mentales y neurológicos, se eleva ese porcentaje a 22% (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

Dentro de los trastornos mentales severos, los trastornos psicóticos ocupan un lugar importante, como lo demuestra un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud, que tuvo como objetivo determinar las ratios de incidencia –entendida como la aparición de nuevos casos en un período determinado- en ocho lugares de siete países, y que ubicó a la esquizofrenia en un rango de entre 7 y 14 por cada 100.000 habitantes, datos que, según sus autores, pueden extrapolarse a otras poblaciones en el mundo (Jablensky et al., 1992).

Por su parte, la prevalencia de la esquizofrenia en una revisión sistemática de la evidencia científica efectuada sobre 46 países, abarcativa de 188 estudios publicados en el período 1965-2002, mostró un rango con valores comprendidos entre 4 y 7 por cada 1.000 habitantes (Saha, Chant, Welham, & McGrath, 2005).

En la Argentina, y como fuera mencionado, a falta de datos locales que permitan cuantificar la prevalencia de estos trastornos en relación con la población general, se informan datos sobre población tratada en instituciones sanitarias, en particular, relativos a egresos hospitalarios que ilustran sobre prevalencias de morbilidades por trastornos mentales y del comportamiento en relación con el total de egresos, si bien se observan limitantes por falta de información de algunas jurisdicciones. Para el año 2010, los datos referidos a los egresos hospitalarios en la República Argentina relacionados con esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes en hombres alcanzó un máximo de 8,5% en el grupo de edad de 20 a 24 años, mientras que, para el grupo de mujeres, ese pico se situó en un 5,9% en el rango de 30 a 44 años (Ministerio de Salud de la Nación, 2014). Por su parte, los datos del año 2011

correspondientes a egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento sobre el total de egresos, se ubican en un rango de 0,7 a 4,7% a nivel país, y, dentro de ellos, la esquizofrenia, los trastornos esquizotípicos y los trastornos delirantes, ocupan el segundo orden de frecuencia con un 22,4%, por detrás del consumo de sustancias psicotrópicas que se sitúa el primer lugar con el 32,9% (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Los datos antes mencionados permiten observar la importancia de la esquizofrenia dentro de los padecimientos mentales, tanto a nivel global como local. Su descripción y tratamiento serán objeto de desarrollo a continuación, con el fin de contextualizar el caso analizado en el presente trabajo.

### **3.2.2 Trastornos Psicóticos: Esquizofrenia**

Con relación a la esquizofrenia, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión, (CIE- 10), publicada por la Organización Mundial de la Salud (2013), la describe como un padecimiento caracterizado por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones, mientras se mantienen conservadas la conciencia y la capacidad intelectual, aunque sostiene que algunas facultades cognoscitivas pueden verse afectadas con el paso del tiempo. En esta Clasificación se señala que el comienzo de la patología puede ser agudo o insidioso, su curso puede presentar gran variabilidad, lo cual implica que no necesariamente se convierte en una patología crónica y deteriorante; y distingue diversos tipos: (i) paranoide; (ii) hebefrénica; (iii) catatónica; (iv) indiferenciada; (v) residual (vi) simple; (vii) otras esquizofrenias; y (viii) esquizofrenia sin especificar. Adicionalmente, la Organización Mundial de la Salud (2018) señala que se trata de una patología que se presenta en general asociada tanto a una marcada discapacidad que puede afectar el desempeño escolar y laboral de los individuos afectados como a una estigmatización y discriminación, en violación a los derechos humanos. Por otra parte, menciona que los tratamientos en las instituciones psiquiátricas tradicionales no son eficaces y que deben incrementarse los esfuerzos para transferir los cuidados hacia la comunidad más amplia, contar con el apoyo de los familiares y brindar medidas de apoyo, tales como el acceso a soluciones habitacionales asistidas, o subsidios para la vivienda y la colaboración tendiente a su reinserción laboral.

### 3.2.3 Algunas consideraciones sobre el tratamiento de la esquizofrenia

Cabe destacar que algunas investigaciones han señalado como característica saliente de la esquizofrenia que aproximadamente un 81% de los pacientes entrevistados negaban tener alguna enfermedad (International Pilot Study of Schizophrenia, & World Health Organization, 1976). Otros estudios más recientes, como el realizado para el Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría, sitúan ese porcentaje en aproximadamente el 60%. La falta de conciencia de enfermedad presentada por los individuos con este padecimiento mental se halla asociada a dificultades en el inicio y la adherencia al tratamiento farmacológico y psicoterapéutico que se les indica, a una baja autoestima, al deterioro de sus relaciones sociales e interpersonales, a recaídas y a una mayor cantidad de reingresos hospitalarios (Martínez Leal, Moreno Küstner, & Soriano Peña, 2004).

La esquizofrenia es un padecimiento que demanda un tipo de tratamiento multi-componente y ajustado a las características individuales del paciente, que combina, la farmacología, por un lado, y el abordaje mediante terapias psicológicas en las distintas fases de la patología por otro, en un entorno de cuidados permanentes tanto de apoyo como de manejo que garanticen una cobertura adecuada de sus necesidades (Vallina Fernández, & Lemos Giráldez, 2001).

En el mismo sentido, Giner et al. (2006) sostienen que, si bien los términos cumplimiento y adherencia al tratamiento suelen usarse indistintamente, el primero refiere principalmente al grado en el que un paciente cumple con la prescripción farmacológica y la adherencia tiene un significado más abarcativo, que incluiría hábitos de vida, de alimentación e incluso de colaboración mostrada por el paciente ante la estrategia terapéutica. Para estos autores, en general, la cronicidad de las psicopatologías y la falta de conciencia de enfermedad, entre otros, dificultan la adherencia a los tratamientos propuestos, y tienen como consecuencia, un pronóstico más desfavorable, mayores tasas de recaídas y de reingresos hospitalarios, de modo coincidente a lo mencionado por Martínez Leal et al. (2004), y una peor calidad de vida en general.

En cuanto al pronóstico de pacientes con esquizofrenia crónica, puede afirmarse que no resulta suficiente la psicofarmacología, sino que demanda potenciar alternativas de rehabilitación psicosocial que le permitan al individuo incrementar -y eventualmente obtener en forma total- su independencia funcional. La rehabilitación psicosocial es un

proceso complejo que demanda, entre otros, un acercamiento al espacio social del usuario, en vez de sacarlo de su entorno natural, lo que requiere, como factores de importancia, de la presencia de un buen equipo rehabilitador y una buena coordinación interinstitucional (Florit-Robles, 2006).

Por otra parte, en contraposición a la uniformidad propuesta por el sistema manicomial, un abordaje de atención comunitaria para los trastornos mentales severos, como la esquizofrenia, demanda una marcada diversificación de respuestas adaptadas a las necesidades de los individuos y grupos sociales con problemáticas. Algunas de las dificultades presentadas se relacionan con los condicionantes de origen de la oferta terapéutica, que se manifiestan en la atención, y que pueden deberse a aspectos vinculados con la gestión y funcionamiento de los equipos, o a la dotación y/o formación de sus integrantes (Laviana Cuetos, 2012).

### **3.3 Atención de la Salud Mental en la Argentina**

#### **3.3.1 Antecedentes de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657**

Si bien la Ley 26.657 se constituyó en la primera norma de carácter nacional sobre salud mental, es importante destacar que, previo a su sanción, existían siete normas provinciales y una de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, conteniendo objetivos similares a la ley nacional antes citada, tendientes a proteger los derechos de las personas con padecimiento mental (De Lellis, & Sosa, 2011).

Entre las normativas jurisdiccionales sobre la materia, se destaca, en particular, la Ley 448 (2000) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuyos principios hacen referencia, entre otros, a garantizar el derecho a la salud mental a los habitantes de la Ciudad, reconocer al proceso de salud mental como multideterminado histórica y culturalmente, y proponer el desarrollo de un sistema de salud mental basado en la intersectorialidad y la interdisciplinariedad. En relación con las internaciones, dicha ley establece que se aplicarán como modalidad de atención, cuando no sea posible otro tipo de atención ambulatoria y ante la existencia de riesgo cierto e inminente.



### **3.3.2 Concepto de Salud Mental y Abordaje Comunitario en la Normativa Vigente Aplicable**

La sanción de Ley 26.657 en el año 2010, con relación a la atención de la salud mental, plasma a nivel nacional el abandono del paradigma tutelar, el que es reemplazado por un paradigma de sujeto de derechos. En este sentido, cabe destacar como antecedente, la normativa que protege los derechos del paciente en relación tanto a los profesionales como a las instituciones de salud, en referencia a la garantía de la autonomía de la voluntad del individuo, y su exteriorización (Hermosilla, & Cataldo, 2012; Ley 26.529, 2009; Ley 26.742, 2012).

En línea con lo postulado por la Organización Mundial de la Salud (2009) y con la ya mencionada Ley 448 (2000), en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la ley nacional de salud mental y su reglamentación hacen referencia, como marco general, a un concepto de salud mental de abordaje comunitario entendido como derecho de todas las personas a ser protegido en forma extensiva en todo el territorio de la República Argentina, respetuoso de estándares internacionales en la materia que han sido receptados en la legislación del país con jerarquía constitucional. Si bien la citada ley nacional es de orden público, lo cual significa que no necesita de la adhesión explícita de las distintas jurisdicciones del país, no deja de contemplar que tendrán prioridad, si existieren o se dictaran a futuro, legislaciones locales más beneficiosas. Esta consideración la convierte en un piso de derechos, y no en un marco cerrado al que deben atenerse todas las jurisdicciones (Ley 26.657, 2010; Decreto 603, 2013). La norma reglamentaria, por su parte, precisa el alcance del concepto de padecimiento mental al que hace referencia la ley nacional, refiriéndolo a todo tipo de sufrimiento psíquico, tanto individual como de grupos de personas, y es descripto como un proceso complejo, en el que, como parte de ese devenir, el padecimiento deja de constituirse en una condición estática del sujeto, y es pasible de presentar modificaciones en el futuro (Decreto 603, 2013).

Como fuera antes mencionado, desde un abordaje comunitario se presume tanto el concepto de proceso como continuum entre salud, enfermedad y cuidado como la incorporación del derecho a la salud a la integralidad propuesta de los derechos humanos (Stokilner, & Ardila Gomez, 2012).

El texto de la Ley 26.657 (2010) asume que dicho proceso de salud-enfermedad se encuentra multideterminado por factores tanto históricos como sociales, económicos,

biológicos, psicológicos y culturales, en línea con la conceptualización de los determinantes sociales de la salud que fuera mencionada anteriormente y con lo establecido en la Ley 448 (2000), que rige para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Adicionalmente, pueden señalarse otros aspectos importantes del cambio de paradigma que propone la ley nacional citada, tales como la internación por cuestiones de padecimiento psíquico como último recurso de atención, el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones; el reemplazo del término peligrosidad antes utilizado, por la fórmula de “riesgo cierto e inminente para sí mismo o para terceros”; la presunción de capacidad, y el respeto de la voluntad del individuo afectado, alejados del paradigma tutelar antes mencionado (Ley 26.657, 2010).

De Lellis (2014), en este sentido, postula que el respeto por las preferencias subjetivas de las personas con padecimiento mental, tales como el acceso a la información, a su propia historia clínica, y consideraciones acerca de su internación y tratamiento, deberían estar garantizadas sin intervención de terceros cuando fuera posible, y no motivados por un mero cumplimiento formal de parte de los profesionales intervinientes, sino como un empoderamiento de todos los sujetos involucrados.

### **3.3.3 El proceso de Internación y Externación en la Ley Nacional de Salud Mental**

El proceso de internación de una persona en la normativa vigente sobre salud mental, como fuera antes mencionado, se contempla como un recurso terapéutico excepcional que encuentra fundamento solo cuando el resto de las intervenciones posibles de ser realizadas en el entorno familiar, social o de su comunidad, no hayan sido suficientes, o bien la internación aporte mayores beneficios terapéuticos. Este carácter restrictivo y de excepcionalidad que la ley le otorga a la internación, la condiciona a extenderse por el menor tiempo posible en función de criterios interdisciplinarios, y hace que la externación de un paciente se convierta en la primera prioridad que deberían tener todos los involucrados y con poder de decisión en el proceso (Ley 26.657, 2010).

Las previsiones normativas exigen que cuando la externación no fuera posible por cuestiones sociales o de vivienda, el equipo interdisciplinario interviniente deberá dejar constancia de esta situación en la historia clínica del paciente, realizará las gestiones con carácter de urgente ante las áreas con competencia, e informará sobre el particular a la autoridad de aplicación (Decreto 603, 2013).

