

ESTRATEGIAS

Psicoanálisis y Salud Mental

Publicación del Servicio de Docencia e Investigación
Hospital Interzonal General de Agudos Prof. "Dr. Rodolfo Rossi". La Plata



Antonio Seguí

— DOSSIER —

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657



Servicio de Docencia e Investigación
del Hospital Prof. Dr. Rodolfo Rossi La Plata



H.I.G.A. "Prof. Dr. R. Rossi"
La Plata - Bs. As.



Autoridades del Gobierno de la Provincia de Buenos AiresGobernador de la Provincia de Buenos Aires: **Gob. Daniel Osvaldo Scioli**Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires: **Dr. Alejandro Collia**Subsecretario de Atención y Coordinación de la Salud: **Dr. Sergio Alejandre**Directora Ejecutiva H.I.G.A Rossi de La Plata: **Dra. Liliana Echazú**Jefa de Servicio de Docencia e Investigación H.I.G.A "Prof. Dr. R. Rossi": **Dra. Susana Ibañez****Dirección**

Lic. Cecilia Fasano

Dirección Adjunta

Dra. Inés García Urcola

Consejo Académico

Psic. Leonardo Gorbacz

Autor de la Nueva Ley de Salud mental - Ex. Diputado Nacional

Prof. Germán García

Escritor- Psicoanalista AMP- EOL-Director Fundación Descartes

Dr. Juan Carlos Tealdi

Director Programa Bioética y Comité Bioética Hospital Clínicas -UBA

Lic. Alejandro Dagfal

Lic. en Psicología Mg. y Dr. en Historia (París VII) CONICET

Psic. Analía Regairáz

Presidenta del Colegio de Psicólogos de la Pcia de Bs. As.

Mg. Verónica Cruz

Decana Facultad de Trabajo Social UNLP

Dr. Enrique Acuña

Psicoanalista - AMP-EOL- Centro Descartes

Consejo Editorial

Dra. Gloria Ponce

Hospital Zonal General de Agudos "San Roque" - Gonnet

Dr. Iván Pelitti

Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín" - La Plata

Lic. Paola Bocalari

Hospital Zonal Especializado "Reencuentro" - La Plata

Lic. Marcela Reichert

Hospital Interzonal General de Agudos y Crónicos "Dr. Alejandro Korn" -Melchor Romero

Psic. Lilián Alvarado

Hospital Interzonal General de Agudos "Prof. Dr. Rodolfo Rossi" - La Plata

Traducciones

Lic. en Psicología Daniela Elena Sierra

Hospital Zonal Especializado "Reencuentro"

Ilustración de tapa

Antonio Segui

Ilustración de interior

Claudia Fino

AVALADA por

Facultad de Trabajo Social - Universidad Nacional de La Plata

Facultad de Psicología - Universidad Nacional de La Plata

Facultad de Ciencias Médicas - Universidad Nacional de La Plata

AUSPICIAADA por

Servicio de Salud Mental del Hospital Prof. "Dr. Rodolfo Rossi"



Publicación del Servicio de Docencia e Investigación. Hospital "Prof. Dr. R. Rossi" La Plata

Dirección: Calle 37 N° 183 e/ 116 y 117 - CP (1900) La Plata - Teléfono: (0221) 424-7596 - <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/>

Editorial

| | |
|---------------------------|---|
| Lic. Cecilia Fasano | 7 |
|---------------------------|---|

Reportajes

| | |
|-------------------------------|----|
| Prof. Germán García..... | 11 |
| Psic. Analía Regairaz | 12 |
| Mg. Verónica Cruz | 13 |
| Lic. Macarena Sabín Paz | 14 |
| Dr. Aníbal Goldchluk | 15 |

Documento Histórico

| | |
|--|----|
| Presentación | 18 |
| Dr. Ramón Carrillo <i>Clasificación sanitaria de los enfermos mentales</i> | |

Dossier. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

| | |
|--|----|
| Reproducción de La ley | 24 |
| Dr. Enrique Acuña: Un inconsciente entre leyes y clases..... | 29 |
| Dr. Emilio Vaschetto: Un intersticio de lectura..... | 33 |
| Lic. Leonardo Gorbacz: Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental..... | 36 |
| Lic. Lilián Alvarado: Ley Nacional de Salud Mental. Posibilidades para su implementación..... | 42 |
| Lic. Paola Boccalari: Salud mental y adicciones..... | 45 |
| Dr. Iván Pelitti: Nuevas ficciones argentinas..... | 48 |
| Lic. Cecilia Fasano: La Ley es otra cosa | 50 |

Entramados

| | |
|---|----|
| Dra. Elena Levy Yeyati: DSM-5 versus NIMH: ciencia, cultura y política en salud mental..... | 56 |
| Lic. Gabriela Rodríguez: El <i>witz</i> de la salud mental | 59 |
| Dra. Inés García Urcola. Clasificar: cada cosa en su lugar..... | 63 |
| Lic. Marcela Reichert: Leyes y clasificaciones | 67 |
| Lic. Leticia García: Clasificaciones: Los trastornos vs el síntoma..... | 71 |
| Lic. Clara Weber Suardiaz: Desafíos actuales en el campo de la salud mental..... | 74 |

Perspectivas

| | |
|---|----|
| Fragmento del libro <i>Vidas Arrasadas</i> | 78 |
| Lic. Claudia Orleans: Estrategias luego de los muros..... | 83 |

Literarias

| | |
|--|----|
| Laura Klein: Presentación | 86 |
| Daniel Martucci: Hartó..... | 87 |
| Antonio Di Benedetto: Mariposas de Korch | 88 |

Novedades

| | |
|-------------------------------|----|
| Jornadas y conferencias | 90 |
|-------------------------------|----|



Desde el Servicio de Docencia e Investigación del Hospital Interzonal General de Agudos “Prof. Dr. Rodolfo Rossi”, celebramos y compartimos con ustedes la inauguración de un nuevo proyecto editorial. *Estrategias -Psicoanálisis y salud mental-* se propone, es nuestro deseo y principal desafío, establecerse como una revista de investigación en la intersección de dos ámbitos como son la salud mental y el psicoanálisis. Con el entusiasmo de investigar y publicar en nuestro país en el ámbito de la salud pública y con el compromiso de sostener este espacio con una periodicidad anual. Esta revista surge además con el propósito de ofrecer un espacio de publicación para investigadores, ajustado a los estándares de publicación científica internacional, espacio que en nuestro medio se encuentra aún vacante.

La elección del término *Estrategias* para bautizar esta revista fue una sugerencia de Germán García a quien le agradecemos su buena disposición para este proyecto editorial. En forma deliberada elegimos el plural -Estrategias- para explicitar que no hay una única lectura. De modo que el término resulta fecundo porque admite un despliegue múltiple, ligado tanto a la teoría del juego y de la decisión, al arte de dirigir un asunto para lograr el fin deseado, como también a las diferentes estrategias de intervención adoptadas por las políticas en salud y por el psicoanálisis.

Creemos necesario mantener un debate abierto y amplio donde se impliquen no sólo los profesionales dedicados a la atención psicológica, psiquiátrica y psicoanalítica, sino también a los trabajadores sociales, juristas, antropólogos, sociólogos, historiadores, etc., Al mismo tiempo la inclusión de una sección como *Literarias* nos permite el gusto de convocar a poetas y dramaturgos, quienes iluminaran desde otra perspectiva acerca de la locura, la soledad, la depresión, la muerte, el amor, etc.,

La sección *Documento histórico* intenta recuperar la herencia de aquellos nombres propios cuya producción clínica y teórica constituye retrospectivamente, en el tema que nos convoca, un antecedente.

La sección *Reportaje* cuenta en esta ocasión con la opinión de cinco colegas de diferentes disciplinas quienes analizan las diversas aristas que atraviesan la nueva Ley Nacional de Salud Mental.

Los textos que conforman el *Dossier*: “Ley nacional de Salud mental N° 26.657” le otorgan a la publicación su carácter temático. Esta nueva ley sancionada a fines del año 2010, derogó una de las últimas leyes de la dictadura militar argentina, la Ley N° 22.914 del año 1983. Se trata de una ley que se aprobó sin debate, aunque contiene cambios radicales y de fondo, no es seguro que las innovaciones que introduce se conozcan con el suficiente detalle. De allí la necesidad del debate, al menos para quienes participan en ámbitos públicos o privados y se encuentren afectados de algún modo por esta ley. La responsabilidad de conocerla, de saber de qué se trata, de tomar posición, y difundir un tema del que poco se sabe, nada se discute y mucho se opina. En síntesis, la ley instala una metáfora jurídica donde en algunas ocasiones el derecho sustituye el acto médico, y en otras, la decisión individual del paciente. De modo que las relaciones entre la universalidad de la ley y la individualidad a quienes esa ley se dirige, puede ser problemática, por lo tanto merece toda nuestra atención.

En la sección *Entramados*, el lector encontrará una selección de textos sobre temas vinculados al eje central de la revista, que le otorgan un importante valor argumentativo.

Para finalizar expresamos nuestro agradecimiento a Germán García, Leonardo Gorbacz, Juan Carlos Tealdi, Alejandro Dagfal, Analía Regairáz, Verónica Cruz y Enrique Acuña por haber aceptado de tan buen grado, integrar el Consejo Académico de esta publicación. Igualmente vaya nuestro agradecimiento al Servicio de Salud Mental del HIGA “Prof. Dr. Rodolfo Rossi” por concedernos su Auspicio, y a la Facultad de Trabajo Social, la Facultad de Psicología y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata por otorgarnos su Aval institucional.

Sin más, los invitamos a la lectura.

Cecilia Fasano, La Plata, julio 2012



Claudia Fino. *Sorpresa*- 2010



REPORTAJES

Prof. Germán García
Psic. Analía Regairaz
Mg. Verónica Cruz
Lic. Macarena Sabín Paz
Dr. Aníbal Goldchluk

La Revista *Estrategias-Psicoanálisis y Salud mental*- ha formulado cinco preguntas a cinco colegas de diferentes disciplinas con el fin de obtener una perspectiva ampliada que de algún modo permita incluir las diversas aristas que atraviesan la nueva Ley Nacional de Salud Mental 26657

1. La promulgación de la nueva Ley Nacional de Salud Mental 26657 ha generado numerosos debates, sin embargo pareciera haber cierto acuerdo en el artículo 3°: “En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. Usted acuerda con esta perspectiva?

2. A partir de la promulgación de esta ley uno de los temas fuertemente debatidos, principalmente en el ámbito de las corporaciones médicas, ha sido el cierre de las instituciones neuropsiquiátricas ¿Cuál es su opinión sobre el proceso de desmanicomializar?

3. ¿Qué consecuencias cree usted tendrá el que ya no se hable de “enfermedad mental” sino de “padecimiento mental”?

4. ¿De qué modo piensa usted incidirá en los llamados practicantes o trabajadores de la salud mental el tema de la evaluación planteada tanto desde el ámbito judicial como la autoevaluación del paciente?

5. En el artículo 7° la ley habla del “Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”. ¿Por qué piensa que las psicoterapias en general y el psicoanálisis en particular no son mencionados de modo explícito en la ley?

Para finalizar, ¿desea agregar algún comentario desde la óptica particular de su disciplina?

Reportaje realizado por Dra. Inés García Urcola y Lic. Cecilia Fasano para la Revista *Estrategias -Psicoanálisis y Salud mental-* La Plata, mayo 2013



1-Acuerto en tanto se trata de condiciones necesarias. Supongo que un paso hacia las condiciones suficientes será avanzar también en lo que aquí se llama “procesos biológicos” y que creo entender como el campo de las investigaciones neurológicas que han acelerado su trabajo en este siglo.

2-He conocido algo de las transformaciones institucionales propuestas a partir de los años 60’ y realizadas tanto en Francia como en Italia, así como en EE.UU., etc. El resultado fue discutible dado que en la dispersión de los grandes centros “concentracionarios” de la enfermedad mental no se logró una sustitución cualitativa de la atención tanto física como mental. Una cierta idealización de la “locura” fue uno de los obstáculos, los otros fueron políticos y económicos.

Suponemos que el éxito del proyecto actual dependerá de los medios con los que se cuenten, de la experiencia ya realizada y de las que se puedan poner en marcha.

3-Sabemos que este cambio de terminología (podemos agregar el cambio de síntoma por trastorno) no implica de entrada ninguna modificación efectiva. Sin embargo, no se trata solo de palabras ya que alertan sobre un cambio de paradigma.

4-Como se sabe el debate sobre la evaluación conduce a los límites de lo cuantitativo. Son conocidos los errores de una medicina que opera de manera estadística a la hora de localizar una determinada enfermedad. Lo cuantitativo no puede prescindir en el ámbito judicial de la decisión de un juez (que por supuesto no es transparente) lo mismo vale para la autoevaluación. Entonces, espero que en el mejor de los casos esta iniciativa no sea para mal, aunque tampoco entiendo cual sería el bien que produciría.

5-Es difícil comprometer al psicoanálisis en la realización de un objetivo previo (integración familiar, laboral y comunitaria). El psicoanálisis, como sabemos, se presta a la “realización” de un sujeto cuya singularidad no supone la congruencia con objetivos sociales. La mejor

manera de entender este tema es leer las Cartas al mal del filósofo Spinoza donde se explica que sufrimos por comparación y si llegado el caso nos comparamos con nadie no es seguro en qué conjunto social podemos llegar a integrarnos. En el lenguaje de Freud es el problema de las identificaciones.

Entender una disciplina supone entender su lenguaje. Es un tema difícil.

Agregaría desde el psicoanálisis que el malentendido entre los lenguajes de las diversas disciplinas no sería un problema si no fuera el caso de que se genera un malentendido que se vuelve legible en la práctica. Basta ver los programas de opinión en la televisión, para escuchar que el psicoanálisis es entendido al revés: lejos de disolver la opresión de los ideales sociales, se lo presenta como instrumento de la realización de los mismos. En cuanto a la dramatización del psicoanálisis llegamos a lo cómico encarnado en la figura de un psicoanalista acosado por la atracción y la inteligencia de su paciente (por lo general femenino). Quizá sea el destino del psicoanálisis. No sabemos si el hecho de que no sea nombrado es un acto de sabiduría jurídica. Al menos Freud no desesperaba por esto. Y sabemos que hasta en la actualidad en ninguna universidad el psicoanálisis tiene “autonomía académica”.

(1) Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP)

(2) Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL)



1.- *Aunque* la Ley Nacional de Salud Mental ha concretado muchas de las aspiraciones que a lo largo de décadas desde nuestra disciplina se han sostenido, tengo que plantear que hablar en nombre de 18.000 psicolog@s de la Pcia es impensable.

Las leyes competen al espacio de la Políticas Públicas. Como practicante del Psicoanálisis tengo que pensar que el Psicoanálisis podría plantearse como política pública? Desde ya que no. No es posible desde la perspectiva analítica misma. Prefiero parafrasear a un estimado psicoanalista y decidir qué es lo que desde el psicoanálisis se aportó o se puede aportar a esas políticas.

Como se encuentra allí definida la salud mental? Entiendo que con una amplitud de determinaciones que una política pública en tiempos de ampliación de derechos no puede obviar. Consideremos que se trata del bienestar de las personas; y ésto le cabe al Estado.

Como practicante del psicoanálisis estoy advertida frente a los ideales de bienestar y normalización, atenta a que es imposible la reducción del malestar en la cultura. Es imposible soslayar la tensión entre el “para todos” y el “no como todo el mundo”.

Tensión que como Colegio de Psicólogos nos tiene, por suerte, en un diálogo permanente.

2.- *Acuerdo* con que se prohíba la creación de nuevos establecimientos monovalentes tanto públicos como privados. Quienes tuvimos la experiencia de hacer alguna pasantía por alguno de ellos, sabemos de los graves atropellos a la dignidad de las personas amparados en la condición cerrada de funcionamiento, que se escondía tras “elevados fines de avances científicos” y manteniendo en las sombras los menos confesables intereses económicos de la industria farmacológica en connivencia con la ortodoxia psiquiátrica. Tal vez los hospitales públicos son los que se abrieron algo desde el advenimiento de la democracia, se habilitaron otros discursos

que los del encierro, los alumnos universitarios empezaron a realizar actividades académicas o de pasantías o residencia. Se empezó a escuchar a los pacientes. Estos ingresos no impidieron que la lógica manicomial se mantuviera. Hubo y hay enormes y valiosos esfuerzos de desmanicomializar a la institución psiquiátrica desde adentro. Entiendo que no dejan de estar bajo las condiciones que el discurso fundacional institucional mantiene. De los privados sabemos todo lo que no podíamos revertir. Allí los dueños eran los amos, médicos o no.

Desde ya que se debe cumplir con que los hospitales generales cuenten con espacios de internación que sabemos en algunos casos son imprescindibles. Limitar la internación al mínimo cambia radicalmente las cosas. Son absolutamente necesarias acciones interdisciplinarias para aportar desde su especificidad una respuesta al caso particular.

3.- *“Enfermedad mental”* conserva toda la potencia negativa de la discriminación, segregación, aislamiento e inmodificabilidad con la que intenta romper la Ley. Me parece que desde esa perspectiva el cambio por padecimiento mental se explica. Hay una tradición tan larga y asentada en nuestra sociedad que hace más que necesaria una formulación discursiva diferente en perspectiva con el marco de restitución de derechos. La pregunta podría ir hacia si esta manera formular lo que compete a lo mental, atempera, disuelve, diluye lo que pertenece al campo de lo clínico. Podría ser un riesgo.

Es un muy interesante momento, creativo/ inventivo sin dudas. Lo sé porque comparto espacios de discusión de la Ley y de pensar modos de intervención desde dispositivos no tradicionales. Resurgido lo comunitario, se está en plena redefinición de modos, alcances, etc. Desde el Psicoanálisis es esperable que se dé también una fuerte respuesta sin desconocer ni “olvidar” su ética. Sea cual fuere la perspectiva, lo



No obstante, es fundamental garantizar que, en los casos donde la internación sea un recurso indispensable, la misma se realice en hospitales generales, manteniendo el vínculo y la comunicación de la persona con sus familiares y/o allegados, evitando su encierro, aislamiento y segregación. Asimismo, es importante sostener una revisión crítica respecto del discurso y de las prácticas hegemónicas que otorgan una centralidad al hospital psiquiátrico como recurso casi “exclusivo” para la atención de la salud mental, generando una segregación que produce mayor dependencia y discapacidad en las personas.

Por lo antes dicho coincido con quienes luchan y sostienen la desinstitucionalización progresiva con la consecuente creación de servicios integrados en la comunidad, tal como lo establecen los estándares internacionales de derechos humanos.

3. *Sí. Entiendo* que la conducción y gestión de los servicios e instituciones de salud mental deben ser ejercidos por profesionales de diversas disciplinas, garantizando intervenciones intersectoriales e interdisciplinarias idóneas desde la valoración y acreditación de los diferentes saberes, atendiendo a la complejidad del campo de la salud mental entendido desde la perspectiva de los derechos humanos.

4. *Es una respuesta* complicada de responder desde el Trabajo Social; no obstante intentaré decir lo que considero al respecto. Es probable que no se expliciten porque la ley propone romper legalmente con la concepción psiquiátrica del padecimiento subjetivo hegemónico por el discurso manicomial; y porque la ley no explicita ninguna técnica o metodología de tratamiento de ninguno de los campos disciplinares a los que pertenecen los profesionales que intervienen ante problemáticas de salud mental.

5. *Superar* la institucionalización de personas con padecimiento en su salud mental, que generalmente no son productivas en la lógica capitalista, constituye una dimensión analítica sustantiva para el abordaje de la salud mental en tanto problemática compleja que demanda la intervención profesional de los Trabajadores/as Sociales. Las modalidades instituidas desde el discurso hegemónico tienden a responsabilizar y culpabilizar a la persona y a sus familias frente a la falta o discontinuidad en el tratamiento, descontextualizando la problemática de la cuestión social que le da entidad como tal.

Lic. Macarena Sabín Paz

Coordinadora del Equipo de Salud Mental de Estudios Legales y Sociales (CELS)

1. *Absolutamente.* Esta concepción deriva del supuesto incluido en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ratificada por el estado argentino en 2008, mediante la cual se enuncia el componente social de la discapacidad, al manifestar que la discapacidad surge en el encuentro entre cierta deficiencia del individuo con unas barreras sociales.

2. *Estamos* convencidos que los psiquiátricos son lugares de privación de la libertad que han funcionado como respuesta a demandas de orden social más que a objetivos de rehabilitación.

El encierro tiene poco que ver con la recuperación de estados de salud, por lo que los tratamientos deben producirse en dispositivos generales insertos en la comunidad.

3. *En lo absoluto.* Creemos que la posibilidad de ejercer cargos directivos debe asociarse a la idoneidad para el cargo, en términos de formación y compromiso por el respeto de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental. Discusiones de otro orden deben producirse en el contexto de la carrera hospitalaria.



1. *Para ubicar* este párrafo hay que tener en cuenta que la ley forma parte de un movimiento progresista universal caracterizado por a) favorecer la inclusión social y b) dotar de derechos a las minorías ahora incluidas que sean similares a los de las mayorías. En este sentido, está en línea con otras leyes como la del matrimonio igualitario o las reformas propuestas al código civil. Entonces, este párrafo está tomado de documentos universales que definen el tema en su generalidad. Personalmente, no lo hubiera redactado así porque da a entender que si se concretan los derechos humanos y sociales de toda persona, su salud mental queda asegurada. Y, desde el campo clínico en el cual me desempeño, se ve que esto no es así.

2. *Esto también* forma parte de un movimiento universal que se llamó la reforma psiquiátrica y que se basó en dejar atrás una psiquiatría hospitalocéntrica sostenida por los asilos psiquiátricos. Nadie que pertenezca a los ámbitos psiquiátricos puede estar en desacuerdo con esto. Los grandes asilos son hoy un recurso obsoleto en el tratamiento de los severos desórdenes mentales. Lo que las Instituciones Profesionales (decir corporaciones médicas es peyorizarlas porque sugiere que están movidas por intereses económicos o privilegios de casta) alertaron es sobre un problema que ocurrió en todos los países que se hizo la reforma. Y es que hay que crear dispositivos alternativos a los asilos psiquiátricos que den adecuadas respuestas terapéuticas a la población y esto conlleva inicialmente una alta inversión. Si esto no se hace, los pacientes no pueden ser atendidos o son derivados a instancias privadas aún más asilares.

La otra cuestión que merece ser discutida es la prohibición de abrir nuevas instituciones monovalentes. Se procura, en cambio, que la asistencia psiquiátrica sea llevada a cabo por

Hospitales Generales. Si bien esta es una buena orientación, la asistencia psiquiátrica tiene peculiaridades que requieren de recursos o dispositivos específicos difíciles de conciliar con el quehacer diario en un Hospital General.

3. *La misma* consecuencia trascendente, crucial, definitiva que suelen tener los cambios en los nombres de calle: los autos y los peatones siguen andando por ella, las casas y los comercios de esa calle siguen teniendo puertas por las que la gente entra y sale, etc, etc.

¿Cuál es la idea que se puede discutir, sin embargo, académicamente? Es que al abolir el término enfermedad mental se trata de sugerir que tal cosa no existe. Esto no es nuevo: Thomas Szasz lo propuso hace mucho y hoy hay corrientes dentro de la psiquiatría que comparten ese criterio. Personalmente, otra vez, basado en lo que me ocupo todos los días, yo no estoy de acuerdo con enunciarlo así. Creo que existe el padecimiento mental (la mente es algo que se padece en general, uno nunca está en armonía consigo mismo y hay una serie de hostilidades sociales que incrementan esto), pero creo que también existe la enfermedad mental porque constato que el cerebro, como cualquier órgano del cuerpo, se descompone de maneras específicas.

4. *No sé si entiendo* bien esta pregunta. En realidad, en el enunciado y espíritu de la ley se quita poder al poder judicial en la resolución de las cuestiones clínicas. Antes, por ejemplo, había que solicitar autorización a un juez para dar un alta y ahora es una decisión clínica que toma el clínico. Respecto de la autoevaluación del paciente, la ley toma en cuenta su derecho de opinar sobre el tratamiento que acepta recibir y le otorga un rol más activo en el mismo. Esto no impide que el clínico pueda apelar a recursos específicos cuando la opinión del paciente está in-



fluida por aspectos propios de la enfermedad que padece y eso vulnera su derecho a la asistencia. Pero que la ley asegure al pacientes derechos en su tratamiento me parece algo muy positivo. Los pacientes mentales y sus familias, por diversas razones, soportaron innúmeras arbitrariedades en los procesos terapéuticos a los que se los sometía.

5. *La ley dice* “alternativa terapéutica...” y este enunciado engloba a todos los recursos. No nombra a ninguno en particular, ni los psicofármacos, ni la magnetoterapia, ni la psicoterapia, ni el psicoanálisis. Lo importante es que no excluye a ninguna y deja en libertad al clínico, al paciente y a las familias a elegir el que consideran el mejor.

Me parece, con todo respeto, que la pregunta tiene un sesgo sensitivo porque así formulada sugiere que la ley sostiene una actitud de exclusión con la psicoterapia o el psicoanálisis y esto ni remotamente es así.

Para finalizar, solamente agradecerles haberse dirigido a mí para contestar estas preguntas



Claudia Fino. Perlas- 2010



DOCUMENTO HISTÓRICO

*Clasificación sanitaria de los enfermos mentales.
Relaciones entre el código civil y sanitario.*
Imprenta del Ministerio de Salud Pública
de la Nación Buenos Aires, (1950)

PRESENTACIÓN

Ramón Carrillo, nació en Santiago del Estero, Argentina, el 7 de marzo de 1906. Fue neurocirujano, neurobiólogo y médico sanitarista. Formó parte de la tradición científica conocida como escuela neurobiológica argentino – germana, cuyas producciones sobre antropología filosófica, esbozaron una Teoría general del hombre. Entre 1930 y 1945 produjo importantes investigaciones sobre las células cerebrales, los métodos de observación en microscopio, y sobre la anatomía comparada de los cerebros en diferentes clases de vertebrados.

A los treinta y seis años de edad ganó por concurso el cargo de profesor titular de la cátedra de Neurocirugía en la Universidad de Buenos Aires. No obstante Ramón Carrillo abandona su incipiente y prometedora carrera profesional como neurobiólogo y neurocirujano, para dedicarse al desarrollo de la medicina social y al tratamiento de las causas de las enfermedades desde el poder público y a través de su gestión política.

Así se convirtió en el primer Ministro de Salud Pública que tuvo la Argentina y por espacio de ocho años desarrolló un trabajo indiscutiblemente innovador. Cargo al que renuncia en julio de 1954, antes de que el segundo gobierno de Juan Domingo Perón fuera derrocado en 1955. Finalmente, joven, pobre y enfermo, muere en el exilio en Belem do Pará, Brasil, el 20 de diciembre de 1956.

La obra de Ramón Carrillo es sin lugar a dudas multifacética y prolífica. Me interesa destacar en esta oportunidad su aporte referido puntualmente al ámbito de la salud mental. Queda pendiente realizar un análisis más exhaustivo de los alcances de esa producción. Entre el año 1949 y 1950, el fundador del sanitarismo en la Argentina, realiza una serie de conferencias sobre los enfermos mentales que, a más de medio siglo después, pueden resultar de gran interés para quienes trabajan en el campo de la salud mental. Me refiero concretamente a: “Situación jurídica de los enfermos mentales”, Conferencia dictada el 22 de julio de 1949 en el Hospital Nacional de Neuropsiquiatría de Buenos Aires; dos meses más tarde, el 22 de septiembre de 1949, dictara una nueva Conferencia en el mismo hospital: “Bases para una Clasificación de las Enfermedades Mentales”, y

luego realizará una tercera intervención pública sobre el tema, el día 6 de octubre de 1949, en el Congreso de Psiquiatría en la ciudad de La Plata que llevo por título: “El problema de la asistencia de los enfermos mentales”.

Un año más tarde el Ministerio de Salud Pública de la Nación publica bajo formato de libro: *Clasificación sanitaria de los enfermos mentales. Relaciones entre el código civil y sanitario.*

Esta clasificación no sólo fue considerablemente utilizada antes del surgimiento de DSM sino que hoy, y a la luz de la saga de los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales, constituye retrospectivamente y en nuestra lengua, su principal y legítimo antecedente.

La Clasificación sanitaria... fue publicada en el año 1950, recordemos que en el año 1952 se difunde la primera edición del manual DSM I.

Actualmente y a días del lanzamiento del DSM- V, puede ser interesante retornar a viejas lecturas ya que es posible que arrojen alguna luz en el presente, y tal vez descubramos que parte de la novedad anunciada hoy, estaba de algún modo anticipada medio siglo atrás, sin mapeos cerebrales, ni estudios genéticos. Que se entienda, de ningún modo se trata del desprecio por el avance tecnológico y mucho menos científico. Sí, es esperable que los profesionales de la salud mental estemos informados al menos someramente sobre los condicionamientos económicos, financieros y de mercado que rodean las apariciones de los manuales, así como y más concienzudamente sobre las innovaciones específicas que cada versión introduce. A continuación realizamos una reproducción facsimilar de algunos de los cuadros y gráficos incluidos en la *Clasificación sanitaria de los enfermos mentales* con el fin de ofrecer y acercar al lector las características similares de los originales. El lector que se remita al texto original podrá encontrar, más de 40 cuadros analíticos y exhaustivos del desarrollo de cada una de las nomenclaturas.

C. F. junio 2013, La Plata.

Fuente utilizada:

Breve biografía de Ramón Carrillo (1906-56) por Mario Crocco, publicado en http://electroneubio.secyt.gov.ar/Ramon_Carrillo_English_Spanish_Biography.htm C. F. La Plata junio, 2013
La copia se realizó en la Biblioteca Pública de la UNLP.



