



# UNIVERSIDAD NACIONAL de MAR DEL PLATA

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

La Salud Mental en Río Negro. Alcances y limitaciones en el proceso de transformación hacia la implementación de la Ley 2440: "De promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental".

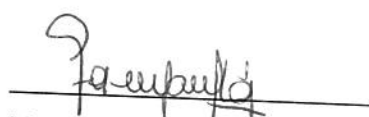
- Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/10
- Tesista: Agustina Hernández                      Matrícula: 6615/04
- Supervisor: Lic. Más, Fermín

Nº CLASIFICACION	ADQUISICION
f-ps H	Psse
	Nº INVENTARIO:
	R-01453



Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de la alumna Agustina Hernández, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes, o resumirse, sin previo consentimiento escrito de la autora.

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por la alumna Agustina Hernández, matrícula 6615/04, conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 5 días del mes de abril del año 2015.




Lic. Más, Fermín.

Supervisor.

## *Evaluación del supervisor*

La tesista Agustina Hernández ha desarrollado una relevante investigación sobre el sistema de servicios de atención a la salud mental en la ciudad de Bariloche y sus relaciones tanto con el proceso de transformación llevado a cabo a nivel provincial de Río Negro (una experiencia paradigmática en nuestro país) como con los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental. Desde el primer momento, la tesista manifestó un fuerte interés en aportar conocimiento sobre este fenómeno, aprovechando su residencia en la ciudad rionegrina, y ha sido prácticamente la ejecutora de todo el proceso investigativo, que constó de documentación, observación y entrevistas a informantes calificados. La evidencia empírica parece configurarse en forma y sentido correspondientes a la hipótesis de trabajo, que anticipaba que nos encontraríamos con más discrepancias que correspondencias entre los agentes de salud mental de la localidad, y entre los discursos y las prácticas. Se trata de un fenómeno que aparece de manera convergente en varias otras investigaciones que me ha tocado acompañar, y que hasta ahora hemos tendido a entender como una transición paradigmática hacia un modelo sociocomunitario de salud mental. Complementariamente, el grado de cumplimiento de los objetivos planteados ha sido satisfactorio, pudiendo encontrar algunos planteos que se distancian de lo que tendería a plantear el sentido común acerca del uso de diagnósticos, las relaciones entre internaciones y externaciones, el lugar de los dispositivos de media estadía, etc. Por todo esto, quiero resaltar el trabajo realizado por Agustina, por la fuerza y la capacidad de trabajo para sostener ella sola todo el proceso investigativo, por la actitud de revisión y aprendizaje constantes, además de dejarnos la posibilidad de ampliar nuestros conocimientos sobre el fenómeno de la salud mental en aquel territorio tan emblemático para nuestro campo, desde la perspectiva de los propios actores.



Atento al cumplimiento de los requisitos prescritos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por la alumna Agustina Hernández, matrícula 6615/04.

Firma y aclaración de los miembros integrantes de la Comisión Asesora.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Título del proyecto:

**“LA SALUD MENTAL EN RÍO NEGRO.  
ALCANCES Y LIMITACIONES EN EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN HACIA LA  
IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY 2440: “DE PROMOCIÓN SANITARIA Y SOCIAL DE LAS  
PERSONAS QUE PADECEN SUFRIMIENTO MENTAL”.  
ESTUDIO DE CASO: LOCALIDAD DE SAN CARLOS DE BARILOCHE.”**

PLAN DE TRABAJO PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN DE PREGRADO

**Autora:**

Agustina Hernández. Mat 6615/04

**Director:**

Lic. Fermín Más.



## DESCRIPCION RESUMIDA

### Título del Proyecto:

“La Salud Mental en Río Negro. Alcances y limitaciones en el proceso de transformación hacia la implementación de la Ley 2440: “De promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental”. Estudio de caso: Localidad de San Carlos de Bariloche.”

### Resumen:

Se trata de una investigación no experimental, un estudio de caso con corte transversal y alcance descriptivo, en el que se pretende producir conocimiento sistemático sobre la experiencia de desmanicomialización llevada a cabo en la Provincia de Río Negro, tomando como caso de estudio particularmente a la localidad de San Carlos de Bariloche.

Para ello, se desarrollarán tres relevamientos complementarios –entrevistas a informantes, análisis de registros institucionales y observación de servicios– aplicando análisis de datos basados en teoría fundamentada, asumiendo como hipótesis de trabajo la coexistencia de al menos dos paradigmas de Salud Mental Comunitaria: el asistencial tecnocrático y el promocional.

Palabras Clave: Salud Mental Comunitaria - desmanicomialización- transformación.

## DESCRIPCION DETALLADA

Título del Proyecto:

“La Salud Mental en Río Negro. Alcances y limitaciones en el proceso de transformación hacia la implementación de la Ley 2440: “De promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental”. Estudio de caso: Localidad de San Carlos de Bariloche.”

### 1. MOTIVOS Y ANTECEDENTES

Con el retorno de la democracia a nuestro país a principios de los años '80, comienza a desarrollarse una nueva forma de ver y tratar la locura, el modelo de Salud Mental Comunitaria. Este modelo que prioriza la inclusión social y los derechos de las personas, tiene sus raíces en la experiencia de Trieste en Italia con el movimiento iniciado en la década del '60 por Franco Basaglia, psiquiatra que condujo la discusión por los derechos de los pacientes psiquiátricos a la agenda política. Este proceso de reforma en Italia tuvo como hito fundacional, la sanción de la ley 180, en el año 1978 (Giannichedda, 2012; Galende, 2008).

La referida transformación se legitima a nivel internacional con la llamada Declaración de Caracas, realizada en noviembre de 1990 en el marco de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada por la Organización Mundial de la Salud. En esta declaración se plantea la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos por sistemas basados en la comunidad. En la Declaración también se remarca que el presupuesto para salud mental debería acercarse al diez por ciento del presupuesto total en salud. La Declaración de Caracas fue ratificada en el año 2001 en Ginebra y en 2007 en Brasilia (Vázquez, 2004; Cohen 2009; Rodríguez, 2007).

El director del Programa de Salud Mental en Río Negro, Hugo Cohen, que además se desempeña como Asesor Subregional en Salud Mental para Sudamérica por la Organización Panamericana de la Salud, fue uno de los protagonistas de la Declaración de Caracas. La Provincia de Río Negro se considera pionera en el país en este proceso de transformación hacia un modelo de Salud Mental Comunitaria. Desde el año 1983, comenzó un proceso de cambio dentro de los lineamientos para el trabajo en Salud Mental. Se trabaja sobre los “manicomios”, tratando de humanizarlos y mejorar la situación de abandono en que se encontraban los internados (Cohen y Natella, 2009).