Por otra parte, la normativa nacional sobre salud mental distingue entre las internaciones voluntarias que cuentan con el consentimiento del sujeto, de aquellas involuntarias que se le imponen por la atención al riesgo cierto e inminente, antes mencionado. No obstante esta distinción, y en forma previa, establece para todas las internaciones el requisito de estar fundamentadas en un informe de un equipo interdisciplinario suscripto por dos profesionales, uno de ellos, psicólogo o psiquiatra, y contar además, con el consentimiento informado de la persona o de su representante legal, en su caso. La normativa aplicable a nivel nacional establece que será considerada voluntaria, aquella internación que cuente con el consentimiento otorgado por la propia persona y no a través de su representante. Adicionalmente, postula que el consentimiento se considerará válido si fue dado en estado de lucidez y comprensión de la realidad, el que deberá mantenerse durante el periodo de internación, y que, si se perdiera con el paso del tiempo, convierte el carácter de la internación voluntaria en involuntaria. Las internaciones voluntarias permiten al sujeto involucrado decidir el abandono de su internación en cualquier momento (Decreto 603, 2013; Ley 26.657, 2010).

Si las internaciones voluntarias se prolongan por más de 60 días, la ley nacional prevé que se dé intervención a la justicia y a un órgano de revisión cuya creación se encuentra contemplada en la misma norma, sobre el que se hará referencia más adelante en el presente trabajo. El juez interviniente deberá decidir si se mantiene el carácter de voluntaria o si se convierte en involuntaria y debe cumplir con los requisitos legales para este tipo de internaciones (Ley 26.657, 2010).

El marco legislado para las internaciones involuntarias como fuera antes descrito, les da un carácter restrictivo y las condiciona a establecer por parte del equipo de salud interviniente, el riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Establece, asimismo, plazos exigüos en los que debe darse la intervención antes mencionada al órgano de revisión y a la justicia. El citado marco dispone además, que esta internación involuntaria se informe dentro de las 10 horas de producida, y dentro de las 48 horas, se fundamente con un informe interdisciplinario que explique el criterio aplicado a la decisión tomada. El juez tiene cinco días para autorizarla o denegarla, o bien pedir informes o peritajes ampliatorios que le permitan tomar una decisión, en cuyo caso, el plazo se extiende a siete días. Una modificación importante a la situación anterior al dictado de la ley nacional da cuenta de que tanto el alta, los permisos de salida del

paciente y la externación pueden ser decididos por el equipo de salud interdisciplinario interviniente y ya no requieren de la autorización del juez (Ley 26.657, 2010).

Como fuera antes mencionado, desde el abordaje comunitario que la ley nacional de salud mental propone, la internación debería ser el último recurso terapéutico que utilicen los equipos de salud mental intervinientes, frente a un caso particular. En ese sentido, el proceso de externación de pacientes y la atención de aquellos no internados, demanda la existencia de dispositivos en la comunidad y por fuera de las instituciones. La citada ley señala que la atención debe darse por fuera del ámbito de institucionalización, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, con base en los principios de la APS (Ley 26.657, 2010).

Resulta de interés destacar que las políticas públicas en salud mental relacionadas con el proceso de desinstitucionalización deberían tener en consideración las modificaciones previas necesarias que deben producirse en las subjetividades de los individuos con internaciones de largo plazo, que permitan asegurar un proceso de externación viable y su inclusión comunitaria una vez externados. En ese sentido, se sostiene que puede observarse frecuentemente que las internaciones prolongadas en instituciones de tipo asilar provocan el deterioro de la relación del individuo con el afuera y con sus correspondientes redes sociales, laborales y afectivas, provocando resistencias en los sujetos a su externación y obstaculizando el proceso de rehabilitación y resocialización (Tisera, Léale, Lohigorry, Pekarek., & Joskowicz, 2013).

### **3.3.4 La Interdisciplinariedad en la Normativa Vigente sobre Salud Mental. Formación del Psicólogo**

La normativa nacional de salud mental establece la exigencia de equipos multidisciplinarios tratantes para las áreas de salud mental de las instituciones involucradas, rompiendo en algunos aspectos con la hegemonía médica imperante hasta el dictado de la Ley 26.657 (2010). En ese sentido, se cuestiona su poder, y se le otorga la responsabilidad sobre las decisiones que atañen a las personas con padecimiento mental, a distintas disciplinas profesionales y técnicas, correspondientes a áreas tales como la misma psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional y otras con pertinencia en la materia. Se destaca que los integrantes de los equipos así conformados asumen la responsabilidad que emana de sus propias “incumbencias profesionales”, en el marco de la acción conjunta (Decreto 603, 2013).

En relación con la actuación interdisciplinaria, cabe destacar que suele ser común la presencia de prácticas sin una conceptualización precisa que las contenga, y en las que se observa la consideración de las nociones de *multidisciplina* e *interdisciplina* como indistintas. La práctica multidisciplinaria, por su parte, tiene su fundamento en la formación educativa en la Argentina, la que se caracteriza por ser básicamente disciplinaria, acompañando la concepción positivista de áreas de conocimiento y que demanda en forma creciente, una mayor especialización. Esto tiene consecuencias concretas en la realidad, la que termina siendo fragmentada y compartimentada como objetos de conocimiento distintos, perdiendo su integralidad. Por otro lado, la formación tampoco prepara para la práctica, dejando a los individuos librados a que encuentren espacios de formación extra-universitarios, como si la teoría y la práctica no fueran partes de un mismo proceso. Por el contrario, una visión integral como la que demanda una realidad social que presenta problemas cada vez más complejos, requiere de una colaboración interdisciplinaria para la que, en general, no hay formación. Los caminos para lograrlo deben incluir salirse del “aislacionismo” que propone la formación y abocarse al trabajo en equipo para la resolución de problemas, renunciando a tener el saber total y absoluto sobre esa realidad (Elichiry, 2009).

En igual sentido, Stolkiner (1999) plantea que, desde un punto de vista epistemológico, en cualquier abordaje, sea éste de investigación o asistencial, la interdisciplina considerada como modalidad de trabajo tiene como correlato una interpelación a los criterios de causalidad lineal, e impide la fragmentación de los fenómenos implicados, como se mencionara antes. Para esta autora, cualquier desarrollo interdisciplinar demanda una cuidadosa programación de las actividades en cuanto a su forma y condiciones tales como reuniones o ateneos para discusión de casos como parte del tiempo de trabajo. En todo caso, sostiene que las acciones interdisciplinarias son mucho más que un grupo heterogéneo de profesionales trabajando en forma conjunta, que sería el equivalente de la multidisciplinaria antes mencionada. La autora señala que un equipo interdisciplinario se rige por los mismos condicionamientos de cualquier grupo, y deben tenerse en consideración cuestiones subjetivas e intersubjetivas, de relaciones de poder y de renunciadas, entre las que destaca la imposibilidad para cada integrante del grupo de considerar que su propia disciplina es suficiente para dar cuenta en forma acabada de la totalidad de cualquier problemática.

Por su parte, Saforcada (2012) sostiene la necesidad de la formación de los psicólogos en Argentina en psicología sanitaria, rama aplicada de la psicología, como consecuencia de: (i) la naturaleza psicosocial de los factores negativos con incidencia en la salud de su población, (ii) la existencia de tres subsistemas -público, de la seguridad social y privado-, y de la formación general en psicología limitada a este último subsistema; (iii) una formación reduccionista que dificulta el trabajo interdisciplinar; y (iv) los numerosos aportes que lo público le requiere a la actividad profesional de la psicología, en términos de planificación, ejecución, y evaluación de políticas de salud, que no se encuentran abordadas con suficiente solvencia.

En la misma línea, se destaca el consenso planteado sobre la incidencia negativa que tiene en la calidad de atención, la insuficiente respuesta a las necesidades sanitarias de la población como resultado de la combinación entre la cantidad, distribución y calidad de los profesionales de la salud mental formados en instituciones públicas y privadas. Esta situación demanda una profunda revisión que tenga por objeto identificar los principales problemas en la formación e inserción laboral de dichos profesionales, y la intervención que le cabe al Estado en sus distintos niveles, en términos de rectoría, regulación y fiscalización, y del fortalecimiento necesario para cumplir ese rol (De Lellis, Pomares, & Da Silva, 2015).

Por otra parte, y más allá de la legalidad del enunciado que, por parte del Estado, asegura salud para todos, la ausencia de ciudadanía marca el límite material de esa legalidad, como resultado, principalmente, de la falta de actores/agentes con capacidades de representarla, actuarla y hacerla cumplir. Introducir modificaciones en el complejo campo de la salud, no necesariamente implica cambios que provengan de acciones de gobierno, sino que deviene necesario poder pensarlos y llevarlos a cabo desde las singularidades de quienes trabajan en ese campo, y por parte de quienes resultan usuarios del sistema (Spinelli, 2010).

### **3.3.5 Órgano de Revisión previsto en la Ley Nacional de Salud Mental**

Por otra parte, la normativa nacional de salud mental propuso la creación en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa, de un órgano de revisión con el objeto de “la protección de derechos de los usuarios de los servicios de salud mental”, que tendría a su cargo, entre otros, del seguimiento y supervisión -por parte de un equipo interdisciplinario- de los procesos de internaciones involuntarias y de aquellas

voluntarias que, por su extensión, se asemejen a las que no han respondido en su inicio a la voluntad de la persona involucrada. Dicho órgano fue integrado por representantes de los Ministerios de Salud y Público de la Defensa, la Secretaría de Derechos Humanos, todos ellos organismos nacionales, y por representantes de organizaciones de usuarios del sistema de salud, familiares, profesionales y otros trabajadores de la salud, y de otras organizaciones de defensa de los derechos humanos (Ley 26.657, 2010).

La Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión de la Ley Nacional de Salud Mental (2018) sostiene -y reitera- en su último informe anual de actividades, una serie de recomendaciones a partir de la experiencia desarrollada desde su creación, las cuales ilustran sobre las diferentes problemáticas existentes en el sistema de salud mental en Argentina. Entre ellas, y sin que el siguiente listado sea exhaustivo, caben mencionar las referidas a incrementar el fortalecimiento de la red de servicios comunitarios, y, con el fin de cumplir con el objetivo de la Ley 26.657 y el Plan Nacional de Salud Mental, promover la apertura de servicios mentales en las instituciones hospitalarias generales. Adicionalmente, promueven la continuación de esfuerzos tendientes al cierre definitivo de los hospitales monovalentes y la adecuación de los existentes a los preceptos de la normativa nacional en la materia. Por otra parte, recomiendan que se establezcan y supervisen aquellos mecanismos que permitan la externación de los pacientes que permanecen internados por años en las instituciones neuropsiquiátricas, relacionándolo con el censo nacional previsto en el artículo 35 de la ley nacional antes citada; y, por último, que se promuevan y fortalezcan tanto la organización de los propios usuarios del sistema de salud como la difusión, a través de campañas de comunicación con un enfoque de derechos humanos, tendiente a evitar la estigmatización de dichos usuarios.

### **3.3.6 Instituciones Neuropsiquiátricas Monovalentes en la Ley Nacional N° 26.657 – Proceso de Desinstitucionalización**

Cabe señalar como antecedente internacional del proceso de desinstitucionalización, la experiencia en Trieste, Italia, promovida por Franco Basaglia en el marco de la tradición de la Psiquiatría Democrática Italiana en la década del setenta del siglo pasado. Allí se cuestionó el orden imperante provocando una ruptura con la institución manicomial, y se focalizó en una atención territorializada a través de centros zonales con la activa involucración de la comunidad y sus distintos estamentos. La reforma propuesta promovió la eliminación del hospital psiquiátrico como institución disciplinaria y ámbito de cura de la enfermedad mental. Esa institución se

entiende no solo en su aspecto material, sino también, como “al conjunto de prácticas y saberes científicos, sociales, legislativos, jurídicos”, que sirven de base para la justificación de la existencia de una patologización y segregación del individuo con un padecimiento mental (Zaldúa et al., 2011).

En Argentina, la experiencia de desmanicomialización producida en la Provincia de Río Negro en el período 1985-2000, fue concebida como una transformación del sistema de salud mental de esa provincia, y tuvo como principal objetivo que los individuos con padecimiento psíquico vivieran en sus comunidades y no bajo ninguna forma de asilamiento o abandono. Eso provocó un viraje de la “cultura manicomial”, a una de inclusión y de respeto de derechos fundamentales. Este nuevo enfoque comunitario de atención no resulta compatible con el sostenimiento de las instituciones psiquiátricas monovalentes, ya que su propia existencia promueve el sostenimiento de prácticas de aislamiento y compromete recursos que no pueden ser reorientados en un sistema focalizado en la integración de los individuos con padecimiento mental en la comunidad. Esta circunstancia demandó el cierre del hospital neuropsiquiátrico de la Provincia de Río Negro para poder instrumentar un proceso de reforma cabal sobre la materia, y culminó con el dictado de una ley a nivel provincial en el año 1991. En cuanto a la materialización del proceso de desinstitucionalización, se destaca que la falta de dispositivos intermedios en el sistema provincial de salud no constituyó para la Provincia, un obstáculo que impidiera la reinserción social de los usuarios del sistema mental, pero sí forzó al desarrollo de prácticas menos convencionales de promoción habitacional en la comunidad, tales como alquiler de viviendas autónomas y habitaciones en pensiones u hoteles, mediante el pago de subsidios, apoyo económico para el sostén de la vivienda propia, construcción de viviendas autónomas, alojamiento en casas de familia mediante el pago de una renta, entre otras (Cohen, & Natella, 2013).