CLASIFICACION SANITARIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES
(Cuadro de conjunto)
(Carrillo, 1949)

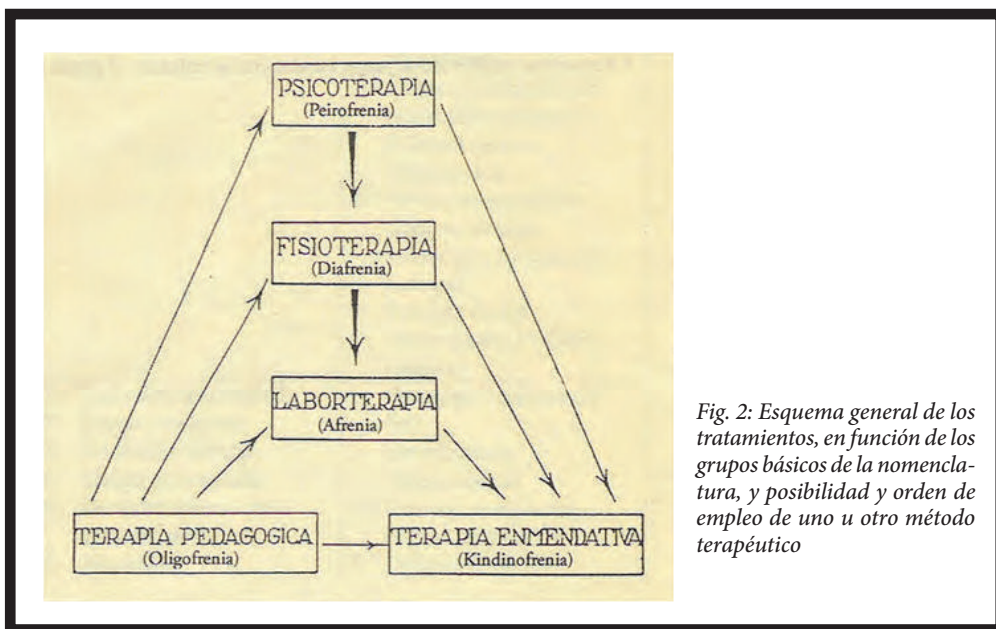
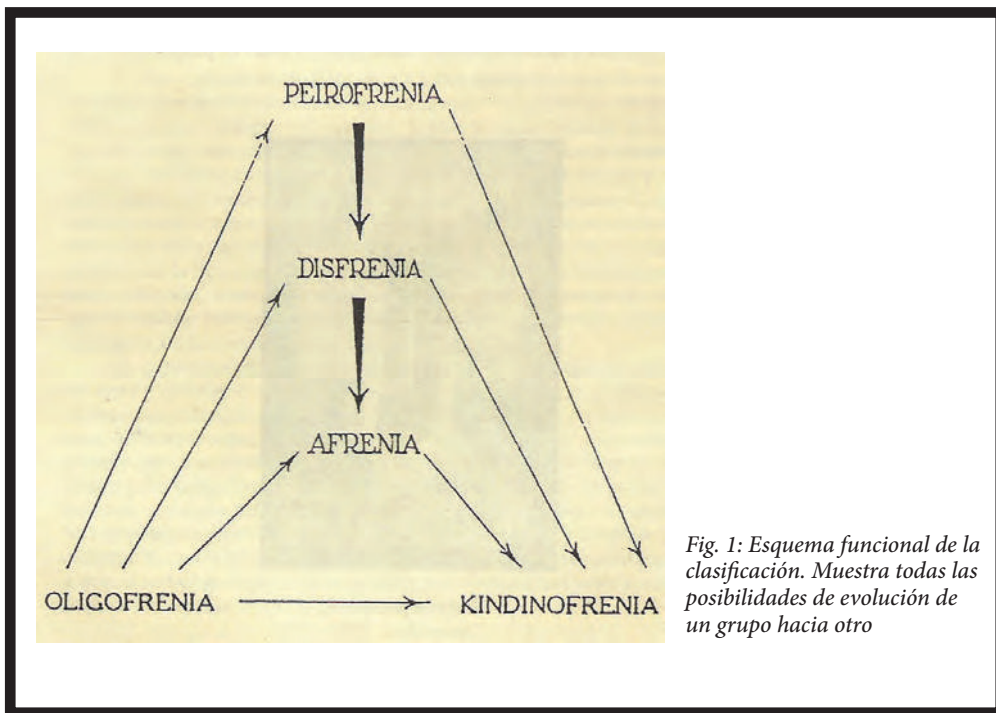
| | | |
|--|------------------|---|
| Enfermedades mentales (Frenopatías) | 1. Afrenias | <p><i>Sinonimia:</i> demencia o estados de enfermedad orgánica o de disfunción integral irreversible. "Enfermedad" propiamente dicha, en el sentido nosográfico, con etiología definida y lesión anatómica.</p> <p><i>Etimología:</i> a (a) prefijo privativo, Fren= intelecto. En su sentido etimológico directo, diafragma, sede del intelecto según algunos prearistotélicos.</p> |
| | 2. Disfrenias | <p><i>Sinonimias:</i> psicosis, amencias (?), estados síndrómicos o reaccionales, enfermedad funcional o reversible o de disfunción parcial y/o transitoria, pudiendo hacerse permanente. Complejos sintomáticos, no son enfermedades en el sentido nosográfico sino síndromes. Pueden evolucionar y transformarse en "enfermedad auténtica".</p> <p><i>Etimología:</i> dis = mal, prefijo peyorativo, que quiere decir peor, perturbación, malo.</p> |
| | 3. Kindinfrenias | <p><i>Sinonimias:</i> perversión instintiva, degeneración, disarmonías, estados peligrosos o estados de disfunción parcial o total de los instintos.</p> <p><i>Etimología:</i> kindinos = peligro.</p> |
| | 4. Oligofrenias | <p><i>Sinonimias:</i> retardados, inmaduros, frenastenias, deficitarios congénitos o estados de disfunción parcial o integral congénita o adquirida en los primeros tiempos de la vida.</p> <p><i>Etimología:</i> oligos = poco</p> |
| | 5. Peirofrenias | <p><i>Sinonimias,</i> fronterizos, semialienados, psicópatas, personalidades psicopáticas, neurosis, neuropatías, estados de microdisfunción parcial, premorbosos.</p> <p><i>Etimología:</i> peiras = límite, frontera.</p> |

Notas: Las sinonimias son relativas. Los términos colocados como sinónimos no quieren decir exactamente lo mismo unos que otros pero su sentido se aproxima al concepto o a la palabra adoptada por el autor como cabeza del grupo; en cierta manera se trata más bien de palabras similares; no son realmente sinónimos y contienen por lo general sólo una parte del concepto.

La palabra alienación ha sido eliminada de la nomen-

clatura por lo siguiente: 1) porque desde el punto de vista psiquiátrico, técnicamente, no quiere decir nada: es sinónimo de enajenación, de insanía o simplemente de locura; 2) porque siendo una palabra de contenido vago y general no sirve cumplidamente en psiquiatría forense porque no involucra a "todas las enfermedades mentales"; 3) porque no orienta ni sobre el tipo de establecimiento necesario, ni sobre el método terapéutico.





Cuando Carrillo ubica en la cúspide de la pirámide a la psicoterapia, tratándose de un médico neurocirujano, y neurobiólogo, hemos de suponer que sabía lo que hacía.



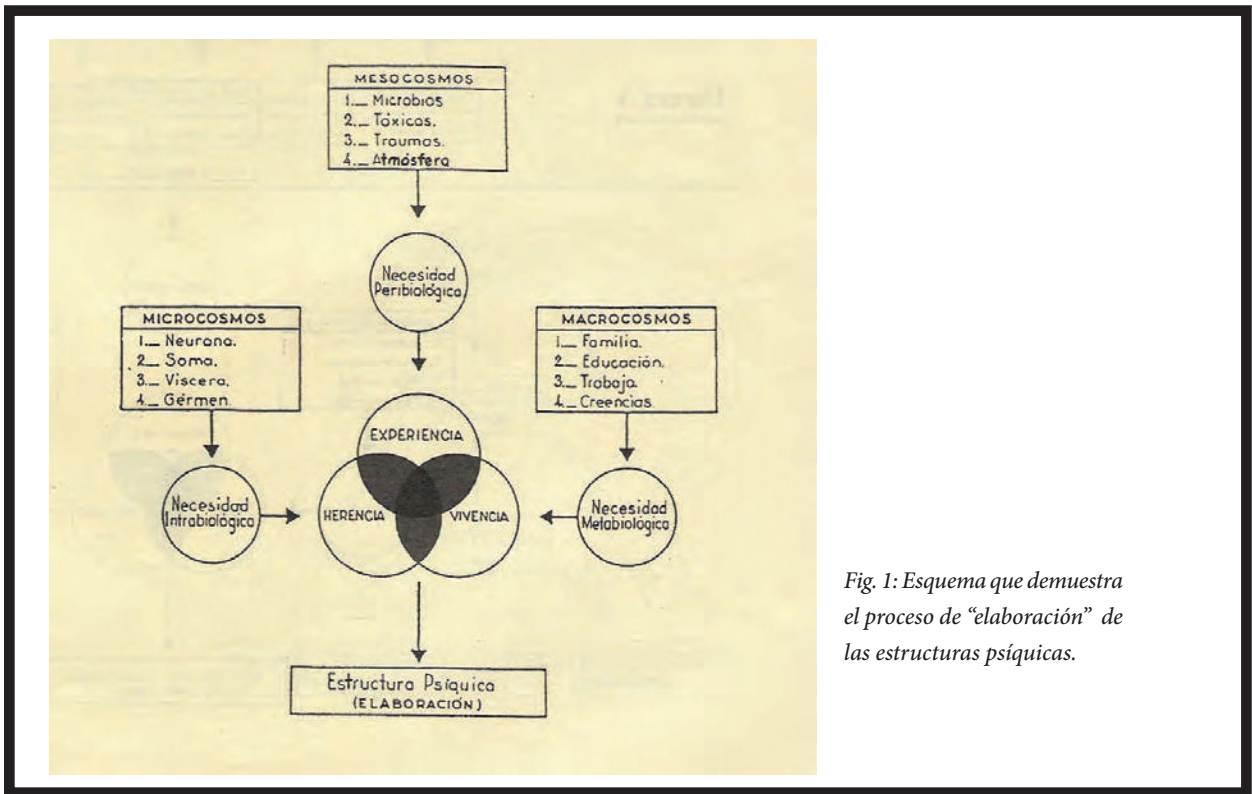


Fig. 1: Esquema que demuestra el proceso de "elaboración" de las estructuras psíquicas.

Definitivamente hay mayor similitud entre este gráfico y las Series Complementarias de Sigmund Freud, que con la ideología general que sostienen las últimas versiones del DSM. Porque lo cierto es que aunque se presente como ateórico, una lectura atenta del DSM permite deducir, por un lado una lógica y una política totalizante y unificante

que licúa las diferencias (culturales, económicas, ambientales, vivenciales) y por otro lado, una paulatina desaparición y/o sustitución de algunos vocablos en su terminología clasificatoria; y a modo de ejemplo, alcanza con mencionar que el concepto de angustia fue diluyéndose a través de los sucesivos manuales para terminar

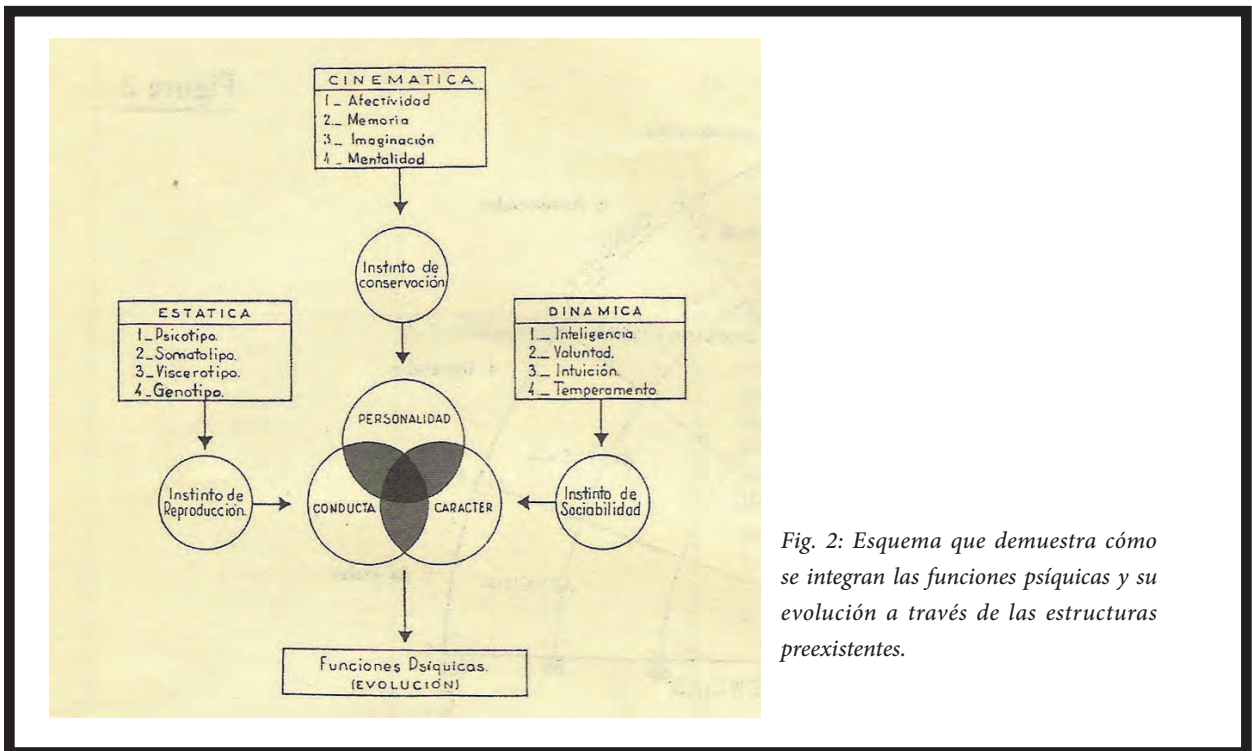


Fig. 2: Esquema que demuestra cómo se integran las funciones psíquicas y su evolución a través de las estructuras preexistentes.



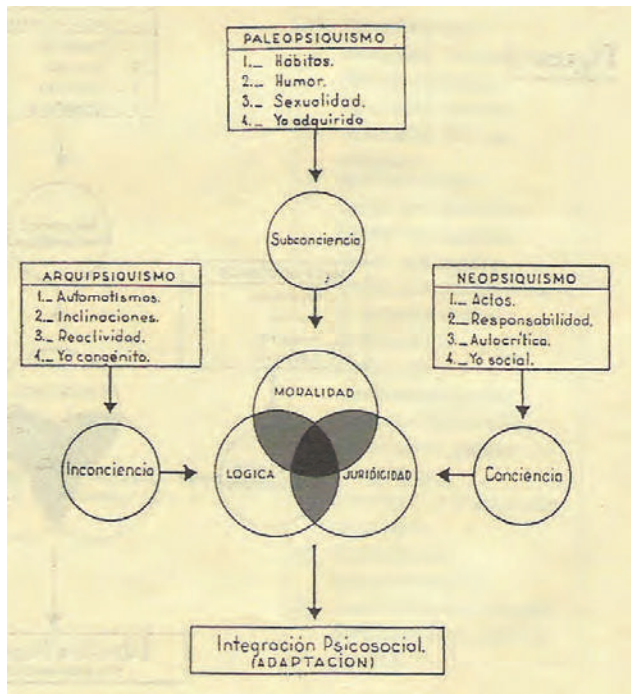


Fig. 3: Esquema de la adaptación de la estructura y función psíquica al medio ambiente social

En este gráfico el uso de los términos “Inconciencia” y “Subconciencia” requieren un análisis más detallado en el conjunto del libro, no obstante importa destacar aquí simplemente el uso del término, necesario para su clasificación

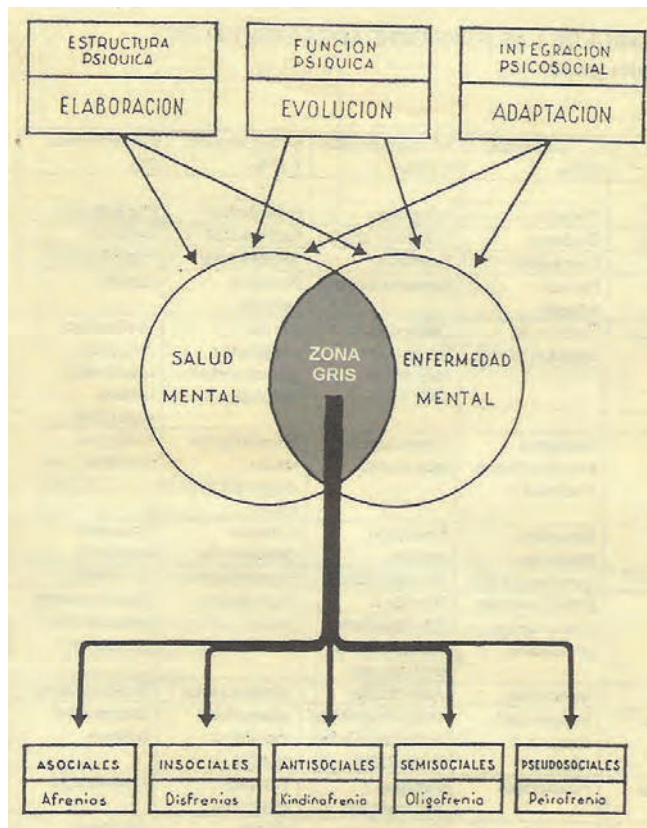


Fig. 4: Esquema que explica cómo se originan los distintos tipos de inadaptados sociales en función de su enfermedad mental y de su salud mental

Para concluir es interesante advertir sobre el modo en que Carrillo realiza ese entrecruzamiento entre la “Salud mental” y la “Enfermedad mental” con el plus de esa “Zona gris” intermedia donde parece incluir lo inclasificable de la época

Claudia Fino. *Niña Bonita* - 2010



DOSSIER

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Ley N° 26.657

B.O. 03/12/10 - Derecho a la Protección de la Salud Mental.

Disposiciones complementarias. Derógase la Ley N° 22.914.

Sancionada: Noviembre 25 de 2010 / Promulgada: Diciembre 2 de 2010

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso,

etc. sancionan con fuerza de Ley.

Capítulo I

DERECHOS Y GARANTIAS

ARTICULO 1° — La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTICULO 2° — Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

Capítulo II

DEFINICIÓN

ARTICULO 3° — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevaletentes en la comunidad donde vive la persona;
- Elección o identidad sexual;
- La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

ARTICULO 4° — Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

Capítulo III

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

Capítulo IV

ÁMBITO DE APLICACIÓN

ARTICULO 6° — Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

Capítulo V

DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PADECIMIENTO MENTAL

ARTICULO 7° — El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
- Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de



no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;

k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;

l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;

m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;

n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;

p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

Capítulo VI

MODALIDAD DE ABORDAJE

ARTICULO 8° — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente.

Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTICULO 9° — El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTICULO 10. — Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

ARTICULO 11. — La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

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

DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

ARTICULO 13. — Los profesionales con título de grado están en

igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

Capítulo VII

INTERNACIONES

ARTICULO 14. — La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

ARTICULO 15. — La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

ARTICULO 16. — Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

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

b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;

c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda.

Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

ARTICULO 17. — En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTICULO 18. — La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma



debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación.

En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

ARTICULO 19. — El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

ARTICULO 20. — La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

- a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;
- c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

ARTICULO 21. — La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

- a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;
- b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;
- c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

ARTICULO 22. — La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

ARTICULO 23. — El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda

exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

ARTICULO 24. — Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación. Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

ARTICULO 25. — Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTICULO 26. — En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

ARTICULO 27. — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos.

Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

ARTICULO 28. — Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales.

A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

ARTICULO 29. — A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.

Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

Capítulo VIII

DERIVACIONES

ARTICULO 30. — Las derivaciones para tratamientos ambula-



torios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

Capítulo IX

AUTORIDAD DE APLICACIÓN

ARTICULO 31. — El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

ARTICULO 32. — En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 33. — La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñan en servicios públicos de salud mental en todo el país.

ARTICULO 34. — La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

ARTICULO 35. — Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes.

Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTICULO 36. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 37. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe pro-

mover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

Capítulo X

ÓRGANO DE REVISIÓN

ARTICULO 38. — Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

ARTICULO 39. — El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

ARTICULO 40. — Son funciones del Órgano de Revisión:

- a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;
- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;
- d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;
- e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;
- f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;
- g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;
- h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;
- i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;
- j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;
- k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;
- l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

Capítulo XI

CONVENIOS DE COOPERACIÓN CON LAS PROVINCIAS

ARTICULO 41. — El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

- a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;
- b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;



c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

Capítulo XII

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

ARTICULO 42. — Incorpórase como artículo 152 del Código Civil: Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

ARTICULO 43. — Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTICULO 44. — Derógase la Ley 22.914.

ARTICULO 45. — La presente ley es de orden público.

ARTICULO 46. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.

— REGISTRADA BAJO EL N° 26.657 — JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

SALUD PÚBLICA Decreto 1855/2010 Promúlgase la Ley N° 26.657. Bs. As., 2/12/2010

POR TANTO: Téngase por Ley de la Nación N° 26.657 cúmplase, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese.

— FERNANDEZ DE KIRCHNER. — Aníbal D. Fernández. — Juan L. Manzur.



Analista practicante de la Escuela de la Orientación Lacaniana y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis.

Director de Enseñanzas de la Asociación de Psicoanálisis de La Plata.

Director de la revista Conceptual-estudios de Psicoanálisis-.

Miembro del Centro Descartes. Director del Centro de Investigación y

Docencia Corrientes-Chaco y de la Delegación Posadas del Instituto Oscar Masotta-

E-mail: enrac@fibertel.com.ar

Resumen

El artículo demuestra las consecuencias de una nueva metáfora jurídica sobre la clínica psiquiátrica en la sustitución que supone la nueva Ley de Salud Mental implementada en la Argentina, tanto como los efectos de las clasificaciones de los Manuales estadísticos (DSM). Propone que más allá de la máxima “derechos humanos para todos” es preciso considerar el excedente de un sujeto del inconsciente y su presentación por el síntoma como arreglo en cada caso singular. Tanto la aplicación de leyes y el uso de las clases son puestas en tensión, situando la *interfase* entre el campo de la Salud mental y el psicoanálisis. -

Palabras clave: Psicoanálisis – Inconsciente- Ley de salud mental – Clasificaciones DSM

Abstract

The article demonstrates the consequences of a new juridical metaphor about psychiatric clinic in the substitution that is supposed in the new Law of Mental Health implemented in Argentina, as well as the effects of classifications of the statistic Handbooks (DSM). It proposes that, aside the principle “human rights for everybody”, it’s necessary to consider the surplus of a subject of the unconscious and its appearance by the symptom as an arrangement in every single case. Both the application of the laws and the use of the classes are in tension, placing the interface between the field of the Mental Health and the psychoanalysis.

Key words: Psychoanalysis - Unconscious- Mental Health Law - DSM classifications

ENTRE DOS

Un joven practicante del hospital público, sentado en posición de escuchar a su paciente, decía estar dividido entre dos exigencias: la de un código que enmarca la nueva ley de Salud Mental y la tabla clasificatoria a la que debería referirse como Manual Estadístico (DSM). De ese modo, el practicante indeciso entre leyes y clases, testimoniaba de su inconsciente que lo indicaba como sujeto de un síntoma.

Entre estas dos exigencias nominativas se podría investigar la inter-fase que existe entre dos discursos, el discurso jurídico y el discurso de la clínica. Hay un tercer modo de abordaje de estos dos campos que implica al psicoanálisis. Esta tercera vía es un método que supone saber leer el conflicto en relación al Ideal que lo sostiene, su clínica permite investigar aquello que excede al campo de la salud mental y que es el campo del goce.

Lo que sale del campo de la salud mental es lo que no encaja con el Ideal que se propone como norma de bienestar de muchos, a veces opuesto al de cada uno. Se sabe que la Salud Mental es una llamada a mantener el Orden público. Este orden responde al Derecho y a aquello que se ofrece como paradigma actual de un derecho -humano- para todos. Es decir que la Salud Mental apela a establecer un Orden público como un bienestar confundido con el Bien común, y esto se prescribe con una cierta jurisprudencia.

La Salud Pública no deja de pensarse en otra *interfase* que es la del campo de la ciencia y particularmente de una técnica, que es la medicina, y el campo del Derecho. Medicina y Derecho se sustituyen recíprocamente, organizando el Ideal normativo de lo que se propone como el Bienestar en una sociedad.



QUE HAY DE NUEVO EN LA LEY

El siglo XXI ya fue testigo del pasaje de las políticas de regulación de los cuerpos; es lo que Michel Foucault llamó *biopolítica*, una práctica de las reglas para interpretar los casos que dependerán de la estadística y de la aplicación de normas sobre una masa poblacional determinada. De modo que se puede definir la biopolítica como aplicación de acciones concretas sobre poblaciones ampliadas. Giorgio Agamben complejiza el concepto a partir de dividir dos versiones de la vida: *zoe* y *bios*. Una vida de cada cuerpo en su mundo de placeres y la otra regulada por el aparato jurídico en la vida pública. Pero esta vida incluye la muerte, y no solo biológica sino la muerte civil cuyo paradigma es la situación de excepción. Esta toma forma en la figura del “campo de concentración” donde se priva por segregación a la persona de todo derecho ciudadano en democracia. Entonces el orden público para todos tiene una excepción contemplada por el Derecho que implica que el universal afirmativo está agujereado por un particular negativo, donde hay al menos una excepción al derecho. El debate y la aprobación de la Nueva Ley de Salud Mental en la Argentina tiene varios puntos interesantes de conflicto. Por un lado los significantes amo que debe abolir y que se consolidaron en la época de la pérdida del Estado de derecho en las dictaduras militares: *encierro*, *judicialización* y *medicalización*. Por otro, la aplicación en la clínica de cada caso.

Son también modos de tratar el problema de la locura, basados en ciertas articulaciones entre las prácticas de salud y las acciones legales. En salto normativo progresista, se trata de una nueva “ficción jurídica”, es decir discursos útiles por su eficacia de crear una realidad en lo social. De este modo una ley de salud mental tiene efectos reales sobre los lazos sociales, a partir de algunos casos, permitiendo o no la existencia de un decir que supone el inconsciente freudiano.

El ciudadano que puede padecer la locura adquiere así derechos basados en un principio social. En el primer punto de esta Ley está planteado el problema de una escansión histórica que considera a la locura no como “enfermedad” sino como “construcción social”. En términos conceptuales del ser en transforma el punto de vista positivista (la mirada médica) por la de un relativismo social, que diluye la causalidad psíquica. El contexto que determina la verdad

de un hecho clínico como es la enfermedad, sería ahora un ambiente jurídico. Luego, se habla de “sufrimiento mental” y no de síntomas y signos de enfermedad. Se trata entonces de un “padecimiento” que disuelve lo específico de la descripción psicopatológica de la clínica.

Este verdadero desplazamiento es una metáfora donde se sustituye el fundamento clínico por el del sujeto del derecho. Dice: “La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental que se encuentran en territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos (...)”.

Observamos ahí dos escansiones: el paradigma Derechos humanos para todos, que sustituye aquel de Salud para todos y luego una apelación a la convención internacional por sobre la tradición local. “(...) reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”

Entonces, esta nueva ficción jurídica en tanto ficción útil, no es mera apariencia, cambia la significación del sujeto con respecto a “tener” o identificarse a un síntoma y lo reduce a un hecho social llamado “locura”. No se trata solo un de cambio semántico, sino del pasaje a otro campo de la autoridad de las decisiones de aquello que es un juicio ético: el diagnóstico médico por la situación jurídica.

Hay al menos cuatro discursos que Jacques Lacan ordenó como Amo, analítico, histérico, del analista, discursos diferentes a enunciados descriptivos del hecho social, que sirven para ordenar quién decide el destino de un caso clínico. Una ficción útil es un medio por el cual alguien dice que esta realidad existe. Cuando una ley es enunciada ya existe, más allá de su implementación real. Hay ese *décalage* entre lo que ella prescribe y la realidad de sus alcances.

Toda escansión de saberes supone un cierto avance, o un “progreso”. Por ejemplo ya no se dice enfermedad mental, ahora se habla de sufrimiento. La salud mental ya no es más un problema de bienestar físico, psíquico, social. Es un derecho para todos, en tanto derecho humano, que está construido por un proceso histórico y social. O



sea que se trata de la construcción social que desde Searle supone que quien decide la verdad de un acontecimiento es el contexto pragmático de las leyes sociales.

El loco ya no queda definido por su exclusión sino que es posible darle al individuo como ciudadano su capacidad de “inclusión social”. O sea que lo que está prohibido es inhabilitar, y esa exclusión no es del sujeto sino de la persona libre. En esta capacidad atribuida en potencia a todo ser libre, que tiene que ver con la libertad como naturalizada, también lo que se positiviza es la legalidad. Esto concierne a la clínica del síntoma en la medida que surgen problemas de diagnóstico frente a problemas como el consumo de drogas que se generaliza en la “adicción”. Si se considera que las adicciones no son exclusivamente una cuestión de legalidad y punición encasillada en la figura del “toxicómano”, sino con otra más amplia que hace a la sociedad como potencialmente consumista.

Otro cambio importante es el poder de la decisión. La ley abre un nuevo campo hacia un saber basado en la inter-disciplina, un equipo de especialistas que, como en el Comité de bioética sueña con un saber decisivo desde la suma de conocimientos especializados.

Queda así aparentemente superado el diagnóstico médico-psiquiátrico. Se pone en juego el problema de las clasificaciones y la internación como posible privación de la libertad. El ejemplo en una internación psiquiátrica, de la peligrosidad para sí mismo o para terceros. En la ley aparece “el riesgo cierto e inminente” en lugar de la peligrosidad que rápidamente suponía el encierro, el aislamiento.

En cuanto a la “evaluación” de un caso como tratamiento, esta nueva ley plantea algunos parámetros: cada tantos meses es posible una evaluación hecha por el juez, por el paciente tomado ahora como sujeto activo en el procedimiento de la curación por una auto-evaluación y luego en menor peso, por el equipo interdisciplinario. Aquí lo que está en juego es la ideología de la evaluación. Antes, era externa al enfermo y suponía el conjunto jurídico-médico. La evaluación hecha por el equipo interdisciplinario supone una intervención periódica de ese equipo, sobre todo basada en la posibilidad de que el enfermo se autoevalúe periódicamente.

Observemos la serie de sustituciones que hacen a la metáfora jurídica: el “sufrimiento” por la Enfermedad mental; Derecho por el

bienestar biopsicosocial construido; la capacidad de inclusión y lazo en lugar de “Inhabilitar en exclusión”; “Adicción” antes que ilegalidad/punición; el saber de la interdisciplina por sobre el Diagnóstico psiquiátrico y sus clasificaciones; el “riesgo cierto” mejor que la peligrosidad; los Derechos a los bienes y la evaluación antes que la Judicialización/medicalización del manicomio. Celebramos ese avance normativo basado en “el desmontaje del aparato represivo” de las técnicas curativas, pero sin embargo debemos considerar que existe un excedente que va más allá de la máxima que nos refugia en los “derechos humanos para todos”: captar al sujeto en su singular apelación al síntoma donde cada caso será único en la manera de arreglarse con su sufrimiento. Ahí el psicoanálisis como operación sobre el Ideal extrayendo el goce, sobrepasa lógicamente a la metáfora paterna de lo jurídico.

NOSOTROS DES-CLASIFICAMOS

En la Argentina actual un síntoma de la salud mental es el problema de la aplicación de la nueva ley de Salud Mental y otro es usar las clasificaciones a partir de la estadística (DSM). Si captamos estos dos paradigmas como manifestaciones sintomáticas que puede leer el psicoanálisis en el campo de la salud mental, existe este sujeto dividido en cada discurso, que implica, así como hace la ciencia, un retorno de lo rechazado en quien ejerce e interpreta con su propia tabla de la Ley: el médico, el jurista, el agente social. Ellos también son parte de la operación de nombrar o etiquetar ese excedente.

La ciencia se identifica del lado de la verdad, pero es una verdad paródica porque no solo el filósofo cuestiona el problema de la verdad, el científico mismo acepta que hay una dimensión de la contingencia, que un tratamiento puede tener efectos paradójales, etc; entonces ahí llama al psicoanalista. El caso, lo que cae del paradigma, no siempre tiene esa condición voluntaria de llamar al Otro, sobre todo en las internaciones (como en los hospitales en la interconsulta) está dado por esta mediación de la demanda al Otro, que se reduce a veces a degradarlo a su Necesidad, fuera del deseo.