Siguiendo el trabajo coordinado por Hugo Cohen (Abaca et al. 2007), sabemos que hasta entonces los pacientes con alteraciones mentales eran derivados al único hospital dedicado a este tipo de padecimientos en Río Negro, el Neuropsiquiátrico de Allen, que concentraba el 90% de los hospitalizados. Algunos pacientes, provenientes de la zona atlántica se derivaban a Carmen de Patagones (Provincia de Buenos Aires) y en menor medida al Borda, Montes de Oca, Melchor Romero, Moyano, etc. Los pacientes provenían en su mayoría de localidades alejadas, con el consecuente desarraigo de su medio habitual por largos períodos.

El total de trabajadores de Salud Mental era de 64 en toda la Provincia; 54 estaban en el Neuropsiquiátrico de Allen; el resto distribuidos en los hospitales de Bariloche, Cipolletti, Roca, Regina,

Viedma o Huerdo. En su mayoría prestaban atención individual y no funcionaban como equipo (Abaca et al. Óp. cit.).

En mayo de 1985 se hace cargo del Programa de Salud Mental de Río Negro el Dr. Hugo Cohen. En agosto de 1984 se celebra en Allen el Primer Encuentro Provincial de Salud Mental y en junio de 1985 el Primer Encuentro Patagónico (Abaca et al. Ibíd.).

A partir de las conclusiones del encuentro, comienza a construirse la modalidad de trabajo en equipo, impulsado por la nueva gestión. Se propone la creación del cargo de coordinador zonal de Salud Mental y se fortalece el proceso de externación de pacientes, iniciado en años anteriores (Abaca et al. Ibíd.).

En el año 1991 se sanciona la Ley N° 2440, de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental, que se propone "la recuperación de la identidad, la dignidad y el respeto de la persona con sufrimiento mental". Concibe la internación psiquiátrica como último recurso, luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas. El objetivo de máxima es la reinscripción comunitaria de aquellos pacientes que para la psiquiatría convencional tendrían un único destino: la internación neuropsiquiátrica (Abaca et al. Ibíd.).

La Ley fue aprobada en septiembre de 1991 y reglamentada en 1992, fecha en la que entra en vigencia.

La nueva ley de salud mental a nivel nacional, Ley 26657, Decreto reglamentario 603/2013, viene a legitimar este proceso de transformación y lo impulsa en todas las provincias.

En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 "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. El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental, entre otros, el derecho a que dicho padecimiento no sea considerado un estado inmodificable".

La modalidad de abordaje propuesta por la ley nacional consiste en la construcción de la Red de Servicios con Base en la Comunidad, que implica una nueva manera de gestión de la demanda en el seno de comunidad. Se considera el paradigma de Salud Mental Comunitaria, integrador de diversas disciplinas como la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, la terapia ocupacional, el saber de la comunidad y la del propio usuario, entre otros como el trabajo intersectorial, solidario, participativo y territorial, es el modelo a seguir.

### Situación Actual en la Provincia de Río Negro

Como dijimos, con el retorno a la democracia en nuestro país, comienza un proceso de cambio de paradigma en salud mental, proceso en el cual nos topamos con diversas resistencias propias de todo cambio de paradigma y la consiguiente persistencia del paradigma anterior que resulta incompatible con el nuevo.

Luego de 23 años de la sanción y progresiva implementación de la ley 2240, en lo que respecta a la salud, coexistirían aún dos paradigmas contradictorios, incompatibles entre sí, de los que se desprenden dos modelos de atención que rigen la práctica en los servicios de Salud Mental de la Provincia.

Rige entonces un “**paradigma tecnocrático**” de salud, que se caracteriza por recortar en los individuos un plano físico y un plano mental, disociando así la necesaria unidad físico-mental del individuo. Define la enfermedad, como una perturbación que surge “de” y “en” el organismo, y la enfermedad mental como una perturbación que surge “de” y “en” los vínculos familiares y sociales.

La salud es poseída o no por el individuo y no por la familia o la comunidad. Su restauración corresponde únicamente a instituciones técnicas, y su veredicto, a los profesionales competentes.

Paralelamente, comienza a regir un **paradigma alternativo**, para el cual la salud es un proceso histórico, social y esencialmente político, resultante de los estilos y condiciones de vida de los pueblos y determinado y condicionado por múltiples factores, incluyendo los ambientales.

La salud es, desde el punto de vista cualitativo, un proceso colectivo de integración de los elementos conflictivos de una sociedad, el cual demanda una participación activa y comprometida de todos sus integrantes. La atención integral de la salud incluye un conjunto de medidas sanitarias, socio-culturales, científico-técnicas, económico-políticas, legislativas, éticas y organizacionales, que se encuadran en una perspectiva compleja de la vida del sujeto y la sociedad (Delgado, s/f).

Este paradigma alternativo es el paradigma biopsicosocial, que se expresa en: la integración de los equipos; la dinámica interna de trabajo; la distribución de las tareas y el reconocimiento paritario de los diversos saberes (Cohen, 2009; Almirón 2008). Este es el pensamiento complejo del que nos habla Morin (2003), que nos lleva a pensar en lo multidisciplinario, lo interdisciplinario y lo trasdisciplinario como metas, como diferentes niveles de integración a alcanzar en el trabajo en el campo de la Salud Mental (Tuzzo, 2004; Stolkiner, 1999).

Pensamos el concepto de Salud Mental siguiendo a Almirón (2008) como un “rizoma”, un tallo subterráneo que se extiende bajo la tierra adquiriendo formas imprevisibles, estalla sobre la superficie regalando una planta tras otra. En una organización de los elementos que no sigue líneas de subordinación jerárquica, sino que cualquier elemento puede afectar o incidir en cualquier otro, dada esta complejidad se comprende la necesidad de este nuevo paradigma.

De estos dos paradigmas, el biomédico o tecnocrático y el alternativo o biopsicosocial, se desprenden dos modelos de atención en salud mental que Cohen conceptualiza como modelo tradicional de asistencia institucional y modelo de Salud Mental Comunitaria Promocional (Abaca et al., 2007).

Cohen realiza un contrapunto de estos dos modelos.