Por su parte, la Ley 26.657 (2010) considera parte integrante de su plexo a la Declaración de Caracas anteriormente citada en el presente trabajo, y, en ese sentido, promueve, asimismo, un proceso de desinstitucionalización al disponer que las internaciones deben realizarse en hospitales generales, públicos o privados, los que deberán contar con los recursos necesarios para tal fin, sin posibilidad de negarse a la admisión de pacientes, tanto para su atención ambulatoria o de internación. Adicionalmente, determina que no podrán crearse nuevas instituciones neuropsiquiátricas monovalentes, tanto públicas como privadas; que aquellas existentes



deberán adecuarse en un plazo estipulado, de conformidad a los preceptos de esa ley, y ser sustituidos por dispositivos alternativos centrados en la comunidad, sin que esta implementación vaya en detrimento del nivel de atención de los sujetos internados, ni del personal que presta funciones en dichas instituciones.

A los efectos de la implementación de dichas estipulaciones, la reglamentación de la ley nacional de salud mental establece que la autoridad de aplicación de la ley debe acordar con las distintas jurisdicciones que posean instituciones monovalentes, proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios, cuya consecución definitiva no puede extenderse más allá del año 2020, en concordancia con el Consenso de Panamá, adoptado en la Conferencia Regional de Salud Mental, convocada por la Organización Mundial de la Salud. Dentro de los acuerdos con las jurisdicciones, deberán preverse las normas para la habilitación de nuevas instituciones. (Decreto 603, 2013).

### **3.3.7 Políticas Públicas sobre Salud Mental para Personas con Padecimientos Mentales**

Como fuera mencionado en el punto 3.3.3 anterior, con relación a la intersectorialidad y a los determinantes sociales de la salud, la Ley 26.657 (2010) dispone que su autoridad de aplicación se aboque en forma conjunta con autoridades de salud de cada jurisdicción, y en forma coordinada con otras áreas, tales como educación, desarrollo social, trabajo, entre otras, a la promoción de acciones que tiendan a “la inclusión social, laboral y de atención mental comunitaria”. De conformidad con lo dispuesto en la citada ley y su reglamentación, debe promoverse el desarrollo de dispositivos que funcionen en forma de red de servicios con base en la comunidad. Entre ellos, se mencionan las consultas ambulatorias, servicios de inclusión social y laboral para individuos a los que se les otorgue el alta médica de hospitales, atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas, sus grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental y otras prestaciones tales como “las casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, hogares, entre otros” (Decreto 603, 2013).

En el ámbito geográfico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y en línea con lo establecido en la Ley 4.036 (2012) de Protección Integral de los Derechos Sociales, se cuenta con diversos dispositivos y programas de asistencia tendientes a cubrir

distintas necesidades de los individuos afectados por padecimientos mentales, que se describen a continuación, sin que constituyan un listado exhaustivo.

Con relación a los dispositivos intermedios, pueden mencionarse los hospitales de día y de noche, y las casas de medio camino de los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. Adicionalmente, para los pacientes internados en instituciones sanitarias en condiciones de alta médica, la Ley 955 (2003), complementaria de la Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dispuso la creación de los Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica, en adelante Talleres Protegidos, diseñados como alternativa de tratamiento ambulatorio que propician la adquisición de habilidades y competencias que le permita al sujeto reinsertarse posteriormente en la comunidad, con orientaciones en oficios y en habilidades transversales de la vida diaria (Ministerio de Salud Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, s.f.a).

En cuanto a los dispositivos de alojamiento para recepción de personas con trastorno mental severo, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires ofrece las Residencias Asistidas en Rehabilitación Psicosocial que brindan alojamiento flexible y transitorio para aquellos individuos que no cuenten con una red social o familiar que les pueda proveer de contención y una solución habitacional. Asimismo, se destaca la existencia de programas tales como el Programa de Externación Asistida para la Integración Social (PREASI), y los Programas Adop-Adopi que se ocupan de la atención domiciliaria psiquiátrica y psicológica programada de personas con padecimientos mentales, a través de equipos interdisciplinarios. En relación a las prestaciones médicas para los usuarios con padecimientos mentales, y ante la inexistencia de otro tipo de cobertura, puede mencionarse a nivel nacional el Programa Federal Incluir Salud, el que, entre sus prestaciones, provee de la asistencia de acompañantes terapéuticos necesarios en algunos procesos de externación (Ministerio de Salud Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, s.f.b,c; Resolución 1862, 2011).

Dentro del sistema de atención a las problemáticas sociales y de salud en el territorio, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires dispone de Servicios Sociales Zonales, con promotores de salud y de trabajadores sociales que actúan tanto en los centros de atención como en los Servicios Sociales de las instituciones hospitalarias de la Ciudad, y que se ocupan, asimismo, de la administración del Programa de Ticket Social (alimentos), y de la gestión para el alojamiento en los Hogares para Personas con

Discapacidad (Ministerio de Desarrollo Social Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2012).

No obstante lo anterior, se destaca la insuficiencia -y en casos, inadecuación- de los dispositivos tendientes a facilitar la reinserción comunitaria o la atención directa en la comunidad de los sujetos con padecimientos mentales, e incluso la falta de articulación intersectorial necesaria, según consta en el informe de la Comisión Especial de Seguimiento y Evaluación para el Cumplimiento de la Ley 448 de Salud Mental, de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires (2011).

Es interesante aquí destacar lo que señala Foucault (1977 como se citó en Agamben, 2011), en relación con la noción de *dispositivo* y sus consecuencias en el sujeto, para quien se trata de un término que, en forma de red, engloba elementos tan poco homogéneos como discursos, instituciones, normativas legales, enunciados científicos y proposiciones que abarcan tanto la filosofía como la moral o la filantropía; lo dicho o lo no dicho. Un dispositivo se inscribe siempre en una relación de poder, y, en ese sentido, tiene una función estratégica dominante, la cual emerge como necesaria frente a algo concreto que demanda un efecto. Es así como un mismo individuo puede ser *subjetivado* por *múltiples dispositivos*, que no hacen más que separarlo de la relación directa con su entorno (Agamben, 2011).

#### **3.4 El Poder Judicial en Relación con la Salud Mental. Organismo con incumbencia en la materia**

Resulta de relevancia destacar el concepto de *sistema total de salud* que puede definirse como todo aquello que una sociedad genera y pone en práctica en relación con los emergentes del proceso de salud-enfermedad, sean de sustancia material o intelectual. En relación con una parte de ese sistema, al que puede denominarse sistema oficial de salud, es dable distinguir componentes formales y cuasi formales que incluyen todas las acciones, prácticas, conocimientos que terminan siendo responsabilidad e incumbencia tanto de instituciones, profesionales y otros trabajadores de salud, con el aval de la normativa aplicable a la materia, y de las distintas instancias gubernamentales que lo componen, tales como los poderes ejecutivo, legislativo y judicial. Estos se

constituyen solo en algunos de los actores que conforman el amplio y complejo escenario donde se desarrolla el proceso salud-enfermedad (Saforcada, 1999).

### **3.4.1 Ministerio Público**

Dentro del Poder Judicial como parte del sistema oficial de salud que se mencionara en el punto anterior, se destaca la creación del Ministerio Público en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mediante el dictado de la Ley 1.903 (2006) que le otorga autonomía funcional y autarquía. Dicho Ministerio está integrado por tres ámbitos independientes entre sí: (i) la Fiscalía General, (ii) la Defensoría General, y (iii) la Asesoría General Tutelar. Sus funciones principales se relacionan con la defensa de la legalidad y de los intereses generales de la sociedad, velando por un normal servicio de justicia, mediante la promoción de la actuación de la justicia, procurando la satisfacción del interés social.

### **3.4.2 Asesoría General Tutelar**

Uno de esos ámbitos de actuación del Ministerio Público, la Asesoría General Tutelar, está conformada por un asesor general tutelar y un adjunto, y varios asesores tutelares que actúan en los distintos niveles de la justicia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ante casos particulares de tramitación judicial. En relación con la labor requerida en ámbitos de actuación más generales, la Asesoría se encuentra organizada en distintas áreas de trabajo interdisciplinar que abarcan los diferentes espacios de actuación que tiene el organismo, tendientes a garantizar el efectivo acceso a la justicia de aquellos grupos que puedan presentar una vulneración de derechos, como los niños, adolescentes y personas con padecimiento mental. Entre sus funciones principales, puede mencionarse la propuesta de acciones tendientes a exigir el cumplimiento del principio de excepcionalidad que reviste la internación -como modalidad de atención- de personas con padecimiento mental, en el marco previsto en la Ley 26.657 (2010), como fuera mencionado, y en la legislación local. Adicionalmente, se impulsan otro tipo de acciones para proteger y hacer respetar los derechos humanos y garantías de los usuarios del sistema de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires. En un plano más estructural, contribuye con el objetivo general de promover una articulación interinstitucional, impulsar acciones interdisciplinarias e intersectoriales tendientes a garantizar una política pública del sector respetuosa de los derechos humanos, y difundir las problemáticas evidenciadas, mediante la capacitación de recursos, y la

organización y participación en eventos sobre la materia (Ministerio Público Tutelar, 2013).

En referencia al control de internaciones que demanda hacer cumplir el principio de excepcionalidad que fuera antes mencionado, la Asesoría General Tutelar se ocupa de diversos aspectos que hacen a la relación de los equipos de salud tratantes con el usuario del sistema de salud. En ese sentido, promueve la activa participación del individuo internado en su tratamiento y un efectivo abordaje interdisciplinario en las distintas etapas de su internación. Se procura, además, el acompañamiento de familiares y de otros integrantes de la red social y afectiva del sujeto internado; se realiza el seguimiento de los pedidos de recursos que tiendan a lograr una atención integral y comunitaria, propiciando el acceso a dispositivos de tratamiento que sean respetuosos de la libertad y autonomía de las personas, evitando el alejamiento de sus comunidades; y se trabaja con la intersectorialidad, a partir del involucramiento de otras agencias estatales cuando resultan necesarias. Para el cumplimiento de estos objetivos, los profesionales pertenecientes al organismo realizan visitas frecuentes a los hospitales y lugares de internación, en las que se desarrollan entrevistas con los integrantes de los equipos de salud tratantes, del servicio social y con los propios usuarios, en pos de lograr una efectiva puesta en práctica de la normativa aplicable de salud mental (Ministerio Público Tutelar, 2013).

## **4. Metodología**

### **4.1 Tipo de estudio**

Se trata de un estudio descriptivo, de caso único, de carácter cualitativo (Sampieri, Fernández, & Lucio, 2014).

### **4.2 Participantes**

Persona adulta mayor de 40 años, diagnosticada con esquizofrenia crónica, internada en un hospital monovalente, quien podría obtener el alta médica con relación a su cuadro de base y acceder a una posterior externación. El paciente no cuenta con una red familiar suficiente que le permita el apoyo que necesita para realizar su

rehabilitación social, con lo cual demanda la intervención del organismo para generar otras redes de contención y sostén, en colaboración con el equipo tratante del hospital neuropsiquiátrico, como para estar en condiciones de comenzar con el proceso de reinserción del usuario en la comunidad.

Integrantes del equipo de trabajo interdisciplinar del organismo del Poder Judicial, formado por profesionales de la psiquiatría, psicología, trabajo social, y de la abogacía, de edades comprendidas entre los 30 y los 45 años, con un promedio de antigüedad en el organismo de, aproximadamente, tres años.

### **4.3 Instrumentos**

Actuaciones extrajudiciales realizadas por el organismo del Poder Judicial. A partir esa documentación se accedió a los antecedentes del caso, a copias de las comunicaciones del Órgano de Revisión previsto en la normativa nacional de salud mental y presentados ante la justicia local, conteniendo informes interdisciplinarios del estado del usuario con padecimiento mental, y a las intervenciones realizadas por el organismo del Poder Judicial, que quedan sustentadas en forma de actas, conforman la actuación del organismo y son archivadas con formato de expedientes, numerados y foliados.

Observación no participante en reuniones con los profesionales pertenecientes al organismo, y visitas a instituciones sanitarias locales, en las que se relevaron las prácticas que luego dieron lugar a las actuaciones formales del organismo.

Indagaciones realizadas durante el transcurso de la Práctica Profesional a los profesionales del equipo interdisciplinario, acerca del funcionamiento del trabajo en equipo y, particularmente, en relación con el caso analizado de externación del usuario de una institución neuropsiquiátrica monovalente, con posible alta médica.

### **4.4 Procedimiento**

Las observaciones, reuniones con el equipo de trabajo, y visitas a instituciones sanitarias, se llevaron a cabo durante el período de la Práctica Profesional que se

extendió por un total de 280 horas, con asistencia diaria de lunes a viernes por, aproximadamente, cinco horas por día.