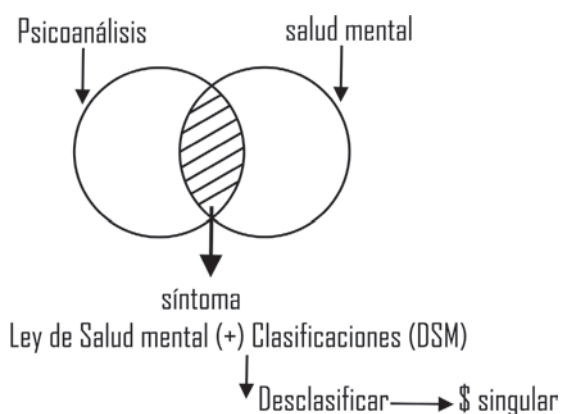
Es lo observable en ese mediador que veíamos en las figuras del prestador, en las bodas con un perjudicado. El curador que intercede y dice: el mejor discurso que le conviene a usted es que ahora lo venga a ver un especialista, un psicólogo



o un psiquiatra. Entonces esa interdicción propia de la metáfora, que también vimos antes como la judicialización del caso, era una metáfora jurídica sobre lo médico, no sobre el derecho del alienado. El asunto es que en ese “para-todos” de los derechos humanos está lo que plantea Jean-Claude Milner cuando dice que hay “lo ilimitado del derecho”, y la aplicación del derecho que introduce lo limitado de la norma. Quiere decir que tengo un conjunto ilimitado de elementos, pero una vez que se aplican esos elementos a la realidad de un caso, aparece lo limitado. Así que puedo sancionar la decisión de que este caso, por ejemplo un diagnóstico, un caso ya sea psicosis o neurosis, es una decisión que implica la información, el saber, etc., pero hay un punto de contingencia que es donde decido que todo ese conjunto ilimitado, sea para algunos, o sea para ese caso, aplicable. Hay nuevas formas de presentación de los síntomas a partir de esta legalización. Es decir, tenemos que estar atentos a que las presentaciones clínicas de las psicosis y de las neurosis, en los hospitales públicos, en las cárceles, se van a encontrar imbuidos de este discurso jurídico nuevo acerca de los derechos humanos y la libertad y de su evaluación.

Hay inclusión del significado acumulado en la ley y en las clases en el rostro que conviene a la histeria, como a las figuras que envuelven lo real. Porque si el síntoma es la creencia que cada uno tiene de su propio goce, de su propio mal, “yo creo que tengo ese mal”, y el psicoanálisis lo que propondría, en relación a una ética diferente, es que alguien pueda convivir con su mal, que sería la acción progresista de nuestra ley. Hay que darle derechos para que no se haga mal ni tampoco le haga mal a otro en condiciones que no sean el encierro sino una decisión, abriendo el campo ilimitado de la libertad. Lo interesante es que a partir de esta ley nosotros vamos a tener presentaciones, incluso de las psicosis, diferentes, donde si investigamos, vamos a encontrar que siempre están el trasfondo histérico/obsesivo o la paranoia/esquizofrenia.

La *interfase* entre Salud mental y psicoanálisis se construye con lo necesario de la existencia de un síntoma. Y este síntoma se podría escribir como: “más derechos, (derechos humanos, nueva ley, etc.), más clases”. Paradójicamente más clasificaciones, en términos de la pulverización clínica que hace el DSM. Esta es nuestra hipótesis.



Es probable, entonces, que a más derechos, más clasificaciones incluso epidemia de nuevas clases, leyes, síntomas. Y que, tendríamos que agregar nosotros, ¿es verdad que el siglo XXI será una época donde, paradójicamente, ante tanto derecho, se pierda el derecho a la palabra? Y haya solamente derecho a adquirir por el lado de la mercancía, ser un usuario más que un ciudadano, consumidores y no ciudadanos. Entonces es probable que retorne el sujeto, el sujeto que se articula entre su propia norma (S1) al goce (a): “hecha la ley, hecha la trampa”. Es decir, el retorno de la palabra como goce y silencio. Porque es un deseo de otra cosa que no está en la ley. Es una formulación lacaniana: el sujeto del psicoanálisis es el mismo sujeto de la ciencia. La densidad oscura que habita como deseo del científico, del jurista, del trabajador de la Salud mental es factible también de leerse como un inconsciente.-

(*) Versión resumida de la clase dictada por Enrique Acuña sobre la ley de Salud Mental en el marco del Seminario “Psicoanálisis, Clínica y Actualidad” de la Carrera de especialización en psicología jurídica del Colegio de Psicólogos de La Plata. 7 de julio de 2012. Texto establecido por Inés García Urcola. Brevario por Christian Gómez. Versión completa en: www.apmweb.org.ar.

Bibliografía:

- Laurent, Eric: “Mental”, en *Psicoanálisis y Salud Mental*, Editorial Tres Haches, Bs As, 2000.
- Foucault, Michel: *Nacimiento de la biopolítica*, Ediciones Akal, 2009.
- Agamben, Giorgio: *Homo Sacer. El poder soberano y la dura vida*. Editorial Pretextos, Valencia, 2003.
- Greiser, Irene: *Psicoanálisis sin diván*. Editorial Paidós, Bs As. 2012.
- Acuña, Enrique: “Dialéctica del perjudicado y el prestador” en *Revista Microscopía* N°71, publicación mensual de la APLP, 2007.
- Assoun, Paul Laurent: *El perjuicio y el ideal*, Editorial Nueva Visión.
- Hacking, Ian: *La construcción social de qué*, Ediciones Paidós Ibérica.
- Badiou, Alain: “La ética. Tratado de la conciencia del mal”. En *Batallas éticas*. Ed. Nueva visión. Buenos Aires, Argentina, 1995.
- Gorbacz, Leandro: “Ley 26657: El desmontaje del sistema represivo en salud mental”, en *Revista Comunidad y Salud Mental* N°1, Universidad Nacional de Lanús.
- Milner, Jean-Claude: *Las inclinaciones criminales de la Europa democrática*, Editorial Manantial, Bs As, 2007.



Psiquiatra y psicoanalista. Miembro de la EOL, la AMP y el Centro Descartes. Docente del IOM y JTP del Dto. de Salud Mental de la Fac. de Medicina (UBA). Miembro del Capítulo de Epistemología e Historia de la Psiquiatría de APSA.
E-mail: satturno@yahoo.com

Resumen

El autor realiza en este artículo una serie de reflexiones en torno a la Ley Nacional de Salud Mental (ley 26.657) reglamentada a fines de mayo del corriente año. El marco dado por la reciente publicación del DSM en su quinta versión y el empuje a la salud mental como imperativo social proveen el material para dichas reflexiones. Mencionada está la paradoja que establece una ley, indudablemente progresista, que abre la posibilidad del ingreso a la medicalización de la vida cotidiana, mediante un término ambiguo como es el de “padecimiento mental”. Asimismo otro aspecto a resaltar es que la idea de peligrosidad y riesgo que intenta disolver el texto de la ley, lejos de ser eliminada ha sido desplazada hacia el profesional de la salud mental. Se abre así una nueva versión de la llamada “clínica de la sospecha”.

Palabras clave: ley nacional de salud mental – padecimiento mental–riesgo–clínica de la sospecha

Abstrac

The author made in this article a series of reflections on the National Mental Health Law (Law 26,657) regulated in late May this year. The framework given by the recent publication of DSM in its fifth version and push mental health social imperative to provide the material for such reflections. Mentioned is the paradox that establishes a law undoubtedly progressive, which opens the possibility of joining the medicalization of everyday life through an ambiguous term as is “mental disorder”. Also another thing to note is that the idea of danger and risk that attempts to dissolve the text of the law, far from being eliminated has been shifted to the mental health professional. This opens up a new version of the “clinical suspicion”.

Key words: national mental health law - mental disorder - risk - clinical suspicion

UN PASEO POR EL DISORDER

El derecho a la salud y más precisamente, a nuestra “salud mental”, es en los tiempos que corren un imperativo social, sobre todo desde que la misma ha sido integrada por las corporaciones médicas y gubernamentales a una organización mundial. La paradoja de época ha quedado establecida así: mientras más autonomía y culto al principio de realidad, más lógica de la dependencia se produce. La autodeterminación es el monstruo que sueña al hombre que a su vez sueña una nueva razón para su existencia. Las cartas están echadas y el héroe trágico, por mucho que busque en el oráculo, tendrá que responder a las preguntas del presente a fin de producir el enigma en el porvenir.

Así todo, la “fábrica de personas” (I. Hacking) se ha puesto en marcha. Todos tenemos derecho a reclamar el lugar donde nuestras conductas serán tipificadas y el trastorno al que vamos a pertenecer. Nuestro traje de etiqueta es una descripción acéfala (por no decir sin pies ni cabeza) de datos (“evidence” en el inglés MBE) que resuenan en una normopatía digna de una secuela de *Blade Runner*. En este sentido se entienden la permeabilidad de las políticas públicas de salud a los manuales de clasificación internacionales y la seducción del manual norteamericano DSM.

Démosle la bienvenida entonces a la publicación del nuevo manual de clasificaciones DSM en su quinta versión, donde nadie va a quedar exento de ser integrado a un trastorno mental. La proporción



directa se hace cristalina: a mayor decadencia en la pesquisa clínica, a mayor fragilidad psicopatológica en favor de los llamados “signos comunes” (1), mayor hipertrofia clasificatoria. Testimonio cabal de esto resulta ser la formación de los profesionales “psi” en el mundo, donde la semiología psiquiátrica recibida en el posgrado llega al culto caquéctico del *paper*, cuando la tabulación de los “disorders” se extienden en un engrosado tratado de buenas intenciones. Movimiento inverso al producido en otras disciplinas clínicas, en donde la mirada médica se acercó hacia signos más precisos y detallados mientras que las clasificaciones han intentado simplificarse cada vez más. En suma, la disciplina psicopatológica ingresó en un terreno en donde su propia especificidad, su pericia, todo lo que le concierne al contacto con la locura y “una lengua bien hecha” ha sido sustituida por un empuje nominalista sin precedentes.

TODOS ENFERMOS ANTES LA LEY

Jacques Lacan lanzó en los 70’ la consigna de que “todos deliramos”, y aquello causó un gran revuelo. Hoy diríamos sin ambages que “todos somos enfermos mentales”, en un momento preciso en donde se impone el ideal de la salud mental. Y decimos esto justamente, cuando hace algunas pocas semanas se acaba de reglamentar una ley de salud mental (ley 26.657) de alcance nacional, cuyo artículo primero reza que se va a “asegurar” el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellos con “padecimiento mental”. Esta ley promulgada en el 2011 y reglamentada el 29 de mayo de este año define a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.”

El término “padecimiento mental” incluido en la ley destila una semántica que atraviesa transversalmente toda la sociedad y hace tabla rasa en base al “malvivir”, término que muy pertinentemente acuñó Jean Claude Milner como aquello que rebasa ampliamente los límites del trastorno o de la enfermedad mental (2)

¿Qué es un “padecimiento mental”? La ley no

lo define taxativamente. Con lo cual, la nobleza que encarna el ideal progresista en la lucha contra el estigma y los prejuicios, termina por extinguir cualquier intento de rescate a la herencia clásica del respeto por la envoltura formal del síntoma. Al destacarse el término “padecimiento mental” por sobre la idea de “enfermedad mental” o aún la de “trastorno” -que si bien no son gran cosa acreditan antecedentes históricos-; en su inespecificidad, se deduce que un padecimiento mental puede ser tanto un desencadenamiento psicótico, una crisis de angustia, como un duelo, una persona que sufre por estar en situación de calle o bien alguien que fue perjudicado por las medidas económicas de un gobierno. Ahora bien, el estado tiene la obligación de hacer cumplir la ley para que se “asegure” la protección de la salud mental de todo aquel que padece mentalmente, haciendo ingresar el sufrimiento cotidiano (el malvivir) dentro del circuito de la salud.

Si bien en la reglamentación de la ley se intentó especificar lo que es un padecimiento mental, su definición terminó siendo imprecisa y omniabarcativa “todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculables a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos, *incluyendo trastornos y/o enfermedades*, como proceso complejo determinado por múltiples, componentes...” (artículo 1, el subrayado es nuestro).

En suma, si adjuntamos la definición inicial de salud mental como “construcción social” a la definición inespecífica del malvivir, tenemos como resultado un empuje masivo a la medicalización de la vida cotidiana (medicalización no significa solamente tomar pastillas)(3). Una ley, como enunciamos, progresista y ciertamente ajustada al derecho internacional en lo que compete a la protección de los derechos humanos como la Convención Americana de la OEA o la protección de personas con enfermedades mentales de la ONU, pero que termina produciendo finalmente la ecuación: padecimiento para todos/salud mental para todos.



UNA NUEVA CLÍNICA DE LA SOSPECHA

En su artículo 5 la ley de salud mental advierte que “La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad”.

Este artículo recoge el peso de la historia de la psiquiatría de nuestro país. Sabemos de la estrecha relación que existía entre el poder de policía del estado y la psiquiatría. Los servicios prestados por la criminología de fines del siglo XIX y las dos primeras décadas del siglo XX, junto a la necesidad de control de la población (la llamada psiquiatría social de Ramos Mejía y el auge de la criminología con el positivismo de José Ingenieros), trabó una alianza duradera en el espíritu de la disciplina. Peligrosidad y locura devino un matrimonio por conveniencia, si tenemos en cuenta que Buenos Aires era la Babel del continente: uno de cada tres habitantes hablaba una lengua extranjera y se imponía un control social para lo cual el alienismo reinante sería un buen aliado.

Volviendo entonces a esta época (2011-2013), mencionamos a propósito de la ley dos términos: derecho (derecho a la salud mental, derechos humanos) y riesgo (en su faz negativa: el diagnóstico no implica *per se* riesgo).

Ahora bien, si sacamos la palabra “derecho” y ponemos la palabra “vínculo” o “lazo” entendemos qué lugar ocupa la regulación de la ley: se tiende a la “concreción de los *derechos* humanos y sociales de las personas”, *mutatis mutandis*: se tiende a la concreción de los *vínculos sociales* a través de un ejercicio coercitivo de la ley. Por ende el riesgo no queda excluido, pasa de estar del lado del paciente, del “padeciente”, a estar del lado del tratante, del profesional de la salud mental. Es lo que se ha dado en llamar la “clínica de la sospecha”(4). Allí donde el enfermo mental históricamente era considerado por su condición misma como alienado y como tal riesgoso, o peor aún, peligroso, ahora el vector

de riesgo se ha desplazado hacia el profesional que debe operar no con su saber-hacer sino bajo las variables del orden jurídico. Lo que Enrique Rivas llama “la clínica de la sospecha” es que todos estamos bajo sospecha, es una clínica del ejercicio práctico bajo sospecha, bajo sospecha de “la legitimidad de la práctica y la impostura de la delegación social como agentes de la segregación” y de la “imposibilidad de cumplir con la misión de promover en los sujetos el ideal de la salud mental”.

El nuevo discurso del amo que toma la salud mental no es el de la psiquiatría ni el del antagonismo a la enfermedad mental, sino el de la administración de las conductas que velan por un bienestar bio-psico-social como derecho humano. Esto tiene como correlato el enmascarar la imposibilidad de acceso que posee todo sujeto a la felicidad, por su propia condición de ser-hablante y por estar incluido (o no) en un lazo social.

Llama la atención que se haga mención en el texto de la ley a diferentes disciplinas y no figure en todo el texto el término “psicoanálisis”(5), habida cuenta del soporte institucional que significa el psicoanálisis aplicado a la terapéutica en nuestro país y el contribución asistencial brindada por numerosos profesionales ad-honorem que, en su gran mayoría, transitan los servicios públicos de salud mental.

Vale una reflexión aquí: si el psicoanálisis no ha de ser marginal es por su posición de extraterritorialidad a todos los otros discursos, lugar que debe saber aprovecharse para generar ese intersticio, ese intervalo que convoca a una presencia, y por ende, a la posibilidad de lectura.

Notas

(1) Ver: Lanteri-Laura G. “Psychiatrie et connaissance” París, Ed. Science en situation, 1991.

(2) Milner J.-C. “El gran secreto de la ideología de la evaluación”, Le Nouvel ÂneN°2, Diciembre de 2003.

(3) Ver: Maglio F. “Entre la evidencia y la narrativa”, en: ¿Por qué ser médico hoy?, Buenos Aires, Ed. Del Zorzal, 2009, p. 96.

(4) Rivas E. “Psiquiatría psicoanálisis. La clínica de la sospecha”, Madrid, Miguel Gómez ediciones, 2000.

(5) Se trata de una observación que realizara muy pertinentemente Hugo Freda en el marco de una reunión de trabajo que tuviéramos junto a varios colegas de la Escuela de la Orientación Lacaniana a propósito de la nueva Ley de Salud Mental (año 2012).



Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental

Psi. Leonardo Gorbacz

Diputado Nacional (MC) Autor de la Ley Nacional de Salud Mental 26657

Resumen

La salud mental está íntimamente vinculada con factores sociales y políticas públicas que trascienden lo específico del campo. La Argentina ha mejorado en la última década las condiciones sociales que inciden en la salud mental de la población. A su vez, la sanción de la ley nacional de salud mental generó mejores condiciones para la reforma del sistema de atención vigente. A más de dos años de su sanción se analizan los avances, las deudas pendientes y el desafío que constituye su aplicación.

Palabras clave: Salud mental - Legislación - Política

Abstract

Mental Health is closely linked to social factors and public policies that transcend which are specific related to that field. Argentina has improved its social conditions that impact on mental health population, in the past decade. In turn, approval of mental health's National Law has produced better conditions to reformulate current Care System, changing from the tutelary model to one based on the approach from rights. Two years later from the approval, progresses, debts and challenges of its implementation are analyzed.

Key words: Mental Health- Legislation-Politics

DETERMINANTES DE LA SALUD MENTAL

La política de salud mental no se agota en los servicios sanitarios que un país ofrece a sus ciudadanos para tratar las situaciones de padecimiento mental. Es mucho más amplia que eso. Abarca también las condiciones socio-económicas que determinan las posibilidades de inclusión social de las personas, las pautas culturales que permiten o dificultan la concreción de los derechos de las minorías o aquellas que, por ejemplo, naturalizan las relaciones violentas, los niveles de participación que las comunidades y las personas desarrollan en los asuntos que atañen al conjunto. Pero también, en orden a la atención de las situaciones de sufrimiento, sean o no encuadradas como “patologías”, hay que analizar factores como la accesibilidad a los servicios, el rol de los funcionarios judiciales, el tipo de instituciones que se construyen, la formación de los profesionales, las jerarquías en los equipos de trabajo, el imaginario social en relación a la locura -y la incidencia de los medios de comunicación para construirlo-, el poder de los

laboratorios de psicofármacos en relación a la formación y práctica de los médicos, las reglas de juego del mercado de las clínicas privadas, las condiciones de la cobertura de las obras sociales. Y podríamos seguir.

En consecuencia, analizar los cambios producidos en los últimos años en la política de salud mental en Argentina es una tarea compleja que excede las posibilidades de este artículo, aunque podemos plantear algunas cuestiones generales en torno a la cuestión.

La Organización Panamericana de la Salud convocó en 2012 a los países de la Región a hacer aportes sobre un borrador de Plan Mundial de Salud Mental. Uno de los documentos anexos de trabajo que se entregaron señalaba los factores sociales que condicionan los procesos de padecimiento mental, entre los cuales se incluía la discriminación de grupos vulnerables, las necesidades básicas insatisfechas, la accesibilidad a armas –que aumenta los índices de suicidios y muertes violentas-, la exclusión educativa, entre otros.

Fui invitado a comentar la Ley Nacional de Sa-



lud Mental de nuestro país, pero no pude menos que iniciar mi exposición analizando el proceso político de los últimos años, que modifica fuertemente varios de esos factores que inciden en nuestro campo.

Políticas como la Asignación Universal por Hijo, asociadas a un fuerte aumento en la inversión en Educación en todos los niveles, así como la moratoria que amplió la cobertura jubilatoria en la tercera edad, promueven un creciente proceso de inclusión social en sectores que en las últimas décadas fueron quedando cada vez más al margen de los intercambios socio-productivos. En la misma línea se inscribe la disminución notable del desempleo.

En el plano de la ampliación de derechos, leyes como las de matrimonio igualitario e identidad de género contribuyeron a disminuir los niveles de discriminación hacia los colectivos de personas con orientación y/o identidad sexual diferente a la dominante. Del mismo modo, la ley de migraciones establece nuevos derechos y posibilidades de inclusión para ese colectivo (sirve al menos cotejarla con el tratamiento que los migrantes reciben en países del llamado “primer mundo”).

Mientras en Estados Unidos la cultura de la guerra y el mercado de las armas está naturalizado, la población consume cada vez más armas y ficciones violentas (video juegos y películas) y la locura se termina expresando reiteradamente en matanzas a población civil (en escuelas y cines, por ej.), en Argentina rige una ley de desarme que alienta a que las personas entreguen sus armas.

También mencioné en esa ocasión las políticas que favorecen la restitución de la identidad de niños apropiados durante la última dictadura militar, cuyo efecto en la promoción de la salud mental de esos ya jóvenes, sus familias y el conjunto de la sociedad son evidentes. Coincidió con la presentación de la nieta recuperada número 107. Sin duda que estos avances que nuestro país ha realizado, en un contexto de una sociedad que participa cada vez más en los debates políticos, generan mejores condiciones para el desarrollo de la salud mental individual y colectiva, aunque en un país que viene de décadas de procesos de exclusión social y exaltación del individualismo que afectaron varias generaciones y cuyas con-

secuencias no se revierten en una sola década.

A 2 AÑOS DE LA SANCIÓN DE LA LEY 26657
Es en este proceso político y social que es sancionada por unanimidad la Ley Nacional N° 26657, luego de 4 años de debates en ambas cámaras del Parlamento.

Esta ley, que es de orden público y por tanto esta vigente en todo el país desde su publicación en el Boletín Oficial en diciembre de 2010, sigue la lógica de la ley de niños, niñas y adolescentes y la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, en cuanto a sustituir el enfoque tutelar por el enfoque de derechos. Esta sustitución implica abandonar una mirada protectora-autoritaria de las personas con padecimientos mentales para asumir una perspectiva asociada a la llamada “dignidad del riesgo”. Este concepto, central en la constitución de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, pone sobre el tapete un punto clave, puesto que la voluntad de anular todo tipo de riesgos ha sido uno de los elementos centrales en la construcción de un sistema de salud mental basado en el encierro y en la anulación de la autonomía.

En un contexto tan complejo como el descrito en los primeros párrafos de este artículo, está claro que la ley es tan sólo una herramienta que procura modificar alguno de los resortes que conforman la salud mental, pero no tiene –ni debe tener– pretensiones totalizantes. La salud mental está sobredeterminada por políticas sociales y económicas que trascienden la esfera de los organismos y leyes específicas en la materia. Las políticas de distribución del ingreso, el debate por la formación universitaria de nuestros profesionales –asociado al ingreso de nuevos sectores sociales a la formación de grado–, la democratización del poder judicial, la desmonopolización de los medios de comunicación y su apertura a nuevas voces que contribuya a la modificación de imaginarios sociales, forman parte de un proceso dinámico más amplio que nos permite apuntar a la mejora de la salud mental del conjunto social.

Aún así, a poco de su sanción (en términos históricos 2 años y medio en relación a siglos de vigencia del viejo paradigma es muy poco) pode-



mos observar algunos movimientos interesantes, y también algunas resistencias y obstáculos.

Un primer efecto relevante de la sanción de la ley ha sido la continuidad y profundización del debate que se intensificó durante el trámite parlamentario, pero que a su vez tiene su propia historia en el ámbito de la salud mental de nuestro país. Prácticamente no hay servicio o institución donde no se haya puesto en discusión el funcionamiento del equipo interdisciplinario, los criterios de internación, los espacios de participación de usuarios y familiares, la necesidad de crear o fortalecer nuevos dispositivos.

A su vez en ámbitos judiciales se ha producido el mismo fenómeno. Si bien todavía persisten actuaciones judiciales bajo el viejo paradigma, se han conocido fallos novedosos en el marco de la aplicación de la ley 26657, como algunos que impiden la aplicación de electro shock, ordenan revisar declaraciones de incapacidad decretadas antes de la sanción de la ley o anulan informes que no respetan la premisa de la interdisciplina, ordenan externaciones en casos donde existen alternativas menos restrictivas de la libertad, admiten la representación letrada de personas internadas involuntariamente, ordenan consensuar planes de salud mental infanto-juveniles con organizaciones de defensa de derechos, etc. Destaco también que en muchas provincias las áreas de Derechos Humanos se han interesado por la salud mental y se han involucrado en el desarrollo y ejecución de las políticas, sumándose de a poco como un nuevo actor en un sistema que no pudo construir la relación de fuerzas necesaria como para reformularse, al menos hasta ahora.

El trabajo del equipo de abogados del art. 22 que funciona bajo la órbita de la Defensoría General de la Nación es prometedor. Si bien la jurisdicción donde actúan es la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, equipos similares en todo el país pueden aprovechar la experiencia acumulada y organizar sus propios equipos de abogados.

La Procuraduría General de la Nación también ha tomado el tema en su agenda, y a través de la creación de la Procuraduría contra la Violencia Institucional ha decidido involucrarse en la revisión de las condiciones de internación de las personas con padecimientos mentales.

Que dentro de los conceptos de “violencia institucional” más asociado tradicionalmente a los abusos policiales y a la situación en cárceles, o de “tortura” (la Defensora General de la Nación lanzó una campaña contra la tortura a 200 años de la Asamblea de 1813) vinculada fuertemente con los centros clandestinos de detención de la dictadura, se incorpore la problemática de las instituciones de salud mental también habría que computarlo como un avance de nuestro campo en agendas donde hasta ahora estábamos ausentes.

Al lado de estos avances, persisten situaciones donde poco o nada se ha logrado.

El mapa de la ausencia de dispositivos de atención y rehabilitación de la salud mental con base en la comunidad, no ha registrado grandes modificaciones. A excepción del Presupuesto nacional, que ha aumentado notablemente a partir de 2011, no se ha registrado en general a niveles provinciales los mismos criterios de inversión en salud mental. Por otra parte, no se han conocido hasta ahora planes de redireccionamiento de recursos de los monovalentes hacia nuevos dispositivos de atención, salvo pocas excepciones. Si bien en general se han registrado disminución de camas de internación en monovalentes, ha sido lenta la apertura de servicios de salud mental en hospitales generales con salas para internaciones breves.

Tampoco hemos conocido demasiadas experiencias de mayor articulación intersectorial en los territorios, que incluyan respuestas sociales y laborales adecuadas a las necesidades de personas con padecimientos mentales, en particular aquellas que llevan muchos años de institucionalización. Uno de los reclamos más reiterados entre los trabajadores del sector es la existencia de necesidades sociales desatendidas que impiden las altas y la inclusión social a tiempo, con el consiguiente deterioro de la salud de la persona debido a la iatrogenia.

LAS RESISTENCIAS A LA APLICACIÓN DE LA LEY

Al mismo tiempo hemos observado fuertes resistencias en las propias estructuras de los hospitales monovalentes, para ceder paso a la construcción de nuevos dispositivos que lo sus-



tituyan. Es cierto que, como el caso de la Ciudad de Buenos Aires, existen motivos de sobra que impulsan a resistir cambios, cuando estos tienden a desarrollar negocios inmobiliarios que nada tienen que ver con las políticas de salud mental y aplicación de las leyes vigentes. Pero más allá de esa situación, hemos visto que aún en aquellos lugares donde no está en juego semejante peligro, existe la tendencia a que la “adaptación” que el artículo 27° de la ley propone, sea leída en términos de “modernización” o “ampliación” y no, tal como dicho texto estipula, con miras a su “sustitución definitiva”.

Las resistencias más fuertes y más explícitas, en cambio, las han expresado algunos psiquiatras organizados corporativamente, tanto durante el debate en el Parlamento en el cual participaron activamente como luego, a partir de la sanción, expresando incluso su posición respecto de corregir a través de la reglamentación lo que a su juicio constituían “imperfecciones” en la Ley. Aclaremos que las reglamentaciones sirven para tornar operativas las leyes en aquellos artículos que requieren puntualizaciones, pero de ningún modo pueden contradecir la letra y el espíritu de la misma.

Los argumentos centrales de estas objeciones fueron redactados luego en una Resolución de la Facultad de Medicina de la UBA fechada el 25 de agosto de 2011, que entre otras cuestiones considera:

-Que “debe entenderse como padecimiento mental a los trastornos mentales y del comportamiento definidos según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)”

-“Que la internación u hospitalización por motivos de trastornos mentales no puede ser entendida como último recurso sino como un recurso más dentro de los existentes para la atención de dichos trastornos, y por lo tanto, la indicación de su oportunidad debe estar sujeta a las reglas del arte médico”

- “No hay dispositivos alternativos a las instituciones especializadas. Los servicios que deben existir en los hospitales generales, los hospitales de día y de noche, las casas a medio camino, los centros de salud mental ambulatorios, los talleres protegidos y demás instituciones en la comuni-

dad no pueden reemplazar el tipo de cuidados que requieren ciertas patologías o momentos evolutivos de las mismas. Negar esto es un desconocimiento liso y llano de la realidad clínica y terapéutica aceptada y recomendada por los consensos internacionales en la especialidad”

- “Las firmas de los profesionales del servicio asistencial que intervienen en las evaluaciones por trastornos mentales, debe estar siempre acompañada con la firma de un médico psiquiatra para otorgar validez a dicho informe”

Estos son sólo algunos recortes de la Resolución de la Facultad de Medicina que reiteran los argumentos que desde el mismo sector se expresaron en ambas Cámaras del Parlamento y que fueron rebatidos por las organizaciones y actores que promovieron la sanción de la Ley. Argumentos que, si uno los repasa, contrarían los ejes fundamentales de la ley y por lo tanto no podrían incluirse en su reglamentación que, como se dijo, está para hacer operativa la norma y no para distorsionarla.

Los “consensos internacionales” a que refiere la Resolución para sostener que el llamado hospital “especializado” (neuropsiquiátrico) es irremplazable desconoce nada más y nada menos que la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud, que apunta claramente a la sustitución definitiva de los monovalentes, objetivo que fue ratificado en Panamá en 2010 bajo el lema “La década del salto hacia la comunidad: Por un continente sin manicomios en el 2020”

El resto de los planteos gira en torno de una especie de negación de la verdadera naturaleza interdisciplinaria del campo de la salud mental, aceptando la intervención de las distintas disciplinas pero con el tutelaje del médico psiquiatra que es el que otorga “validez” a la intervención. Afortunadamente hubo y hay muchos psiquiatras comprometidos con el proceso de reforma y que han dejado todo espíritu corporativo de lado para sumar su esfuerzo profesional y militante a la tarea.

Como lo he planteado en el espacio de debate sobre la reforma judicial en el diario Página 12 cuando analicé el tema de la Interdisciplina y el Consejo de la Magistratura, el problema no es la psiquiatría sino las hegemonías. Hay que ser cuidadosos para no sustituir una hegemonía



por otra: “Las hegemonías disciplinares nunca son buenas. No se trata entonces de reemplazar la de los abogados o la de los psiquiatras por otras hegemonías. La interrelación de distintos saberes enriquece la comprensión de los conflictos y los padecimientos humanos y sociales. Pero, más aún, la interdisciplina es importante porque pone límites a las pretensiones totalizantes de todo saber”

ALGUNAS PALABRAS SOBRE EL PSICOANÁLISIS Y LA REFORMA DEL SISTEMA

Argentina es un país donde el psicoanálisis ha tenido y tiene un desarrollo muy importante. Décadas de políticas basadas en el individualismo y la reducción de la presencia del Estado en Argentina han atravesado todos los campos, incluyendo el psicoanálisis. Tenemos como resultado un cierto psicoanálisis que ha crecido de manera, llamémosle, más “endogámica”, pero también muchos psicoanalistas que desde los hospitales u otras instituciones en contacto directo con la comunidad han acogido diversidad de demandas con un enfoque respetuoso de la subjetividad y a contrapelo de un sistema jurídico e institucional de carácter represivo. La promoción de trabajo a través de dispositivos basados en la comunidad y con respeto a los derechos humanos fundamentales de los asistidos, que propone la ley 26657, es a mi juicio el esquema más adecuado para el ejercicio del psicoanálisis.