*El modelo tradicional tiene un enfoque asistencial e individual. Se aborda la problemática del paciente en forma individual, trabajando sobre y para el paciente. Se lo atiende en un ámbito cerrado que sólo reconstruye realidades parciales. Se psiquiatriza o psicologiza la problemática. El paciente se encuentra excluido de las discusiones y decisiones que hacen a la construcción de las estrategias que apuntan a su proceso de curación. Al centrarse éstas en manos del profesional, al paciente se le asigna un lugar pasivo. Se realiza la internación, generalmente*



*prolongada, de los pacientes en lugares especializados. La rehabilitación se basa en la terapia ocupacional o laborterapia en talleres protegidos.*

*El modelo de Salud Mental Comunitaria, por el contrario, tiene un enfoque promocional, comunitario, de trabajo en equipo. Se aborda la problemática del paciente de manera socio-familiar. Se valoran sus aspectos sanos. Se trabaja con el paciente y con el ambiente que lo rodea. El sujeto se integra a las estrategias que apuntan tanto a la resolución de la crisis como a su reinserción social, cumpliendo un papel activo. Se apoya de manera directa y cotidiana a la familia en la fase aguda de la crisis. La internación es preferentemente domiciliaria, si se requiere de internación hospitalaria se trata de que ésta sea breve y se realiza en la sala general de los hospitales generales. Se potencian las habilidades y capacidades de los sujetos. Se apunta a la rehabilitación laboral en empresas sociales. Se recurre a la confluencia de diferentes saberes para la resolución de la crisis. Se responsabiliza a la persona en su tratamiento. Se trabaja sobre los derechos y necesidades de las personas gestionando y procurando su satisfacción. Se promueve la horizontalización de los vínculos (Abaca et al., 2007).*

El presente trabajo se propone investigar la evaluación que hacen los principales agentes involucrados <sup>en</sup> sobre la reforma llevada a cabo en la Provincia de Río Negro.

Se analizarán los alcances y limitaciones en la implementación de la Ley 2440 en la Provincia de Río Negro en base a los testimonios de los propios trabajadores de los servicios que se deriven de las entrevistas a informantes calificados; a la documentación relevante para el tema que pueda recopilarse y a la observación del funcionamiento de los diversos dispositivos con que se opera, tanto en el sector público como privado en diversas instituciones.

## 2. OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la experiencia de desmanicomialización en la Provincia de Río Negro y el proceso de transformación hacia el modelo de Salud Mental Comunitaria, analizando sus alcances y limitaciones, desde su implementación.

## 3. OBJETIVOS PARTICULARES:

- Reconstruir discursos y prácticas de atención de la salud mental plasmadas en la Ley 2440.
- Relevar la perspectiva y/o valoración subjetiva de los agentes principales que experimentaron dicha transformación institucional.
- Analizar correspondencias y discrepancias entre discursos, prácticas y perspectiva de los agentes.

## 4. HIPOTESIS:

En el ámbito de la salud mental en la Provincia de Río Negro, coexistirían al menos dos paradigmas: el asistencial tecnocrático y el promocional de salud mental comunitaria. Las discrepancias entre los diferentes agentes de salud y entre los discursos y las prácticas de atención darían cuenta de esta coexistencia.

## 5. METODOS Y TECNICAS

La realización de esta investigación supone la concreción de, por lo menos, tres relevamientos: (1) recolección de documentación y de registros institucionales, (2) administración de entrevistas a informantes y (3) observación.

En el primer caso, se seleccionarán documentos y registros institucionales que de alguna manera estén relacionados con la transformación institucional llevada a cabo en la Provincia de Río Negro; estos documentos podrán ser leyes, resoluciones, estatutos y/o actas institucionales, programas de reorganización de servicios de hospitales, ejercicios contables, boletines, nombramientos de personal, inauguración de dispositivos, producción de servicios, historias clínicas, prescripciones, derivaciones, etc., insumos que nos permitirán reconstruir prácticas de atención de la salud mental; (2) las entrevistas nos permitirán reconstruir la perspectiva y/o valoración subjetiva que hacen los principales agentes de la transformación institucional; para ello, se utilizarán como criterios de inclusión: ser o haber sido profesional y/o auxiliar del Hospital Zonal Bariloche o de alguna institución pública o privada cuya actividad este reglamentada por la ley 2440; En la entrevista a profesionales se preguntarán aspectos relacionados con el modo de trabajo con los pacientes, prácticas de internación-externación, prescripción de psicofármacos, articulación con familiares, comunidad, etc. Se indagará sobre las dificultades que perciben los agentes de salud a la hora de trabajar desde los dispositivos de atención acordes a la Ley 2440 y con la forma de abordaje de las problemáticas en salud mental que la misma propone. El tercer relevamiento consistirá en la observación de prácticas de atención llevadas a cabo en nuestros días en estas instituciones que han transitado la referida transformación, a partir de la rotación por los diferentes servicios.

Las estrategias de análisis que aplicaremos serán: (1) análisis de textos, entrevistas y otras documentaciones

basados en la teoría fundamentada de Glasser & Strauss (1967); (2) análisis de estadística descriptiva, en caso que haya registros cuantitativos como frecuencias, cantidades, producción, tasas, proporciones, períodos, etc. (3) reconstrucción de clasificaciones, con el objeto de ordenar la caracterización de las prácticas de atención en función de los discursos que atraviesan y/o han atravesado a la institución (Acevedo, 2000), y (4) análisis de correspondencias y discrepancias, basado nuevamente en teoría fundamentada (Glasser y Strauss, 1967).

## 6. LUGAR DE REALIZACION DEL TRABAJO

El proyecto de esta investigación se asienta en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, República Argentina.

El trabajo de campo se realizará en el Hospital Zonal Bariloche y los dispositivos que dependen del área de Salud Mental del mismo, este hospital se encuentra ubicado en la ciudad de San Carlos de Bariloche, Provincia de Río Negro, Argentina.

## 7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Elaboración del marco teórico	X	X	X									
Relevamiento documental		X	X									
Análisis de documentos			X	X	X							
Diseño de protocolos de entrevista						X						
Selección de los casos						X						
Trabajo de campo							X	X				
Análisis de entrevistas								X	X	X		
Análisis integrador										X	X	X
Redacción de informe final												X

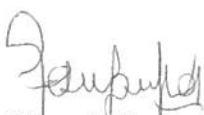
## 8. BIBLIOGRAFIA BASICA DE REFERENCIA

- Abaca, L. et al (2007). Trabajar en salud mental: la desmanicomialización en Río Negro. Ed. Lugar, Buenos Aires.
- Acevedo, M. (2000). La observación como recurso metodológico en el campo de lo institucional, Buenos Aires, Artículo Inédito.
- Almiron, L. M. (2008). Construcción rizomática del concepto de Salud Mental. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año XVII, Vol. 14, N° 4, junio de 2008, págs. 56 a 65.
- Cohen, H. (Comp.) (2009). Salud mental y derechos humanos: vigencia de los estándares internacionales. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2009. Disponible en:

[http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS\\_ARG/pub65.pdf](http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub65.pdf)