Adicionalmente, se trabajó con el material accedido que abarcó, por un lado, aspectos relacionados con la modalidad de trabajo interdisciplinario en general, y, en particular, sobre el caso de externación analizado, surgidos de las indagaciones realizadas a los profesionales del organismo del Poder Judicial, tanto al interior del propio equipo de trabajo como su relación con el resto de las áreas que lo conforman; con los equipos tratantes de los establecimientos hospitalarios, los integrantes del equipo interdisciplinario del Órgano de Revisión de la Ley 26.657 (2010), y demás actores pertenecientes a otras instituciones que interactúan con el organismo en su quehacer diario.

Por otra parte, se realizó un análisis de los antecedentes recogidos a través de la lectura de las actuaciones. En ese sentido, se abordaron los informes interdisciplinarios elaborados acerca de la situación del usuario con padecimiento mental, y otros informes de los profesionales intervinientes en el caso analizado, los que fueron utilizados para dar cuenta tanto de su situación actual como pasada, los detalles de su admisión a la institución hospitalaria, información sobre los antecedentes personales y familiares, y el curso de su internación.

La información relevada a partir de los instrumentos propuestos y posteriormente analizada, fue luego utilizada en el desarrollo del presente trabajo, respondiendo a los objetivos oportunamente planteados.

## **5. Desarrollo**

### **5.1 Desarrollo Objetivo Específico 1**

El Objetivo Específico 1 del presente trabajo proponía describir la situación de una persona adulta mayor de 40 años, con un diagnóstico de esquizofrenia y una posible alta médica, internada en una institución neuropsiquiátrica monovalente, que llega a un organismo del Poder Judicial para colaborar con su proceso de externación.

En ese sentido, y de acuerdo con los datos relevados de las actuaciones del organismo dependiente del Poder Judicial, se trata el caso de una persona adulta, quien, por cuestiones de confidencialidad, en adelante se denominará Elena, de 54 años,

soltera, con un grupo familiar constituido por cuatro hermanos, con ambos padres fallecidos hace 10 años, aproximadamente. De todos sus hermanos, solo uno, en adelante Francisco, mantiene contacto frecuente con su hermana. Elena, al igual que sus hermanos, cursó estudios universitarios, pero sin finalizarlos, y luego optó por seguir una carrera terciaria lo que le permitió en sus primeros años laborales, trabajar en distintos hospitales. La ruptura de una pareja que sostuvo por algunos años, la llevó a una desestabilización que culminó con la pérdida de su trabajo y el inicio de su padecimiento.

Según consta en las actuaciones accedidas del organismo dependiente del Poder Judicial, la historia clínica fue relevada por el Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental (Ley 26.657, 2010), en oportunidad de la realización de las evaluaciones interdisciplinarias requeridas por ese cuerpo normativo. De acuerdo con dicha historia clínica, Elena ingresó por primera vez a un hospital psiquiátrico de agudos por un intento de suicidio, cuando tenía alrededor de 30 años, luego de perder a su pareja y a su trabajo, como consecuencia de la inestabilidad afectiva y emocional que la ruptura le significó. En esa oportunidad, Elena fue diagnosticada con esquizofrenia de tipo paranoide, patología que, de acuerdo con la CIE-10 descrita en el punto 3.2.2 anterior, puede presentar distintas tipologías (Organización Mundial de la Salud, 2013). Luego de externada, y mientras vivía con su hermano Francisco en la vivienda familiar, sostuvo su tratamiento por varios años en el hospital de día de la misma institución, y finalmente, continuó siendo tratada de forma ambulatoria en un hospital general. Su tratamiento estuvo basado principalmente en la ingesta de psicofármacos, y, según consta en su historia clínica, sin un abordaje global que incluyera la psicoterapia y otros tipos de apoyo permanente y contención para sí misma y su entorno familiar. Sobre esto, resulta importante recordar, como fuera mencionado en el punto 3.2.3 anterior, que la esquizofrenia es una patología que requiere de un tratamiento multicomponente, pero fundamentalmente, ajustado a la realidad del individuo con padecimiento. En ese sentido, puede adquirir diferentes modalidades adaptadas a la sintomatología psicótica presentada, a sus relaciones interpersonales, con foco en la reducción del estrés, el peso en la familia o entorno cercano, y la re-adquisición de habilidades para volver a llevar una vida autónoma (Vallina Fernández, & Lemos Giráldez, 2001).

De la lectura de las actuaciones del organismo surge que Elena ingresó a la institución psiquiátrica monovalente traída por el SAME en compañía de su hermano



Francisco, quien firmó el consentimiento informado por su cuenta, no cumpliendo con el requisito de internación voluntaria. Se le dio intervención al juzgado correspondiente y su internación fue firmada por dos profesionales, uno de ellos psiquiatra y el otro psicólogo de la institución, de conformidad con lo que la normativa vigente requiere (Ley 26.657, 2010). La semiología de ingreso da cuenta de una presentación descuidada, sucia, con actitud de desconfianza, desorientación temporal e ideación delirante autorreferencial, paranoide. Según los relatos de su hermano Francisco, conviviente al tiempo de su ingreso, Elena no podía sostener el plan de medicación prescripto y si bien esta circunstancia se suplía por períodos suministrándole antipsicóticos de depósito, no fue posible en el largo plazo evitar el deterioro de su salud mental y posterior descompensación. Como fuera mencionado, una de las características salientes de la patología es la falta de conciencia de enfermedad, lo que se ve potenciado por el tipo paranoide de esquizofrenia que presenta Elena (Martínez Leal et al., 2004). En la historia clínica relevada por el Órgano de Revisión Nacional que tiene entre sus competencias, la realización de una evaluación interdisciplinaria en base -entre otros- a lo actuado por la institución psiquiátrica (Ley 26.657, 2010), constan, al momento de su admisión, distintos elementos que ejemplifican esta situación, tal como la frase “lo que más me preocupa es que me quieran hacer pasar por otra”, la falta de conciencia de sus alucinaciones, juicio desviado, y negativa a tomar la medicación. Esta característica de la patología, como fuera mencionado en el punto 3.2.3, redundaba en complicaciones en el cumplimiento y adherencia a las indicaciones psicofarmacológicas y, asimismo, una marcada desconfianza que obstaculiza la colaboración del usuario para continuar el tratamiento ambulatorio (Giner et al., 2006; Martínez Leal et al., 2004).

## **5.2 Desarrollo Objetivo Específico 2**

En el Objetivo Específico 2 del presente trabajo se propuso describir las actuaciones interdisciplinarias, desde el abordaje comunitario, llevadas a cabo por un organismo del Poder Judicial con el fin de colaborar en el proceso de externación del caso bajo análisis.

El citado organismo, según surge de sus actuaciones en formato de expediente, tomó intervención en el caso de Elena ya transcurridos 3 años y medio desde su ingreso

al hospital psiquiátrico monovalente, a partir del pedido de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, integrante del Órgano de Revisión Nacional para colaborar en su proceso de externación (Ley 1.903, 2006; Ley 26.657, 2010; Ministerio Público Tutelar, 2013).

Conforme a las actuaciones relevadas, la psicóloga del área de salud mental de la Secretaría antes mencionada informó en su comunicación que Elena se encontraba ingresada en un hospital monovalente desde el año 2014, y que se hallaban interviniendo como parte de la evaluación interdisciplinaria sobre su internación, requerida por la normativa vigente (Ley 26.657, 2010). Dicha comunicación informó el cuadro de base de la patología de Elena, y que, si bien desde hacía mucho tiempo su condición era estable y en condiciones de alta, por no contar con una red de apoyo suficiente que le permitiera iniciar su rehabilitación, necesitaría un acompañamiento sostenido para lograr una reinserción comunitaria exitosa. Por este motivo, y en consideración al ámbito de actuación del organismo dependiente del Poder Judicial mencionado en el punto 3.4.2, solicitaron que se evaluara la forma en que se les podría prestar un asesoramiento en el armado de una red de apoyo y en el proceso de externación (Ministerio Público Tutelar, 2013).

El área específica del organismo dependiente del Poder Judicial que tomó a su cargo el pedido de colaboración en el caso de Elena se encuentra conformada por profesionales de distintas disciplinas, como fuera mencionado en el punto 4.2. Es así como, actualmente, lo conforman tres abogados -una de las cuales cumple el rol de coordinadora del equipo-, una trabajadora social, un psiquiatra y un psicólogo. El caso de Elena es asignado como responsabilidad principal del psicólogo del equipo, no obstante lo cual, la estrategia de trabajo, tal como fuera mencionado en el punto 3.4.2, se analiza en forma grupal interdisciplinaria, a través de reuniones y consultas permanentes que terminan configurando el abordaje individualizado para cada caso (Ministerio Público Tutelar, 2013).

Según surge de las actuaciones del organismo dependiente del Poder Judicial, con el fin de evaluar el estado de situación inicial de Elena, el psicólogo del equipo del organismo tomó contacto con la trabajadora social del área salud mental de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, que es parte del equipo interdisciplinario involucrado en el caso, como lo demanda la normativa nacional vigente. La profesional informó que habían entrevistado a Elena en tres oportunidades, y que, como fuera

mencionado en el punto 5.1, se encontraba en condiciones de alta en una institución hospitalaria (Ley 26.657, 2010).

Adicionalmente, según pudo constatarse en las actuaciones del organismo, el mismo psicólogo del equipo tomó contacto con una abogada del Órgano de Revisión Nacional, quien informó que tenían intervención desde el año 2016 por tratarse de una internación voluntaria prolongada, lo cual es exigido por la normativa nacional sobre salud mental, como fuera mencionado en el punto 3.3.3 (Ley 26.657, 2010). Por otro lado, informó que Elena asistía a los talleres intrahospitalarios de la institución, que a ese momento no existía criterio de internación como fuera mencionado, y que la estrategia planteada desde ese Órgano consistía en mantener una audiencia con el equipo tratante y sus familiares directos, tal como lo requiere la Ley 26.657 (2010), para que, luego del alta, Elena viviera en una pensión y asistiera a los Talleres Protegidos. Dichos talleres, como fuera mencionado en el punto 3.3.7, están orientados a que el individuo con un padecimiento mental pueda acceder a una rehabilitación, tanto social como de capacitación para un oficio, que le facilite -a posteriori- su reinserción comunitaria (Ley 955, 2003).

Con el fin de conocer el estado de situación actualizado de Elena y según puede leerse en las actuaciones del organismo del Poder Judicial, se libró un oficio a las autoridades del hospital monovalente en el que se solicitó se informara cuál era su diagnóstico, el pronóstico esperable, el esquema de medicación prescripto, y el plan de externación propuesto por el equipo tratante de Elena. Asimismo, se requirió que se informara el carácter de la internación -si era voluntaria o involuntaria- y, en su caso, que se indicara el juzgado interviniente. Este tipo de actuaciones, como fuera mencionado en los puntos 3.4.1 y 3.4.2, está incluido dentro de las facultades que, por normativa de creación, posee el organismo, tendientes a garantizar la protección de los derechos de grupos vulnerables (Ley 1.903, 2006; Ley 26.657, 2010; Ministerio Público Tutelar, 2013).

Aproximadamente un mes después de solicitada la intervención del organismo del Poder Judicial, y según surge de las actuaciones, el psicólogo y la trabajadora social, del organismo efectuaron una visita al hospital monovalente con el objetivo de entrevistarse con la trabajadora social del servicio social de esa institución sanitaria, y con Elena. La trabajadora social describió algunos antecedentes del ingreso de Elena al hospital cuatro años antes y, como fuera anticipado por el Órgano de Revisión Nacional,

manifestó que, al momento de la entrevista, ya no presentaba criterio de internación por hallarse compensada en su cuadro de base. Por otro lado, comentó que la usuaria contaba con permisos de salidas diarios y su equipo tratante se encontraba evaluando el plan de externación, de conformidad con la normativa aplicable (Ley 26.657, 2010).

De las actuaciones relevadas surge que, luego de la reunión con la trabajadora social, los profesionales del organismo del Poder Judicial entrevistaron a Elena en el servicio en el que se encontraba alojada, con el objeto de conocer su voluntad en relación con su situación. Como se mencionó en el punto 3.3.2, resulta de importancia fundamental el respeto por las preferencias subjetivas del sujeto, tanto en relación con el consentimiento informado para su internación como en la elección del tratamiento para su padecimiento (De Lellis, 2014). Elena accedió de buen grado a la entrevista en la que refirió encontrarse internada en esa institución desde hacía cuatro años. Comentó como un “quiebre” en su vida, el fallecimiento de su madre 10 años antes, y que tenía varios hermanos, pero que solo se vinculaba con uno de ellos, Francisco. En relación con su quehacer diario en el hospital, Elena manifestó asistir a varias actividades intrahospitalarias. Detalló contar con permisos de salida abiertos, que solo salía los fines de semana a la casa de Francisco y a comprar diariamente cosas para sí misma y sus compañeros. Elena refirió querer irse del hospital, conocer que no tenía razones para continuar internada y que, si bien le gustaría vivir en alguna pensión u hotel, le agradecería poder continuar con algunos talleres en el hospital, y volver a trabajar. Por otra parte, la usuaria manifestó poseer el certificado único de discapacidad y percibir la pensión asistencial que administraba por sí misma. Relató, adicionalmente, haber cursado estudios universitarios pero que no terminó la carrera, y poseer un oficio en el área de salud. En relación con sus condiciones socioeconómicas, Elena manifestó contar con una propiedad familiar y que deseaba reunirse con sus hermanos para poder recibir la parte que le correspondía, afirmando que, en esa gestión, se encontraba acompañándola la abogada del Órgano de Revisión Nacional. En este sentido, y como fuera mencionado, la Ley de Salud Mental (Ley 26.657, 2010) establece que en ningún caso la internación puede prolongarse por problemas de vivienda y que le corresponde al Estado proveer los recursos si fueran necesarios, para promover la externación de los internados (Decreto 603, 2013).