Al mismo tiempo que el psicoanálisis, por su clara posición ética de respeto a la singularidad y su conceptualización acerca del lazo social, es una herramienta de intervención absolutamente pertinente en una política de salud mental con enfoque de derechos.

Que la ley reconozca en la persona con padecimiento mental un sujeto de derecho es un piso mínimo indispensable para poder intervenir desde el psicoanálisis. A la inversa, una intervención basada en un enfoque adaptacionista o normalizador de las conductas va a contrapelo de los derechos que el Estado Argentino ha decidido garantizar a todos sus ciudadanos.

No es la ley un instrumento que deba ser utilizado para validar ciertos enfoques teóricos o para prohibir otros. En todo caso habrá teorías

y prácticas que respeten los derechos que la legislación consagra, y otros que no.

MEDICACIÓN Y MEDICALIZACIÓN

El desarrollo de nueva psicofarmacología es un elemento que ayuda a reducir los tiempos de internación y a sostener tratamientos en la comunidad. Su adecuada prescripción corresponde sin dudas a los profesionales médicos con conocimientos suficientes y debidamente actualizados. La ley promueve que el abordaje psicofarmacológico se realice “en el marco de abordajes interdisciplinarios”, pero está claro que el acto y la decisión de la prescripción le compete a quien está preparado y habilitado para eso: el médico psiquiatra.

El Estado debe garantizar el acceso a la medicación de toda la población que lo necesite, más allá de la cobertura que tenga.

Existen, sin embargo, dos formas incorrectas de utilización de los psicofármacos por parte del sistema. Por un lado, la que está destinada a castigar a usuarios o evitar supuestas “molestias” en las instituciones, es decir, su utilización como “chaleco químico”. Esa utilización abusiva es responsabilidad muchas veces de enfermeros o psicólogos, e incluso familiares, y no necesaria ni exclusivamente de psiquiatras. La otra forma corresponde a la conocida “medicalización” de la vida cotidiana, que consiste en ampliar el mercado de consumidores de psicofármacos a personas que no lo necesitan, pero que se convencen o los convencen de que una situación puntual de angustia o ansiedad, o una marcada hiperactividad (en el caso de los niños), constituyen una patología que requiere ser medicada. Tampoco de este último tipo de excesos habría que responsabilizar a los psiquiatras. Muchas veces son médicos de otras especialidades los que prescriben de ese modo, alentados por investigaciones y por una política de formación de grado y posgrado que está más en manos de la industria que del Estado.

CONCLUSIONES

La ley de salud mental no es un objetivo en sí misma. Hay que entenderla como un instrumento, útil y potente, pero instrumento al fin. El objetivo es modificar un sistema de salud



mental que ha sido eficaz para excluir y encerrar personas pero absolutamente inútil para recuperar la salud y el bienestar de las personas con padecimientos mentales, especialmente de los sectores más vulnerados de la sociedad. Un sistema que, además, vulnera permanentemente derechos fundamentales.

Los trabajadores de la salud mental, especialmente los de instituciones públicas, tenemos que entender que el sistema no depende exclusivamente de nuestra aptitud profesional, y ni siquiera de las decisiones de las autoridades sanitarias. Hay otros potentes factores que lo condicionan: la política económica, el imaginario social (las instituciones no son sólo lo que sus miembros quieren o hacen de ellas sino lo que la sociedad espera y deposita allí), el poder judicial, los medios de comunicación, la formación académica y la incidencia de los laboratorios, sólo para repasar algunos elementos citados en este artículo.

Eso implica que nuestro compromiso con la reforma en salud mental no se agota en nuestro rol profesional, sino que nos requiere como ciudadanos activos buscando incidir y modificar esos otros elementos que forman parte de la vida social y política de la que somos parte.

A mi juicio el tiempo histórico es propicio para avanzar. La Ley 26657 no garantiza ni promete, per se, ningún resultado. Somos nosotros, como trabajadores de la salud mental y como ciudadanos comprometidos, los que podemos hacer algo con ella.

Como siempre, estarán los escépticos, que compartan el espíritu de la ley pero renuncien de antemano a toda pretensión de modificar la realidad. El escepticismo, como posición subjetiva, se traduce como conservadurismo en el terreno de la política. Un sujeto puede ser conservador porque está satisfecho con el statu-quo, o porque aún no estándolo se cree impotente para cambiar nada.

Esperemos que seamos más los optimistas los que, sin perder de vista la realidad y su complejidad, nos comprometamos con un cambio tan necesario como demorado.



Ley Nacional de Salud Mental. Posibilidades para su implementación

Lic. Lilián Alvarado

Lic. en Psicología. Integrante del Equipo de Salud Mental del Hospital Dr. R. Rossi. Integrante de la Dirección de Capacitación de Profesionales del Mrio. de Salud de la Prov. de Bs. As. Vicepresidenta del Colegio de Psicólogos Distrito XI.
E-mail: lilianalvarado@yahoo.com.ar

*Crece la pared por hiladas
crece la pared
crece desde el pie amurallada
crece desde el pie*
Alfredo Zitarrosa

Resumen

La Ley Nacional de Salud Mental rompe con el funcionamiento del orden manicomial en la Argentina y promueve el respeto de los Derechos Humanos. Desde su sanción en 2010 a la actualidad ha sido objeto de apoyos y cuestionamientos. Fue recientemente reglamentada. Actualmente, los trabajadores del campo de la salud mental enfrentan el doble desafío de exigir su cumplimiento y el de crear dispositivos que favorezcan su implementación.

Palabras clave: Salud Mental - Interdisciplina - Derechos Humanos - Ley Nacional

Abstract

The National Mental Health Act breaks the asylum logical arrangement in Argentina and promotes respect for human rights. Since its enactment in 2010 to the present, it has been subjected to support and questioning. Recently was regulated. At present, the mental health field workers face the double challenge of demanding its compliance and creating devices to support its implementation.

Key Word: Mental Health - Interdisciplinary - Human Rights - National Law

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 sancionada el 25 de noviembre de 2010 está en plena vigencia y, por tratarse de una ley de orden público, no requiere la adhesión de las provincias para ser implementada. Establece como ámbito de aplicación, los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan.

En su texto se despliegan cuestiones que rompen con el funcionamiento del orden manicomial en la Argentina, al tiempo que se promueve el respeto de los Derechos Humanos de los usuarios del sistema de salud.

Ha provocado adhesiones fervientes, rechazos furibundos y también, hay que reconocerlo, cierta indiferencia entre quienes, de diversas maneras, se encuentran alcanzados por su posible implementación. Distintos fantasmas circularon en torno a la ley, ofreciendo resistencia durante estos años, incluso desde antes de su sanción. Entre ellos se pueden mencionar: el temor de los trabajadores de los hospitales monovalentes a perder sus puestos de trabajo, la preocupación corporativa de quienes se niegan a abandonar el lugar de privilegio en la conducción de los equipos de salud mental o de aque-



llos que ven peligrar el negocio de las internaciones en el ámbito privado.

Actualmente, se siguen discutiendo : la pertinencia de hablar de padecimientos, tal como lo enuncia la ley o de trastornos o enfermedad como algunas profesiones sostienen, el valor otorgado a la comunidad en el abordaje del sufrimiento, el lugar que ocupa la internación, el papel que cumplen los hospitales monovalentes.

Algunas de estas discusiones, perdieron vigor. Un claro ejemplo es la concerniente a la conducción y gestión de los servicios y las instituciones de salud mental. Afortunadamente, durante el año 2012 se sustanciaron concursos de jefaturas de servicios de salud mental en la Provincia de Buenos Aires en los que se cumplió, no sin tener que vencer resistencias, lo establecido por el artículo 13.(1)

ALGUNOS ACUERDOS, MUCHAS EXPECTATIVAS

Haciendo un relevamiento de foros de discusión sostenidos en torno a la Ley de Salud Mental, tanto en el ámbito asistencial como jurídico, se escuchan voces discordantes y desencuentros respecto de algunos artículos, pero, en general, también se oyen acuerdos en cuestiones fundamentales como la consideración del usuario del sistema como sujeto de derecho y el respeto por los derechos humanos de los pacientes.

Sin embargo, a pesar de los acuerdos logrados, hay cuestiones que no se han resuelto aún. Es esperable que la reciente reglamentación, contribuya a aportar procedimientos específicos para su implementación y el consecuente compromiso de dar cumplimiento efectivo a lo establecido por la ley por parte de la autoridad de aplicación. Este compromiso es necesario para propiciar la constitución de dispositivos comunitarios de atención y para garantizar los recursos que permitan cumplir el artículo 28, que establece que las internaciones deben realizarse en hospitales generales(2). Con respecto a este punto, el hecho de que no se satisfagan requisitos mínimos que garanticen la seguridad y la atención del paciente se convierte en grave obstáculo, sobre todo cuando se trata de internaciones involuntarias. Vale aclarar, que no se habla aquí de pretender recrear lógicas manicomiales en un hospital general. Muy por el

contrario, se trata de lograr el cumplimiento de ciertas condiciones mínimas que garanticen el respeto de los derechos del paciente en su período de internación, acordando que ésta será considerada “un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y (que) sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social...”(3)

En este contexto los trabajadores del campo de la salud mental se encuentran ante un doble compromiso: por un lado, exigir a las autoridades el cumplimiento de la ley y, por otro, una tarea mucho más rica, productiva y creadora: inventar modos de intervención que permitan garantizar su implementación.

EL DESAFIO DE LA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA

Construir estrategias que promuevan la implementación de la Ley en los hospitales y centros de salud, exige una disposición para pensar y trabajar con otros difícil de lograr en lo cotidiano. Sabemos que es correcto adjetivar el trabajo en salud como interdisciplinario, pero también conocemos que, bajo esa denominación, encontramos prácticas unidisciplinarias o collages armados con los retazos que aporta cada profesión que interviene en la atención de un paciente. Hay una brecha enorme entre lo que se hace y lo que se conceptualiza como abordaje interdisciplinario de problemas complejos, que implica un movimiento en el cual, las disciplinas deben proponerse la construcción de una conceptualización común del problema, y la elaboración de estrategias de intervención consensuadas en el abordaje. Al decir de Alicia Stolkiner, “la interdisciplina nace, (...) de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente, de la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales invadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (4)

Más difícil aún es lograr un trabajo intersectorial que contemple las necesidades de los usuarios del sistema de salud vinculadas al trabajo o la educación.



Para quienes llevan delante prácticas individuales en el ámbito institucional representa un aprendizaje el compartir con colegas y con compañeros de otras disciplinas. La demanda asistencial, la perentoriedad de los requerimientos que llegan al hospital, no propician el encuentro para la discusión y la construcción de un saber compartido. Pero no se debe desconocer que ese encuentro, cuando se logra, es fructífero.

Quizás, se pueda arribar a la efectiva implementación de la Ley si se opera en una vía doble: la firme exigencia a la autoridades acerca de su cumplimiento y simultáneamente, el trabajo en sentido inverso, desde las bases, partiendo de una tarea elemental, primaria: leer la ley, interrogarla, permitir que la letra de la ley interpele las prácticas, las desnaturalice. A modo de ejemplo, vale mencionar que, seguramente, solo de manera excepcional, se podrá encontrar a un profesional de la salud cuestionando la perspectiva de defensa de los Derechos Humanos que sustenta la ley de Salud Mental, sin embargo, si se analizan los procedimientos cotidianos: ¿se podría afirmar que se sigue la línea de la restitución de derechos sin deslices? La pregunta no apunta a la inculpación, sino que pretende ser disparadora de la reflexión y el intercambio. Para empezar, no se necesita demasiado: una hora de vez en cuando, disposición para escuchar y escucharse, un mate que acompañe la reflexión, no mucho más. Es deseable y, seguramente, posible.

Notas

(1) Artículo 13. -Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

(2) Artículo 28. - Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592. Decreto 603/2013 Ley Nº 26.657. Reglamentación art. 28.- Deberá entenderse que la expresión "hospitales generales" incluye tanto a los establecimientos públicos como privados. Las adaptaciones necesarias para brindar una atención adecuada e integrada sean estructurales y/o funciona-

les de los hospitales generales a efectos de incluir la posibilidad de internación en salud mental es responsabilidad de cada jurisdicción. Aquellas deberán respetar las recomendaciones que la Autoridad de Aplicación realizará a tales fines. A los efectos de contar con los recursos necesarios para poder efectuar internaciones de salud mental en hospitales generales del sector público, el Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios y el Ministerio de Salud deberán contemplar en la construcción de nuevos hospitales, áreas destinadas específicamente a la atención de la salud mental, promoviendo que igual criterio adopten todas las jurisdicciones. Asimismo, establecerán planes de apoyo para el reacondicionamiento o ampliación de los Hospitales Generales, con el mismo objetivo. La Autoridad de Aplicación condicionará la participación de las jurisdicciones en programas que incluyan financiamiento, a la presentación de proyectos de creación de servicios de salud mental en los hospitales generales, con plazos determinados.

(3) Ley 26657. Artículo 14.

(4) Stolkiner, Alicia. De interdisciplinas e indisciplinas. www.psi.uba.ar/sitios/stolkiner/interdisciplinas_indisciplinas.pdf.



Psicóloga de Hospital Zonal Especializado Reencuentro.
Ex residente del Hospital Zonal General de Agudos
"Blas. L. Dubarry". Ex residente de pos
básica en adicciones Hospital Reencuentro.
E-mail : paolaboccalari@yahoo.com.ar

Resumen

La recientemente reglamentada Ley Nacional de Salud Mental 26.657 plantea amplias reformas en el ámbito de la salud pública. Este escrito se detendrá en uno de los puntos de la ley referido al lugar de las adicciones en las políticas de salud mental. Reflexionará sobre las conexiones entre la salud mental y adicciones. Si bien desde la nueva ley las adicciones forman parte de las políticas de salud mental, la "Y" conectora entre ambas, a la vez que unifica ambos campos, también hace pensar en conjuntos distintos.

Palabras Claves: Salud mental- Adicciones- Ley de Salud Mental

Abstract

Recently National Mental Health Law number 26.657 contemplates a wide range reform in Public Health. This text focuses on a specific point referred to Addictions within Mental health Policies. It will reflect on links between Mental Health and Addictions. Considered from this new Law, addictions are included as part of Mental health policies, the "Y" among both, simultaneously that unifies both fields, it also makes think about different sets.

Key Words: Mental Health- Addictions- Mental Health Law

INTRODUCCIÓN

La recientemente reglamentada Ley Nacional de Salud Mental 26.657 plantea amplias reformas en el ámbito de la salud pública, abonando en pos de garantizar la protección de los derechos de toda aquella persona con padecimiento mental. Quisiera detenerme en uno de los puntos decisivos de la ley -a los fines de este escrito-, referido al lugar de las adicciones en las políticas de salud mental. Cito: (1) "las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud".

En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental se crea la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones (SADA) dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Esta subsecretaría tiene como objetivo la integración de los campos de las adicciones y la

salud mental, desde una perspectiva de abordaje de la salud en forma integral, apostando a un proceso de cambio.

Intentaré reflexionar sobre las conexiones entre la salud mental "Y" adicciones. A mi entender, si bien desde la nueva ley éstas forman parte de las políticas de aquella, la "Y" conectora entre ambas, esa "y" que también es nombrada desde la SADA, a la vez que unifica ambos campos, también hace pensar en conjuntos distintos; se integra a las adicciones y a la vez se las sigue nominando por fuera.

¿Será porque aún no conocemos las consecuencias sobre los efectos que ocasionará la implementación de la ley, y sus objetivos de superar lo instalado a partir de integrarlas al conjunto de las políticas de salud? ¿Será porque hay determinantes inherentes a las adicciones que no se integran del todo a lo sanitario?

UN POCO DE HISTORIA

La droga como problema se constituyó como tal



en la modernidad; a tal efecto el Estado emerge con su voluntad de intervenir sobre estos consumos. A finales del S XIX se acuñó el término toxicomanía, de allí que para las sociedades occidentales la toxicomanía se plantea como un problema social.

Según Escohotado, A (2) en los años sesenta (en EE.UU.) se constituyó un discurso crítico sobre la prohibición de drogas que venía operando; en el cual se propone: “abordar la dependencia de cualquier droga como algo que deriva del individuo, no de la droga. Se considera al usuario de drogas como enfermo. El terapéutismo había sido descartado décadas atrás por ser incompatible con la represión, ahora iba prosperando la idea de que curar y reprimir son cosas complementarias, y esta complementariedad irá creando una gama de nuevos asesores y expertos. Lo que Szasz denomina farmacracia, es decir el poder sobre drogas, solo se constituye cuando a los represores y organizaciones de tráfico ilícito se añade este sector”, es decir un grupo de instituciones y profesionales dedicados a tratamientos específicos en adicciones, encuestas, análisis.

Una vez planteada la idea que las adicciones en determinado momento de la historia se constituyen en problema social y el Estado responde, interesándose en ellas desde la regulación y el control jurídico-sanitario; se puede mencionar que aquí en la Provincia de Buenos Aires la regulación estatal-sanitaria pasó por diferentes instancias.

Sin detenerme en los detalles se puede ubicar que en los años '90 (3) se crea la Secretaría de Adicciones con rango de Ministerio dependiente directamente de Gobernación. Por esos años (1989) se instituye como Centro Piloto para la Atención y Prevención de las Adicciones el actual Hospital Especializado en Adicciones y Alcoholismo Reencuentro. Al cabo de diez años la Secretaría pasa a depender al modo de una Subsecretaría del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. Para luego de algunos años pasar a ser regulada por el Ministerio de Desarrollo Social, agregándose políticas de inclusión y vulneración de derechos. Arribando en la actualidad nuevamente a depender de Ministerio de Salud configurándose en SADA. Cito(4): “dimos el primer paso ... reincorporar a la Subsecretaría de Atención a las Adicciones en la esfera del

Ministerio de Salud, lo que implica reconocer a la temática como propia de ser abordada desde una mirada, desde una perspectiva, la de la salud integral. Desde entonces, consolidamos y profundizamos la integración de los campos de las adicciones y la salud mental, que instituímos con la creación de la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones”.

ALGUNAS IDEAS

Instalada desde la Ley la necesidad de integración (salud mental-adicciones), pretendiendo así eliminar la dicotomía existente, podemos puntuar un avance importante en tanto legalmente les otorga a los adictos estatuto de sujetos de derecho y se les supone capacidades antes no previstas.

Ahora bien como hemos señalado las dicotomías a nivel enunciativo se siguen manteniendo, en la sigla SADA como ya mencionamos; también en la práctica cotidiana hospitalaria se distingue a pacientes duales (los que tienen problemáticas psiquiátricas Y adictivas) y los toxicómanos per se, con respuestas distintas a nivel de los tratamientos de mayor contención (internación).

¿A qué responde tal situación? Plantearé ciertas hipótesis, sin que ello venga a dar por finalizada la polémica.

Podríamos plantear que el toxicómano, en tanto personaje que tiene una práctica de goce no sintomática, estuviese desafiando todo el tiempo las normas de regulación social, provocando la necesidad de redoblar la apuesta de controles cada vez. Tal práctica deja velada cierta “peligrosidad” social y da lugar a que desde diferentes ámbitos institucionales (como la justicia -penal y civil; desde el grupo familiar mismo sosteniendo que el uso de drogas es la causa de múltiples problemas) se los inste a iniciar tratamiento en instituciones específicas con el carácter de lo necesario.

Se puede entender el control social como los medios utilizados por una sociedad para asegurar la adhesión a sus normas.

Incluso la tipificación en el Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales IV, que le dedica un apartado, en el cual se diferencia claramente entre uso, abuso y dependencia de sustancias, y ubica criterios ciertos para los diferentes diagnósticos en función del tóxico



utilizado, tiene su costado de control.

También uno podría plantear qué lugar juega en todo esto la nominación “ser adicto”, ¿habría allí malestar y sufrimiento -características principales para definir la enfermedad-? Por cierto que si se realiza una consulta en una institución especializada a tal problemática, uno podría inferir cierta desregulación en lo que venía siendo la vida de alguien, ¿pero de dónde proviene tal desregulación? Muchos son los casos que tal desregulación proviene “de los otros” fundamentalmente de la familia, de la justicia, a veces del cuerpo, etc. ¿Uno de los motivos por lo cual resiste a ser considerada enfermedad?

A MODO DE CONCLUSIÓN

La ley abre perspectivas interesantes, quienes nos encontremos trabajando en salud pública tendremos que ir instituyendo uno por uno.

Uno de los desafíos en tanto profesionales psi implicados en esta problemática, es saber pivotar y maniobrar con la tensión planteada entre el universal “ser adicto” y los usos y funciones que se hacen del tóxico al modo de respuesta de cada quién. Cito: “el uso mismo de determinadas drogas, por la variabilidad de sus efectos -sea marihuana, hachís, cocaína, éxtasis, pasta base, paco, inhalantes, ácidos, ketamina, o psicofármacos, alcohol y sus más variadas combinaciones-, es índice de una particular modalidad de satisfacción, así como también lo es el modo de consumo: la dosis, la frecuencia y la vía, es decir el ritual. Eso que Freud llamó, en 1897, el “hábito”. Un hábito que en la adicción se asume compulsivamente...”(5)

¿Por vía de la palabra, del relato sobre el uso de drogas se podrá capturar lo silencioso del goce del cuerpo, hacer de aquella desregulación un conflicto subjetivo? Esto es más bien un punto de llegada para algunos. La apuesta se hace jugar en el plano de arruinar cierta satisfacción que pueda dar lugar a otra cosa. Hacer circular la palabra para que así tome otra consistencia y otro lugar para cada quién.

Notas:

(1) Ley Nacional de Salud Mental 26.657, artículo 4.

(2) Escohotado, Antonio: “Historia elemental de las drogas”. ed. Anagrama. (1996)

(3) Material recogido de una entrevista mantenida con el Director del Hospital Zonal Especializado Reencuentro, Lic. Oscar Molteni, (2013)

(4) Material publicado en la página web del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Primer Encuentro Provincial de Salud Mental y Adicciones (2012)

(5) Testa, Adriana, Diario Página 12, 2012



Miembro de la Asociación de Psicoanálisis de La Plata (APLP). Médico psiquiatra del Hospital "Gral. San Martín" de La Plata. Integrante del Módulo de investigación "Psicoanálisis y Salud Mental". Editor del boletín Microscopía.
E-mail: ivanpelitti@hotmail.com

Resumen

La nueva Ley Nacional de Salud Mental de la Argentina (ley 26.657) introduce los términos de padecimiento e interdisciplina. Los mismos diluyen la psicopatología, favorecen la externalización de la causa, a través de la hipótesis ambiental y aumentan las demandas de soluciones exógenas, mediante la figura del perjudicado social. La vieja ficción del Psicoanálisis propone, por medio del síntoma, la inclusión de lo singular.

Abstract

The new National Mental Health Act of Argentina (law 26,657) introduces the terms of suffering and interdisciplinary. The same dilute psychopathology, favor the externalization of the cause, through the environmental hypothesis, and increase the demands of exogenous solutions, through the figure of the social damaged. The old fiction of Psychoanalysis proposes, through the symptom, the inclusion of the singular.

Palabras Clave: Psicoanálisis - Salud Mental - ley - Argentina - padecimiento - interdisciplina - síntoma

Key words: Psychoanalysis - Mental Health - law - Argentina - suffering - interdisciplinary - symptom

Durante el año 2012 en el nuevo Escritorio Clínico de la Asociación de Psicoanálisis de La Plata, llamado "Psicoanálisis y salud mental-Angustia siglo XXI", tratando de situar las coordenadas de la época, investigamos la nueva Ley de salud mental de la Argentina, legislada el año pasado y reglamentándose en este año. Con el asesoramiento de Enrique Acuña y la coordinación de Inés García Urcola buscamos los significantes amo que la gobiernan-de los cuales destaco dos: padecimiento e interdisciplina- y planteamos el interrogante: ¿qué consecuencias pueden tener estos cambios semánticos?

Vemos entonces que la locura y la adicción pasan de enfermedad y delito a padecimientos. Cito: Artículo 4º: "Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental."; Artículo 7º: "El estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos..." Pero ¿Qué significa padecimiento mental? Y además ¿Quién determina que alguien es un padeciente?

Percibimos también que la unidisciplina del

psiquiatra se convierte en interdisciplina. Cito: Artículo 8º: "Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario..." Así, ¿Los saberes de un psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social, un enfermero y un terapeuta ocupacional deciden mejor que el saber de un psicopatólogo? ¿Existe la interdisciplina o la transdisciplina? ¿Estudian el mismo objeto?

Creo que esta nueva ley queriendo desestigmatizar, diluye la psicopatología y al separar síntoma de inconsciente anula el descubrimiento freudiano, provocando una externalización de la responsabilidad frente al propio sufrimiento. Propone un tratamiento interdisciplinario porque supone una etiología multicausal-esencialmente ambiental- favoreciendo la posición del perjudicado social que aumenta las exigencias de soluciones exógenas y disminuye las demandas de escucha, promoviendo la medicalización de la vida cotidiana.

Acciones progresistas con reacciones paradójicas, estos cambios semánticos por un lado in-



cluyen individuos pero por el otro excluyen el inconsciente y tomando como paradigma de los padecimientos a las a-dicciones convierten a los consumidores de sustancias ilegales de presos en la exclusión de la encarcelación y el castigo a pa(de)cientes en la “inclusión” de la hospitalización y el medicamento, brillante objeto técnico del actual cielo social.

Planteo así que esta ley complementa clasificaciones nominalistas cada vez más abarcativas que a través de la inversión clínico-terapéutica benefician la farmacologización de conductas.

Los artículos que disponen los cierres de los hospitales especializados y las clínicas psiquiátricas parecieran no tener en cuenta ni el pasado, con la ficticia desmanicomialización de Río Negro (1); ni el presente, con la actual tendencia al individualismo y podrían -de no plantearse una prolongada transición- dejar a quienes tienen más dificultades para el vínculo social en la calle. Recordemos con Foucault que la locura llegó a los hospitales desde los barcos (2). Antes de ser excluidos internamente mediante la internación en los Hôpitaux Generales los locos errantes eran excluidos externamente a través de la embarcación en las Stultiferasnavis.

Sería entonces necesario evaluar primero qué propuesta es la mejor para cada paciente ya internado. “Antes habría que educar a la policía para que no ejerza represión ni aislamiento; además de sensibilizar a la ciudadanía prejuiciosa, que el “loco” sabe algo sobre sí” comenta Enrique Acuña luego de los incidentes sucedidos este año en el Hospital Borda.

Destaco otro desplazamiento significativo más sobre el que no voy a desarrollar pero sí interrogar: ¿cuál es el cambio de enunciación que conlleva el cambio de enunciado de peligrosidad para sí y para otros a riesgo cierto e inminente?

En nosotros está, en tanto analistas la potencia de “producir y hacer reproducir el hacer creer, en fundar el discurso dogmático, es decir, el discurso que se haga respetar, que se haga amar” (3) para “hacer retornar el sujeto, el sujeto que “hecha la ley, hecha la trampa”. Es decir, el retorno de la subjetividad. Porque “hecha la ley, hecha la trampa” es el deseo, un deseo de otra cosa que no está en la ley” (4).

Entonces cuando escuchamos que frente a la promesa-imperativo de “salud mental para todos” -planteada como un derecho y como un ideal universal-, retorna la queja de “todo el mundo está loco” (5), podemos oír la insistente valentía del síntoma -eterno prófugo de la norma- que no se deja callar y no renuncia a su singularidad.

Quedando entonces en cada uno, Jacques-Alain Miller lo dice, “disponer la ficción con que interpretar su síntoma”, para no dejarse pasar de sujetos a usuarios en una época que, como señala Eric Laurent, propone a través del orden público el silencio social, del Otro y subjetivo (6)

La reglamentación de la ley, como la modalización delo dicho, posibilita un cambio de posición. Planteo entonces para la misma el desafío de reintroducir la responsabilidad subjetiva o al menos de avalar la única práctica que la provoca.

Notas

(1) Cornaglia, Carlos: “Construcción y destrucción de la salud pública en la provincia de Río Negro (“manicomio y desmanicomialización” 1984-2011)” en <http://www.rionegro.com.ar/diario/una-desmanicomializacion-ficticia-735143-10101-nota.aspx>

(2) Foucault, Michel: Historia de la locura en la época clásica. Fondo de cultura económica.

(3) Musachi, Graciela: “Ficciones jurídicas” en Conceptual N°10. Revista de la Asociación de Psicoanálisis de La Plata. Ediciones El ruiseñor del Plata.

(4) Acuña, Enrique: Resumen “Lo inconsciente entre leyes y clases” en Nombres N°23. Boletín de la Asociación de Psicoanálisis de Misiones. Texto completo “Un inconsciente entre leyes y clases” en E-textos. www.apmweb.org.ar.

(5) García, Leticia: “Propuesta de lectura para la Jornada” en Microscopía N°118. Boletín de la Asociación de Psicoanálisis de La Plata.

(6) Laurent, Eric: Psicoanálisis y Salud Mental. Editorial Tres haches.



Psicoanalista adscripta al Servicio de Docencia e Investigación del Hospital "Prof. Dr. Rodolfo Rossi" de La Plata. Miembro e integrante del Consejo de Gestión de la Asociación de Psicoanálisis de La Plata (APLP)
Miembro del Centro Descartes de Bs. As.
E-mail: ce_fasano@yahoo.com.ar

Resumen

El presente trabajo intenta acercar una aproximación sobre algunos aspectos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Para ello selecciono cuatro de los cuarenta y tres artículos que contiene la ley porque considero que sintetizan los cambios más significativos que se incorporan. Luego, desde una perspectiva psicoanalítica, dejo planteadas posibles líneas de investigación sobre el tema.

Palabras clave: El derecho a la salud - La ley y el individuo - Indecible-Indecidible

Abstrac

This article will try to make an approach about some aspects included in mental health's National Law N° 26.657. For that purpose, four from the forty-three articles within it were selected, as it is considered that they synthesize the more significant changes integrated into it. Then, from a Psychoanalytical perspective, possible investigation lines about the issue will be presented.

Key words: Health right- Individual and Law-Untold- Undecidable

BREVE APROXIMACIÓN A LA LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Inicialmente situaré un breve recuento cronológico de algunos acontecimientos históricos que nos permitirán contextualizar mejor el presente a propósito del tema que nos convoca:

- 1946. Representantes de los 61 Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acordaron el siguiente principio internacional: "El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política, o condición económica o social".

- 1948. La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos considerando en su artículo 25º: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar"

- 1966. Fue reconocido nuevamente el anterior derecho a la salud en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a partir del cual: "Los Estados partes tomarán

medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento".

- 1978. La renombrada, Declaración de Alma-Ata, fue el evento político de salud internacional más importante de la década de los '70 con su lema: "Salud para Todos en el año 2000". A partir de allí la salud será pensada como un estado de total bienestar físico, social y mental, y ya no como la ausencia de enfermedad.

- 1986. La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud es un documento elaborado por la OMS, durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud, celebrada en Ottawa, Canadá. Esa carta estaba dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000". La promoción de salud se define aquí como "el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla"

- 2005. La Carta de Bangkok es un documento elaborado por los participantes en la 6ª Con-



ferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, celebrada en Tailandia. La Carta de Bangkok brinda una nueva orientación para la promoción de la salud preconizando que la promoción de la salud se incluya en la agenda de desarrollo mundial y que sea una responsabilidad básica de todos los gobiernos.