- Cohen, H. y Natella, G. (2009). Argentina: El Programa de Salud Mental en Río Negro. En “Salud Mental en la Comunidad” Cap. 28. OPS, 2009.
- Delgado, L. (s/f). Reconversión del sistema de salud. Diagnóstico y propuestas para el cambio. Artículo Inédito.
- Galende, E. (2008). Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser. 1ª ed. Editorial: Lugar: Buenos Aires.
- Giannichedda, M.G. (2012) “La experiencia de desmanicomialización en Trieste” Conferencia Internacional y Abierta Sobre Salud Mental. Fundación Sur Argentina, 8 de mayo de 2012. C.A.B.A. Disponible en <http://www.kennedy.edu.ar/DocsDep18/Psicolog%C3%ADa%20Institucional%20y%20de%20las%20Organizaciones/Conferencia%20Internacional%20sobre%20Desmanicomializaci%C3%B3n%20en%20Trieste.pdf>
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). The discovery of Grounded Theory Strategic for qualitative research. Aldine Publishing Company: New York.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Disponible en <http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-la-comunidad/ley-nacional-de-salud-mental-no-26657>
- Ley de Salud Mental de la Provincia de Río Negro, LEY N° 2.440 “Salud Mental. Tratamiento y Rehabilitación de las personas con Sufrimiento Mental” Sancionada el 11/09/1991
- Morín, E. (2003). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona, España: Gedisa Editorial.
- Rodríguez, J. (Ed.) (2007). La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C: OPS, 2007.
- Stolkiner, A. (2003). Nuevos enfoques en Salud Mental. 14º Congreso de Arquitectura e Ingeniería hospitalaria. Buenos Aires.
- Vásquez, Javier (2004). La Declaración de Caracas: un instrumento esencial para la promoción y protección de los Derechos Humanos de las personas con discapacidades mentales.

Disponible en: [www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/documento\\_declaracion\\_de\\_caracas\\_j\\_vasquez.doc](http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/documento_declaracion_de_caracas_j_vasquez.doc)



Firma del Supervisor

P/ Área de investigación

Resultado de la evaluación

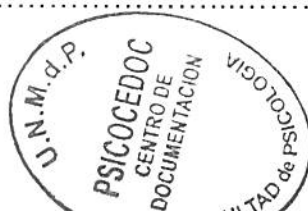
Fecha:



Firma del alumno

## ÍNDICE

1.	Introducción.....	6
	1.1 Marco Teórico	
-	¿Qué es locura y qué es cordura? ¿Qué es salud y qué es enfermedad? ¿Lo normal y lo anormal?.....	6
-	La modernidad y Los manicomios.....	6
-	Crisis de la modernidad y desmanicomialización.....	9
	1.2 Metodología.....	15
2.	Comparación entre Ley 2.440 y Ley 26.657. Conceptos principales de la reforma en salud mental. Definiendo categorías de análisis.....	20
3.	Sistema de Salud y Dispositivos.....	36
4.	Entrevistas y análisis categorial.....	43
	4.1. Análisis Intracategorías.....	43
-	Categoría 1: Concepto de Salud Mental.....	43
	Conclusión Categoría Concepto de Salud Mental.....	51
-	Categoría 2. Dispositivos y Redes.....	54
	Conclusiones Categoría Dispositivos y Redes.....	68
-	Categoría 3. Interdisciplina.....	69
	Conclusiones Categoría Interdisciplina.....	77
-	Categoría 4. Medicalización.....	78
	Conclusiones Categoría Medicalización.....	82
-	Categoría 5. Concepción de sujeto.....	83
	Conclusiones Categoría Concepción de Sujeto.....	86
-	Categoría 6. Internaciones.....	87
	Conclusiones Categoría Internaciones.....	94
-	Categoría 7: Políticas .....	95



Conclusiones Categoría Políticas.....	117
- Categoría 8: Agentes.....	117
Conclusiones Categoría Agentes.....	126
4.2. Análisis Intercategorías.....	128
- Desmanicomialización: Políticas, Perspectiva de los agentes, Medicalización, Dispositivos y Redes.....	129
- Concepto de Salud Mental, Concepto de Sujeto, e Internaciones.....	131
- Concepto de Salud Mental, Interdisciplina, Medicalización, Dispositivos.....	132
5. Conclusiones de la investigación.....	133
Discusión o Reflexiones Finales.....	138
6. Bibliografía de referencia.....	140
7. Anexo 1. Trabajo de Campo. Entrevistas Desgravadas.....	141

## 1. Introducción:

### 1.1. Marco Teórico

#### **¿Qué es locura y qué es cordura? ¿Qué es salud y qué es enfermedad? ¿Lo normal y lo anormal?**

Para poder comprender el proceso de transformación ocurrido en el modelo de atención en salud mental de la Provincia de Río Negro, en el período que abarca desde 1983 a la actualidad, se realizará un breve recorrido histórico del tratamiento que se ha dado a la salud mental en los siglos pasados.

A los fines de este trabajo, lejos de entrar en discusión sobre “padres” de las ideas, hitos históricos con año, nombre y apellido y recortes parciales de “la” realidad, interesa pensar que de acuerdo al contexto socio histórico y económico en que nos situemos, lo sano y lo enfermo, lo normal y lo anormal, el cuerdo y el loco serán definidos y tratados en consecuencia.

¿Qué entendemos por locura? Y ¿Qué hacemos con ella? Son preguntas que han sido respondidas de diversas maneras en el tiempo y en diferentes culturas. En este apartado se trabajará en torno a dos formas de responder la primera pregunta, de las que se derivan dos conjuntos de prácticas opuestas entre sí: los manicomios y la desmanicomialización.

#### **La modernidad y Los manicomios**

Nuestra cultura occidental moderna ha respondido a la pregunta por la locura desde criterios políticos y funcionales a un sistema de producción capitalista con el desarrollo de un saber-poder: la psiquiatría. Y a partir de su respuesta a la primera pregunta, con la idea de enfermedad mental y de peligrosidad, se responde a la segunda: el encierro de quienes no logran adaptarse al sistema y la medicalización de la vida cotidiana que, como formas de control social, se fueron profundizando. Tomando el análisis de Foucault haremos un breve recorrido de cómo se llega a esta respuesta.

Michel Foucault (1967), realiza el recorrido por la historia de la locura distinguiendo tres grandes momentos: (1) el Renacimiento, Siglo XV, época del embarco de los locos; (2) la época clásica en los siglos XVII y XVIII, encierro en el Hospital General; y

(3) la época moderna, la de la ilusión de su liberación por Pinel, como así también de su medicalización.

En las épocas previas a la modernidad, no había una conciencia médica de la enfermedad mental ni una disciplina que la tratara. Tampoco había un ordenamiento jurídico especial para estos individuos (Galende y Kraut, 2006).

El siglo XVIII comienza con un cambio profundo en la forma de existencia y en la conciencia de la locura. Siguiendo las exigencias filosóficas de una razón clara y distinta, sólo puede admitirse a la locura como error de la misma. El loco estaría fuera de la razón.