De acuerdo con lo que pudo relevarse de las actuaciones secuenciales del organismo del Poder Judicial, dos meses después del envío del oficio solicitando

información sobre la situación de Elena, se obtuvo una respuesta de parte del hospital monovalente. En dicha respuesta, el hospital en referencia al estado de Elena, y reiterando lo anticipado por las partes intervinientes, confirmó que se encontraba más estable en su cuadro de base, orientada globalmente con ideación delirante de tinte persecutorio, conciencia de situación y sin conciencia de enfermedad. El hospital informó que el diagnóstico era esquizofrenia paranoide con pronóstico reservado y detalló la medicación que se le suministraba diariamente. En ese sentido, se destaca que el padecimiento de Elena presenta las características más salientes de la esquizofrenia, entre ellas, la negación de la patología, lo cual, asociado al tipo paranoide que padece, constituye uno de los obstáculos más importantes para su recuperación, como fuera mencionado en los puntos 3.2.2, 3.2.3 y 5.1 anteriores (Martínez Leal et al., 2004; Organización Mundial de la Salud, 2013).

Según pudo relevarse en las actuaciones accedidas, con respecto a sus referentes familiares, el hospital informó en su comunicación al organismo, que solo uno de los hermanos de Elena mantenía contacto con ella, pero que el equipo interdisciplinario tratante consideraba necesaria la implicancia de todos los familiares para trabajar la reinserción del paciente con el afuera. Sobre este punto, y como fuera mencionado, la Organización Mundial de la Salud (2018) al referirse al tratamiento de la esquizofrenia, sostiene que la predisposición de los familiares y de la comunidad ampliada para involucrarse en el proceso de reinserción comunitaria, constituye un factor muy importante para la recuperación del usuario con este tipo de padecimiento mental.

De acuerdo con la lectura de la respuesta al oficio enviado que consta en las actuaciones, y en relación con el proyecto de externación, las autoridades del hospital sostuvieron que, al momento de la respuesta, Elena se hallaba en condiciones de vivir sola, pero que resultaba necesario un dispositivo acorde con sus características, donde contara con supervisión de su tratamiento farmacológico, como ser un hostal o una residencia protegida. Sobre el particular, y como fuera mencionado, la Ley Nacional de Salud Mental (2010), establece que este tipo de dispositivos debe ser promovido desde el Estado para los usuarios con padecimientos mentales que se encuentren internados, pero en condiciones de alta médica. Las autoridades de la institución psiquiátrica informaron en relación con esto, que se habían retomado las gestiones para la obtención de una pensión derivada de la madre de Elena a fin de contar, además, con una obra social adicional y consecuentemente, con otras alternativas de recursos y dispositivos.

Por último, y en relación con la internación que cursaba la usuaria con padecimiento mental, informaron el juzgado interviniente, de conformidad con lo dispuesto por la Ley 26.657 (2010), por tratarse de una internación prolongada.

Con el objeto de respetar la voluntad de Elena y colaborar con la estrategia de externación, según consta en las actuaciones relevadas, se realizó una visita al hospital monovalente a la que asistieron la trabajadora social y el psicólogo del equipo del organismo del Poder Judicial, a fin entrevistar al equipo tratante de Elena. Este tipo de actuaciones interinstitucionales, como fuera mencionado en el punto 3.4.2, forma parte de las acciones habituales que lleva a cabo el organismo para el cumplimiento de sus objetivos (Ministerio Público Tutelar, 2013). De acuerdo con las actuaciones accedidas, los profesionales se presentaron en el servicio del hospital monovalente, donde Elena se encontraba alojada y fueron recibidos por la trabajadora social, la psicóloga y el psiquiatra que forman parte del equipo tratante para evaluar su situación. El equipo tratante informó que Elena contaba con permisos de salida diarios, asistiendo los fines de semana a la casa de Francisco, su hermano. Comentaron que el resto de su familia no la visitaba y que no se podría contar con ellos. Por otra parte, refirieron haber evaluado el plan de externación más conveniente para Elena, considerando que no se encontraría en condiciones de vivir sola, por no poseer conciencia de enfermedad. En ese sentido, y según la opinión profesional del equipo, sin seguimiento y sin posibilidad de que se le suministre medicación de depósito para evitar la toma diaria, Elena probablemente abandonaría la toma de medicación con su consecuente descompensación. Por otro lado, manifestaron considerar que lo mejor para Elena sería ir a una residencia asistida donde pudiera contar con un equipo de seguimiento, realizar tratamiento ambulatorio y continuar con las actividades que deseara en el hospital monovalente. Adicionalmente, en dicha reunión se analizó en forma conjunta la situación económica de Elena, y las gestiones realizadas para que Elena obtuviera la pensión derivada de su madre antes mencionadas. La trabajadora social refirió que el único ingreso con el que Elena contaba era el de su pensión no contributiva, administrada por su hermano Francisco. Puede notarse que, tal como lo señala Laviana Cuetos (2012), realizar un abordaje comunitario para el tratamiento de los trastornos mentales severos, demanda proponer un conjunto de respuestas particulares adaptadas a las necesidades del individuo afectado.

Posteriormente, y según puede leerse en las actuaciones accedidas, el psicólogo y la trabajadora social del organismo entrevistaron a Elena nuevamente para evaluar su

voluntad frente a la estrategia de externación conversada con el equipo tratante, ya que, como fuera mencionado en el punto 3.4.2, hacer respetar los derechos de los usuarios del sistema de salud mental, constituye una de las acciones fundamentales que lleva a cabo ese organismo (Ministerio Público Tutelar, 2013). Elena manifestó sentirse ansiosa por “irse del hospital”; se le transmitió lo conversado en relación con la posibilidad de una residencia protegida como camino intermedio a vivir sola, a lo que accedió, pero dando su consentimiento, solo en la medida en la que esa opción acelerara su salida del hospital. Por otra parte, Elena comentó que la toma de medicación no sería un problema porque sabía en qué momentos y horarios debía tomarlos. Asimismo, confirmó que su hermano Francisco cobraba su pensión, que retiraba el dinero del cajero automático y que luego se lo entregaba. Consultada sobre esta situación, Elena refirió que su hermano le facilitaba esa gestión, pero que podría hacerlo por sí misma si contara con un apoyo para las primeras extracciones. Este tipo de apoyos forma parte del proceso de rehabilitación que puede abordarse en los Talleres Protegidos de tipo transversales, los que, como fuera mencionado en el punto 3.3.7, propician la readquisición de habilidades y competencias para la reinserción social del usuario con padecimiento mental (Ley 955, 2003).

De conformidad con las actuaciones accedidas del organismo dependiente del Poder Judicial, dos semanas más tarde, se coordinó una entrevista con Francisco, hermano de Elena, en el hospital monovalente a la que asistieron, el psiquiatra y el psicólogo del equipo del organismo del Poder Judicial. Luego de las presentaciones y explicitar el motivo de la intervención del organismo, Francisco refirió visitar frecuentemente a su hermana en el hospital, y recibirla en su domicilio en los permisos de salidas. Adicionalmente, comentó que continuaría acompañando a su hermana, pero descartó la posibilidad de sostener una convivencia con Elena, ya que su experiencia en el pasado le había demostrado su tendencia al abandono de la medicación y que esto incrementaba las posibilidades de sufrir descompensaciones muy difíciles de manejar, como la que originó su última internación. Como fuera mencionado en el punto 3.2.3, la falta de conciencia de enfermedad y la cronicidad que presenta la patología de Elena, dificultan el cumplimiento y adherencia al tratamiento, lo cual está asociado al deterioro de la calidad de vida en general del individuo afectado y de su grupo de referencia (Giner et al., 2006).

Aproximadamente dos meses después, el hospital monovalente, a través de un informe dirigido al organismo del Poder Judicial, y según surge de la lectura de las actuaciones del caso, solicitó la gestión de un acompañante terapéutico para Elena, con una frecuencia de dos veces por semana, dos veces por día, con el objeto de comenzar el proceso de externación. Según la información accedida, el equipo tratante consideró que dicho recurso resultaba fundamental en orden de propiciar una mayor inserción en el afuera y encontrar alternativas para su alta. Frente a esta solicitud, el organismo del Poder Judicial envió un oficio a la empresa del Estado proveedora de servicios de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, a efectos de adjuntar el informe del hospital monovalente en el que se requería el recurso, y solicitar a dicha empresa que se procediera a la evaluación y asignación de un acompañante terapéutico para Elena. Luego de dos semanas, se obtuvo respuesta mediante una comunicación oficial en la que la antedicha empresa del Estado informó que se procedería a la evaluación de Elena en su lugar de residencia -hospital monovalente- para analizar el pedido de acompañante terapéutico. Tal como fuera señalado en el punto 3.2.3, en distintas fases de la esquizofrenia resulta necesario proveer al usuario con padecimiento mental de un entorno de cuidados permanentes, a través del apoyo y manejo de sus necesidades (Vallina Fernández, & Lemos Giráldez, 2001).

Según puede leerse en las actuaciones del organismo del Poder Judicial, con posterioridad se propició una reunión conjunta del psicólogo del equipo del organismo, con la abogada del Órgano de Revisión Nacional y con Elena, a efectos de consensuar con ella los distintos pasos a seguir en el proceso de externación, entre los cuales se contaba con el apoyo del acompañante terapéutico en el proceso y la posibilidad de ingresar a un hospital de día. Elena manifestó no estar de acuerdo con el hospital de día, ya que había asistido en una oportunidad y que las actividades que realizaban allí le habían parecido “aburridas”. Frente a esto, se le insistió en la necesidad de asistir a espacios que la pudieran ordenar, trabajar sus hábitos diarios, y especialmente, la toma de medicación. Elena por su parte, se manifestó de acuerdo en la posibilidad de contar con un acompañamiento terapéutico, y expresó su voluntad de comenzar con los Talleres Protegidos que ofrece el sistema oficial local de salud (Ley 955, 2003).

En relación con la situación económica de Elena, y de acuerdo con las actuaciones del organismo dependiente del Poder Judicial accedidas, a través de una comunicación informal de la abogada del órgano de revisión, se informó la realización



de una audiencia en el juzgado interviniente con Elena y sus familiares directos, para tratar la situación de la propiedad que heredaron. La abogada refirió que la reunión había sido sumamente positiva y que sus hermanos estarían dispuestos a pagarle una mensualidad por el no uso de la casa familiar. Esta posibilidad, sumada a las gestiones positivas ante la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) para la obtención de la pensión derivada por su madre, una vez confirmada, podrían constituirse en un ingreso mensual que permitiría cubrir algunas de las necesidades habitacionales de Elena, una vez externada. Tal como fuera mencionado en el punto 3.1.1, Saforcada, de Lellis y Mozobancyk (2010) sostienen la existencia de determinantes sociales de la salud con una influencia importante sobre ella, que deben abordarse y que emergen de otros condicionantes de la vida del individuo afectado, como pueden ser la situación de vivienda, empleo o ingresos, entre otros, de estrecha relación entre ellos.

De conformidad con lo relevado en las actuaciones del organismo del Poder Judicial, surge que, con posterioridad, y con el fin de acompañar el proceso de externación de Elena, el psicólogo del equipo interdisciplinario del organismo realizó una visita con ella a los Talleres Protegidos. Se recorrieron las instalaciones y se visitaron los diferentes talleres que se dictan en una de las sedes ubicada en proximidades del hospital monovalente donde Elena reside. Luego de la visita, Elena refirió estar de acuerdo en participar de dichos talleres, con lo que se procedió a diligenciar su incorporación, a través del equipo tratante. Un mes después de la visita a los talleres, y según consta en las actuaciones, el psicólogo del equipo del organismo del Poder Judicial se contactó con la trabajadora social del hospital psiquiátrico quien le informó que Elena había comenzado a asistir a los Talleres Protegidos. Como fuera mencionado anteriormente, dichos talleres fueron creados por la Ley 955 (2003) en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, y están diseñados para formar parte de los tratamientos ambulatorios de salud mental.