- 2007. Agenda de Salud para las Américas (2008-2017). Los Gobiernos de la Región de las Américas establecen conjuntamente esta agenda de salud para orientar la acción colectiva de los socios nacionales e internacionales interesados en contribuir a mejorar la salud de los pueblos de esta Región, a lo largo de la próxima década. Argentina se encuentra en un momento prolífico y si se quiere, ante una situación particular, desde el punto de vista legislativo, puesto que en un breve lapso de tiempo se han sancionado un conjunto de leyes, algunas definitivamente vanguardistas y todas con un espíritu democrático, de inclusión y de respeto por los derechos humanos. Así, la Ley de Identidad de Género, la Ley de Muerte Digna, la Ley de Matrimonio Igualitario, la Ley de fertilización asistida y la nueva Ley Nacional de Salud Mental, conforman un ramillete de leyes, todas regidas bajo el mismo principio denominado *pro homine*. Se trata de un principio interpretativo del derecho internacional comprendido dentro de la categoría de los Derechos Humanos, en virtud del cual la interpretación jurídica siempre debe buscar el mayor beneficio para el hombre. Es decir, que debe acudir a la norma más amplia o a la interpretación más extensiva, cuando se trata de reconocer derechos protegidos, e inversamente, a la norma o interpretación más restringida cuando se trata de establecer restricciones permanentes al ejercicio de los derechos o su suspensión extraordinaria.

La ley de salud mental, como toda ley tiende ante todo, desde Tomás de Aquino en adelante, al bien común. En consecuencia una ley siempre basará su fundamento en el sintagma: “para todos”. Sin embargo la práctica clínica demuestra que, como bien señala Jean Claude Milner, “la trampa del todo” (1) es que inevitablemente deja afuera “al uno por uno”. De modo que, frente al slogan de “Salud para todos” que comprende la ley, cada caso, justamente porque es un caso, lo interroga.

Volveremos sobre este punto.

La ley nacional de salud mental sin lugar a dudas sostiene un espíritu progresista y democrático, que cuestiona las internaciones compulsivas y crónicas y la judicialización presentes en la ley anterior. Es una ley que se organiza a partir de considerar la salud mental como un derecho, lo cual implica pensar un cambio de paradigma, que ubica al derecho como principal referencia y supone la transformación de los sujetos afectados por la ley, quienes pasan de ser “objeto de asistencia” a “sujetos de derecho”.

En esta ocasión elegí detenerme en 4 artículos (arts: 1º, 8º, 20º y 39º) de los 43 que contiene la Ley Nacional de Salud Mental, porque considero que sintetizan los cambios más significativos que introduce esta nueva ley.

El primer cambio importante lo encontramos en el art. 1º al enunciar su objeto: “Asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental...”.

El término “enfermedad mental” -en el que se fundaba un paradigma clínico psiquiátrico- es sustituido por otro más inespecífico y suficientemente abarcador como el de “padecimiento mental”. Esto implica la disolución de la dimensión psicopatológica de la enfermedad mental, quedando subsumida en la esfera del derecho humano.

En consecuencia, se produce un desplazamiento en la consideración de la causalidad a favor de una hipótesis de corte ambientalista, es decir que la salida del reduccionismo biologicista de la anterior concepción de la enfermedad mental desemboca en una perspectiva ambiental de sesgo psicogenético.

Un segundo cambio que introduce esta innovación es restarle privilegio al modelo médico hegemónico y democratizar las decisiones entre las diferentes profesiones implicadas (psicólogos, trabajadores sociales, etc.) promoviendo un nuevo ideal, el de un saber interdisciplinario. El art. 8º dice: “Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario...”

En este punto encontramos diversos debates tanto en la filosofía política como en la teoría jurídica. La pregunta ineludible es: ¿cómo se pasa



de la función de excepción que supone la decisión de uno a la decisión colectiva, producto de un consenso democrático? Cabe mencionar que en la experiencia de trabajo interdisciplinario en el ámbito hospitalario suele constatarse que la ruptura de la hegemonía médica no garantiza la esperada armonía.

Un tercer cambio relevante es la sustitución de la idea de peligrosidad del paciente por “riesgo cierto e inminente”, el art. 20° dice: “La internación... debe concebirse como recurso terapéutico excepcional (...) y solo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”

Se establece, entonces, un nuevo sistema de control de las internaciones, a partir del cual se privilegia, la inclusión y el fortalecimiento de lazos sociales en lugar de la exclusión y el aislamiento. Sabemos que se trata de un punto álgido en la medida que no será sencillo lograr en el equipo tratante, dada la disparidad disciplinar de origen, cierta unidad de criterios respecto a qué se considera “riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”

Otra de las innovaciones de la ley es la creación de un “Órgano de Revisión”. El art. 39° dice: “El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos humanos de la nación, del Ministerio Público de Defensa...”

Se trata de una instancia que duplica, el poder evaluador original del equipo interdisciplinario, tomando relevo de algunas atribuciones que otrora correspondían al juez o al psiquiatra. Este órgano que funciona como contralor de las prácticas profesionales -una suerte de panóptico del panóptico- presenta cierta consonancia con el espíritu evaluador de la época, y crea la ilusión de una democratización de las opiniones, ya que participan, entre otros, usuarios, familiares y representantes de órganos de derechos humanos.

LINEAMIENTOS GENERALES DESDE UNA PERSPECTIVA PSICOANALITICA

Cuando Jacques Lacan dice: “el patíbulo no es la Ley. La Ley es otra cosa” (2) puede inferirse que la ley no tiene que ver solamente con la imple-

mentación de premios y castigos, sino que coloca al sujeto no sólo frente a su propio deseo sino también ante su propio goce, aunque no lo sepa. En este punto el filósofo Immanuel Kant es una referencia importante porque permite entender y profundizar la compleja relación entre la ley y la persona, en la medida que el interrogante sigue siendo cómo pasar del individuo al colectivo, sin aplastar al primero. En ese sentido las elucubraciones de Lacan introducen un cambio sobre el límite que propone Kant porque permiten pasar de una “ética del deber” a una “ética del deseo”.

Graciela Musachi, en un artículo muy pertinente para el asunto que nos ocupa, titulado precisamente, “Ficciones jurídicas” recuerda que el jurista Pierre Legendre: “... se hizo algunas preguntas que son de orden psicoanalítico, como por ejemplo: ¿De qué forma se inscriben las instituciones jurídicas en la subjetividad de los hombres? ¿Cuáles son los resortes básicamente inconscientes por lo cual en una sociedad nos ponemos en fila conforme al derecho? es decir ¿por qué obedecemos las leyes?” (3)

Intentar responder estos interrogantes implica pensar, entre otras cosas, que la redacción de las leyes se realiza bajo el paraguas del principio jurídico de igualdad, el cual establece que todos los ciudadanos deben ser iguales ante la ley, y está muy bien que así sea. Sin embargo con el psicoanálisis sabemos que, en rigor de verdad, eso es imposible. Y no porque existe la injusticia social, eso no está aquí en discusión, sino porque tal como reza un viejo aforismo lacaniano: “No hay justicia distributiva del goce”. Al respecto Germán García agrega que: “... ésta es la verdad de la política en tanto es inconsciente. (...) Y la verdad real de la política es el poder, la producción de soberanía, que desmiente las promesas de justicia distributiva” (4)

Muchas de las discusiones giran en torno a este punto, porque entre las leyes y su aplicación, está la intermediación de la función del intérprete, y ése suele ser el mayor escollo. Pierre Legendre recurre al significado de la palabra Lex, vos latina que deriva de un verbo que significa “leer” para plantear que exportada a la ciencia, la ley “hace pensar que el científico es también un lector”. (6)

Igualmente, G. Musachi recordaba: “por eso



Carl Schmit dice que no hay ninguna racionalidad que determine mi decisión, en todo caso la decisión se hace sobre un punto de puro deseo, goce, vacío; el fallo del juez es lo mismo que el fallo del padre. Se hace sobre su falla.” (3)

Lo cierto es que no es seguro que comprendamos el real alcance de la afirmación de Jacques Lacan, en el año 1970 cuando decía: “... en particular ese no se qué, que supuestamente haría que el psicoanálisis, de alguna manera, nos libere de la ley. Gran esperanza ésta. Sé muy bien, en efecto, que en este registro es donde una referencia libertaria podría vincularse con el psicoanálisis. Creo que no se trata de eso, y éste es todo el sentido de lo que llamo el revés del psicoanálisis” (5)

Enrique Acuña por su parte, retoma en detalle la encrucijada médico-jurídica que apela al sistema de creencias desde la perspectiva de un caso real: “Un niño (guarín) ha muerto” (7) Allí plantea muy bien el límite de nuestras prácticas y la supremacía de lo *indecible* por sobre lo *indecidible*” tanto en la formulación de la ley como en su aplicación, es decir en la interpretación del jurista.

En síntesis, creo que indefectiblemente será sobre ese eje: “*Indecible-Indecidible*”, dicho sea de paso, sobre un eje del lenguaje, donde posiblemente se juegue una profunda disyuntiva.

(*) Escrito a partir de la intervención realizada en la Mesa redonda: Nueva ley nuevas clasificaciones en el marco de las VII Jornadas Anuales de la Asociación de Psicoanálisis de Misiones (AMP) La entrada en análisis: ¿Que se sabe? Realizada el día 10 de noviembre 2012, Posadas.

Notas

- (1) Milner, Jean Claude: Las inclinaciones criminales de la Europa democrática Editorial Manantial (2007)
- (2) Lacan, Jacques: Escritos 2, “Kant con Sade” (1963) Siglo veintiuno editores. Decimocuarta edición 1987 (Pág. 761)
- (3) Musachi, Graciela: Conceptual Estudios de Psicoanálisis N° 10. El ruiseñor del Plata Ediciones de la Asociación de Psicoanálisis de La Plata Publicación anual. Octubre (2009)

(4) García, Germán: “Psicoanálisis, política y verdad” en Conceptual Estudios de Psicoanálisis. Año 9. N° 10. El ruiseñor del Plata. Ediciones de la Asociación de Psicoanálisis de La Plata. Publicación anual. Octubre de 2009.

(5) Lacan, Jacques: Seminario 17 El reverso del psicoanálisis (1970) 1° edición 1992 Paidós. (Pág. 126)

(6) Legendre, Pierre: El Tajo. Discurso a jóvenes estudiantes sobre la ciencia y la ignorancia. Amorrortu editores 2008. (Pág. 32)

(7) Acuña, Enrique: MedPal N° 3. Publicación del Equipo de Medicina Paliativa del HIGA “Dr. R. Rossi”. Ministerio de Salud de la Provincia de Bs, As, Setiembre 2010, Versión On-line: <http://www.ms.gba.gov.ar/ssps/publicaciones/publica.html>

Fuente consultada
<http://www.who.int/es/> Organización Mundial de la Salud (OMS)



Claudia Fino. Tejido - 2009



ENTRAMADOS

DSM-5 versus NIMH: ciencias, cultura y política en salud mental

Dra. Elena Levy Yeyati

Psicoanalista, médica psiquiatra. Miembro de la Escuela de la Orientación Lacaniana y de Asociación Mundial de Psicoanálisis.
La casuística de Lacan Compiladora (2013)
E-mail: elyeyati@intramed.net

Resumen

El enfoque categorial, consensuado entre pares, continúa vigente en el DSM-5. Ello demuestra que los diagnósticos son de naturaleza conversacional. Ese estado de cosas no satisface estándares científicas y el NIMH abandona el uso del DSM proponiéndose investigar una supuestamente nueva transformación de los diagnósticos psicopatológicos. En nuestro medio a menudo se descuida la colaboración de factores sociales, culturales y políticos cuando se abordan los sistemas clasificatorios actuales porque se asume que sólo se trata de asuntos epistémicos.

Palabras clave: DSM- Políticas del diagnóstico- Historia presente- Epistemología de las clasificaciones psiquiátricas

Abstract

DSM-5 will continue to use categorical view to define mental disorders, validated by consensus. This has to be considered as evidence about the conversational nature of psychiatric diagnoses. The present state of affairs does not satisfy scientific standards, that is why NIMH will abandon the use of DSM for investigation in psychopathology. When classification systems are assessed we often underestimate the participation of factors others than epistemic, like the social, cultural and political ones.

Key words: DSM-Politics of diagnoses- Present history- Epistemology of psychiatric classifications

PARA COMENZAR

En febrero de 2013 la administración Obama (Press Secretary, 2013) anunció que el presupuesto del proyecto Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies (BRAN) -pensado para mapear todas las regiones cerebrales- contaría, para comenzar, con unos USD100 millones en 2014. El dinero provendría, en parte, del National Institute of Health (NIH), uno de cuyos institutos es el National Institute of Mental Health (NIMH), destinado a la investigación en salud mental. Obama mismo alentó la iniciativa, explicando que podría ayudar a comprender, y tal vez curar, enfermedades neurológicas y psiquiátricas (Press Secretary, 2013) Las repercusiones en el campo de la salud mental de semejante asignación presupuestaria no

se hicieron esperar. El 29 de abril de 2013, en vísperas del “mes de la concientización nacional de la salud mental” en EE.UU., Thomas Insel (2013), director del NIMH, postea un texto polémico: “Transforming Diagnosis” (1) Allí explica que se solicitará a los investigadores que estudien los trastornos mentales con fondos del NIMH que examinen a los pacientes mediante el uso de “diagnósticos tradicionales” (como por ejemplo, “depresión”) y que no limiten sus estudios a un diagnóstico único del DSM. Así, los estudios de biomarcadores de “depresión” podrían ser investigados a lo largo de muchos trastornos que presenten anhedonia, perturbación emocional o retardo psicomotor para comprender el circuito subyacente en estos síntomas. Para Insel el problema central a resol-



ver es que, a diferencia de otras enfermedades, los trastornos psiquiátricos categorizados por el DSM carecen de mediciones objetivas de laboratorio y sólo se basan en el consenso entre clínicos. Y remata “los pacientes se merecen algo mejor”. Para transformar el diagnóstico habrá que investigar el empleo de nuevos criterios propuestos por el NIMH -que indudablemente formarán parte del proyecto BRAIN-. Los criterios incorporarán la genética, el estudio de imágenes cerebrales, las ciencias cognitivas y otros niveles de información, para así sentar las bases de un nuevo sistema clasificatorio (Insel, 2013). Faltaban nada más que 20 días para el lanzamiento del DSM-5, tan esperado como postergado. Según cómo se cuente, la aparición del manual se demoró entre 10 y 20 años. Si se toma como referencia el DSM-IV -versión vigente de criterios diagnósticos desde 1994-, se esperaron 20 años. Si se considera el primer plazo propuesto por la American Psychiatric Association (APA) para lanzar el DSM-5 en 2002, el mismo se postergó 10 años. Brevemente, la insidiosa pregunta de los críticos de un nuevo DSM siempre fue la misma ¿cuál es la validez científica de trastornos mentales que sólo se fundan en el consenso entre clínicos?

Desde que en mayo de 2010 la APA publicó en Internet los borradores provisionales del DSM-5, la polémica ya no se detuvo. Al comienzo, las críticas se limitaban a lo que se publicaba en boletines especializados. En seguida, la revista online *Psychiatric Times* comenzó a postear las críticas que Allen Frances (editor del DSM-IV) llevó adelante en una imparable campaña de alertas. Un poco después, #DSM -sin llegar a ser una tendencia top-, se convirtió en una etiqueta diariamente usada en Twitter. Las polémicas iban (y van) desde la pregunta por la necesidad de una nueva versión del DSM hasta su utilidad y su significación para la investigación. Como es costumbre en psicopatología, el nuevo manual afloraría en una atmósfera de controversias crecientes aunque previsibles.

Las definiciones más controvertidas del DSM-5 conciernen central aunque no solamente, a la expansión diagnóstica surgida de: la redefinición del espectro autista; la eliminación del duelo como criterio de exclusión para diagnosticar

trastorno depresivo mayor; el establecimiento de un nuevo capítulo sobre patologías derivadas del trauma (que contiene 5 nuevos tipos además del estrés postraumático); y la aplicación de los mismos criterios diagnósticos de los trastornos mayores (bipolaridad; depresión mayor; etc.) para diagnosticar niños menores de 6 años. Fuera de esas discusiones, si se compara con el DSM-IV, resulta evidente que las modificaciones propuestas para el DSM-5 no implican el “desplazamiento de paradigma” que pregonaban sus autores (Kupfer et al, 2002; Regier et al, 2011). Por un lado, el enfoque categorial resultó imposible de eliminar y, por el otro, los trastornos mentales no tienen otro modo de validación que el consenso, la socialización de los clínicos. Cabe recordar que el enfoque categorial tuvo un fuerte contrapunto dado por los defensores del punto de vista llamado continuo o de validación estadística de dimensiones (Eysenck, 1990; Widiger y Costa, 1994; McCrae, 1994). Sus partidarios sostuvieron que en una población dada existen espectros o dimensiones subyacentes a las categorías tradicionales, que pueden considerarse biológicamente fundados, universales y estadísticamente cuantificables. Pero, luego de 20 años de ensayos y tanteos, el enfoque dimensional no arrojó ningún resultado satisfactorio para transformar la perspectiva diagnóstica en el DSM-5. Aun así, el proyecto del NIMH parece haber vuelto -de un modo más radicalizado- sobre los mismos argumentos.

Finalmente, tal como lo había anunciado la APA, el 18 de mayo de 2013 se lanzó oficialmente el DSM-5 en San Francisco. Su significación, sin embargo, sufrió una profunda transformación. Por un lado, para quienes no desean que el manual se imponga como libro de referencia diagnóstica resultó auspicioso que un Departamento estatal de EE.UU. rechace el uso del DSM-5. Por otro lado, la propuesta del NIMH redobla la apuesta para reducir la psicopatología a un conjunto de enfermedades del cerebro y, lo que es más inquietante, con un presupuesto mayor. ¿APA versus NIMH? (2) En la actualidad hay demasiadas áreas de las ciencias duras involucradas en el estudio de la neurobiología, como para dejar a las enfermedades mentales en manos de los psiquiatras de la APA. Los



positivistas sueñan que una nueva raza de neurocientíficos reemplazarán a los viejos clínicos porque revolucionarán la comprensión acerca del funcionamiento cerebral, el comportamiento normal y las enfermedades mentales.

PARA CONCLUIR

¿Por qué los DSM no han podido abandonar el enfoque categorial, desplazándose hacia un nuevo paradigma biologista? Tal como lo planteó Freud es necesario sostener la irreductibilidad metodológica de la realidad psíquica al funcionamiento cerebral y, puesto que los autores del DSM son clínicos, es eso mismo lo que les impide abandonar el término *mental* del trastorno -aunque hayan querido olvidar la lección freudiana-. En la práctica hay entidades psicopatológicas clásicas que siguen siendo útiles como ideas reguladoras del juicio clínico. Querer reducir a la biología cerebral lo que emergió como objeto de la salud mental en general y de la psicopatología en particular es, para decirlo con Bassols (2011, p.199), “un procedimiento tan absurdo y seudocientífico como querer explicar el sentido del cuadro de “Las señoritas de Aviñón” de Picasso por medio de un análisis molecular de la tela y de la pintura depositada en ella”. La práctica del diagnóstico continua siendo conversacional, lingüística y por eso fastidia tanto a quienes detentan ideales biomédicos.

Hoy, las redes sociales nos facilitan una mejor aproximación a la lectura de lo que sucede con la cuestión diagnóstica en EE.UU. Como se puede ver, las políticas de los diagnósticos son asuntos que superan largamente los conocimientos académicos. Las organizaciones científicas y de profesionales de salud mental no son los únicos grupos interesados en su establecimiento. También hay que tener en cuenta el rol que desempeñan los grupos de enfermos, familiares, detractores del etiquetamiento diagnóstico, organizaciones juveniles, asociaciones gay-lésbico-trans, los veteranos de guerra, educadores, líderes religiosos, legisladores, periodistas, abogados, organizaciones a favor de la reducción de la edad de los menores para dar consentimiento amoroso, etc. Ante tal horizonte de diversidad cultural en una sociedad ¿la neurobiología podría ocupar el lugar de un significativo unificador? No lo creo. (3)

Vale la pena recordar que nuestro interés por conocer las vicisitudes del establecimiento de diagnósticos en EE.UU. tiene valor porque, a la larga, muchos de sus resultados se incorporan (con mayor o menor resistencia) en nuestras prácticas, más aun, en nuestras vidas. Si es verdad que la lengua que hablamos nos es ajena, es preciso saber quién habla.

Notas:

- (1) En “Los trastornos mentales no tienen otro modo de validación que su socialización” se muestra la celeridad del NIMH por declarar no científico el proyecto DSM. Postado el 4 de mayo 2013 en <http://elyeyatipsiquiatriaypsicoanalisis.blogspot.com.ar/>
- (2) En “Fin d’une époque” E. Laurent plantea su hipótesis sobre las contradicciones insolubles que reveló el proceso de fabricación del DSM-5. Postado el 14 de mayo 2013 en <http://www.lacanquotidien.fr/blog/wp-content/uploads/2013/05/LQ-319.pdf>
- (3) Para estudiar algunos aspectos de este complejo entramado social se puede seguir la Conferencia Nacional de la Casa Blanca dedicada a salud mental que tuvo lugar el 13 de junio de 2013 en @whitehouse, o visitar <http://www.mentalhealth.gov/>.

Referencias:

- Bassols, M. (2011). Tu yo no es tuyo. Lo real del psicoanálisis en la ciencia. Buenos Aires: Tres Haches.
- Brain Initiative: Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies (BRAIN) Initiative”. Recuperado en abril 2013 de:

<http://www.nih.gov/science/brain/index.htm>

- Eysenck, H. (1990). “Biological dimensions of personality”. En Pervin, L.A.(Ed.). Handbook of personality: theory and research. New York: Guilford, pp.244-276.
- Insel, T. “Transforming Diagnosis”. Posted April 29, 2013. Recuperado de: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml>
- Kupfer, D.J., First, M.B., Regier, D.A. (Eds.) (2002). A research agenda for DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Regier, D., Narrow, W., Kuhl, E., Kupfer, D. (Eds.). (2011). The conceptual evolution of DSM-5. Washington, DC-London: American Psychiatric Publishing.
- The White House Office of the Press Secretary “Remarks by the President on the BRAIN Initiative and American Innovation”. Postado April 02, 2013 en <http://www.whitehouse.gov/the-press-office/2013/04/02/remarks-president-brain-initiative-and-american-innovation>
- Widiger, T.A., Costa, P.T. (1994). “Personality and personality disorders”. Journal of Abnormal Psychology 103, pp. 78-91.



Miembro de la Asociación de Psicoanálisis de La Plata (APLP).
Docente del Seminario de Investigación Analítica y Coordinadora
del Escritorio Clínico “Psicoanálisis y Salud Mental” en la APLP.
E-mail: magabrielar@speedy.com.ar

Resumen

Este artículo se detiene en un Witz empleado por Eric Laurent a propósito de la salud mental. Es por el despliegue de su potencia evocadora que se irán considerando los diversos modos en los que éste toma cuerpo, en consonancia con la aparición de la nueva ley de salud mental.

Palabras clave: Salud mental - Witz- Psicoanálisis

Abstrac

This article it's about a Witz that Eric Laurent used to talk about mental health. It's because of its unfolding evocative power that we will be considering the diverse ways in which the Witz, became present in accordance with the appearance of the new mental health law.

Key Word: - Mental Health - Witz- Psychoanalysis

“La salud mental es lo que nos permite permanecer en el tren” o bien, para ajustarse a los tiempos relativistas que corren, habría que decir, lo que con suerte nos aligera la estancia en él, a riesgo de volverla insípida cuando se confunde con la mera preservación de una cierta norma. Resulta válido todavía, por paradójico que suene en un país marcado en sus últimos años por las tragedias ferroviarias, referirse a aquella editorial que Eric Laurent escribiera para el primer número de la Revista *Mental Revue de psychanalyse appliquée et santé mentale*, publicada por la Escuela Europea de Psicoanálisis en junio de 1995, donde leemos la afirmación inicial. Allí, un Witz freudiano extraído de *El chiste y su relación con el inconsciente*, ponía las cosas en su punto en cuanto a lo que se refiere a la salud mental.

La cosa ya venía trazada por Jacques Alain Miller -finales de los 80'-, en términos de una feliz confluencia entre la salud mental y el orden público, debido a que la pérdida eventual de la primera, comporta siempre cierto grado de perturbación del segundo. Tal confluencia justificaba el desprecio del psicoanálisis por el ideal de salud mental, cuando este se revelaba sin más como exigencia adaptativa al servicio de la armonía de la comunidad. Ese trazado se precipita en el Witz aprovechado por Laurent en el editorial mencionado.

El Witz: un pobre judío sin boleto, es bajado del tren una y otra vez por el guarda, quien ya fastidiado por la insistencia del judío de querer permanecer colado en el tren, en una de esas veces termina por hacerlo descender a los golpes. Lo que hasta aquí no suena a chiste, en una Europa que dejó correr el tren que conducía a los judíos a los campos de concentración, desplaza el acento en el relato del Witz hacia el encuentro del judío con otro, también judío, que sí había logrado burlar al guarda para permanecer en el tren. A la inocente pregunta hecha por el judío colado al pobre judío por el destino de aquel viaje, que será un viaje compartido hacia las termas de Karlsbad, responde la irónica judía: ¡si la salud me lo permite! -queda sobreentendido permanecer en el tren tras la golphiza del guarda-

Desmontar la composición de aquel Witz, permite la puesta en perspectiva del tópico que se propone puntuar. El tren, que es aquí metáfora del lazo social de rumbo incierto, porque aunque planificado por diversos protocolos provengan éstos del derecho, de la ciencia o de los programas de evaluación, está signado por la contingencia que hace entrar en él una y otra vez lo rechazado, aporta la cifra del tiempo histórico-social que es un orden de determinación, aunque no el único, considerado por los especialistas sociales según sea su ideología.



La tensión entre el pobre judío y el guarda, que figura las relaciones disimétricas entre el poder de policía de quien representa el orden público y quien ha de consentirlo, es una relación que se encarna más allá de las retóricas humanistas que buscan edulcorarla o diluirla en los democratizados comités de evaluación, esos dispositivos que en lo actual toman el lugar de la pulverizada dimensión de la autoridad, sea ésta religiosa, médica y/o jurídica. Esta relación aparece mediatizada en el *Witz* por un pequeño trozo de papel, el boleto, resto material que habilita la posibilidad de permanecer o no en el tren, bajo ciertas condiciones. También es de suponer por la entrada en escena del segundo judío, que se puede permanecer en el tren por otros medios – tal vez menos lícitos, quizás faltos de una legitimidad siempre condicionada –, pero que no obstante obligan a decir en cada caso, que esos otros medios ponen en juego la porción de chifladura propia de cada uno en el sentido de la astucia y no necesariamente del disimulo.

Se extrae hasta aquí de la composición del *Witz*, la impresión de que habría más de un modo de permanecer en el tren, los que viajan con boleto, los que desafían al guarda con obstinación, los que burlan al guarda sin ser sorprendidos, y todavía más por fuera del chiste, colgados del estribo, entre los vagones etc. Los modos de permanecer en el tren podrían multiplicarse así hasta el punto de declarar que cada quién encuentra su propio modo, más allá de los previstos por protocolos de usuarios, gobernados por la utilidad, por nomenclaturas varias, consensuadas por especialistas, por legislaciones a la carta que protegen la permanencia. Finalmente es la ironía puesta en boca del judío con la que el *Witz* se resuelve, la que se convertirá en el estilete con el que se ataca al Otro que configura la escena del tren -lazo social- al mostrar la ficción de sus figuras, pues la “mentada salud” es puesta en riesgo paradójicamente en algunas ocasiones por las propias condiciones de permanencia en el tren. Se podrá decir que el guarda no es aquí más que el ejecutante de un discurso, el del amo, que como apuntara Michel Foucault, sin contradecir a Jacques Lacan quien lo escribe en su Seminario que abre la década del 70, legitima una práctica independientemente de sus intérpretes.

E incluso que una vez identificado el agente, el significante que produce la voz cantante, en ese aparatito de cuatro patas, pongamos por caso, el orden médico instituido por la psiquiatría en materia de salud mental, se sale de la situación creada evaporando el efecto de alienación. Lo social ilusorio confundido con el discurso amo engendra el fantasma de una cierta unidad de lo social, la misma que se transforma en una evidencia cotidiana que nos permite tomar el tren a determinada hora, descender en la estación prefijada. Pero el lazo social que instituye el discurso no es equivalente de la sociedad considerara globalmente, requiere ser explicitado en cada caso, atendiendo a la fragmentación contemporánea de lo social. El derecho en tanto discurso, un lugar donde se palpa de manera indiscutible de qué modo es el discurso el que estructura el mundo real que habitamos y no a la inversa, viene aquí a contribuir con su apuesta universal a la ilusoria unidad de lo social, así como a garantizar por su intervención cierta armonía del funcionamiento en la comunidad. Consecuente con el empuje de la época, también el derecho se despoja de su ineliminable carga prescriptiva, adjura por así decir de su efecto-mando para asumir retóricas más afines con la procuración de derechos.

Es una perspectiva actual que configura la escena del tren, reflejada tanto en la nueva ley de salud mental como en el psicologismo ambiente propio de cierto triunfo de las ideas anti-psiquiátricas, que se busque conjurar el carácter coercitivo propio del discurso con el desuso o la des-recomendación de las etiquetas - juicios diagnósticos -, que están ausentes del *Witz* tomado hábilmente por Eric Laurent, que se aspire a reducir el tiempo de internación que ponía al pasajero fuera del tren hasta tanto diera prueba de su aptitud para viajar sin causar revuelo, que se multipliquen las voces dispuestas en el arbitraje de aquella peripecia en la vida de un pasajero, disolviendo las jerarquías en procura de una aspiración igualitaria.

Sin embargo, delante o detrás de esa conjura, existen las diversas teorías acerca de las causas por las que se pierde la salud mental, cuando ya no se puede permanecer en el tren, animadas según las épocas por aquello que se erija en



discurso amo, así como antaño la salud mental era mayormente un asunto de psiquiatras, hoy lo es de unos equipos que integran más de una disciplina, en los que indudablemente la hegemonía psiquiátrica ha cedido su lugar en favor del papel de otros expertos que aparecen en pie de igualdad. Terreno ganado por las teorías ambientales por sobre las organicistas, se dirá, y de los tratamientos tendientes a producir la reinserción en el tren –en tanto la salud mental se ha convertido entretanto en un asunto de derecho–, a distancia del restablecimiento más o menos integral de un estado previo a la irrupción de la enfermedad, que ocasiona la desinserción y no a la inversa. Un cambio de paradigma que no obstante, en su oscilación pendular sigue dejando fuera, lo que decididamente está afuera, el psicoanálisis que no sostiene ni una ni otra de las teorías mencionadas.