Estos cambios se producen en un contexto de crisis de las monarquías, previo a la Revolución Francesa. Desde comienzos del siglo XVII, la pobreza se extiende por toda Francia y por casi toda Europa; como efecto de ello se produce una emigración masiva del campo a las ciudades, en las que se va concentrando una creciente masa de marginados. La respuesta política de la monarquía es lo que Foucault llamó "El Gran Encierro", la creación de diversas instituciones destinadas a encerrar individuos que perturban el desenvolvimiento de la vida en la ciudad. Allí son llevados a la fuerza una cantidad de pobres, delincuentes menores, desocupados, prostitutas y locos. El Hospital General, una red de establecimientos en toda Francia destinados a esta internación masiva, se crea por Decreto Real en 1656. No sólo se consolida a partir de estos establecimientos la relación entre locura y encierro compulsivo, sino que al mismo tiempo se crea una sensibilidad social y política sobre la marginalidad y la peligrosidad (Galende y Kraut, 2006).

El loco del siglo XVII, un loco pacífico, aislado de su mundo cultural, vagando en el espacio de la ciudad o en sus márgenes, excluido pero gozando de cierta libertad, en nada se asemeja al loco del siglo XIX, furioso, maníaco, violento, peligroso o suicida que nace con el "Gran Encierro". El loco es despojado de todo derecho, no será más un ciudadano y, a partir del decreto de 1656, estará sometido de manera absoluta al poder del director del asilo (Galende y Kraut, 2006).

Los Estados modernos, creados luego de la Revolución Francesa, no modificaron esta situación, solamente decidieron depositar esta función judicial en el médico psiquiatra.

El saber supuesto del psiquiatra (...) calma a todos, especialmente a quienes podrían interrogarse por su responsabilidad con relación a la emergencia de la locura: se trata de una enfermedad como las otras del cuerpo, nadie debe sentirse responsable ni culpable de su

emergencia, ya que no son los vínculos humanos ni la razón su causa, sino el cerebro enfermo. Se puede así dejar de interrogar a la razón por este desvarío, a la familia por las condiciones de sus vínculos con el enfermo, a la sociedad por las condiciones de existencia en las que se sitúa el loco, a la religión por los efectos de la moral y las creencias: las únicas causas de la locura son naturales, es el cuerpo el que enferma al espíritu. (Galende, y Kraut, 2006).

Esta respuesta desde la medicina a la pregunta de la locura se enmarca en el auge de la medicina científica desde fines del siglo XVIII con su paradigma dominante que Menéndez (1988) definió como Modelo Médico Hegemónico:

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.

Según el mismo autor, este Modelo tendría como características estructurales

- el biologismo,
- la concepción evolucionista-positivista
- la a-historicidad, a-socialidad e individualismo de su delimitación de objeto, centrada en la enfermedad.
- la mercantilización,
- su adhesión a la racionalidad científica como criterio de exclusión de otras prácticas,
- la medicalización progresiva de crecientes esferas de la vida cotidiana
- y la relación asimétrica de poder entre sus actores (profesional-paciente, tecnócrata salubrista-población).

Este paradigma también llamado "tecnocrático", acorde al pensamiento dualista cartesiano de la modernidad, recorta en los individuos un plano físico y un plano mental, disociando así la necesaria unidad físico-mental del individuo. Define la enfermedad, como una perturbación que surge "de" y "en" el organismo, y la enfermedad mental como una perturbación que surge "de" y "en" los vínculos

familiares y sociales. La salud es poseída o no por el individuo y no por la familia o la comunidad. Su restauración corresponde únicamente a instituciones técnicas, y su veredicto, a los profesionales competentes (Delgado, s.f.).

### **Crisis de la modernidad y desmanicomialización**

En la década del '60 este Modelo Médico Hegemónico comienza a ser cuestionado como parte del movimiento contracultural de la época. En lo que refiere a salud mental por el movimiento de la Antipsiquiatría cuyos referentes fueron Ronald Laing y David Cooper en Inglaterra. Inspirado en este movimiento, toma fuerza la idea del trabajo con pacientes mentales crónicos en la comunidad con el modelo de Comunidad Terapéutica de Maxwell Jones (Inglaterra, 1953). (Sans, 2013).

La concepción de salud-enfermedad inherente a las prácticas hegemónicas fue problematizada en Latinoamérica desde los inicios del pensamiento médico-social/salud colectiva. Este movimiento comenzó cuestionando las categorías sociales utilizadas hasta el momento para incorporar "lo social" y, simultáneamente dejó de considerar la salud-enfermedad como estados antagónicos, para poner en el centro de la conceptualización el proceso de producción-reproducción social como matriz del fenómeno, también dinámico y procesual, de la salud-enfermedad (Ardila Gómez y Stolkiner, 2012).

De esta manera, también se rompía con la reducción biologista y con la dualidad individuo-sociedad, considerados ya no objetos diversos sino niveles de análisis distintos de un fenómeno de alta complejidad.

También se incorporan como parte del proceso salud-enfermedad los diversos modos de respuesta social, rompiendo así con la idea de una historia "natural" de la enfermedad. Reconociendo las formas instituidas de "respuesta social" como fuerzas productoras en sus dimensiones concretas y simbólicas. Inicialmente se utilizó el término "proceso de salud-enfermedad-atención" más recientemente reemplazado por "salud-enfermedad- cuidado", con una connotación mucho más amplia e integral al denotar relaciones horizontales, simétricas y participativas y al quitarle la centralidad auto-asignada a las instituciones y agentes del campo de la Salud. Se reconoce así que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las

prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos, lo que E. Menéndez (1988) denomina "auto-atención" (Ardila Gómez y Stolkiner, 2012).

En la década del '80 ya había devenido evidente que la comprensión y la respuesta a los problemas de padecimiento subjetivo no eran abordables desde un campo disciplinario específico, y que tanto los diseños de investigación como los programas de acción debían ser permeables a la caída del paradigma hegemónico positivista y a la crisis de las explicaciones mono y multicausales.

Así va surgiendo un paradigma alternativo, para el cual la salud es un proceso histórico, social y esencialmente político, resultante de los estilos y condiciones de vida de los pueblos y determinado y condicionado por múltiples factores, incluyendo los ambientales. La salud es, desde el punto de vista cualitativo, un proceso colectivo de integración de los elementos conflictivos de una sociedad, el cual demanda una participación activa y comprometida de todos sus integrantes. La atención integral de la salud incluye un conjunto de medidas sanitarias, socio-culturales, científico-técnicas, económico-políticas, legislativas, éticas y organizacionales, que se encuadran en una perspectiva compleja de la vida del sujeto y la sociedad (Delgado, L. s/f).

Este paradigma alternativo, conocido como biopsicosocial, se expresa en: la integración de los equipos; la dinámica interna de trabajo; la distribución de las tareas y el reconocimiento paritario de los diversos saberes (Cohen, 2009; Almirón 2008). Recurre al pensamiento complejo del que nos habla Morin (2003), que nos lleva a pensar en lo multidisciplinario, lo interdisciplinario y lo transdisciplinario como metas, como diferentes niveles de integración a alcanzar en el trabajo en el campo de la Salud Mental (Tuzzo, 2004; Stolkiner, 1999).