Cabe destacar que el psicólogo, el médico psiquiatra y la trabajadora social, profesionales del organismo dependiente del Poder Judicial, respondieron a las indagaciones que la pasante les efectuó sobre su participación en el caso, manifestando que, con una base semanal, todo lo actuado por ellos es compartido en las reuniones de equipo con el fin de evaluar el avance en el cumplimiento de la estrategia de abordaje del caso. Adicionalmente, los profesionales comentaron que igual información se compartía con la abogada del Órgano de Revisión Nacional, a efectos de reevaluar en

forma periódica la estrategia de externación de Elena. Como fuera antes mencionado, la labor del organismo es tanto interdisciplinaria a su interior como interinstitucional, en relación con el abordaje que demandan los distintos casos en los que se interviene (Ministerio Público Tutelar, 2013).

De conformidad con las actuaciones relevadas del organismo, dos meses después el psicólogo del equipo interdisciplinario del organismo del Poder Judicial estableció contacto con la trabajadora social de la institución psiquiátrica para hacer el seguimiento del estado de Elena, quien informó que Elena hacía aproximadamente dos semanas, había dejado de concurrir a los Talleres Protegidos, por no sentirse cómoda. Por otra parte, la trabajadora social del hospital solicitó colaboración del organismo para agilizar el trámite ante la ANSES de la pensión derivada de la madre de Elena. Con el objeto de responder al pedido del equipo tratante del hospital, el organismo dependiente del Poder Judicial envió un oficio a la ANSES, solicitando se le concediera al trámite el carácter de pronto despacho en consideración a la vulnerabilidad presentada por la usuaria, y de este modo, colaborar con su gestión, lo cual se enmarca en el tipo de acciones interinstitucionales que tiene en su ámbito de actuación del organismo del Poder Judicial (Ministerio Público Tutelar, 2013).

Aproximadamente un mes después, el psicólogo y la pasante, esta última en calidad de observadora no participante, pertenecientes al equipo del organismo del Poder Judicial, realizaron una visita al hospital monovalente para entrevistarse con Elena, a quien se la encontró conversando con compañeras de internación tomando el desayuno. Elena accedió a salir al pasillo del pabellón, y efectuar la entrevista. Al ser consultada por el psicólogo sobre su estado, comentó entusiasmada que su psicóloga le había hablado “del alta por primera vez”. Continuó relatando que, como ya había obtenido la pensión derivada, una vez que se produjera el cobro inicial, iría al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI-INSSJP) con su hermano Francisco para averiguar qué podrían ofrecerle de solución habitacional, lo que, según comentó con orgullo, “es la estrategia que planifiqué con mi equipo tratante”. Como fuera antes mencionado, un abordaje comunitario en la salud pública implica concederle al sujeto un incremento en el poder sobre la planificación y gestión de su salud (Desviat, 2001).

Durante la entrevista, según pudo observarse, el psicólogo del organismo le consultó a Elena sobre su abandono a los Talleres Protegidos del Gobierno de la Ciudad

de Buenos Aires, a lo que respondió, explicando que había dejado de concurrir por varios motivos, y manifestó su preferencia de continuar con los talleres intrahospitalarios. En particular, Elena refirió que se había anotado con una de sus compañeras del hospital en el taller transversal de psicoeducación psicofarmacológica, pero que el coordinador del taller le había transmitido que no podía asistir, sin darle demasiadas explicaciones, lo que la había desanimado mucho y la llevó a discontinuar su asistencia en general a los mencionados Talleres Protegidos. Cabe señalar que, precisamente, ese taller específico posee, como objetivo general, proveer de herramientas al usuario para comprender su patología y mejorar la adherencia a los tratamientos psicofarmacológicos y de rehabilitación (Ministerio de Salud Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, s.f.a), lo cual, a priori, pareciera ser adecuado a las necesidades de Elena. El psicólogo del organismo le puntualizó la importancia de seguir asistiendo, aunque fuera a otro de los Talleres Protegidos que ofrecen formación en oficios, a lo que Elena respondió que “a mi edad, ya no voy a trabajar más”, y los oficios ofrecidos “no me resultan para nada interesantes”. Lo antedicho expone en un cierto sentido, la falta de acompañamiento integral en el proceso que atraviesa Elena, y de un abordaje mancomunado desde todas las partes intervinientes en su atención. Como fuera mencionado en el punto 3.2.3, Florit-Robles (2006) señala como esencial para facilitar el proceso de rehabilitación social, la presencia constante de un buen equipo rehabilitador y, fundamentalmente, de la coordinación interinstitucional para que sea efectivo.

En relación con su rutina diaria, y conforme a lo observado, Elena continuó comentando la realización de distintas actividades culturales, como teatro, dibujo, pintura y en particular un taller literario que le interesaba mucho. Insistió en no querer asistir a los Talleres Protegidos, en particular, porque algunos horarios se superponían con las actividades internas del hospital y no deseaba perderlas. Ante la consulta del psicólogo del organismo sobre si se había producido la evaluación para la asistencia de un acompañante terapéutico que debían realizarle según lo previsto, Elena confirmó que todavía no la habían evaluado. En relación con la posibilidad de salir externada, el psicólogo le consultó sobre cómo se sentiría respecto a la toma de medicación diaria. Elena se manifestó confiada en que ya podría manejarla sin ayuda externa, aunque para ejemplificar su aptitud comentó ser “de las primeras que está en la fila de enfermería a la mañana para tomar la medicación”, evidenciando solo el cumplimiento de una de las

tantas rutinas intrahospitalarias que se le imponen. Por otra parte, y en referencia a su situación general dentro de la institución, Elena comentó que “hace 8 años que estoy en el hospital”, duplicando en sus dichos, el tiempo efectivo que ha pasado institucionalizada desde su internación, que asciende a cuatro años aproximadamente, según consta en las actuaciones accedidas. Por otro lado, Elena refirió sentirse “acostumbrada a vivir acá”, que tiene sus amigas y se siente contenida; que cada 15 días sale durante el fin de semana a la casa de Francisco, su hermano y que cuando se queda en el hospital asiste a algunas actividades internas. Elena mencionó que una de las actividades que más satisfacción le produce, es el programa de radio que se desarrolla en la institución, denominada Desate, manifestándose muy a gusto, ya que, según lo manifestado, es un espacio para darle voz a muchas de las cosas que le suceden y que, con excepción del taller literario, no encuentra otro lugar para decirlas, ya que “no es lo mismo que hablar con la psicóloga” -del equipo tratante-, porque es “otra cosa, que me ayuda a pensar”. En relación con la situación planteada en el caso de Elena, pueden observarse los efectos del modelo asilar, en el que el paso del tiempo en condiciones de aislamiento con el afuera, modifica sus percepciones -por ejemplo, en la cantidad de años que hace que está asilada- y no hace más que incrementar la discapacidad social del individuo internado que se siente contenido por la institución psiquiátrica (Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud, 1990).

Según lo observado, y en relación con su situación económica, Elena comentó que todavía no había obtenido el primer cobro de la pensión derivada pero que ya se la habían otorgado, y, con relación a la pensión no contributiva, refirió que la percibía su hermano Francisco, quien le pasaba el dinero de a poco, “para que no me lo gaste todo, porque yo me lo gasto”. Ante este comentario de Elena, el psicólogo del organismo realizó una intervención, aclarándole que el manejo del dinero sería uno de los puntos de regulación que podría ejercitar en los Talleres Protegidos, antes de poder irse a vivir sola, pero Elena negó nuevamente esa posibilidad. Elena comentó, asimismo, que tenía pendiente un turno en un hospital general local para una revisión oftalmológica, y que se sentía afortunada de que en el hospital monovalente donde se encuentra alojada pudiera hacerse el resto de los chequeos clínicos de su salud. Elena puso énfasis en acotar que este sería uno de los puntos a favor para continuar internada, y que la psicóloga del equipo del hospital “me dice que eso lo perdería si me voy a vivir sola”. Resulta llamativa la intervención de la psicóloga integrante del equipo tratante,

considerando la estrategia de externación que viene postulando el mismo equipo, según consta en las actuaciones del organismo y que fuera antes mencionada. Asimismo, llama la atención que, frente a la consulta del psicólogo del organismo, Elena, al mismo tiempo, expresó su expectativa de estar externada antes de fin de año. El psicólogo del organismo intervino frente a esto, puntualizándole que debía considerar que su externación sería un proceso gradual, que implicaría contar con alguna actividad para hacer, que debería asistir a los Talleres Protegidos para lograrlo y hacer la transición con la ayuda de un acompañante terapéutico. Elena manifestó estar de acuerdo con la propuesta de contar con un acompañante terapéutico, pero insistió en su incomodidad con respecto a los talleres antes mencionados. Puede señalarse aquí, en referencia a la recepción pasiva que Elena hace de lo que los profesionales le dicen, que su relación con el equipo tratante en el curso de su internación prolongada, se caracteriza por ser asimétrica, propia de la atención, en la que la voz autorizada y el poder radican en la institución y en sus profesionales, en lugar de un abordaje de cuidado, el que, como sostiene Tejada de Rivero (2003), implica relaciones más horizontales, simétricas y participativas.

Luego de la reunión con Elena, el psicólogo del organismo dependiente del Poder Judicial y la pasante, en calidad de observadora no participante, mantuvieron una entrevista con la trabajadora social integrante del equipo tratante de la institución psiquiátrica. La profesional comentó que el equipo había modificado su estrategia y estaba trabajando con la posibilidad de que Elena fuera a una residencia de adultos mayores del PAMI-INSSJP, de puertas abiertas, ya que consideraban que se mostraba demasiado “endebled” como para vivir sola. En esta propuesta, se observa el cambio del tipo de alojamiento indicado en la estrategia para Elena por el equipo tratante, que inicialmente incluía la evaluación de una residencia protegida, y que muta a una residencia para adultos mayores. Se destaca que este tipo de alojamientos resulta más adecuado para individuos inactivos, atravesando una etapa del ciclo vital muy diferente a la situación de Elena, pero que podría resultar coincidente con una percepción del equipo tratante de que la usuaria con padecimiento mental debe continuar aislada de la comunidad, y que su reinserción social no es posible. La trabajadora social solicitó al psicólogo del organismo, evaluar la posibilidad de organizar una reunión a la brevedad posible en el hospital, con el psiquiatra y la psicóloga del equipo tratante, para así analizar en conjunto las alternativas de externación y aunar objetivos. La trabajadora

social comentó finalmente, que Francisco, el hermano de Elena, le había referido estar muy atento a las salidas que hacía a su casa los fines de semana, y que se había manifestado inseguro sobre la posibilidad de que Elena viviera sola, transmitiéndole su preocupación sobre su autorregulación sin acompañamiento. En ese sentido, la profesional sugirió que se invitara también a Francisco a la reunión de evaluación conjunta antes solicitada. Según surge de la consulta que la pasante le realizó al psicólogo con posterioridad a la visita, se realizó una reunión entre el psicólogo y la coordinadora del equipo interdisciplinario del organismo dependiente del Poder Judicial, en la que se analizaron las actualizaciones del caso y se reevaluó la estrategia de abordaje, en virtud de la solicitud planteada por la trabajadora social del hospital. Según refiere el psicólogo, se ha decidido convocar a la reunión conjunta sugerida por la trabajadora social del hospital monovalente, con la asistencia de todas las partes intervinientes, tanto el organismo dependiente del Poder Judicial como los integrantes del Órgano de Revisión Nacional, el equipo tratante, Elena y su hermano, en un plazo máximo de dos semanas. Se señala aquí, como fuera mencionado en el punto 3.3.4 en relación con la labor de los equipos interdisciplinarios, que las reuniones para discusiones de casos demandan la programación de actividades, las que deben ser parte del tiempo de trabajo para que la interdisciplinariedad surta efecto (Stolkiner, 1999).

### **5.3 Desarrollo Objetivo Específico 3**

El Objetivo Específico 3 del presente trabajo por su parte, proponía describir los resultados de las actuaciones realizadas por el organismo del Poder Judicial, en colaboración con el equipo tratante de la institución monovalente, y la evolución presentada de la posible externación del paciente analizado.

En relación con los resultados de las actuaciones y la evolución presentada en el caso de Elena, se destaca que, tal como fuera mencionado en el desarrollo del Objetivo Específico 2, el organismo dependiente del Poder Judicial inició sus intervenciones por pedido de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, uno de los integrantes del órgano de revisión previsto en la Ley Nacional de Salud Mental (Decreto 603, 2013).

A partir de la solicitud de colaboración, como pudo observarse a partir de la actuaciones accedidas del organismo dependiente del Poder Judicial, y desarrolladas en el Objetivo anterior, las intervenciones realizadas pueden agruparse en las siguientes

áreas de trabajo: (i) evaluación del estado de situación inicial de Elena; (ii) entrevistas para identificar la voluntad de la propia usuaria con padecimiento; y (iii) colaboración en la definición de la estrategia de externación y en la gestión de distintos recursos - habitacionales, terapéuticos, socio-económicos, etc.-.