Como acentuaba Eric Laurent en la editorial referida, “el mejor aliado del psicoanálisis es sin duda el psicoanálisis mismo” y lejos de cualquier complacencia pactista que busque hacerse un lugar entre los especialistas, su lugar estará determinado por la lectura de la interfaz sintomática -puntuación de Enrique Acuña que se podrá leer en esta misma Revista-, generada en los entrecruzamientos paradójales efecto del nuevo escenario creado por clasificaciones y leyes. Seriar, diferenciar e interpretar las paradojas actuales, presentadas como neo-situaciones, que se originan tanto por relativismos como por intervenciones de la ciencia, las mismas que ambicionan ser moderadas con nuevas ficciones jurídicas, obliga, para el psicoanálisis, a considerar la incidencia inconsciente, las condiciones de goce y lo incurable a lo que dan lugar. Que cada quien ocupe su sitio en el tren y tenga a su momento el boleto, el pase o el abono ha sido una preocupación cercana a las bio-políticas de los gobiernos. Una preocupación que no es ajena a la disputa del mercado de la salud mental que históricamente fue un asunto de la psiquiatría, en sus conexiones con otras instancias como la jurídica. La nueva ley de salud mental y sus efectos intervendrá también junto a otros actores en esta disputa. Entre la vieja ley, que era una ley de internación que afectaba a enfermos mentales, alcohólicos crónicos y /o

toxicómanos y, la nueva ley que descansa en la atribución de derechos y avanza en materia de control y evaluación de los equipos interdisciplinarios encargados de la ejecución de la ley, tuvieron lugar acontecimientos históricos, consolidación de la democracia, y decisiones políticas, poner en agenda los derechos humanos.

La nueva ley de salud mental se organiza a partir de la consideración fundamental de la salud mental como un derecho humano, tal aspiración supone la construcción social de eso que se llama “salud mental”, vinculada ahora a la concreción y el ejercicio de los derechos humanos y sociales, consideración que armoniza con cierto relativismo cultural y que propicia un cambio de paradigma en el que se quiere ubicar el derecho como principal referencia, circunstancia celebrada seguramente en un país donde los derechos humanos fueran desconocidos consuetudinariamente. Un cambio que ensaya fundar una nueva clínica asentada en la transformación de los sujetos afectados por la ley, los que ahora pasan de objeto de asistencia a sujetos de derecho. En esta dirección la razón que incorpora el derecho disuelve la dimensión antaño llamada psicopatológica de la enfermedad mental que queda subsumida bajo la forma de un padecimiento inespecífico, en el que se apuntan además diversas formas de un mal-vivir, para usar un término propuesto por Jean Claude Milner, en la nueva esfera de los derechos. Tomará una mayor relevancia la apuesta de inserción social como punto de mira en desmedro de cualquier ideal de curación que oblitere la dimensión social de lo que se llama cura.

Esta cuestión no es mera petición de principio, se plasma de manera directa en la nueva ley con la denominación “padecimiento” que sustituye, amplifica y reconfigura a la antigua trilogía: enfermedad mental, alcoholismo crónico, toxicomanías, sustitución que desató el pataleo de la institución psiquiátrica en pleno. Ahora bien no está demás advertir que el mentado cambio de paradigma ocurre en el marco de la avanzada constructivista, la que simpatiza con un cierto ideario libertario, en cuya base frecuentemente despunta la idea bucólica del hombre libre y auto-determinado, una vez despojado de sus determinaciones sociales, que son determina-



ciones del lenguaje. De allí que al sujeto que se pretende usuario de la ley, se le hace disponer de un tropel informativo - variadas figuras del consentimiento informado - con el que se busca asegurar una base firme sobre la cual se podrán tomar decisiones eminentemente libres y voluntarias. Este marco ideológico es el que produce la sustitución de una serie de términos por otro desplazando un paradigma clínico psiquiátrico. "Padecimiento mental" resulta un término inespecífico aunque suficientemente abarcador con el que se avanza sabiéndolo o no, a tono con la época, sobre la patologización de conductas y estilos de vida no acordes con el ideal de adaptación social -hoy vectorizado por el ejercicio libre de los derechos-. Una vez disuelta toda especificidad clínico psicopatológica se produce un desplazamiento en la consideración de la causalidad del padecimiento en favor de hipótesis de corte ambientalistas, así la salida del reduccionismo biologicista en la concepción de la enfermedad mental desemboca sin solución de continuidad en una perspectiva ambiental que siempre ha abrevado en el expediente psicogenético, donde el vapuleado psicólogo le ha ganado terreno al médico en las disputas de competencia. Si bien se refuerza la idea de una reinserción del sujeto en el lazo social, que nadie quede fuera del tren, esto se produce a expensas de saber situar convenientemente las determinaciones del lenguaje, que no son solo determinaciones sociales, y el sujeto del cual se trata, que no es un mero usuario de la ley.

El psicoanálisis serpentea en esta nueva configuración de la escena del tren, sin desconocer que el horizonte de su intervención se plantea

a contrapelo de la ciencia con su sustitución esceptica de la causa por la ley, de su consecuencia inmediata el despotismo del universal que fabrica ficciones jurídicas, de su implementación pragmático utilitarista y del lastre pos-freudiano con su psicologismo, atento a la dimensión pulsional que hace fracasar cualquier intento psicoterapéutico y al tanto de que en cada etapa de la aplicación de una regla, se esconde una elección de goce de quién se afana en su aplicación, para parafrasear, enumerando otra de las intervenciones clásicas de Eric Laurent en esta intersección sintomática.

De regreso al *Witz* que consigue hacer pasar a lo social, un elemento asocial, porque nadie caería bajo el golpe de un *Witz* si no tocara de manera sutil algo de lo que se vela, cuando no se rechaza en beneficio de la armonía, cabe no ignorar que luego de su efecto hilarante la represión vuelve a caer en el mismo lugar y puede dejar todo como estaba. Hacer existir por un desvío eso incongruente, disparatado e inclasificable en el momento oportuno, revela ese plus que la norma borra, generando con esa pequeña fricción en la escena del tren, un vacío para que exista el *Witz* con el que cada uno ha podido sobrevivir a la salud mental.

Bibliografía

- Laurent, Eric: "¿Mental?". Psicoanálisis y salud mental. Editorial Tres Haches. 2000.
- Miller, Jacques-Alain: "Salud Mental y orden público". Introducción a la clínica lacaniana. Conferencias en España. ELP.
- Acuña, Enrique: "Un inconsciente entre leyes y clases". Escrito a partir de un clase dictadas en el Colegio de Psicólogos de La Plata, en el marco del Seminario "Psicoanálisis, Clínica y Actualidad" de la Carrera de especialización en psicología jurídica. Remito al lector al texto que esta publicado en esta misma Revista. Versión completa en: www.apmweb.org.ar

- Musachi, Graciela: "Ficciones jurídicas", Revista Conceptual. Estudios de Psicoanálisis. Nº 10. Ediciones de la Asociación de Psicoanálisis de La Plata. 2009.
- García, Germán: "La disputa del mercado de la salud mental". Publicación online. Suplemento Cultura. Diario Clarín - 19/9/2005.
- Jacques Alain Miller, "Psicoanálisis y sociedad". Publicación online. Escuela de Orientación lacaniana.
- Laurent, Eric: "El deliro de normalidad". Publicación online. Virtualia nº 19. Noviembre 2009.
- Laurent, Eric: "El psicoanálisis, el ámbito de las Instituciones de Salud Mental y sus reglas". Psicoanálisis y salud mental. Editorial Tres Haches. 2000.



Miembro de la Asociación de Psicoanálisis de La Plata, responsable del Escritorio clínico "Psicoanálisis y Salud Mental -Angustia Siglo XXI-", responsable del Escritorio clínico "El caso en psicoanálisis".
Jefa de Sala de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Interzonal General de Agudos "Prof. Dr. Rodolfo Rossi"
E-mail: miurcola@ciudad.com.ar

Resumen

El presente trabajo surge de las lecturas realizadas en el marco del escritorio clínico "Psicoanálisis y Salud mental. Angustia siglo XXI" de la Asociación de Psicoanálisis de La Plata. Allí abordamos el tema de las clasificaciones en salud mental a partir de la pregunta acerca de qué dialéctica conviene oponer a las clasificaciones actuales, teniendo en cuenta que las mismas se presentan como una pragmática que se sustenta principalmente en el criterio de eficacia con el que se nombran los síntomas actuales.

Palabras clave: Salud Mental, -Clasificaciones, Psicoanálisis.

Abstrac

This paper is the outcome of some readings carried out during the clinical device "Psychoanalysis and Mental Health. Anguish in the XXIst Century" developed in Psychoanalysis Association of La Plata. Classifications in mental health were addressed from a point of view that considers which dialectics suits us to oppose to present classifications, taking into account that those classifications are presented as pragmatics, supported mainly on efficacy criterion used to refer to current symptoms.

Key words: Mental Health, -Classifications, Psychoanalysis

El presente trabajo surge de las lecturas realizadas en el marco del escritorio clínico "Psicoanálisis y Salud mental. Angustia siglo XXI", en el que abordamos el tema de las actuales clasificaciones en salud mental a partir de la pregunta propuesta por el asesor Enrique Acuña acerca de qué dialéctica conviene oponer a las clasificaciones actuales, teniendo en cuenta que las mismas se presentan como una pragmática que se sustenta principalmente en el criterio de eficacia con el que se nombran los síntomas actuales.

Una vía posible para responder a estas clasificaciones es la que encontramos en la propuesta de lecturas para estas jornadas publicada en *Microscopía* n°118, que se refiere al constructivismo historicista, el cual se centra en mostrar los "efectos políticos y subjetivos de estas prácticas de discurso"; vía por la que nos adentraríamos en el terreno de la biopolítica.

Otra vía propuesta en el escritorio, teniendo en cuenta que clasificar implica nombrar, agrupar y establecer relaciones entre diferentes términos, ha sido la de investigar las clasificaciones como una operación del lenguaje que ha sido abordada desde diferentes prácticas y marcos teóricos. En este recorrido hemos tomado dos textos: *Pensar/Clasificar* de Georges Perec y *El pensamiento salvaje* de Levi-Strauss.

¿PIENSO ANTES DE CLASIFICAR? ¿CLASIFICO ANTES DE PENSAR?

El libro del escritor francés Georges Perec *Pensar/Clasificar*, publicado en 1985, contiene una compilación de textos publicados por el autor en diversos diarios y revistas. El título es el que el autor había elegido para un texto de 1982 que figura al final de este libro y que fue el último escrito que publicó antes de morir.



En dicho artículo Percec se refiere al tema que le había sido propuesto para escribir, el de pensar/clasificar, y a las dificultades que le plantea: “Como si el interrogante desencadenado por este PENSAR/CLASIFICAR hubiera cuestionado lo pensable y lo clasificable de tal manera que mi pensamiento no podía reflexionar sino desmenuzándose, dispersándose, regresando sin cesar a la fragmentación que pretendía poner en orden (...) Tal vez equivalga también a designar la pregunta como sin respuesta, es decir, remitir el pensamiento a lo impensado que lo funda, lo clasificado a lo inclasificable (lo innombrable, lo indecible) que se obstina en disimular”(1)

Es decir que ya en el comienzo del texto Percec nos indica a qué responde su dificultad: las clasificaciones en tanto ordenamientos de elementos que componen un todo no hacen más que disimular aquello que no entra en ellas, que queda por fuera en tanto elemento indecible.

En este sentido dirá que las clasificaciones son utopías dado que “Detrás de cada utopía hay siempre un gran diseño taxonómico: un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar”, “Todas las utopías son deprimentes porque no dejan lugar para el azar, la diferencia, lo diverso” (2)

El autor no deja de mencionar lo tentador que resulta el afán de distribuir el mundo entero según un código único, una ley universal que regiría el conjunto de los fenómenos, pero seguidamente sentencia: “Lamentablemente no funciona, nunca funcionó, nunca funcionará”.

Por otro lado señala las inefables alegrías de la enumeración: “En toda enumeración hay dos tentaciones contradictorias: la primera consiste en el afán de incluirlo TODO; la segunda, en el de olvidar algo; la primera querría cerrar definitivamente la cuestión; la segunda, dejarla abierta; entre lo exhaustivo y lo inconcluso, la enumeración me parece, antes de todo pensamiento (y de toda clasificación), la marca misma de esta necesidad de nombrar y de reunir sin la cual el mundo (“la vida”) carecería de referencias para nosotros”(3) El nombrar y agrupar se nos muestra como una operación necesaria en tanto se trata de ficciones útiles o, como dice Nelson Goodman, de maneras de hacer mundos.

Ante la imposibilidad de clasificar de acuerdo a una ley universal se entrega entonces a diversas

enumeraciones y agrupamientos que encontramos en otros artículos del libro: modos de ordenar libros, enumeración de los objetos que ocupan la mesa de trabajo, recetas de cocina, gafas, etc. Estos agrupamientos impactan en el lector a la manera en que describía Foucault el efecto ante la clasificación de los animales tomada de cierta enciclopedia china que cita Borges en *Otras inquisiciones*: “En el asombro de esta taxonomía, lo que se ve de golpe, lo que, por medio del apólogo se nos muestra como encanto exótico de otro pensamiento, es el límite del nuestro: la imposibilidad de pensar esto.”(4)

Podemos retomar la pregunta sobre el pensar/clasificar con el libro de Levi-Strauss *El pensamiento salvaje*. A partir de las clasificaciones totémicas de los llamados pueblos primitivos, el autor va a postular que para el hombre el universo es objeto de pensamiento y que los sistemas conceptuales que se dedica a estudiar son medios de pensar. “Las creencias y costumbres heterogéneas, arbitrariamente reunidas bajo la etiqueta del totemismo (...) se emparentan con otras creencias y prácticas, directa o indirectamente ligadas a esquemas clasificatorios que permiten captar el universo natural y social en forma de totalidad organizada.”(5) Los sistemas clasificatorios serían un modo de pensar y captar el universo introduciendo un orden en él. Las clasificaciones tienen así una virtud propia en relación a la inexistencia de clasificaciones, en tanto de por sí es superior al caos. En este punto homologa los sistemas de pensamiento primitivos a la ciencia moderna en tanto en ambas podemos preguntarnos si “la clase de orden que ha sido forjada es un carácter objetivo de los fenómenos o un artificio creado por el sabio”(6) El orden implementado tiene el carácter de una exigencia que se encuentra en la base de todo pensamiento; dicha exigencia -de la cual aclara que es de orden intelectual y no práctico- es la de que cada cosa ocupe su lugar “no dejar escapar a ningún ser, objeto o aspecto, a fin de asignarle un lugar en el seno de una clase”(7)

Una vez que ha remarcado tanto que en toda clasificación se trata de una operación intelectual (y no práctica) como el carácter de artificio de la misma (cuestión que se verifica en el rasgo de caducidad que toda clasificación posee), va



a distinguir la lógica que rige las clasificaciones de la ciencia moderna de la que va a llamar ciencia primera o de lo concreto vinculada al pensamiento salvaje, ubicando del lado de la ciencia de lo concreto al *bricoleur* y del otro lado al científico moderno.

Estas consideraciones nos interesan en la medida en que, como dice Germán García en la presentación del libro *Los inclasificables de la clínica analítica*, al retomar la propuesta de J-A Miller de comparar el psicoanalista al *bricoleur*, “no se puede subsumir bajo la forma de la ciencia moderna un cierto tipo de actividades. Para Levi-Strauss, la actividad del antropólogo, también la del artista, etc, y evidentemente, para Lacan o para Miller, la actividad del psicoanalista.”(8) Levi-Strauss va a plantear que del lado del *bricoleur* se trata de operar con elementos contingentes, sobras y trozos, también llamados acontecimientos, con los cuales se elaboran conjuntos, se ordenan en un entramado de relaciones que pasan a ser necesarias y conforman una estructura. Es decir que se toman elementos a partir de los cuales se establece una lógica de relaciones que opera “para participar útilmente en la formación de un ser de una nueva clase: este ser consiste en ordenamientos en los que (...) los signos alcanzan el rango de cosas significadas”(9) Los nuevos ordenamientos son el producto del encuentro entre acontecimientos contingentes y una ley. Se trata de sistemas cuyos elementos por sí solos no poseen significación intrínseca sino que su significación se adquiere por la posición.

En oposición a esta ciencia de lo concreto ubica la ciencia moderna que opera a la inversa: crea acontecimientos “gracias a las estructuras que fabrica sin tregua y que son sus hipótesis y sus teorías” (10)

Otra característica que marca entre las dos ciencias es que a diferencia del científico moderno, que opera con conceptos que quieren ser integralmente transparentes a la realidad, el *bricoleur* opera con signos que aceptan que un determinado rasgo de humanidad esté incorporado a esta realidad.

El autor va a contrastar sus consideraciones con ejemplos estudiados en diferentes sociedades primitivas, demostrando que el hecho de que

en un primer análisis no se pueda entrever cuál es la lógica que se instaura en las clasificaciones totémicas o en los mitos no significa que no la haya, sino que más bien se debe a dos factores: en primer lugar los que provienen de la ignorancia del etnólogo y en segundo lugar por “la naturaleza polivalente de lógicas que apelan simultáneamente a varios tipos formales de vinculaciones”. Es decir que si nos sorprendemos, como decíamos más arriba, ante estas formas de pensamiento, se debe a una imposibilidad propia para pensarlas.

Como señala Germán García en el texto antes citado, así como Levi-Strauss plantea que con cualquier cosa se hace un mito, pero este al fin se muestra necesario, Lacan también dice que con cualquier cosa se hace una neurosis o una psicosis, pero se puede demostrar que esa neurosis o psicosis es necesaria, tiene una lógica propia.

Para terminar me interesa señalar que considero que en este recorrido de lecturas en la investigación que llevo a cabo en el escritorio clínico la vía para continuar será la discusión Lacan - Levi-Strauss tal como la sitúa Enrique Acuña en su texto “Amar su más allá -Una lectura de La ciencia y la verdad-” donde señala cómo Levi-Strauss toma al viviente como una pura combinatoria, como objeto de clasificación capaz de ser nombrado por la ciencia que conduce a la identidad de un ego. A este ego al que se arriba a partir del mitema y que otorga significado al viviente, (veámos cómo Levi-Strauss escribe que los elementos contingentes no tienen significado por sí mismos pero lo adquieren a partir de las relaciones en una estructura) Lacan opone el mitante. En “La ciencia y la verdad” ya no se trata de que “la verdad habla” (de una verdad que le será revelada al sujeto) sino de la verdad como “una revelación del inconsciente que remite a un saber reprimido que se evanesce, al captarla, se pierde”. Se trata de un inconsciente que es hiancia.

Por lo tanto, frente a la ciencia de lo concreto que se esmera en introducir un orden al cual nada escape -que domina las clasificaciones actuales-, Lacan, al situar la frontera entre saber y verdad, opone la creencia en un nombre del inconsciente que no es una clase.

En esta dirección, Eric Laurent, en su libro



Síntoma y nominación, se refiere al tratamiento que hace Levi-Strauss del tema del nombre propio, al cual incluye en el sistema clasificatorio en tanto le atribuye una significación (autónimo, teknónimo y necrónimo). Los nombres van cambiando de acuerdo a posiciones y relaciones en función por ejemplo del nacimiento o muerte de familiares; e inclusive hay un intercambio entre nombres comunes y nombres propios. El nombre común puede pasar a ser un nombre propio y viceversa. En este sentido Laurent señala lo que llama, hoy en día, los casi nombres. Son nombres comunes que se han vuelto nombres propios. Ej: la Gran Guerra. Y sobre estos casi nombres dice que son un límite clasificatorio para nombrar un goce indecible. Y sigue: “¿Qué son los casi nombres para nosotros? Son los síntomas que vienen a marcar el límite clasificatorio, no como nombre de uno solo sino como tipo de síntoma (...) hay estilos de vida según los síntomas, hay comunidades. Es por ello que el psicoanalista debe acompañar en su clínica las modificaciones de la lengua clínica común, que establece la psiquiatría en el transcurso de su historia. La clínica psicoanalítica es, en efecto, una manera de interrogar las

creencias clasificatorias de una sociedad.”(11) Depresión, personalidades múltiples, nombres del malestar en la civilización que se desplazan en las diferentes épocas mostrando por un lado la intensión de significación y por otro la imposibilidad de traducción del goce.

En oposición a estas clases Laurent va a decir que “el psicoanálisis es la única disciplina que hace funcionar al lenguaje como un lugar en el que el significante no necesita sentido, no necesita pensar para funcionar alrededor de la voluntad de nombrar el goce”.

Entonces, frente a las preguntas iniciales sobre pensar/clasificar y las respuestas que veíamos en los textos tomados en los que el clasificar es un modo de captar el universo introduciendo un orden en él, una significación, el psicoanálisis hace funcionar al lenguaje de otro modo, no por medio del pensamiento, del sentido, sino como modo de nombrar un goce.

(*) Trabajo presentado en la Jornada Anual de la APLP “La locura normal -angustia, locura, leyes y clases-” realizadas en la Biblioteca Central de la Provincia de Buenos Aires el 7 de diciembre de 2012.

Notas

- (1) Perce, Georges: *Pensar / Clasificar*, Editorial Gedisa, Barcelona, 2001. Pág. 109.
- (2) *ibid.*, pág. 111.
- (3) *ibid.*, pág. 119.
- (4) Foucault, Michel: *Las palabras y las cosas*

(5) Lévi-Strauss, Claude: *El pensamiento salvaje*, Fondo de Cultura Económica, México, 2012, pág. 198.

(6) *Ibid.*, pág. 25.

(7) *Ibid.*, pág. 26.

(8) García, Germán: *D'Escolar, Atuel-Anáfora*, Buenos Aires, 2000, pág. 156.

(9) Lévi-Strauss, Claude: *El pensamiento salvaje*, pág. 42

(10) *Ibid.*, pág. 43.

(11) Laurent, Eric: *Síntoma y nominación*, Colección Diva, Buenos Aires, 2002, pág.113.



Lic. en Trabajo Social. Integrante del Servicio de Atención en Crisis del Hospital "Dr Alejandro Korn" Melchor Romero, La Plata. Participante de la Asociación de Psicoanálisis de La Plata Integrante del espacio del: Escritorio Clínico: "Psicoanálisis y Salud Mental"
E-mail: marcelareichert@hotmail.com

Resumen

En los hospitales públicos se entrecruzan diferentes discursos, discursos que se escuchan para descubrir si es posible encontrar alguna verdad en lo que se dice: ¿Hay nuevas presentaciones? ¿Hay nuevas demandas de atención? ¿Son diferentes a las clasificaciones de hace cien años contemporáneas a la época de Freud? o son los nuevos nombres ofrecidos por los "prestadores". Por todo esto la necesidad de situar el momento: Argentina-Siglo XXI, época de entrecruzamientos entre: las clasificaciones que propone la ciencia, el derecho con las nuevas leyes y su impacto en el tejido social y la verificación de los efectos del inconsciente a pesar de las nuevas clasificaciones. Entonces situar la época implica tener en cuenta la exigencia del derecho, de la ciencia y del inconsciente.

Palabras clave: Interrogantes, Política, Leyes, Clasificaciones, Psicoanálisis, Salud Mental

Abstract

There are many discourses which can be found cross over within Public Hospitals. Those discourses are considered one by one to find out a truth on them: Are there new clinical presentations? Are there new types of psychological care demands? Are classifications different from a century ago? (contemporary to Freud). Or we are taking into consideration new names, given by "services providers". It is a must to focus on the context: Argentina in the 21st century, epoch which includes grid points between classifications provided by Science, rights including in new Laws, its impact on the social fabric, and the verification of unconscious effects despite this new classifications. Analyzing the epoch implies taking into consideration of the Law, the Science and the Unconscious.

Key words: Questioning- Politics- Law- Classifications- Psychoanalysis- Mental Health

El Escritorio Clínico "Psicoanálisis y Salud Mental"*** surge a partir del Programa de Investigación propuesto por Enrique Acuña Director de Enseñanzas de la Asociación de Psicoanálisis de La Plata (APLP). Como consecuencia de esta investigación se han desarrollado durante el año 2012 en la ciudad de La Plata las Conferencias Hospitalarias "Psicoanálisis y Salud Mental Angustia Siglo XXI" con la invitación a participar en la actividad Ejercicios Clínicos. Allí, la presentación de casos clínicos tratados en instituciones, pone en juego el significante "salud mental" que nos permite pensar su intersección con el psicoanálisis.

Este espacio de investigación se inaugura con el interés de situar las coordenadas de una época. El punto de partida es la articulación entre Psicoanálisis y Salud mental. La nueva Ley Nacional de Salud Mental N°26657 y la inminente salida del nuevo Manual de Psiquiatría DSM V hacen necesario revisar la particularidad de esta ley y de las clasificaciones, tal como se plantean en la práctica cotidiana, que se presenta como un campo de entrecruzamientos de diferentes discursos, es decir, no solo el discurso del psicoanálisis sino también el de la psiquiatría, el de la psicología, del trabajo social, el discurso



jurídico. La hipótesis inicial fue investigar la intersección posible entre estos dos campos: Psicoanálisis y salud mental desde el punto de vista de una manifestación sintomática que se puede leer tanto en el plano de las normas jurídicas como en el problema de las clasificaciones.

INTERROGANTES

En los hospitales públicos se entrecruzan diferentes discursos, discursos que se escuchan para descubrir si es posible encontrar alguna verdad en lo que se dice: ¿Hay nuevas presentaciones? ¿Hay nuevas demandas de atención? Son diferentes a las clasificaciones de hace cien años contemporáneas a la época de Freud? o son los nuevos nombres ofrecidos por los “prestadores”? (1) Por todo esto la necesidad de situar el momento: Argentina-Siglo XXI, época de entrecruzamientos entre: las clasificaciones que propone la ciencia, el derecho con las nuevas leyes y su impacto en el tejido social y la verificación de los efectos del inconsciente a pesar de las nuevas clasificaciones. Entonces situar la época implica tener en cuenta la exigencia del derecho, de la ciencia y del inconsciente. Es pertinente mencionar aquí que si bien la OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, cuyo uso está generalizado en todo el mundo para clasificar enfermedades, otros instrumentos de evaluación son los manuales americanos. En la página de la APLP sección E-textos (2) hay una publicación de Inés García Urcola “DSM IV Una clasificación política” donde cita dos enunciados a los que frecuentemente se articula el uso de estos Manuales: Primer Enunciado: “Es presentado como un idioma universal, lengua epidemiológica única a partir de la cual todos podemos entendernos”. Hoy hay que agregar que la futura publicación del DSM V propone cambios en los criterios del actual sistema de diagnóstico que utiliza categorías clínicas provenientes de la psiquiatría clásica y que se extenderían hacia la alternativa dimensional, enfrentada a la visión categorial mantenida en el DSM III y sucesivas ediciones. Segundo Enunciado: “Se suele ubicar el diagnóstico vía el DSM como una exigencia institucional (En instituciones de salud pública, judiciales, obras sociales)”. En lo referente el uso de

los manuales, se menciona la exigencia institucional en el marco de una política de salud mental como una cuestión de Orden Público, cuestión desarrollada ampliamente en la obra de Foucault iniciador de la corriente biopolítica a la que es necesario recurrir para pensar la política de las clasificaciones dentro de una política de salud mental. Finalmente con la noción de gubernamentalidad Foucault terminó orientándose hacia la problemática de las prácticas sociales. En su sentido general el biopoder incluye dos ejes que se entrelazan: las disciplinas que ordenan los cuerpos de los individuos y la biopolítica de la población que el gobierno debe administrar. Desde esta perspectiva a la vida biológica, se la produce y se la administra. Pero ella es también, lo que nunca queda exhaustivamente atrapado en los mecanismos que pretenden controlarla; siempre los excede y se les escapa algo. Como dice Laurent: “En la experiencia de un análisis, se aíslan elementos de singularidad, que ponen en peligro todas las clasificaciones de los síntomas a nivel del discurso de la civilización. La consideración del síntoma en su fase más profunda, nos separa de las clasificaciones producidas del lado del discurso del amo, ya sean clasificaciones identificatorias, ya sean clasificaciones gestionarias de las poblaciones. Es necesario recordar la presencia de lo que fue otra clasificación. El pasado permite y ayuda a desprenderse de la fascinación del progreso, de la fascinación de que siempre la última clasificación es la buena”. “Los delirios de normalidad van con los delirios de clasificación. Ambos son síntomas del desconocimiento profundo que es la singularidad del síntoma de uno, a pesar del hecho de que hay tipos de síntomas. Los nuevos goces, goces clasificatorios, son modelos que se proponen como la felicidad del discurso del amo, si uno acepta estas clasificaciones tiene “derecho a”. Toda clasificación sea nueva o del pasado tiene que remitirnos a esta singularidad contingente del síntoma” (3) La conferencia “La clasificación y la clínica del medicamento” que se llevó a cabo en el Hospital “Dr Alejandro Korn” de Melchor Romero con la participación de Leticia García y Germán Schwindt, permitió interrogar acerca de ¿qué es clasificar y qué función tiene para el psicoanálisis?, haciendo un



recorrido que parte de las referencias de la psiquiatría clásica hasta citar la pregunta sobre ¿cómo asir lo dicho por el enfermo y cómo encuadrarlo en nuestros diagnósticos? En la publicación “Desclasificar, Función del diagnóstico en psicoanálisis” (4) se enuncia el uso de una clasificación estructural, pero diferenciando lo que proponía el Estructuralismo “de la estructura pensada como un todo” de lo que propone Lacan en su enseñanza sobre “el inconsciente estructurado como lenguaje” haciendo una clínica diferencial entre neurosis y psicosis para lo que es importante poder situar cómo habla alguien, como se posiciona desde el lenguaje. Las clasificaciones tienen un inclasificable así como el sujeto en sí mismo tiene un costado inclasificable. Cuando se diagnostica se hace un juicio, se es autor y se toman decisiones al diagnosticar desde un Universal (todos tenemos lenguaje), un particular (compartimos una retórica) un modo de hablar en común y lo singular de cada caso, que sirve nada más que para sí mismo. Ir hacia la singularidad, orientarse en la dirección de la cura tiene que ver con recortar lo singular de ese caso. Se habló del medicamento en sentido amplio, dado que en la práctica del psicoanálisis las consultas iniciales en el ámbito de la salud mental, en diferentes casos tienen que ver con alguien que se presenta nombrándose a partir del uso de un tratamiento farmacológico que viene recibiendo durante un tiempo y consulta porque algo lo sorprende o no está funcionando. Ahí a veces los fármacos asociados a la clasificación pueden hacer entrar a alguien en algún equívoco, algún tipo de división del sujeto por efecto de la palabra. Cuando se habla de clasificación en psicoanálisis, además de tener en cuenta lo singular de cada caso, hay que visibilizar, cómo la administración de la salud tiene efectos sobre los modos en que se oferta y los modos en que se demanda atención en el hospital público. Pensar la nueva ley de Salud Mental ¿modifica o no las nuevas clasificaciones?, ¿los modos de nombrar? El practicante del psicoanálisis se encuentra dividido al recibir al sufriente, al “perjudicado” (5) que llega a un efector de salud pública con los nombres de la época. El síntoma se aloja en el practicante que hospeda y en el sufriente que demanda, es un

asunto de dos. Podrían decirse algunas cosas con relación a la Ley: Se diluye el término de enfermedad mental. Se desestima la psicopatología, en aras del derecho. Se define a la salud mental como una construcción social. Hay un retorno al humanismo donde la premisa es no actuar desde el prejuicio y donde frente al avance de la medicalización del ideal científico se responde con el ideal humanista del derecho humano. En su artículo 1ro la nueva ley de salud mental dice que “tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental” (6). Y es en esta línea que las adicciones tienen que ser abordadas como parte de la salud mental porque se está considerando a la “Adicción” como “nuevo paradigma del padecimiento”. Hay que aprovechar el falso montaje signifiante que da la ley, formato, donde podría inscribirse el “Derecho a saber de mi goce” y preguntarse cómo acercar a un individuo a un análisis para abandonar el delirio de normalidad que implica el conflicto sin interpretación. En “*El placer y el mal*” en su Introducción Los quitapenas, Giulia Sissa escribe: “Todos estamos en lo mismo. No solo los dandis de segunda categoría en que nos habríamos convertido hace poco, desde que abrieron las grandes tiendas y se inventaron las vidrieras, sino todos nosotros, seres humanos, deseantes desde siempre. Glotones, ávidos, impacientes, queremos por lo menos la paz, en el mejor de los casos la felicidad, ciertamente el bienestar. Las cosas nos parecen irradiar el poder de colmar. En consecuencia ansiamos cosas. Mirarlas, tocarlas, gustarlas, inhalarlas, escucharlas, poseerlas. El cuerpo nos hace sentir nuestros bienes (y nuestros males). Constantemente el cuerpo está implicado: en las percepciones, en la experiencia del goce”(7) Y aquí surge la pregunta sobre: ¿Cómo se sitúa, la exigencia social actual, de qué está permitido gozar?. Para orientarnos en la respuesta en la Revista MICROSCOPIA N° 120 de marzo de 2013 encontramos dos artículos “¿Cómo vive esta época la pulsión? Entre infinitos goces, leyes y clases” y “Las bodas con la pulsión”(8) donde Enrique Acuña señala: “Se puede situar ésta época como balanza, como un



péndulo que oscila entre el empuje a un infinito sentido, al desorden de los nombres y un efecto reaccionario a ese infinito que es la época de la evaluación, que podría tener dos ejes: el de las clases y el de las leyes en sentido jurídico, son dos formas de limitar ese empuje en donde el sentido podría desencadenarse al infinito. Tenemos la ilusión de que hay goces muy diversos y sin límites. Por eso es una época cuyo paradigma sería “adictivo”, ofrece infinitos sentidos como objetos técnicos disponibles que no necesariamente son las sustancias, sino el consumo de sentido donde la evaluación complementada por las clases y las leyes jurídicas, le dice al sujeto “este es tu nombre”. Introducir la cuestión sobre esta época es una manera de retomar lo que Lacan señaló acerca de que el psicoanalista tendría que estar a la altura de su época, lo cual implica hacer existir al psicoanálisis, dado que, como práctica será posible si tiene algo que decir frente a otros discursos que configuran la cultura y que determinan la subjetividad de una época en tanto producen sentidos. En la presentación del Curso “¿Síntomas sin inconsciente? El psicoanálisis no sin el Otro”, Enrique Acuña planteo la hipótesis para investigar a lo largo de las conferencias hospitalarias de este año 2013:

“Frente a la caída del nombre del padre y de los ideales, lo que asciende es el plus de gozar en una época en que la ciencia y la tecnología inciden en la promoción de lo que podemos llamar un empuje al consumo”. Y aquí lo interesante del planteo es pensar este empuje al consumo como consumo de sentido. Tema que continuará investigándose en el transcurso de este año.