Dentro de este paradigma biopsicosocial, se inscribe el proceso de reforma en salud mental llamado "Desmanicomialización" iniciado en 1983 en la provincia de Río Negro y que se ve legitimado con la sanción de la Ley 2.440 de "Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental".

Este modelo de Salud Mental Comunitaria que prioriza la inclusión social y los derechos de las personas, tiene sus raíces en la experiencia de Trieste en Italia con el movimiento iniciado en la década del '60 por Franco Basaglia, psiquiatra que condujo la discusión por los derechos de los pacientes psiquiátricos a la agenda política. Este proceso de reforma en Italia tuvo como hito fundacional, la sanción de la ley 180, en el año 1978 (Giannichedda, 2012; Galende, 2008).

Ese mismo año en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud reunida en Alma-Ata se declaraba que “la salud es un derecho fundamental” y que debe ser atendida por los gobiernos de los países. Y se enunciaba el objetivo de “salud para todos para el año 2000”. “Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social” (OMS, 1978).

La referida transformación se legitima además a nivel internacional con la llamada Declaración de Caracas, realizada en noviembre de 1990 en el marco de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada por la Organización Mundial de la Salud. En esta declaración se plantea la sustitución progresiva de los hospitales psiquiátricos por sistemas basados en la comunidad. En la Declaración también se remarca que el presupuesto para salud mental debería acercarse al diez por ciento del presupuesto total en salud. La Declaración de Caracas fue ratificada en el año 2001 en Ginebra y en 2007 en Brasilia (Vázquez, 2004; Cohen 2009; Rodríguez, 2007).

El director del Programa de Salud Mental en Río Negro, Hugo Cohen, que además se desempeña como Asesor Subregional en Salud Mental para Sudamérica por la Organización Panamericana de la Salud, fue uno de los protagonistas de la Declaración de Caracas. La Provincia de Río Negro se considera pionera en el país en este proceso de transformación hacia un modelo de Salud Mental Comunitaria. Desde el año 1983, comenzó un proceso de cambio dentro de los lineamientos para el trabajo en Salud Mental. Se trabaja sobre los “manicomios”, tratando de humanizarlos y mejorar la situación de abandono en que se encontraban los internados (Cohen y Natella, 2009).

Siguiendo el trabajo coordinado por Hugo Cohen (Abaca et al. 2007), sabemos que hasta entonces los pacientes con alteraciones mentales eran derivados al único hospital dedicado a este tipo de padecimientos en Río Negro, el Neuropsiquiátrico de Allen, que concentraba el 90% de los hospitalizados. Algunos pacientes, provenientes de la zona atlántica se derivaban a Carmen de Patagones (Provincia de Buenos Aires)

y en menor medida al Borda, Montes de Oca, Melchor Romero, Moyano, etc. Los pacientes provenían en su mayoría de localidades alejadas, con el consecuente desarraigo de su medio habitual por largos períodos.

El total de trabajadores de Salud Mental era de 64 en toda la Provincia; 54 estaban en el Neuropsiquiátrico de Allen; el resto distribuidos en los hospitales de Bariloche, Cipolletti, Roca, Regina, Viedma o Huelmo. En su mayoría prestaban atención individual y no funcionaban como equipo (Abaca et al. Óp. cit.).

En mayo de 1985 se hace cargo del Programa de Salud Mental de Río Negro el Dr. Hugo Cohen. En agosto de 1984 se celebra en Allen el Primer Encuentro Provincial de Salud Mental y en junio de 1985 el Primer Encuentro Patagónico (Abaca et al. Ibíd.).

A partir de las conclusiones del encuentro, comienza a construirse la modalidad de trabajo en equipo, impulsado por la nueva gestión. Se propone la creación del cargo de coordinador zonal de Salud Mental y se fortalece el proceso de externación de pacientes, iniciado en años anteriores (Abaca et al. Ibíd.).

En el año 1991 se sanciona la Ley N° 2440, de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padece Sufrimiento Mental, que se propone "la recuperación de la identidad, la dignidad y el respeto de la persona con sufrimiento mental". Concibe la internación psiquiátrica como último recurso, luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas. El objetivo de máxima es la reinserción comunitaria de aquellos pacientes que para la psiquiatría convencional tendrían un único destino: la internación neuropsiquiátrica (Abaca et al. Ibíd.).

La nueva ley de salud mental a nivel nacional, Ley 26.657, Decreto reglamentario 603/2013, viene a legitimar este proceso de transformación y lo impulsa en todas las provincias.

En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 "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. El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental, entre otros, el derecho a que dicho padecimiento no sea considerado un estado inmodificable".

La modalidad de abordaje propuesta por la ley nacional consiste en la construcción de la Red de Servicios con Base en la Comunidad, que implica una nueva manera de

gestión de la demanda en el seno de comunidad. Se considera el paradigma de Salud Mental Comunitaria, integrador de diversas disciplinas como la psiquiatría, la psicología, el trabajo social, la terapia ocupacional, el saber de la comunidad y el del propio usuario, entre otros como el trabajo intersectorial, solidario, participativo y territorial, es el modelo a seguir.

De estos dos paradigmas, el biomédico o tecnocrático y el alternativo o biopsicosocial, se desprenden dos modelos de atención en salud mental que Cohen conceptualiza como modelo tradicional de asistencia institucional y modelo de Salud Mental Comunitaria Promocional (Abaca et al., 2007).

Cohen realiza un contrapunto de estos dos modelos.

El modelo tradicional tiene un enfoque asistencial e individual. Se aborda la problemática del paciente en forma individual, trabajando sobre y para el paciente. Se lo atiende en un ámbito cerrado que sólo reconstruye realidades parciales. Se psiquiatriza o psicologiza la problemática. El paciente se encuentra excluido de las discusiones y decisiones que hacen a la construcción de las estrategias que apuntan a su proceso de curación. Al centrarse éstas en manos del profesional, al paciente se le asigna un lugar pasivo. Se realiza la internación, generalmente prolongada, de los pacientes en lugares especializados. La rehabilitación se basa en la terapia ocupacional o laborterapia en talleres protegidos.

El modelo de Salud Mental Comunitaria, por el contrario, tiene un enfoque promocional, comunitario, de trabajo en equipo. Se aborda la problemática del paciente de manera socio-familiar. Se valoran sus aspectos sanos. Se trabaja con el paciente y con el ambiente que lo rodea. El sujeto se integra a las estrategias que apuntan tanto a la resolución de la crisis como a su reinserción social, cumpliendo un papel activo. Se apoya de manera directa y cotidiana a la familia en la fase aguda de la crisis. La internación es preferentemente domiciliaria, si se requiere de internación hospitalaria se trata de que ésta sea breve y se realiza en la sala general de los hospitales generales. Se potencian las habilidades y capacidades de los sujetos. Se apunta a la rehabilitación laboral en empresas sociales. Se recurre a la confluencia de diferentes saberes para la resolución de la crisis. Se responsabiliza a la persona en su tratamiento. Se trabaja sobre los derechos y necesidades de las personas gestionando y procurando su satisfacción. Se promueve la horizontalización de los vínculos (Abaca et al., 2007).