Según las indagaciones realizadas a los integrantes del equipo interdisciplinario del organismo, en relación con la evaluación inicial del estado de situación de Elena, como fuera mencionado, se procedió a analizar la información secundaria provista por el Órgano de Revisión Nacional, surgida tanto de las evaluaciones interdisciplinarias requeridas por la normativa nacional por tratarse de una internación prolongada (Ley 26.657, 2010) como de aquella provista por las autoridades del hospital monovalente, para establecer un cuadro de la situación de Elena y determinar la estrategia de abordaje desde el organismo. Luego de esto, y dentro de lo previsto en el ámbito de actuación del organismo del Poder Judicial (Ministerio Público Tutelar, 2013), se propició en todo momento, contar con la expresión de la voluntad de Elena y, de este modo, hacerla partícipe de la planificación de su egreso de la institución psiquiátrica, teniendo en consideración que la estrategia de externación es parte del tratamiento que se le brinda al usuario. Este accionar está en línea con el paradigma de sujeto de derechos que sostiene el abordaje comunitario de la normativa vigente, en referencia a garantizar la autonomía de la voluntad del individuo y su exteriorización (Hermosilla, & Cataldo, 2012; Ley 26.529, 2009; Ley 26.657, 2010; Ley 26.742, 2012).

El análisis de la situación de Elena no solo fue abordado de modo interdisciplinario al interior del equipo de trabajo del organismo, sino que, según surge de la lectura de las actuaciones, fue compartido de modo interinstitucional. El objetivo pretendido de estas acciones fue hacer un seguimiento continuo y permitir la reevaluación periódica del caso, en orden a definir acciones tendientes a lograr que la atención de Elena se produjera por fuera del ámbito de institucionalización, en línea con lo que propone la APS, fundamento de la normativa nacional de salud mental (Ley 26.657, 2010).

Según surge de las actuaciones accedidas y con relación a la gestión de distintos recursos, se obtuvo la respuesta de la empresa proveedora del Estado local para servicios de salud, en la que se comprometía a realizar la evaluación de la usuaria para el otorgamiento del recurso de acompañante terapéutico. Si bien dicha evaluación no se ha producido todavía, según los dichos del psicólogo cuando fuera consultado por la

pasante, el organismo del Poder Judicial no ha reiterado la solicitud, en virtud de que la externación de Elena se ha pospuesto en espera de la obtención de otros recursos. Esta situación condiciona el momento de la intervención del acompañante terapéutico, previsto como apoyo de un proceso de egreso ya iniciado de un establecimiento psiquiátrico (Resolución 1862, 2011).

En relación con la intervención del organismo ante la ANSES, según surge de las actuaciones relevadas, el trámite fue exitoso y Elena cuenta ya con la pensión derivada de su madre y con la cobertura social de PAMI-INSSJP. Esta situación, sumada a la obtención del acuerdo de los familiares de Elena lograda en el ámbito del juzgado con el apoyo del organismo del Poder Judicial para abonarle periódicamente una suma de dinero por el no uso de la propiedad familiar, y a la pensión no contributiva que Elena percibe, consolidan un ingreso mensual para la usuaria que le permitiría acceder a una vivienda que le garantizara su autonomía. Como fuera mencionado en el punto 3.1.1 y en el desarrollo del Objetivo Específico 2, dentro de los determinantes sociales de la salud, la falta de recursos económicos afecta al proceso de salud-enfermedad, y, tal como lo señalan de Lellis et al. (2015), forma parte del sistema “complejo, jerárquico y abierto” de determinantes que condiciona las intervenciones a realizar en los distintos niveles del sistema de salud.

Finalmente, es importante destacar que, ante la consulta de la pasante referida a su percepción personal sobre la evolución de la posible externación de Elena del hospital psiquiátrico, el psicólogo del organismo del Poder Judicial manifestó que, en su opinión, conforme se ha hecho más tangible la posibilidad para Elena de externarse, en su discurso han aparecido cambios y algunos obstáculos que, cuando las posibilidades de salir se percibían como más remotas, no existían. En ese sentido, según el profesional, pueden señalarse cuestiones tales como negarse a asistir a los Talleres Protegidos que la ayudarían con habilidades necesarias para el afuera, no manifestar tantos deseos de vivir sola, de trabajar o de realizar actividades que sostendrían su reinserción comunitaria, y mostrarse en grados crecientes con más vulnerabilidad y necesitada de la contención que la institución en la que se encuentra alojada, le brinda. Como ya fuera mencionado en el punto 3.2.3, una de las características de la patología que posee Elena, es la presencia de una baja autoestima y distorsiones en sus emociones que condicionan fuertemente la presente etapa de su evolución (Martínez Leal et al., 2004; Organización Mundial de la Salud, 2013).



## **6. Conclusiones**

### **6.1 Resumen del Desarrollo**

El presente trabajo fue planteado desde el inicio como ejemplificativo de las dificultades que se presentan en el proceso de externación de un usuario con padecimiento mental de una institución monovalente, y, en ese sentido, se cumplieron los objetivos propuestos y su desarrollo permitió confirmar la complejidad del proceso desde distintos puntos de vista.

Las características propias del caso de Elena, quien padece esquizofrenia de tipo paranoide crónica, y se encuentra internada desde hace cuatro años en una institución psiquiátrica monovalente de la Ciudad de Buenos Aires, resultaron ilustrativas de la situación de una población estimada en 25.000 personas con padecimiento mental, asiladas en similares -o peores- condiciones y conflictivas en la Argentina (CELS, & MDRI, 2007).

El período de tiempo tomado en cuenta en el análisis de aproximadamente un año, y que comenzara con la solicitud de intervención del organismo del Poder Judicial, por parte de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, da cuenta de procesos sumamente lentos cuando se trata de llevar a la práctica un abordaje comunitario en cumplimiento de la normativa vigente de salud mental (Ley 26.657, 2010).

El recorrido de Elena desde el comienzo de su patología hasta el momento actual muestra su paso por distintas instituciones y modalidades de tratamiento, desde la institucionalización inicial ante un intento de suicidio, al tratamiento ambulatorio en distintos hospitales -monovalente y general- sosteniendo condiciones de vida familiares, su marcado deterioro, y finalmente, ante una grave descompensación, su internación en la institución psiquiátrica donde se encuentra desde hace cuatro años como fuera mencionado.

Las intervenciones descriptas en el desarrollo, tanto del organismo dependiente del Poder Judicial como del Órgano de Revisión Nacional en materia de salud mental, y

más allá de las limitaciones que serán abordadas más adelante en estas Conclusiones, dan cuenta de la intención de considerar al usuario con un padecimiento mental como un sujeto de derechos y de hacer cumplir, en la medida de las posibilidades que cada ámbito de actuación de los organismos involucrados le impone, con la voluntad del sujeto afectado (Ley 1.903, 2006; Ley 26.657, 2010; Ministerio Público Tutelar, 2013).

Los resultados obtenidos de las intervenciones y la evolución presentada en el caso de Elena parecen escasos y de lenta consecución, frente a la urgencia que parecieran transmitir tanto el espíritu como la letra de las normas aplicables para la externación de un usuario de una institución psiquiátrica, pero, en todo caso, dan cuenta como fuera mencionado, de la complejidad del proceso de salud-enfermedad inserto en un sistema de determinantes que supedita las intervenciones posibles (De Lellis et al., 2015a).

## **6.2 Limitantes**

Con relación a las limitaciones del presente trabajo, puede mencionarse en términos generales, la propia institucionalidad subyacente a las intervenciones por el hecho de tratarse de un organismo del Poder Judicial. No puede olvidarse que las intervenciones de la justicia son por excepción y que, en este tipo de situaciones en particular, tienen lugar cuando el resto de las agencias del Estado -incluidas las propias instituciones psiquiátricas- u otros organismos, no han logrado cumplir con su cometido o necesitan de una colaboración adicional en relación con el respeto o ejercicio de los derechos individuales que desde la justicia puede proveerse. Esta situación impuso una restricción al alcance del ámbito de actuación, en virtud de la cual no puede avanzarse más que hasta un cierto límite en el abordaje posible, ni modificarse la decisión de otras instituciones con responsabilidades sobre el caso.

En términos metodológicos, se señala que, si se hubiera contado con más tiempo y disponibilidad, podrían haberse previsto instrumentos más precisos en la recolección de datos, como por ejemplo, entrevistas semi estructuradas a los integrantes de los distintos equipos interdisciplinarios intervinientes, tales como a los miembros del equipo tratante perteneciente a la institución monovalente, o del Órgano de Revisión Nacional, con el objeto de conocer más en detalle las distintas perspectivas sobre el

mismo caso, lo que seguramente hubiera enriquecido el análisis efectuado por la tesista para el cumplimiento de los objetivos del trabajo.

### **6.3 Perspectiva crítica**

Más allá de considerar muy loable el tipo de acciones que lleva a cabo el organismo del Poder Judicial, en orden a su objetivo general de hacer cumplir la ley, a través del respeto de los derechos de los usuarios con padecimiento mental, la modalidad de trabajo asociada a la cantidad de casos que se tramitan en el organismo, trae como resultado una efectividad menor a la pretendida, ya que cada profesional se encuentra la mayor parte del tiempo colapsado con tareas de diversa índole y complejidad, en el marco del abordaje de los casos asignados bajo su responsabilidad. Esta situación le quita tiempo a cada uno para el análisis interdisciplinario que el área se propone como modalidad de trabajo, y, en ocasiones, se pierde la visión integral del problema, que, no obstante, se le requiere a cada profesional y que, tal como lo sostiene Elichiry (2009), implica renunciar a tener el saber total y abocarse al trabajo en equipo para la resolución de problemas. En ese sentido, y aunque no sea esa la propuesta de trabajo del organismo, la labor llevada adelante termina asemejándose más a un abordaje multidisciplinar, en el cual varios profesionales con campos de acción distintos se abocan a una encomienda conjunta, pero no trabajan de modo interdisciplinario (Stolkiner, 1999).

### **6.4 Aporte Personal**

Diversas cuestiones surgen de la reflexión sobre los resultados y el marco teórico planteado en el presente trabajo.

En primer lugar, y no porque el orden de la exposición que sigue implique una importancia diferencial, puede señalarse que la desinstitucionalización en el marco de un paradigma de sujetos de derechos planteada por la normativa de salud mental en la Argentina a nivel nacional desde el año 2010, se convierte en una tarea para la cual se necesita de individuos que la comprendan, la internalicen, la interpreten, y la conviertan

en acciones y demandas concretas. Sin lugar a duda, como lo sostienen Tisera et al. (2013), las políticas públicas deberán incorporar como consideraciones previas, las modificaciones que resultan necesarias en las subjetividades de los usuarios asilados con internaciones prolongadas para que no fracase su rehabilitación y posterior reinserción comunitaria.

Sin embargo, resulta interesante señalar que las *subjetividades* a cambiar no son solo las de los individuos internados; corresponde que todos los que de algún modo tienen una responsabilidad en el proceso estén dispuestos a dejarse transformar por un paradigma diferente y un *modelo de cuidado*, con relaciones horizontales, más simétricas y participativas (Tejada de Rivero, 2003). Demanda, asimismo, cuestionarse en qué medida, como profesional de la salud, se está dispuesto a devolverle el *saber y el poder* al usuario con padecimiento mental, a empoderarlo, en aras de la equidad como sostiene Rovere (2004), y, de parte de las instituciones y de los agentes de salud, a entregar ese *lugar central autoconcedido* en el proceso de salud-enfermedad (Stolkiner, & Ardila Gómez, 2012). No parece una tarea fácil, más allá de que, como se mencionó anteriormente, el espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental en ese sentido sea claro (Ley 26.657, 2010).

Agamben (2011) realiza una puntuación interesante en relación con los dispositivos, inscriptos siempre en una relación de poder, y su importante capacidad de subjetivar a los seres humanos, desde una función estratégica en busca de un efecto. En esa línea de pensamiento, puede señalarse que el modelo asilar -como dispositivo- ha subjetivado por siglos tanto a los usuarios con padecimiento mental como a los profesionales que trabajan en ellos, y no será posible transformar la situación de unos sin modificar la de los otros. No solamente las “Elenas” sienten mayor confortabilidad con lo conocido adentro después de tantos años de asilamiento, que frente a lo desconocido e inmanejable del afuera; también su psicóloga pareciera considerar que están más contenidas, internadas, y que, si las “Elenas” la siguen necesitando del lado de adentro de los muros, tiene garantizado, asimismo, su comodidad y su “no cambio”. De otro modo no se comprende su intervención, advirtiéndole a Elena lo que perdería si se fuera de la institución, como fuera mencionado en el desarrollo anterior.

Adicionalmente, cabe señalar que las modificaciones en las subjetividades son, asimismo, demandadas a los funcionarios con responsabilidades en la definición de políticas públicas y en su ejecución, donde la articulación interinstitucional e

intersectorial no pueden quedar en una definición conceptual y regulatoria, sino que requieren de una interpretación, comprensión y acción individual y colectiva que produzca distintos efectos concretos.

La realización de este trabajo ha interpelado a la tesista en muchos e intensos sentidos. No solamente es posible sino probable, que la reflexión ulterior llevará a formularse preguntas que no tendrán respuestas fáciles, pero que, seguramente, desde el lugar de profesional de la psicología, motivarán lecturas, investigación, deseos de comprensiones en grados crecientes de complejidad, y, con fortuna, la oportunidad de abordajes distintos a una realidad siempre en construcción.