(*) Trabajo presentado en el Coloquio de Módulos y Escritorios: El objeto del psicoanálisis -Entre otros discursos- en el marco de una mesa redonda: “Política de las clasificaciones y actualidad del autismo” en la Asociación de Psicoanálisis de La Plata el día 22 de marzo de 2013

Notas

- (1) Acuña, Enrique: “Dialéctica del perjudicado y del prestador”, Revista Microscopía. N° 71 APLP La Plata diciembre 2007.
- (2) García Urcola, Inés: www.aplp.org.ar, Sección E-textos, Título: “DSM IV Una clasificación política”, La Plata 2004.
- (3) Laurent, Éric: El sentimiento delirante de la vida, Editorial Diva, Bs As 2011.
- (4) Acuña, E., García Urcola, I., Ale, M.: Cuadernos de Psicoanálisis N° 2: Desclasificar. Función del diagnóstico en psicoanálisis. APLP, La Plata 2003.-
- (5) Acuña, Enrique: Conferencias Hospitalarias Psicoanálisis y salud mental. Angustia SXXI “La nueva histeria y la vieja obsesión”. La Plata diciembre 2012.

(6) Ley Nacional N° 26.657.

(7) Sissa, Giulia: El placer y el mal, Editorial Manantial, Bs As 1998.

(8) Revista Microscopía N° 120, APLP, La Plata marzo de 2013.

Bibliografía

- Foucault, Michel: El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica, Siglo veintiuno editores, Bs As, 2011.
- Foucault, Michel: Nacimiento de la biopolítica, Fondo de cultura económica, Bs As 2012.
- Foucault, Michel: La vida de los hombres infames, Historia de la medicalización, Editorial Altamira, Bs As 1996.
- Laurent, Eric: Psicoanálisis y salud mental, Editorial Tres Haches, Bs As, 2000.
- Laurent, Eric: El sentimiento delirante de la vida, Colección Diva, Bs As, 2011.
- Paul Laurent Assoun, El perjuicio y el ideal, Editorial Nueva Visión, Bs As 2001.



Actual Presidente de la Asociación de Psicoanálisis de La Plata (APLP), coordinadora del Seminario de Investigación Analítica “El objeto del psicoanálisis –Las configuraciones de la pulsión en la experiencia analítica”, coordinadora del Escritorio clínico “El caso en psicoanálisis”. Miembro del equipo de salud mental del Hospital San Roque de Gonnet.
E-mail: leticiacgarcia@gmail.com

Resumen

A partir de ubicar la interfase entre el campo del psicoanálisis y el de la salud mental como sintomática, y entendiendo este síntoma no sólo como conflicto sino también como articulación: podemos ubicar ahí tanto la nueva ley de Salud Mental y sus efectos, como las discusiones sobre el manual de diagnóstico DSM V y la proliferación de las clasificaciones. Al articular ley y clasificación sostenemos como hipótesis que a “más ley, más síntoma”: al ser este último lo que escapa de cualquier ley. Vemos que frente a la promesa “del derecho a la salud mental para todos” lo que responde en el Otro es “todo el mundo está loco” como queja generalizada. Me interesa tomar el costado de las clasificaciones y las características que la misma tiene en el psicoanálisis.

Palabras clave: Clasificación diagnóstica - Psicoanálisis - Ley de salud mental

Abstrac

Since assigning as symptomatic the interface between Psychoanalysis and mental health fields, and understanding this symptom not only as conflict but also as articulation, we can assign there the new Mental Health Law and its effects, plus the discussions about the Diagnostic and Statistical Manual DSM V and classification's proliferation. Putting together Law and Classification allow us to formulate a hypothesis “more law, more symptom”, being this last what scape from any law. We face that behind the promise of Mental Health right for all, what appears from the Other is “everyone is crazy” as a generalized complain. I am interested in explore the classification side and which characteristics it has over the Psychoanalysis.

Key Words: Diagnostic category-Psychoanalysis-Mental Health Law

Este año desde la Asociación de Psicoanálisis de La Plata organizamos una serie de conferencias hospitalarias bajo el título “Psicoanálisis y Salud Mental -La angustia siglo XXI-” que acompañan el trabajo de investigación que se viene realizando en el escritorio clínico del mismo nombre. “Nuestra hipótesis como punto de partida es situar dos campos, uno el del psicoanálisis y otro el de la salud mental, y una interfase de articulación sintomática donde el síntoma es entendido como conflicto pero también como articulación; y que lo vemos al menos en dos puntos que son la ley y las clasificaciones.” De este modo Enri-

que Acuña, asesor del nuevo escritorio, describía nuestro interés ubicando en esa interfase sintomática: tanto la nueva ley de Salud Mental y sus efectos, como las discusiones sobre el manual de diagnóstico DSM V en elaboración. Me interesa tomar en esta oportunidad el costado de las clasificaciones. Ellas al igual que las leyes no solo ordenan campos epistémicos, sino que crean mundos. En la actualidad encontramos dentro del campo de la salud mental y de la psiquiatría (tomando como referencia el manual DSM) una gran diversidad y dispersión de trastornos que pretenden nombrar la totalidad



de las presentaciones existentes. Al articular ley y clasificación sostenemos como hipótesis que a “más ley, más síntoma”: al ser este último lo que escapa de cualquier ley. Vemos que frente a la promesa de la ley “del derecho a la salud mental para todos” lo que responde en el Otro es “todo el mundo está loco” como queja generalizada. Eric Laurent en su libro *El sentimiento delirante de la vida* liga la dispersión y ampliación de la nosografía psiquiátrica a otro hecho, el de pensar al síntoma separado del inconsciente. Dirá que nos encontramos con una descripción exhaustiva de síntomas (listado de trastornos) que se acompaña de una *a-causalidad* -el síntoma sin implicación del sujeto en él, sin la necesaria creencia subjetiva-.(1) ¿Qué aparece entonces como ordenador en esta dispersión? El medicamento. Síntomas sin inconsciente, que son asimilados en su extremo a “estilos de vida” que nombran a los sujetos y les permite agruparse para defender y crear nuevos derechos.(2)

LA CLASIFICACIÓN EN PSICOANÁLISIS

Frente a esta pluralización de los trastornos se encuentra la clasificación psicoanalítica, heredera de la psiquiatría clásica, que conserva una división tripartita -neurosis, psicosis, perversión- propuesta ya desde Freud y que descansa sobre el concepto de mecanismo psíquico como ancla que permite sortear la particularidad esquiva de su objeto a ordenar. Como las clasificaciones no son las cosas, sino una interpretación de las mismas, nos encontramos con clasificaciones basadas en diagnósticos descriptivos de síntomas (DSM), al que le podemos oponer el diagnóstico estructural propuesto por Lacan o el freudiano antes mencionado. La clasificación psicoanalítica pretende así poner distancia entre lo fenoménico (con su labilidad interactiva) y la estructura como una realidad que no engaña y que evita el efecto de deriva clasificatoria. El diagnóstico estructural es una clasificación de carácter universal, -todo sujeto pertenece a una de estas tres categorías-, y discontinua -se pertenece solo a una clase-. Pero en lo que nombramos como la última enseñanza de Lacan con el planteo de un anudamiento singular de los registros determinando el síntoma de cada sujeto, la clasificación se vuelve continua y en términos

filosóficos *nominalista* -en tanto cada sujeto hablante es distinguido por la singularidad de su anudamiento sintomático-.

Entonces tenemos una oposición, ya planteada por la filosofía, entre el *nominalismo* que sostiene que las clases son solo semblantes y que solo existen los individuos, en tanto únicos e irrepetibles y el planteo *realista* que cree en la existencia de las estructuras con sus modos de funcionamiento que engloban a diferentes individuos y permiten su clasificación. Esta última postura implica creer en la estructura del lenguaje, un lenguaje que presenta distintos modos de defensa frente a la falta -castración en términos freudianos- que determinan diferentes retóricas. Pero desde el psicoanálisis no se trata de oponer estas concepciones sino de pensarlas de forma complementaria en el marco de la experiencia: “Es decir, la estructura no está cerrada, sino que contempla un elemento indecible, un agujero que causa la permutación según una ley obtenida de la secuencia de esa combinatoria.”, escribe Enrique Acuña en el artículo “Desclasificar. Un destino para lo singular” (3)

¿La clasificación nominalista resuelve el problema del inclasificable? Toda clasificación bien hecha y que se pretenda exhaustiva incluye a la clase de los inclasificables. Pero cuando en psicoanálisis se habla de inclasificable, no se está haciendo referencia a una clase -resto propio a todo ordenamiento significativo-; sino a una falta que Lacan ubicó bajo el nombre de objeto “a” y que habita en cada sujeto hablante. Es por eso que J.-A. Miller señala que el verdadero inclasificable es el russelliano: “el conjunto de todos los conjuntos que no forman parte de ellos mismos”. Es conocido el ejemplo del catálogo de todos los catálogos que no se incluyen a sí mismo, elemento inaprensible que cuando se lo quiere ubicar escapa, salta de un conjunto al otro, constantemente. Miller dirá que en el psicoanálisis el inclasificable russelliano es el sujeto: “ya que se aliena y ¡hop! se separa”. Movimiento de construcción lógica del sujeto que vale recordar no es sin el objeto “a” que articula el lenguaje al goce, de un modo singular.

En el artículo “Desclasificar...” su autor ordena el *bricolage* que la práctica analítica implica a partir de las proposiciones aristotélicas: en el momento



en que elevamos el caso al paradigma, nos referimos a lo *universal* del caso; el síntoma lo ubica en el lugar de lo *particular*; dejando lo *singular* como el lugar de ese elemento inclasificable, real que cae del paradigma y que se pone en juego en la operación de desclasificar. En la cura analítica se trata de "...ir al singular como forzamiento contra lo inevitable de un destino". (4)

Clasificar ordena, a la vez que construye, un campo conceptual; me permite tener una lengua común con otros por medio de la cual transmitir hipótesis, conclusiones, incluso refutaciones a ese mismo orden. Pero en la práctica clínica por momentos debemos ser nominalista, es decir, separarnos de las clasificaciones para recibir y escuchar sin ningún prejuicio, ni presupuesto al sujeto que llega con su sufrimiento. Empezar cada vez de cero decía Freud. Pero a la hora de transmitir tanto nuestras conclusiones como dudas, necesitamos volver y referirnos a una teoría en común que nos permita ubicar tipos de síntomas, mecanismos, y de este modo entendernos.

UNA VUELTA POR EL OTRO

El psicoanálisis aplicado es aquel que tiene que dialogar con las burocracias sanitarias de cada época, debe lidiar con el discurso del amo – que no tiene porque ser conservador, puede tratarse de un amo progresista, como el que engendró la promesa de la salud mental para todos-. Burocracia de la salud mental que ha efectuado una reducción de la patología a trastornos individualizados con tratamientos específicos, que olvida al síntoma –en tanto que articulado al inconsciente-.

Los trastornos vienen acompañados decíamos de un tratamiento específico, básicamente medicamentoso que propone un nuevo goce. Lee- mos en Laurent: "Ser depresivo nos permite tener acceso a un goce nuevo, el del antidepresivo con el cual se puede jugar y esto nos permite gozar de ser miembro de una clasificación que nos da derechos...". Vemos como las clasificaciones tienen efectos sociales, crean mundos. Dispersión de diagnósticos y tratamientos, con los que el psicoanálisis debe dialogar sin olvidar que para él su experiencia se centra en el síntoma, y que esto debe ser demostrado de manera convincente frente al discurso del amo. Se trata de mostrar como lo inclasificable de cada uno, no está incluido en el Otro, pero precisa del Otro para descifrarlo. Diálogo que cada uno mantiene con su inconsciente y que permite, paradójicamente, salir de la particularidad identitaria con la que pretende segregarse.

Entonces, para realizar un diagnóstico analítico es necesario conectar el síntoma al inconsciente, lo que permite escuchar eso que no entra en la lengua común compartida (desclasifico), pero además al mantener ese indecible en el lugar de la causa, como una referencia vacía, permito la elaboración en la experiencia de un saber nuevo... válido para ese caso.

(*) Artículo publicado en la revista *Fri(x)iones entre el psicoanálisis y la cultura* N° 2 –Primavera 2012, Posadas, Misiones.

Notas

- (1) Laurent, E.: "El delirio de un síntoma sin inconsciente" en *El sentimiento delirante de la vida*, Colección Diva, Bs. As., 2011. Pág. 63
- (2) Para este tema leer el artículo de Enrique Acuña "Dialéctica del perjudicado y el prestador" en el boletín *Microscopía*, Dic. De 2007.
- (3) Acuña, Enrique: *Resonancia y silencio. Psicoanálisis y otras poéticas*. Edulp, La Plata, 2009. Pág. 27
- (4) Idem. Pág. 32

Bibliografía

- Acuña, E.; García Urcola, I.; Ale, M.: *Desclasificar. Función del diagnóstico en psicoanálisis*, Cuadernos de psicoanálisis N°2, La Plata, 2003.
- Hacking, Ian: *¿La construcción social de qué?*, Paidós, Buenos Aires, 2001.
- AAVV: *Los inclasificables de la clínica*, Paidós, Buenos Aires, 1999.
- García, Germán: "Presentación de Los inclasificables..." en *D'Escolar, Serie impar, Atuel- Anáfora*, Buenos Aires, 2000



Desafíos actuales en el Campo de la Salud Mental: perspectivas y estrategias profesionales

Lic. Clara Weber Suardiaz

Lic. en Trabajo Social. Docente Investigadora de la Facultad de Trabajo Social/ UNLP y la UNLu. Jefa de Casa de Pre-Alta del HIEA y C. Dr. Alejandro Korn
E-mail: clarawebers@yahoo.com.ar

Resumen

El siguiente artículo plantea los desafíos actuales en el campo de la salud mental para los profesionales de la salud. Las reflexiones se estructurarán en tres ejes: uno en relación a la política pública de salud mental actual y los desafíos en la implementación de la ley, las estrategias profesionales y sobre todo nos detendremos en el concepto de lo NUEVO.

Palabras clave: Salud mental- estrategias – políticas públicas

Abstract

The following article presents the current challenges in the field of mental health for the health's professional. The followings consideration will be structured in three main ideas: one in relation to public policy and current mental health challenges in the implementation of the law, strategies and above all we will stop on the concept of the NEW

Key Word: mental Health - Strategy - Policy

CONSIDERACIONES ACERCA DE LO NUEVO
Podríamos decir que lo nuevo es un adjetivo de moda que se -incluye a mi gusto- de manera apresurada a distintos procesos. *Nueva* ley de salud mental, *Nuevas* subjetividades, *nuevos* problemas sociales, entre otros. En este sentido, creo que es importante subrayar, que la pasión por lo nuevo es una de las significaciones imaginarias (1) que sostienen al capitalismo, dentro de la organización de la lógica del mercado y que justamente es productor de subjetividades fragmentadas.

Desde este punto suele banalizarse/ naturalizarse aquello que sería lo nuevo, sin negar el imperativo societal que esto implica. Nuestra época es la de lo nuevo por excelencia, deseamos lo nuevo, es lo que nos falta, es la exigencia de nuestra cultura. Y como dice Alain Miller: "lo nuevo es la forma sintomática de nuestro malestar en la cultura." Y agrega ¿por cuánto tiem-

po lo nuevo sigue siendo para nosotros nuevo hoy? (Miller, J. A. 2006: 329)

Resulta interesante citar el pensamiento de Gramsci: "lo nuevo que no termina de nacer, lo viejo que no termina de morir," esta afirmación nos permite situarnos en planteos no dicotómicos entre lo nuevo y lo viejo, y así analizar los momentos de transición. Creo que esta es una clave importante para leer el proceso actual

Retomando a Miller, si quedamos instalados en el automatismo de lo nuevo (todo tiene que ser nuevo), este carece de sorpresa (sería un falso nuevo), opacando las lecturas complejas que permiten reconocer la procesualidad, la participación de distintos actores en pugna, las tensiones y contradicciones en las que estamos inmersos.

Si trabajamos esta idea en el campo de la salud mental, podríamos hacernos las siguientes preguntas. ¿Qué es lo nuevo entonces en relación a la política de salud mental? ¿Qué tiene de nuevo



la nueva Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657?

La ley tiene más de dos años, ya podríamos entonces de dejar de decirle nueva, para también subrayar su total instalación en la sociedad.

Ahora si le seguimos incorporando nueva porque vemos que sus principios no se han concretizado, vamos por el mal camino, ya que el trabajo en salud mental no se orienta por el ideal de la ley de forma absoluta sino que su texto marca una regulación que nos permite tomar como marco, referencia, en una tensión imborrable entre el universal y la particularidad de las situaciones.

Podemos decir que esta ley expresa viejas luchas del campo de la salud mental, ha sido producto de innumerables disputas entre distintos actores que a lo largo de los años fueron construyendo consenso y alianzas para generar legitimidad y lograr que la misma se apruebe. Constituye una herramienta en la construcción de estrategias e instituciones centradas en la garantía de los derechos humanos, la democratización de los servicios de salud mental y en la organización de las prácticas y saberes centrados en la interdisciplina y la intersectorialidad. Es decir consolida una base para que las experiencias y prácticas alternativas puedan consolidarse a nivel nacional.

Otra instalación de lo nuevo que suele enunciarse: “el nuevo enfoque/ perspectiva de Derechos Humanos (Falso nuevo). Podemos decir que esta reestructuración retoma los ideales de los años '70 respecto del campo de la salud mental. Desde la antipsiquiatría hasta los procesos de lucha regionales (hasta uno podría decir que el enfoque se remota hasta los ideales de la modernidad.) Los peligros de enunciarlo como nuevo son la anulación de la historicidad de los procesos y la invisibilización de los distintos actores que participaron en ellos.

Bien, que esto no sea nuevo no quiere decir que no sea importante. Y lo nuevo aquí, es que la ley existe como texto legal formal y permite otros marcos desde donde trabajar.

Lo que interesa marcar es las tensiones y desafíos actuales que plantea esta ley. A la vez, estar atentos a lo verdaderamente nuevo es esencial, en términos de que la clínica cambia en cada

situación singular y de allí su complejidad de abordaje que no contiene solamente una ley.

POSIBILIDADES ESTRATÉGICAS PARA LOS EQUIPOS DE SALUD

Los equipos de salud que trabajamos en el campo de la salud mental hace tiempo que venimos planteando otra manera de hacer las cosas, lo fundamental es reconocer que estamos ante un momento de transición, donde la ley es utilizada como herramienta con vistas a reforzar nuestras estrategias que como profesionales venimos llevando adelante. Algunos de los principios que orientan la práctica y que el cuerpo normativo de la Ley 26657 reafirma son:

- Que las personas con padecimiento mental pueden ser tratados fuera del manicomio -incluso en sus momentos de crisis-.
- Se trabaja interdisciplinariamente en dirección de desarmar aquellas situaciones que implican una privación del efectivo acceso a los derechos y en consecuencia una profundización de la vulnerabilidad psicosocial de las personas.
- Estructurar las intervenciones desde una concepción de sujeto no deficitaria, es decir, capaz de implicarse y de encargarse de sí mismo, donde pueda tomar decisiones que le conciernen, asumir la dignidad del riesgo y desterrar el lugar de la tutela/ alienación. Cuestionar las formas más tradicionales de trabajo donde se plantea que los profesionales sabemos que es lo mejor para el otro, aquí la apuesta es diferente y es que el equipo pueda brindar referencias para la toma de decisiones. Se parte del reconocimiento de la capacidad jurídica de cada persona, armando los apoyos necesarios para que pueda decidir sobre su salud, así como sobre sus conflictos cotidianos, a partir de los tiempos, posibilidades, los recursos materiales que posee y la posibilidad de construir lazos sociales que se constituyan en posibles referentes.
- La necesidad de un plan personalizado de tratamiento y acompañamiento comunitario, diseñado conjuntamente con el paciente y el equipo de salud. Un plan flexible donde varían las necesidades e intereses del sujeto así como los apoyos del equipo a las situaciones singulares. Es decir, la no homogenización de las respuestas asistenciales.



- La necesidad de reconocer que tenemos un nuevo escenario que nos permite pensar estrategias al renovar las expectativas de todos los trabajadores de la salud, avasalladas durante las dictaduras y la década del 90. (Alberdi, 2012)
- Las estrategias serán entonces interdisciplinarias, complejas e intersectoriales.

¿CÓMO CONOCER LO NUEVO?

En este punto me interesa subrayar que justamente el interés de la ciencia es conocer lo nuevo pero también caracterizar fundamentadamente lo existente.

Nuestro papel como profesionales de la salud asume esa premisa. En la caracterización actual en nuestras prácticas muchas veces no sabemos qué hacer, que estrategias llevar adelante. Resulta difícil “no saber”. Pero, no saber nos abre la posibilidad de una intervención mucho más eficiente, con capacidad de producir respuestas estratégicas que asuman los principios anteriormente mencionados. (Fuentes, P: 2009)

¿Qué significa conocer lo nuevo? Apertura a cuestionamientos, conceptos y lenguajes, cuestionamiento de los marcos interpretativos. En la tensión de lo nuevo que pugna por emerger y lo viejo que se aferra (2), se producen situaciones de perplejidad y como bien decía Lewkowicz (2002), la perplejidad es antesala del pensamiento. Para llegar al pensamiento entonces es necesario abstraernos de la novedad e instalar la historización como análisis, permitirse las preguntas, las aperturas y captar la singularidad de las situaciones. Que no siempre encuadran en la ley, ni son enteramente nuevas ni viejas. Debemos hacernos la pregunta acerca de las continuidades y las rupturas de las perspec-

tivas hegemónicas en salud mental; acerca de que resuelven las lógicas manicomiales, para no simplificar lo complejo, de qué necesidades resolvían y resuelve el manicomio en términos societales. Aquí se alojan algunas pistas para el análisis que dan cuenta que ante la falta de políticas públicas adecuadas en salud, lo viejo amenaza con restaurarse.

Esto no quiere decir sentarse a pensar y esperar que “alguien” baje una política integral de salud mental donde nos podamos incorporar.

Muchos profesionales y colectivos interdisciplinarios han elaborado propuestas diferentes antes y después de la ley pero para que las mismas puedan desplegar sus capacidades transformadoras debemos enlazarlas a los saberes teóricos que nos permitan imaginar instituciones consolidadas y no dispositivos precarizados, que pueden tener los objetivos más progresistas pero que no pueden sostenerse en el tiempo.

Aquí si apelamos a lo nuevo desde otra significación, siempre estamos creando nuevas formas, instituyentes, respetuosas de los derechos de las personas, el desafío es poder enlazarlo de manera interdisciplinaria- intersectorial apostando a que se constituyan en políticas públicas. (3)

En este sentido desde las instancias estatales ejecutivas y judiciales se les pide a los trabajadores y a los equipos que lleven adelante la transformación con las mismas políticas. Resulta fundamental tener estos elementos en cuenta, para poder hacer frente en términos analíticos al desgaste y alienación a los que están expuestos los equipos de salud y sobre todo para resistir desde las propuestas alternativas que supimos construir.

Notas

- (1) Este concepto de significaciones imaginarias sociales lo tomamos de Castoriadis (2010)
 (2) Esto es entre la tensión de las prácticas manicomiales y las enmarcadas en una perspectiva de derechos.
 (3) Sino como dice J. M. Alberdi (2012) estaremos conviviendo largamente con formas de pseudo- innovación sin cambio/ aggiornadas.

Bibliografía

- Alberdi. J.M: Desafíos políticos y asistenciales de la nueva ley nacional de salud mental. El caso de la Provincia de Santa Fe. En Revista Debate

Público. Reflexión en Trabajo Social. Año 2 N°4. UBA. Buenos Aires (2012).

- Castoriadis, C: Institución imaginaria de la sociedad, Bs. As., Tusquets. (2010)
 - Fuentes, María Pilar: “Nuevas problemáticas sociales: complejidades y desafíos a la producción de conocimiento.” En La investigación en Trabajo Social. Vol. VII. UNER, Paraná, Entre Ríos. (2009)
 - Lewkowicz, Ignacio Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez. Editorial espacios del saber. Buenos Aires, 2004. Cap. I
 - Miller J. A.: El Otro que no existe y sus comités de éticas. Paidós. Bs. As. (2006)



Claudia Fino. *Camaleón*- 2009



PERSPECTIVAS

Vidas Arrasadas La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos

UN INFORME SOBRE DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL EN ARGENTINA

Esta obra es el resultado de un trabajo conjunto realizado entre el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) * y el Mental Disability Rights Internacional (MDRI) **, que documenta las violaciones a los derechos humanos que padecen las 25.000 personas que están asiladas en las instituciones psiquiátricas argentinas. Entre junio de 2004 y julio de 2007, un equipo de profesionales visitó numerosas instituciones para personas con discapacidades psiquiátricas e intelectuales, en la ciudad y en la provincia de Buenos Aires, Santiago del Estero, Río Negro y San Luis, para documentar el estado de situación de los asilos psiquiátricos. Durante la investigación se registraron situaciones de abuso y negligencia en instituciones psiquiátricas públicas, así como se detectaron condiciones insalubres y graves amenazas para la seguridad de los pacientes. Como resultado de la investigación, los autores concluyeron que, en la mayoría de los casos, las personas internadas son “pacientes sociales”, que no cuentan con alternativas para desarrollar su vida fuera de la institución, que permanecen asilados por períodos prolongados, sin contar con la asistencia médica, psiquiátrica, psicosocial o legal que podría poner fin a su encierro. Sin embargo, así como este informe denuncia las fallas de la institucionalización y los abusos generados por esta situación, también rescata y analiza algunas experiencias de reforma -como las implementadas en las provincias de Buenos Aires, Río Negro y San Luis- con la expectativa de que puedan funcionar como un ejemplo para las políticas públicas de otras zonas del país. Asimismo, el libro ofrece propuestas y marcos legales para abordar esta problemática, por lo que su aporte tiene una relevancia indiscutible

 **siglo veintiuno**
editores

160 págs. | 21 x 13,5
ISBN 978-987-629-022-7
marzo de 2008



Agradecemos a Patricia Panich, integrante del área Investigación del Centro de Estudios Legales y Sociales por autorizar la reproducción de un fragmento del libro *Vidas Arrasadas La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos* para la Revista *Estrategias -Psicoanálisis y Salud Mental-*



1- ANTECEDENTES

Durante la mayor parte del siglo XX, Argentina ha sido uno de los países más prósperos de América Latina, con niveles de pobreza, desigualdad y desempleo relativamente bajos.

Sin embargo, durante el curso de las últimas tres décadas, el país ha experimentado un marcado deterioro de las condiciones laborales y sociales. La desigualdad, la pobreza y el desempleo se han incrementado aún durante los períodos de crecimiento económico.

Durante la década de los 90 se desarrollaron una serie de transformaciones sociales y económicas de carácter estructural que implicaron un saldo negativo en la inserción laboral, la distribución del ingreso y el porcentaje de la población en condiciones de pobreza. 34

La crisis económica y social que se profundizó durante los últimos años de la década de los 90 “explotó” en el mes de diciembre de 2001, cuando Argentina vivió una serie de acontecimientos que marcaron sensiblemente su historia institucional y política.

Esta inestabilidad económica y política llevó a la rápida caída de gobiernos sucesivos en 2001 y 2002, hasta que el presidente actual, Néstor Kirchner, fue elegido en 2003.

Hace falta destacar que, a pesar de la sostenida recuperación económica del país desde 2003, se mantiene intacta una profunda brecha social entre los sectores más ricos y los más pobres de la población, y persisten altos niveles de pobreza, indigencia y consiguiente exclusión social. 35

La inestabilidad económica y política ha afectado a todos los sectores de la sociedad argentina. Sin embargo, los sectores de la población económica y socialmente más marginados -como las personas con discapacidades- han sido aún más vulnerables a sus efectos. La pobreza no sólo acentúa algunas de las consecuencias negativas de la discapacidad; es también un factor que lleva a incrementar las incidencias de discapacidad, en la medida en la que acceder a servicios de salud, educación y rehabilitación se vuelve más difícil con el aumento de los índices de desempleo y pobreza. 36 A medida que los efectos del colapso socioeconómico de Argentina se manifestaron, los grupos más vulnerables, tales como las personas con discapacida-

des mentales, son particularmente susceptibles al abandono y al abuso.