Se puede pensar el cuestionamiento del modelo médico hegemónico y con ello de la psiquiatría y su respuesta del manicomio como parte de la crisis de la modernidad occidental, la profundización de la globalización y el avance del mercado por sobre los Estados. Así se considera relevante pensar el cambio de paradigmas en el contexto de tres condiciones fundamentales: la destitución del Estado Nación como metainstitución, la instalación de un Estado tecno-administrativo y la dinámica de mercado como práctica dominante (Lewkowicz, 2004).

Las políticas neoliberales de los '90 vienen a complicar la implementación de este modelo de salud con enfoque promocional y de derechos. A comienzos de 1989, se reúnen en Washington los representantes del departamento de Estado de los Estados Unidos; del Banco Mundial; del Fondo Monetario Internacional; los ministros del llamado G-7 y los presidentes de los bancos privados más poderosos del mundo. Se llegó allí al acuerdo llamado "Consenso de Washington" por el que solo se otorgaría ayuda financiera a los países endeudados que adoptasen las políticas "sugeridas" por el consenso (Sans, 2013):

- Reformar el estado minimizando sus funciones sociales como la salud y la educación.
- Privatizar las empresas de servicios públicos.
- Enagenar las reservas energéticas.
- Otorgar facilidades a las inversiones extranjeras.
- Liberar el sistema financiero.
- Aumentar la recaudación impositiva.
- Reducir el déficit fiscal.

A partir de allí, se podría pensar la resistencia del modelo médico hegemónico así como el enmascaramiento de las políticas de ajuste tras la fachada de la desmanicomialización.

Se comprende así la persistente puja entre dos modelos de atención en salud, uno que se acopla muy bien a la lógica del mercado -como es el modelo médico hegemónico- y otro que procura luchar contra la misma intentando restituir a las personas sus derechos y contrarrestar la creciente marginación social y pobreza en que este sistema sume a una gran parte de la población.

## 1.2. Metodología

### PLANTEO DEL PROBLEMA

El presente trabajo investiga la reforma en salud mental llevada a cabo en la Provincia de Río Negro desde la perspectiva de los actores.

Se analizan los alcances y limitaciones en la implementación de la Ley 2.440 en la Provincia de Río Negro, en base a los testimonios de los propios trabajadores de los servicios; a la documentación relevante para el tema que se pudo recopilar y a la observación del funcionamiento de los diversos dispositivos con que se opera, tanto en el sector público como privado en diversas instituciones

### OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la experiencia de desmanicomialización en la Provincia de Río Negro y el proceso de transformación hacia el modelo de Salud Mental Comunitaria, analizando sus alcances y limitaciones, desde su implementación.

### OBJETIVOS PARTICULARES:

- Reconstruir discursos y prácticas de atención de la salud mental plasmadas en la Ley 2.440.
- Relevar la perspectiva y/o valoración subjetiva de los agentes principales que experimentaron dicha transformación institucional.
- Analizar correspondencias y discrepancias entre discursos, prácticas y perspectiva de los agentes.

### HIPOTESIS:

En el ámbito de la salud mental en la Provincia de Río Negro, coexistirían al menos dos paradigmas: el asistencial tecnocrático y el promocional de salud mental comunitaria. Las discrepancias entre los diferentes agentes de salud y entre los discursos y las prácticas de atención darían cuenta de esta coexistencia.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de una investigación de diseño no experimental descriptivo de corte transversal.

### TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

La realización de esta investigación consistió la concreción de tres relevamientos: (1) recolección de documentación y de registros institucionales, (2) administración de entrevistas a informantes y (3) observación.

En el primer caso, se seleccionaron documentos y registros institucionales relacionados con la transformación institucional llevada a cabo en la Provincia de Río Negro, que nos permitieron reconstruir prácticas de atención de la salud mental; (2) las entrevistas permitieron reconstruir la perspectiva y/o valoración subjetiva que hacen los principales agentes de la transformación institucional; El tercer relevamiento consistió en la observación de prácticas de atención llevadas a cabo en estas instituciones que han transitado la referida transformación, a partir de la rotación por los diferentes servicios.

### MUESTRA

La investigación contó con tres operaciones de muestreo según los relevamientos explicitados anteriormente.

En primer lugar, la selección de los documentos y registros fue pensada desde la selección teórica de elementos que agregaran información al conocimiento que se venía produciendo desde el proceso de investigación sobre la experiencia de transformación hacia la implementación de la Ley 2.440. En el tiempo de diseño, se esperaba encontrar publicaciones internas del ministerio, boletines epidemiológicos, publicaciones locales sobre producción de servicios, etc. En los hechos, la documentación era escasa y, de la poca disponible, no se pudo acceder a ella debido a que se trataba de historias clínicas particulares con las cuales se entraba en conflicto respecto del consentimiento informado. Por ello, solo se trabajó con las leyes que regulan la transformación institucional evaluada, Ley 2.440 de la Provincia de Río Negro y Ley Nacional 26.657.

Para el segundo relevamiento se seleccionaron informantes calificados. Se utilizó como criterios de inclusión: ser o haber sido profesional y/o auxiliar del Hospital Zonal Bariloche o de alguna institución pública o privada cuya actividad este reglamentada por la ley 2.440;

La muestra finalmente quedó conformada por diez casos:

La entrevistada 1 es acompañante terapéutica, operadora en salud mental, se desempeña en el Centro Cultural Camino Abierto y en el servicio de salud mental del Hospital;

La entrevistada 2, Jueza de Familia, trabaja en el tribunal de familia de la ciudad;

La entrevistada 3, psicóloga del servicio de salud mental del Hospital, del Centro de Salud del Barrio San Francisco III y del Centro Cultural Camino Abierto;

La entrevistada 4, trabajadora social, coordinadora del servicio de trabajo social del Hospital;

La entrevistada 5, psiquiatra del servicio de salud mental del Hospital y del Centro Cultural Camino Abierto;

La entrevistada 6, psicóloga, ex coordinadora del centro cultural Camino Abierto en su apertura en el año 2008;

El entrevistado 7, Director de CREARTE, Centro Cultural y Educativo para Personas con Discapacidad;

La entrevistada 8, médica psiquiatra, que trabaja en el hospital hace 30 años, en el servicio de salud mental y en el Centro Cultural Camino Abierto;

La entrevistada 9, danzaterapeuta, profesora de yoga y expresión corporal que trabajó muchos años en el hospital y en el centro cultural Camino Abierto.

La entrevistada 10, psicóloga, que trabaja en salud mental en Río Negro desde el año '92. Se desempeñó como psicóloga del servicio de salud mental del Hospital Zonal Bariloche y en el Hospital de Jacobacci en los inicios de la reforma.