### **6.5 Nuevas Líneas o Problemas de Investigación**

Se considera de suma importancia resaltar la necesidad de una profundización de la formación en psicología sanitaria de los profesionales de la psicología, tal como es postulado por Saforcada (2012), que permita desde el proceso mismo de formación, estar mejor predispuestos a la renuncia del reduccionismo que propone el asegurarse en la propia disciplina. Posiblemente esto demande, como sostienen de Lellis et al. (2015b), identificar los principales problemas que afectan la formación e inserción laboral de los profesionales de la salud mental y el rol del Estado en la materia.

En todo caso, emerge como deseable contar con una visión transformada de lo que significa ser agente de salud, para evitar, en palabras de Spinelli (2010), la “ausencia de ciudadanía” que marca el límite material de la legalidad: sin actores que puedan representar, actuar y hacer cumplir la legalidad, es poco probable que pueda llevarse a cabo una transformación como la que propone el cambio de paradigma abordado en la normativa sobre salud mental en Argentina y en el presente trabajo.

## **7. Referencias bibliográficas**

Acero Aguilar, M., Caro Roa, I., Henao Kaffure, L., Ruiz E, L., & Sánchez-Vánegas, G. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: Postura oficial y perspectivas

críticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31, 103-110. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12028727010.pdf>

Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*. 26(73), 249-264.

Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/soc/v26n73/v26n73a10.pdf>

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

Comisión Especial de Seguimiento y Evaluación para el Cumplimiento de la Ley N° 448 de Salud Mental. (2011). *Informe Septiembre 2011*. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.psicologosgcaba.org.ar/Derechos-Humanos/Textos-y-Documentos-varios/Comision-especial-seguimiento-Ley-448.pdf>

Decreto N° 603. *Decreto Reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Boletín Oficial de la República Argentina N° 32649 del 29/05/2013. Poder Ejecutivo Nacional.

De Lellis, M. (2014). Ética y Políticas Públicas en Salud Mental. *Revista Intersecciones*. Facultad de Psicología. UBA. Recuperado de: [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/065\\_salud1/material/archivos/fichas/etica\\_y\\_politica.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/fichas/etica_y_politica.pdf)

De Lellis, M., Interlandi, C., & Martino, S. (2015a). Introducción a la salud pública como área del conocimiento y de la acción. En M. de Lellis (Ed.), *Perspectivas en salud pública y salud mental* (pp. 11-42). Buenos Aires: Ed. Nuevos Tiempos.

De Lellis, M., Pomares, M., & Da Silva, N. (2015b). La formación y regulación de técnicos y profesionales en el campo de la salud mental. En Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (Ed.), *Políticas Públicas de Salud Mental. Enfoques, Estrategias y Experiencias con Base en la Comunidad* (pp.327-343). Recuperado de: [http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/recursos-comunicacion/pdf/2015-05-07\\_politicasp-publicas-en-sm.pdf](http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/recursos-comunicacion/pdf/2015-05-07_politicasp-publicas-en-sm.pdf)

De Lellis, M., & Sosa, M. (2011, agosto). *Modelos de atención: un análisis comparativo de la legislación provincial y la ley nacional de salud mental*.

Ponencia presentada en las IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Buenos Aires, Argentina.

Desviat, M. (2001). Salud Pública y Psiquiatría. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(77), 125-133. Recuperado de:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-57352001000100009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352001000100009&lng=es&tlng=es)

Elichiry, N. (2009). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. En N. Elichiry, *Escuela y Aprendizajes* (pp. 133-196). Buenos Aires: Manantial.

Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de Psicología*. 24(1-3), 223-244. Recuperado de:

<http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/104/106>

Foucault, M. (1967). *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: Ed. Paidós.

Galende, E. (2012). Consideración de la subjetividad en salud mental. En Universidad Nacional de Lanús (Ed.) *Salud Mental y Comunidad*, 2(2), 23-29. Recuperado de: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-2.pdf>

Giner, J., Cañas, F., Olivares, J., Rodríguez, A., Burón, J., Rodríguez-Morales, A., & Roca, M. (2006). Adherencia terapéutica en la esquizofrenia: una comparación entre las opiniones de pacientes, familiares y psiquiatras. *Actas Españolas de Psiquiatría*. 34(6), 386-392. Recuperado de: [http://sid.usal.es/idocs/F8/ART12900/adherencia\\_terapeutica.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART12900/adherencia_terapeutica.pdf)

Hermosilla, A., & Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental. Antecedentes y Perspectivas. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 134-148. doi: 10.5872/psiencia/4.2.41

International Pilot Study of Schizophrenia, & World Health Organization. (1976). *Esquizofrenia: un estudio multinacional, resumen de la fase de evaluación*

*inicial del Estudio Piloto Internacional sobre la Esquizofrenia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:  
<http://www.who.int/iris/handle/10665/37874>

Jablensky, A. Sartorius, N., Ernberg, G., Anker, M., Korten, A., Cooper, J., Day, R., & Bertelsen, A. (1992). Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten country study. *Psychol Med Monogr Suppl.* 20, 1-97. doi: 10.1017/S0264180100000904

Laviana Cuetos, M. (2012). La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. *Apuntes de Psicología.* 30(1-3), 459-476. Recuperado de:  
<http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/425/345>

Ley N° 448. *Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires*. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires N° 1022 del 07/09/2000. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ley N° 955. *Complementaria de la Ley de Salud Mental N° 448*. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires N° 1601 del 03/01/2003. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ley N° 1.903. *Ley Orgánica del Ministerio Público*. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires N° 2366 del 25/01/06. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ley N° 4.036. *Ley para la Protección Integral de los Derechos Sociales*. Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires N° 3851 del 09/02/2012. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ley N° 26.529. *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud*. Boletín Oficial de la República Argentina N° 31785 del 20/11/2009. Congreso de la Nación Argentina.

Ley N° 26.657. *Ley Nacional de Salud Mental*. Boletín Oficial de la República Argentina N° 32041 del 03/12/2010. Congreso de la Nación Argentina.



Ley N° 26.742. *Ley N° 26.529. Modificación.* Boletín Oficial de la República Argentina N° 32404 del 24/05/2012. Congreso de la Nación Argentina.

Martínez Leal, R., Moreno Küstner, B., & Soriano Peña, M. (2004). Falta de Insight en la Esquizofrenia. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 4(2), 146-158.  
Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Rafael\\_Martinez-Leal/publication/28303166\\_Falta\\_de\\_insight\\_en\\_la\\_esquizofrenia/links/5980690ea6fdcc1a9ad2ca94/Falta-de-insight-en-la-esquizofrenia.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Rafael_Martinez-Leal/publication/28303166_Falta_de_insight_en_la_esquizofrenia/links/5980690ea6fdcc1a9ad2ca94/Falta-de-insight-en-la-esquizofrenia.pdf)

Mental Disability Rights International (MDRI), & Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). (2007). *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina.* Washington, D.C.: MDRI. Recuperado de: [http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri\\_cels.pdf](http://www.cels.org.ar/common/documentos/mdri_cels.pdf)

Ministerio de Desarrollo Social Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2012). *Guía de Servicios Sociales.* Recuperado de: [http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des\\_social/fortal\\_soc\\_civil/pdf/guia-de-servicios-sociales-2011.pdf](http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/fortal_soc_civil/pdf/guia-de-servicios-sociales-2011.pdf)

Ministerio Público Tutelar. (2013). *Nuevas ideas, nuevos sujetos de derechos: Infancia y salud mental en la Ciudad de Buenos Aires.* Buenos Aires: Ed. Eudeba.  
Recuperado de: [http://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/ifg\\_2007\\_2013\\_web.pdf](http://mptutelar.gob.ar/sites/default/files/ifg_2007_2013_web.pdf)

Ministerio de Salud Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (s.f.a). *Actividades en los Talleres de Rehabilitación en Salud Mental.* Recuperado de: <http://www.buenosaires.gov.ar/salud/talleres-de-rehabilitacion-en-salud-mental/actividades-en-los-talleres-de-rehabilitacion-en-salud-mental>

Ministerio de Salud Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (s.f.b). *Dispositivos residenciales de rehabilitación en salud mental.* Recuperado de: <http://www.buenosaires.gov.ar/salud/saludmental/dispositivos-residenciales-de-rehabilitacion-en-salud-mental>

Ministerio de Salud Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (s.f.c). *Programas Especiales Adop-Adopi.* Recuperado de:

<http://www.buenosaires.gob.ar/salud/saludmental/programa-adop-adopi-programa-de-atencion-domiciliaria-psiquiatrica-psicologica>

Ministerio de Salud de la Nación. (2014). *Egresos hospitalarios por trastornos mentales y del comportamiento en la República Argentina. 2005-2010. Sector Público.*

Recuperado de: [http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2014-01-27\\_cuadernillo-hospitalario.pdf](http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2014-01-27_cuadernillo-hospitalario.pdf)

Ministerio de Salud de la Nación. (2015). *Epidemiología en salud mental y adicciones.*

Recuperado de: [http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-04-24\\_epidemiologia-en-smya.pdf](http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-04-24_epidemiologia-en-smya.pdf)

Naciones Unidas. (2006). *Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.* Recuperado de:

<http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=497>

Organización Mundial de la Salud. (1978, septiembre) *Declaración de Alma Ata.*

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS.

Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Determinantes sociales de la salud.*

Recuperado de: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión.*

Recuperado de:

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9178:2013-actualizaciones-cie-10&Itemid=40350&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9178:2013-actualizaciones-cie-10&Itemid=40350&lang=es)

Organización Mundial de la Salud. (2017a). *Notas Descriptivas Trastornos Mentales.*

Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017b). *Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP).* Recuperado de:

[http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/es/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/es/)

- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Notas Descriptivas Esquizofrenia*. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología de los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe*. Recuperado de: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/166275/9789275316320.pdf;jsessionid=EB9EE206F9500BF587D3FB431B2193F2?sequence=1>
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas*. Recuperado de: [https://www.oas.org/dil/esp/declaracion\\_de\\_caracas.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf)
- Resolución N° 1862. *Programa Federal de Salud "Incluir Salud"*. Funciones. Boletín Oficial de la República Argentina N° 32276 del 14/11/2011. Ministerio de la Salud de la Nación.
- Rovere, M. (2004). Educación en salud pública; relevancia, calidad y coaliciones estratégicas. En R.M. Borrell y M. Rovere (Eds.), *La formación de posgrado en salud pública: nuevos desafíos, nuevos caminos*. (pp.17-63). Buenos Aires: Ed. OPS / OMS. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6246/2004-ARG-formacion-posgrado-salud.pdf?sequence=4>
- Saforcada, E. (1999). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención en salud*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Saforcada, E. (2010). Acerca del concepto de salud comunitaria. *it*, 1(1), 7-19. Recuperado de: <http://www.aou.org.uy/pdf/estructura/Saforcada.pdf>
- Saforcada, E. (2012). Psicología sanitaria. Historia, fundamentos y perspectivas. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4(2), 120-130. doi: 10.5872/psiencia/4.2.73
- Saforcada, E., de Lellis, M., & Mozobancyk, S. (2010). La psicología en la promoción de la salud: el caso especial de la alimentación infantil. *Psicología y Salud Pública: Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. (pp. 181-235). Buenos Aires: Ed. Paidós.

- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med.* 2(5), 413-433. doi: 10.1371/journal.pmed.0020141
- Sampieri, R. H., Fernández, C., & Lucio, P. B. (2014). *Metodología de la investigación*. México: Ed. McGraw-Hill.
- Secretaría Ejecutiva del Órgano de Revisión de la Ley de Salud Mental. (2018). *Informe de Gestión Anual 2017*. Recuperado de: <http://www.mpd.gov.ar/pdf/saludmental/Res.%20SE%2006.2018%20Informe%20anual%202017.pdf>
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115348004>
- Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *El Campo PSi. Revista de Información Especializada*. Recuperado de: <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>
- Stolkiner, A., & Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(101), 57-67. Recuperado de: <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex101.pdf>
- Tejada de Rivero, D. (2003) Alma-Ata: 25 años después. *Revista Perspectivas de Salud. La revista de la Organización Panamericana de la Salud*, 8(1). Recuperado de: [http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17\\_articulo1\\_4.htm](http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_4.htm)
- Tisera, A., Léale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A., & Joskowicz, A. (2013). Salud mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la ciudad de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones*, 20(1), 251-258. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862013000100025&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862013000100025&lng=es&tlng=es)
- Vallina Fernández, O., & Lemos Giráldez, S. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. *Psicothema*, 13(3), 345-364. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=459>

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11-14. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>

Zaldúa, G., Bottinelli, M., Tisera, A., Sopransi, M., Lenta, M., & Freire, M. (2011, agosto). Cuestiones y desafíos en la viabilidad de la Ley de Salud Mental. *IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Buenos Aires: Ed. Instituto Gino Germani. Recuperado de: <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/38.pdf>