A. LOS SERVICIOS DE SALUD DE ARGENTINA

El sistema de salud argentino es complejo, fragmentado y descentralizado. Cada una de las provincias del país tiene su propio ministerio o secretaría de salud, que controla la mayoría de las decisiones políticas en salud. La salud mental en Argentina es financiada principalmente a través de deducciones salariales. Para casi el 50 por ciento de la población, las “obras sociales sindicales” -programas sin fines de lucro que benefician a los trabajadores, patrocinados por los sindicatos y regulados por el gobierno- financian la atención de la salud. Sin embargo, desde la crisis económica, muchas personas han perdido su trabajo y los ingresos de estos programas han disminuido dramáticamente, a la vez que el porcentaje de la población sin ninguna cobertura de seguro se ha visto incrementado. Adicionalmente, los programas que antes cubrían sus costos a través de cuotas colectivas pagadas por aquellos que utilizaban sus servicios no han podido seguir haciéndolo, ya que sus asociados ya no pueden pagar por los servicios. 37

La planificación federal en salud mental de Argentina es llevada a cabo por la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación (Unidad Coordinadora). El presupuesto anual total de la Unidad Coordinadora para el 2006 fue de 700.000 pesos (aproximadamente U\$S 233.000). 38 Para 2005 la unidad carecía de los recursos suficientes para implementar las políticas o recolectar y centralizar datos de salud mental de las provincias. 39 Sin datos confiables sobre la amplitud de los problemas de salud mental ni sobre los servicios de salud mental disponibles, la planificación e implementación de las políticas son prácticamente imposibles. Por ende, la mayoría de las decisiones acerca de las políticas y la asignación de presupuesto se realizan en el ámbito provincial. En la actualidad la Unidad Coordinadora ha firmado un convenio con ocho universidades nacionales para realizar una investigación epidemiológica sobre padecimiento psíquico de



la infancia, el cual ha demandado casi un 65 por ciento del presupuesto total del área. Asimismo, y en el marco de la Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, 40 la Unidad Coordinadora está participando de una serie de coloquios regionales que de finen como prioritaria la elaboración de políticas públicas en salud mental desde un enfoque de derechos. 41

La Organización Mundial de la Salud recomienda que el 10 por ciento del presupuesto de salud sea asignado a la salud mental. 42 No obstante, varias provincias argentinas sólo asignan una pequeña fracción de esta cantidad para los servicios de salud mental. En la provincia de Buenos Aires, por ejemplo, según cifras del 2005, solamente el 2 por ciento del presupuesto de salud se asignaba a la salud mental. 43 Para el 2007, este presupuesto había aumentado al 4,2 por ciento. 44

El incremento de la pobreza desde la crisis económica y política de 2001 ha llevado a un aumento en la demanda de servicios de salud públicos. Hasta antes de la crisis, el 40 por ciento de la población recibía atención a través de los hospitales públicos. A partir de la crisis, el 60 por ciento de la población ha comenzado a utilizar los servicios de los hospitales públicos. 45 Sin embargo, el presupuesto de estos hospitales ha sido recortado, incrementando los problemas causados por el aumento de la demanda. Más aún, a medida que la situación argentina fue empeorando, se incrementaron los síntomas psíquicos y la prevalencia de determinadas enfermedades asociadas con la pobreza y la desocupación. 46

En los últimos años el gobierno de Argentina ha tomado una serie de medidas para minimizar el impacto de la crisis económica en el sector de la salud. Las medidas se han enfocado a facilitar el acceso a fármacos. El Ministerio de Salud de la Nación, el principal proveedor de medicinas consumidas en Argentina, acrecentó la provisión de medicamentos como respuesta a la crisis. 47 El Ministerio centralizó también la compra de medicamentos, permitiendo precios menores a través de compras al por mayor, puesto que hasta entonces cada hospital realizaba las compras para su uso propio. 48 Adicionalmente, el Ministerio ha instituido una política de uso de medicamentos genéricos siempre que sea posible, la que forma parte de un programa para comprar

medicamentos a través del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). 49 Su participación en el programa del PNUD ha logrado un ahorro de un 21 por ciento para el gobierno, dado que por esta compra el gobierno no paga impuestos. 50 Estas iniciativas gubernamentales son importantes, pero el mero acceso a los medicamentos no soluciona las necesidades básicas que tienen muchas de las personas institucionalizadas, entre ellas, acceso a condiciones saludables e higiénicas de internación, y rehabilitación personalizada. Más aún, los fármacos por sí solos no substituyen la amplia gama de apoyo comunitario -como acceso a viviendas y oportunidades de empleo- que se requiere para prevenir hospitalizaciones innecesarias.

Hoy en día, dos tercios de las 25.000 camas psiquiátricas en todo el país son manejadas públicamente, y tres de cada cuatro de esas camas públicas se ubican en instituciones grandes de 1000 o más camas. 51 Hay ocho instituciones psiquiátricas con más de 1000 camas cada una, cuatro de las cuales se encuentran en la provincia de Buenos Aires y dos en la ciudad de Buenos Aires. 52 La gran mayoría de las personas alojadas en las instituciones psiquiátricas son internadas a largo plazo. Las personas que han estado institucionalizadas por más de un año ocupan el 80 por ciento de las camas psiquiátricas. 53 Solamente el 5 por ciento de las personas han estado hospitalizadas por menos de tres meses. 54

B. LEGISLACIÓN SOBRE SALUD MENTAL

Argentina adoptó la forma federal de gobierno. Como tal, la Constitución Nacional, los tratados internacionales ratificados por el gobierno federal y las leyes nacionales tienen mayor jerarquía que las leyes emitidas a nivel provincial. 55 No obstante, los gobiernos provinciales mantienen todos aquellos poderes que la Constitución no delega al gobierno federal.

Argentina puede jactarse de tener una legislación federal de salud mental progresista, la cual establece lineamientos hacia una reforma en el sistema de salud mental. En este sentido, la ley 25.421, adoptada en 2001, determina que las personas tienen el derecho de recibir atención de salud mental dentro de los servicios de atención primarios, y prevé que las personas con



enfermedades mentales deben ser rehabilitadas y reinsertadas socialmente.⁵⁶ Esta ley también creó el Programa de Asistencia Primaria en Salud Mental, designando al Ministerio de Salud de la Nación como organismo de aplicación de la ley. ⁵⁷ Sin embargo, hasta la fecha de cierre de este informe, el gobierno federal no ha reglamentado la ley 25.421, por lo que su cumplimiento es prácticamente nulo.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ley Básica de Salud N° 153 requiere que el gobierno de la ciudad impulse la desinstitucionalización progresiva.⁵⁸ Para ello, la ley ordena implementar modelos de atención alternativos en salud mental que se orienten a lograr la integración social, tales como casas de medio camino, talleres protegidos, comunidades terapéuticas y hospitales de día.⁵⁹

En el año 2000, en cumplimiento de la ley 153, se aprobó la Ley de Salud Mental N° 448. El objetivo de la ley 448 es garantizar el derecho a la salud mental, y hace un llamado a la desinstitucionalización, y a la rehabilitación y reinserción social de las personas institucionalizadas. ⁶⁰ Esta ley también de fine que el sistema de salud mental en la ciudad de Buenos Aires se basará primordialmente en la prevención, promoción y protección de la salud mental. ⁶¹ La ley 448, que en el artículo 3 establece los derechos humanos específicos de las personas con discapacidades mentales, busca transformar el modelo asilar actual y promover servicios comunitarios de salud mental. ⁶²

A pesar de lo estipulado en las leyes 25.421, 153 y 448, el modelo de provisión de salud mental público a nivel nacional y en la ciudad de Buenos Aires continúa basándose casi exclusivamente en la atención institucional asilar. Existe una gran carencia de servicios de salud mental de atención primaria en toda Argentina. Con algunas excepciones, ⁶³ no existen estrategias ni planes de acción para la incorporación de la salud mental en la atención primaria, como tampoco existe entrenamiento en salud mental para los profesionales de la atención primaria de salud. ⁶⁴ El proyecto de presupuesto de salud presentado en octubre de 2006 para la ciudad de Buenos Aires preveía una asignación total de 2.167.657.961 pesos aproximadamente U\$S 722.552.653). ⁶⁵ De los cuales 146.261.152 (aproximadamente U\$S 48.753.717) serían destinados a salud mental, lo que implica un 6,9 por ciento del presupuesto total de salud. ⁶⁶ Por lo demás un 81 por ciento sería destinado a servicios hospitalarios y un 4,2 por ciento a atención primaria.⁶⁷ En el ámbito de la ciudad de Buenos Aires, por ejemplo, de los 33 hospitales en la red de salud, sólo dos hospitales generales proveen atención en salud mental con servicios de internación.⁶⁸

Notas:

* El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) es una organización no gubernamental fundada en 1979 y dedicada a la promoción y protección de los derechos humanos y el fortalecimiento del sistema democrático y el Estado de Derecho en Argentina.

** Mental Disability Rights International (MDRI) es una organización dedicada a promover el reconocimiento y el cumplimiento internacional de los derechos de las personas con discapacidades mentales.

33 Leonardo Gasparini et al., *Monitoring socio-economic conditions in Argentina, Chile, Paraguay and Uruguay* ["Monitoreo de las condiciones socio-económicas en Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay"], Vol.1 (2005), Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales, Universidad Nacional de La Plata, disponible en http://www.wds.worldbank.org/servlet/WDS_IBank_Servlet?pcont=details&eid=000011823_20050715164315 [en adelante, Gasparini] (la

traducción nos pertenece).

34 Daniel Filmus, Ana Miranda, Julio Zelarayan, "La transición entre la escuela secundaria y el empleo: los recorridos de los jóvenes en el Gran Buenos Aires", en *Revista Estudios de Trabajo*, Número. 26 – Segundo Semestre de 2003, Asociación Argentina de Estudios de Trabajo (ASET). A modo de comparación, en 1958 los ingresos percibidos por el sector más próspero de la sociedad argentina era aproximadamente ocho veces el del sector más pobre. Para el año 2002, la brecha pasó a ser más de 37 veces. Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), antes de la devaluación ocurrida en el 2002, la población por debajo de la línea de pobreza alcanzaba el 53 por ciento (aproximadamente 18,5 millones de personas) y casi el 25 por ciento (8,7 millones de personas) de la población era considerada indigente; entre diciembre 2001 y abril 2002 hubo una caída del 40 por ciento de los salarios.

35 Durante el segundo semestre del 2006, el 19,2 por ciento de hogares están bajo la línea de la pobreza, representando el 26,9 por ciento de la población. El 6,3 por ciento de hogares y 8,7 por ciento



de personas están bajo la línea de indigencia, disponible en <http://www.indec.gov.ar>.

36 La proporción de trabajos estables con derecho a pensiones y seguro de salud es marcadamente más baja entre los pobres. Por ejemplo, el 60 por ciento de los no pobres que trabajan tiene acceso a seguros de salud a través de su trabajo, mientras que únicamente el 12 por ciento de los pobres recibe estos beneficios. Leonardo Gasparini, *supra*.

37 Entrevista con el Dr. Julio Ainstein, ex Director de Salud Mental, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, y la Dra. Patricia Esmerado, ex Directora Adjunta, Hospital Interzonal José Estévez (1 de junio de 2004).

38 Entrevista con el Dr. Antonio E. Di Nanno, Coordinador de la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación (27 de junio de 2005).

39 *Ídem*.

40 La Mesa Federal es un espacio intergubernamental e intersectorial que se creó en 2006. Se propone con el objetivo de promover una política pública en salud mental que incluya la perspectiva de derechos humanos como base ético-legal, e impulsar transformaciones institucionales para la aplicación de buenas prácticas en salud mental. Ver punto VI.A.1 de este Informe, "Iniciativas prometedoras de reforma del sistema de salud mental".

41 Entrevista con el Dr. Antonio E. Di Nanno, Coordinador de la Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación (16 de julio de 2007).

42 Organización Mundial de la Salud, Mental Health Atlas-2005: Country Profile, Argentina (2005), disponible en http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles_countries_a_b.pdf [en adelante Mental Health Atlas].

43 *Ídem*.

44 Estos datos fueron actualizados a partir de la realización de entrevistas, por ejemplo con el Dr. Leo Zavattaro, Director del Hospital Cabred, (25 de julio de 2007) y el relevamiento de fuentes secundarias (por ejemplo, Consejo Directivo Provincial, "No. 44/2006: El presupuesto de salud previsto para el 2007 significa el entierro", del 18 de diciembre de 2006, disponible en <http://www.cicop.org.ar/modules.php?name=News&file=print&sid=91>).

45 Entrevista con el Dr. Julio Ainstein, ex Director de Salud Mental, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, y la Dra. Patricia Esmerado, ex Directora Adjunta, Hospital Interzonal José Estévez (1 de junio de 2004).

46 "En Argentina, para tomar sólo algunos datos significativos, según un informe de Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA), en el primer trimestre del 2002 las consultas psiquiátricas habían crecido casi 300 por ciento. En la provincia de Tucumán, la directora provincial de Salud Mental, Lic. Marcela Lemaitre, informó un 30 por ciento de aumento en las consultas de salud mental en el sistema público, para el mismo período. Algo similar ocurre en Mendoza donde las consultas en los neuropsiquiátricos se incrementaron entre el 20 y 25 por ciento. En Córdoba, en el año 2004, el director de Salud Mental de la provincia, Osvaldo Navarro, planteó que más de un 50 por ciento de la demanda en los centros periféricos sanitarios de la capital cordobesa, estaba relacionada con problemas económicos y de vivienda, como consecuencia de la pérdida del trabajo o la inestabilidad laboral". En CELS: Derechos Humanos en Argentina. Informe 2004, Editorial Siglo XXI, Argentina, 2004, pág. 533.

47 Entrevista con el Dr. Julio Ainstein, ex Director de Salud Mental, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, y la Dra. Patricia Esmerado, ex Directora Adjunta, Hospital Interzonal José Estévez, *supra* (1 de junio de 2004).

48 *Ídem*.

49 *Ídem*.

50 *Ídem*.

51 Fuente: Unidad Coordinadora Ejecutora de Salud Mental y Comportamiento Saludable del Ministerio de Salud de la Nación (27 de junio de 2005).

52 *Ídem*.

53 Mental Health Atlas, *supra*, pág. 63.

54 *Ídem*.

55 Constitución Nacional, *supra*, art. 31.

56 Programa de Asistencia Primaria en Salud Mental, ley 25.421, sancionada en el año 2001 [en adelante, ley 25.421].

57 *Ídem*.

58 Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, N° 153, sancionada en el año 1999 [en adelante, ley 153], art. 48.

59 *Ídem*.

60 Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, N° 448, sancionada en el año 2000 [en adelante, ley 448], arts. 12 y 13 (a).

61 *Ídem*, art. 2 (c).

62 *Ídem*, art. 2 (e).

63 Para más información acerca de estas iniciativas, véase el capítulo VI.

64 Entrevista con miembros del Foro de Instituciones de Profesionales en Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (FORO), ciudad de Buenos Aires (4 de junio de 2004 y 28 de septiembre de 2006). El FORO está formado por 20 instituciones que trabajan en el sector de salud mental y representa aproximadamente a 9000 profesionales.

65 Ley N° 2180 de Presupuesto de la Administración del Gobierno de la Ciudad, ejercicio 2007. Boletín Oficial N° 2594 de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 28-12-2006 Disponible en http://www.buenosaires.gov.ar/areas/leg_tecnica/boletines/20061228.htm

66 De acuerdo a la información que nos brindó la Dirección General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires el monto destinado a salud mental incluye el presupuesto ordinario más los créditos otorgados por organismos internacionales (1 de agosto de 2007).

67 Entrevista con el Dr. Carlos de Lajonquiere, Director General de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, *supra* (18 de julio de 2007).

68 Entrevista con el Dr. Ricardo Soriano, ex Director de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires (2 de junio de 2004).



Lic. en Psicología. Diploma de Gestión Pública IPAQ. Docente de la cátedra Psicología institucional, Facultad de Psicología UNLP. Directora del programa de Abordajes Múltiples (P.A.M.) Secretaría de Infancia, provincia de Bs. As.
E-mail: orleansclau@hotmail.com

Lo que se está configurando es, ciertamente, la construcción de un nuevo modo de tratar con el sufrimiento mental, acogiendo y cuidando efectivamente a los sujetos, y la construcción, consecuente, de un nuevo lugar social para la diversidad, la diferencia y el sufrimiento⁽¹⁾

Amarante, 2009

Presentación del libro *Vidas arrasadas*

El fragmento que se transcribe sobre el libro *Vidas arrasadas*, se inscribe en un exhaustivo informe producido por el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y el Mental Disability Rights Internacional (MDRI) sobre la situación de las instituciones de atención de personas con padecimiento mental en la Argentina. El informe toma un período histórico que va desde el 2004 al 2007, para dar cuenta de la compleja situación económica, social, comunitaria y legal que atraviesan las personas con padecimiento mental en los procesos de internación en la Argentina, tomando para su relevamiento distintos hospitales monovalentes y unidades carcelarias.

Desplegando distintos puntos de problematización, que tienen que ver con la real situación en la que se encuentran las personas al interior de los hospitales públicos de atención en salud mental, pone en interrogación y tensión los campos de saber en los que se inscriben las prácticas del internamiento. Las urgencias históricas a las que dieron respuestas estas prácticas, plasmadas en datos duros en el informe, constituye un valioso punto de partida para pensar los lineamientos de una política pública que se pretenda garante de los derechos humanos.

Quienes habitaron y habitan, en estos centros de atención, tal como se señala en el libro, comparten denominadores comunes, producto de

una política en salud mental que respondió a una práctica de exclusión social, de segregación, negando el acceso universal a los derechos humanos. Población que se muestra desarraigada de sus territorios de origen, sin comunidad, carentes de toda capacidad de autonomía, quebrantados sus vínculos sociales, afectivos, sin posibilidad de pensarse en un proyecto de vida que los coloque en un nuevo lugar social.

El informe del CELS establece recomendaciones, abre puertas, organiza estrategias, pero también aporta interrogantes, vinculados a la formación profesional, a los proyectos de formación universitaria y las políticas públicas. Interrogante que sitúa la dimensión ética y política.

El texto plasma y documenta prácticas violatorias de los derechos humanos, no solo puestas de manifiesto en los tratos inhumanos que padecen las personas en los lugares de encierro, sino que pone en visibilidad el reforzamiento que de las mismas produce el entramado de discursos legales y prácticas profesionales, que sostienen la atemporalidad de la práctica del internamiento. Bajo el nombre "pacientes sociales", se justifica la captura que viven estas personas, privadas de libertad por el solo hecho de presentar carencias económicas, sociales, vinculares. Pobres atendidos en instituciones carentes, marcan el defondamiento institucional de las políticas públicas durante el neoliberalismo.



Como hemos señalado el Informe del CELS, establece recomendaciones, que a la luz de este momento histórico podemos señalar que se ven plasmadas en los cambios normativos establecidos en la nueva Ley Nacional de Salud Mental y su reciente reglamentación. Asimismo, en las líneas del texto se encuentran experiencias como las de la provincia de Río Negro o San Luis, entre otras, que dan cuenta de una mirada radicalmente distinta para pensar las políticas públicas en salud mental. La gestión intersectorial arroja líneas de abordaje sobre la diversidad de variables que se ponen en juego, al momento de diseñar políticas inclusivas y de des-institucionalización, requiriendo la participación activa de todos los actores sociales involucrados.

En varios apartados del texto se refuerza la idea de los daños que causa a las personas y las limitaciones que genera una política de salud mental centrada en el aislamiento y la segregación. Puntualiza el informe:

“Al encerrar a miles de individuos en grandes instituciones, en vez de proveer alternativas a la institucionalización -tales como el alojamiento, los servicios y los apoyos ubicados en la comunidad-, Argentina está causando un daño incalculable a personas que, con los servicios y apoyos apropiados, podrían llevar adelante vidas productivas y sanas. La segregación de estas personas de sus vínculos familiares, de oportunidades y de sus comunidades, sin ninguna otra opción que no sea la institucionalización, aumenta su aislamiento, potencia su discapacidad y hace que la posibilidad de que regresen a regirse y valerse por sí mismos sea inmensamente más dificultosa.” (Vidas Arrasadas, pag. 91)

Es prioritario producir otros ordenamientos en los dispositivos institucionales, y poder someter el campo de la salud mental a un proceso de interrogación crítica acerca de lo que ha producido (encierro, aislamiento, muerte).

Asimismo es insoslayable poder generar condición de posibilidad, económica, política, comunitaria, universitaria, en donde poner en interrogación las formas que adoptan las prácticas y saberes en el diseño de políticas públicas en salud. Poner en tensión la dimensión del poder en los dispositivos institucionales diseñados para abordar y tratar a las personas con sufrimiento mental y/o con discapacidad intelectual, posibilitará pensar a la persona en lugar de sujeto de derecho y no como objeto de la intervención. Crear en el marco de otro paradigma nuevas institucionalidades garante y reconstitutiva de los derechos humanos es un compromiso ético y político de nuestras disciplinas académicas y profesionales.

Para concluir, el documento señala la potencialidad de recursos y saberes, con los que contamos para poder lograrlo.

“Sin embargo, mientras hay obstáculos importantes a vencer, Argentina tiene los recursos necesarios para comprometerse con un cambio significativo en la manera en la cual se prestan los servicios de salud mental públicos. El país cuenta con una amplia base de profesionales de la salud mental; modelos de reforma de salud mental reconocidos; leyes progresistas que favorecen la promoción de la atención de salud mental en la atención primaria, la formación de servicios ubicados en la comunidad y la desinstitucionalización.” (Vidas Arrasadas, pág. 92)

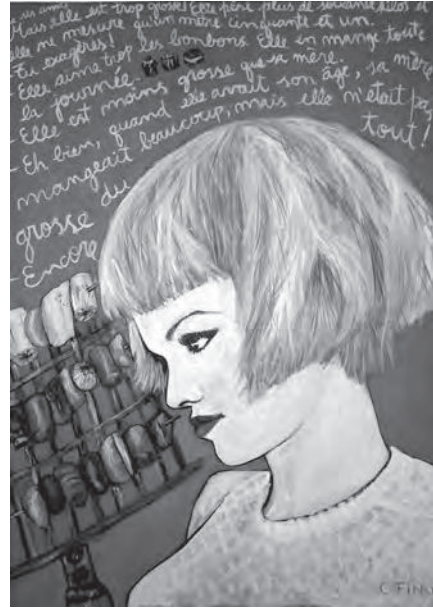
Notas

⁽¹⁾ Amarante, P.: Superar el Manicomio. Editorial Topia. 2009. Argentina

⁽²⁾ Centro de Estudios Legales y Sociales y el Mental Disability Rights Internacional: Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos. Editorial Siglo veintiuno. 2008. Argentina.



Claudia Fino. *Manger* - 2009



LITERARIAS

Poeta, ensayista, Licenciada en Filosofía (UBA). Autora de los libros de ensayo *Fornicar y matar* (Planeta, 2005) y *Entre el crimen y el derecho. El problema del aborto* (Planeta 2013); su último libro de poesía es *La comedia de los panes* (Hilos, 2011).

Aunque se "encierren" poemas, novelas o cuentos, en rubros o disciplinas, la literatura no es temática. Pero dispuestos a los encuentros, entre las palabras que dicen más que lo que dicen y el lector que hace el viaje, se produce el cruce donde estos textos se proponen como una caja de resonancia para el "tema" de la revista. Un poema de amor en un *dossier* sobre la locura... se lee como un poema que concierne a la locura... y no es error del lector.



hartó

¿terminó mal
antonin artaud?
¿o está bien muerto en su ataúd de pus ardida
harto de hipócrates
y otras injurias de
la ley?
: antaud desfigura edipos
tritutados con su morisque-
ta de afean
se iba o fue por tragar brujas kabuki
cucos mexicanos burbujeantes como
moscas
escandilado
desparrama sus perlas de mierdra
sobre los secos institutos
¿qué hacés antrod? ¿no te deja-
bas agregar?
: en el esfuerzo estreya
brota de ojal u ojete un antodyn artod
flamante de sí mismo que
deja su cáscara o cascárria
flotar en las viejas cloacas del paris
“¿cómo se entiende?” preguntaron
miliviles
-deshago imperfetos embocados esquizitos
arruino
los antojadizos
antifaces
tram truc antrin antrok
eso no te podían permitir
ni te permitían poder artodyn
: indujeron la falta hasta por las cucas
arteriales
te cayeron
íste de la curda realidad
a esta famélica ficción
en que muerto estás en tu artaúd
¿o seguís produciéndote en la
fricción
destos trozos de
tramoya
partís flujos
como si fueran cuerpos de
crujir
deseantes de vos
antonito?
eso no se sabe
estamos como monos que hacen
grazia
: quizás vendrían nuevas especies trans
umanas
a empalmar los siete sexos
que se abren
a tu nabe de agujeros
por ahora solo
nos queda desarmar
la vida muerta
despeyejar
el animal humano
y el artilujio
de enterrarlo
en la garganta gigante de la lengua.

Daniel Martucci (Buenos Aires 1957/2011) publicó *Peste Bufónica* (Ultimo Reino 1992, reeditado por Lamás Médula en 2011), al cual pertenece este poema y *Cámara Profana* (Ultimo reino 2004). Está en preparación la publicación de su libro inédito *Fixionauta*, obra de teatro para Esquizolimbo, por Ediciones Lamás Médula.



Mariposas de Koch

Dicen que escupo sangre, y que pronto moriré. ¡No! ¡No! Son mariposas, mariposas rojas. Veréis.

Yo veía a mi burro masticar margaritas y se me antojaba que esa placidez de vida, esa serenidad de espíritu que le rebasaba los ojos era obra de las candidas flores. Un día quise comer, como él, una margarita. Tendí la mano y en ese momento se posó en la flor una mariposa tan blanca como ella. Me dije: ¿por qué no también?, y la llevé a los labios. Es preferible, puedo decirlo, verlas en el aire. Tienen un sabor que es tanto de aceite como de yerbas rumiadas. Tal, por lo menos, era el gusto de esa mariposa.

La segunda me dejó sólo un cosquilleo insípido en la garganta, pues se introdujo ella misma, en un vuelo, presumí yo, suicida, en pos de los restos de la amada, la deglutida por mí. La tercera, como la segunda (el segundo, debiera decir, creo yo), aprovechó mi boca abierta, no ya por el sueño de la siesta sobre el pasto, sino por mi modo un tanto estúpido de contemplar el trabajo de las hormigas, las cuales, por fortuna, no vuelan, y las que lo hacen no vuelan alto.

La tercera, estoy persuadido, ha de haber llevado también propósitos suicidas, como es propio del carácter romántico supponible en una mariposa. Puede calcularse su amor por el segundo y asimismo pueden imaginarse sus poderes de seducción, capaces, como lo fueron, de poner olvido respecto de la primera, la única, debo aclarar, sumergida -muerta, además- por mi culpa directa. Puede aceptarse, igualmente, que la intimidad forzosa en mi interior ha de haber facilitado los propósitos de la segunda de mis habitantes.

No puedo comprender, en cambio, por qué la pareja, tan nueva y tan dispuesta a las locas acciones, como bien lo había probado, decidió permanecer adentro, sin que yo le estorbase la salida, con mi boca abierta, a veces involuntariamente, otras en forma deliberada. Pero, en desmedro del estómago pobre y desabrido que me dio la naturaleza, he de declarar que no quisieron vivir en él mucho tiempo. Se trasladaron al corazón, más reducido, quizás, pero con las

comodidades de un hogar moderno, por lo que está dividido en cuatro departamentos o habitaciones, si así se prefiere nombrarlos. Esto, desde luego, allanó inconvenientes cuando el matrimonio comenzó a rodearse de párvulos. Allí han vivido, sin que en su condición de inquilinos gratuitos puedan quejarse del dueño de casa, pues de hacerlo pecarían malamente de ingratitud.

Allí estuvieron ellas hasta que las hijas crecieron y, como vosotros comprenderéis, desearon, con su inexperiencia, que hasta a las mariposas pone alas, volar más allá. Más allá era fuera de mi corazón y de mi cuerpo.

Así es como han empezado a aparecer estas mariposas teñidas en lo hondo de mi corazón, que vosotros, equivocadamente, llamáis escupitajos de sangre. Como véis, no lo son, siendo, puramente, mariposas rojas de mi roja sangre. Si, en vez de volar, como debieran hacerlo por ser mariposas, caen pesadamente al suelo, como los cuajarones que decís que son, es sólo porque nacieron y se desarrollaron en la obscuridad y, por consiguiente, son ciegas, las pobrecitas.

Antonio Di Benedetto (Mendoza, 1922 / Buenos Aires, 1986), publicó *Mundo Animal*, al que pertenece este cuento, en 1953. Otros libros: *Zama*, *Declinación y ángel*, *El cariño de los tontos*, *El silenciero*, *Los suicidas*, *El juicio de Dios*, *Absurdos*, *Cuentos del exilio*, *Sombras*, nada más. Fue apresado en su despacho del diario *Los Andes* por la dictadura militar el 24 de marzo de 1976 y excarcelado más de un año después, exiliado en Madrid y vuelto a la Argentina en 1984.



Claudia Fino. *Pudor*. 2000



NOVEDADES

XXVII Jornadas Científicas H.I.G.A. "Dr. R. Rossi"

Organizadas por el Servicio de Docencia e Investigación -Jefa Dra. Susana Ibañez- los días 13, 14 y 15 de noviembre del corriente año, se realizarán las "XXVIII Jornadas Científicas del H.I.G.A. Rossi".

El propósito general de las Jornadas Científicas Anuales del Hospital Rossi, desde su inicio en el año 1984, ha sido generar un espacio para que todos los Servicios (profesionales y no profesionales), y las Residencias de nuestro hospital puedan participar a través de la presentación de trabajos de investigación, elaborados en su propio ámbito de trabajo, con los siguientes objetivos:

1-Realizar diagnósticos de situación que permitan implementar medidas de impacto institucional, que apunten a mejorar la calidad asistencial

2-Fomentar la participación interdisciplinaria en la realización de los trabajos

3-Estimular el hábito de la investigación en servicio como actividad formativa (capacitarse en la elaboración e interpretación de estudios de investigación), y como herramienta de evaluación continua acerca de la realidad de cada servicio o sector.

El permanente aporte realizado por los distintos Servicios de nuestro Hospital, a través de la presentación de más de 830 trabajos a lo largo de 27 años, ha permitido alcanzar los

Programa de Investigaciones Clínicas (PIC)

Organizado por la Asociación de Psicoanálisis de La Plata (APLP), durante el ciclo lectivo 2013, en el Hospital Dr. R. Rossi y en el Hospital San Martín, se realiza mensualmente la Puntuación de Casos clínicos. Cada presentación clínica permite situar tanto el saber hacer del analista que lleva adelante esa cura, como el valor que el psicoanálisis le otorga al detalle clínico, al despejar del universal lo particular que implica el síntoma para cada sujeto.

En coordinación con estas presentaciones clínicas se llevan a cabo, en la Biblioteca Central de la Provincia de Bs. As., las siguientes Conferencias del Instituto Oscar Masotta (IOM2) y la APLP:

- Angustia y Pasaje al acto
- Problemas actuales: la fobia y sus transformaciones
- La captación de la angustia por el síntoma

Participan del PIC: Enrique Acuña, Leticia García, Cecilia Fasano, Mauricio González, Germán Schwindt, Inés García Urcola, Iván Pelitti, Gabriela Rodríguez,

Laura Arroyo, Pablo Fernández, Marcelo Ale, Daniela Ward.



▪ **Dirección** ▪

Lic. Cecilia Fasano

▪ **Dirección Adjunta** ▪

Dra. Inés García Urcola

▪ **Reportaje** ▪

Germán García
Analía Regairaz
Verónica Cruz
Macarena Sabín Paz
Aníbal Goldchluk

▪ **Escriben** ▪

Enrique Acuña
Emilio Vaschetto
Leonardo Gorbacz
Lilián Alvarado
Paola Boccalari
Iván Pelitti
Cecilia Fasano
Elena Levy Yeyati
Gabriela Rodríguez
Inés García Urcola
Marcela Reichert
Leticia García
Clara Weber Suardiaz
Claudia Orleans
Laura Klein
Daniel Martucci
Antonio Di Benedetto