Para el tercer relevamiento, se seleccionaron las observaciones según las posibilidades de que estas agregaran información nueva sobre el fenómeno en estudio, atendiendo a otras condiciones de factibilidad y accesibilidad.

La observación de dispositivos se realizó mediante la rotación por los servicios durante 4 meses en los que se participó de: grupo terapéutico, espacios de terapia individual, grupo de familiares, talleres culturales y laborales y grupo de supervisión de equipo de trabajo. Estas observaciones fueron realizadas en dos centros de atención



externos al hospital, pero dependientes del mismo. Estos son el Centro Cultural "Camino Abierto" y el Centro de Salud del barrio "San Francisco III".

## INSTRUMENTOS

Para el segundo relevamiento realizado, se utilizaron entrevistas de tipo semidirigidas, que indagaron aspectos relacionados con el modo de trabajo con los pacientes, prácticas de internación-externación, prescripción de psicofármacos, articulación con familiares, comunidad, etc. Se indagó sobre las dificultades que perciben los agentes de salud a la hora de trabajar desde los dispositivos de atención acordes a la Ley 2.440 y con la forma de abordaje de las problemáticas en salud mental que la misma propone.

En cuanto al consentimiento informado, para la divulgación de la información obtenida, se informó a los entrevistados del propósito de la presente investigación y del uso que se daría a la información por ellos brindada, obteniendo el consentimiento pertinente.

Se utilizó para estas entrevistas a modo de guía el protocolo que se presenta a continuación y para cuya elaboración se realizaron las siguientes operaciones:

- 1- Recolección de bibliografía
- 2- Elaboración del marco teórico
- 3- Caracterización teórica del fenómeno
- 4- Dimensionamiento del fenómeno
- 5- Elaboración de batería de preguntas para cada dimensión
- 6- Ordenamiento de las dimensiones en un guión de entrevista

### PROTOCOLO DE ENTREVISTA:

#### Dimensiones de análisis

- 1- Histórico: ¿Cómo funcionaba el servicio en el que trabaja ud. antes de la reforma?
  - Admisiones ¿Cómo se realizaban las admisiones al servicio?
  - Dinámica de Internación/Externación ¿Cuál era la dinámica de internación/externación de los usuarios? Duración de las internaciones.

- Tratamientos Frecuentes ¿Cuáles eran los tratamientos más frecuentes?  
Características de la internación, lugar físico en el que se realizaban.
  - Grado de medicamentación ¿Qué medicaciones se utilizaban y en qué dosis?
  - Patologías prevalentes ¿Cuáles eran las patologías con mayor prevalencia?
- 2- Perspectiva Subjetiva de los Agentes respecto de los orígenes de la reforma
- Narrativa: ¿cómo supo de la reforma?
  - Resistencias ¿Tuvo resistencias a la misma? ¿de qué tipo? ¿cómo las afrontó?
  - Debates ¿Qué debates surgieron al respecto?
  - Controversias con la nueva forma de trabajo. Si considera que surgieron, ¿Cuáles eran las controversias con la nueva forma de trabajo?
- 3- Implementación
- Medidas efectivas para instrumentar la reforma. ¿Qué medidas efectivas se tomaron en el servicio en que ud. trabajaba para instrumentar la reforma?
  - Ajustes concretos en cada dispositivo. ¿Qué ajustes concretos observó en los dispositivos de su servicio?
- 4- Proceso de reforma (Recorrido por los 23 años)
- ¿Cómo se fueron dando los cambios y ajustes en el tiempo?
  - ¿Qué cosas nota que fueron cambiando en estos años desde la implementación y cómo fueron esos cambios?
- 5- Perspectiva subjetiva del proceso de reforma y de la actualidad
- ¿Qué fueron haciendo para adaptarse a los cambios (a nivel formativo, capacitaciones, ateneos)?
- 6- FODA
- ¿Qué aspectos considera que facilitaron la transformación?
  - ¿Qué aspectos considera que dificultaron la transformación?
- (Recursos, contratos de trabajo, oferta formativa, trabajo en equipo, etc.)

Para el tercer relevamiento se seleccionaron situaciones de observación que nos resultaban accesibles y que nos fuimos planteando en función de lo que fue apareciendo como significativo a partir del análisis parcial de las entrevistas. A partir de estas observaciones significativas, se pedían los permisos, se generaba un protocolo ad hoc de observación y se concretaba la observación. Luego se procedía al análisis de correspondencias y discrepancias según las categorías definidas para la evaluación.

## ESTRATEGIAS DE ANÁLISIS DE DATOS

Las estrategias de análisis aplicadas fueron:

- (1) análisis de textos, entrevistas y otras documentaciones basados en la teoría fundamentada de Glasser & Strauss (1967);
- (2) reconstrucción de clasificaciones, con el objeto de ordenar la caracterización de las prácticas de atención en función de los discursos que atraviesan y/o han atravesado a la institución (Acevedo, 2000), y
- (3) análisis de correspondencias y discrepancias, basado nuevamente en teoría fundamentada (Glasser y Strauss, 1967).

La técnica de análisis fue la misma para los tres relevamientos realizados: Codificación jerárquica en base a un esquema de categorías para poder realizar las comparaciones; Análisis intracategorías; Análisis hermenéutico por comparación constante entre categorías tomando conclusión de cada categoría.

### **2. Comparación entre Ley 2.440 y Ley 26.657. Conceptos principales de la reforma en salud mental. Definiendo categorías de análisis.**

En este apartado se realiza una comparación entre la ley de salud mental de la provincia de Rio Negro y la ley nacional en lo que se consideran los conceptos principales de la reforma hacia un modelo de salud mental comunitaria. En base a ello, se definen 6 categorías de análisis para los discursos de los trabajadores entrevistados. Estos conceptos principales son:

- 1- Concepto de Salud Mental
- 2- Dispositivos y Redes
- 3- Interdisciplina
- 4- Medicalización
- 5- Concepto de Sujeto
- 6- Internaciones

## 1. Salud Mental

### Ley 2.440:

Art. 1º. La Provincia promueve un sistema de salud que atendiendo a la entidad total y plena del ser humano, garantice el tratamiento y rehabilitación de las personas, de cualquier edad, con sufrimiento mental.

La reinserción comunitaria de quien resulte internado deberá constituir el eje y causa de esta instancia terapéutica, teniendo en cuenta la singularidad de la persona humana, sus diversos momentos vitales y sus potencialidades de autonomía.

La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta ley y de todas las acciones que de ella se desprenden.

### Ley 26.657:

ARTÍCULO 3º.- 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”.

Vemos que ambas leyes incorporan el concepto de salud mental desde un modelo biopsicosocial que contempla la dimensión sociohistórica y lo conceptualiza como un proceso complejo.

## 2. Dispositivos y Redes

### Ley 2.440:

Art. 5º -- Se asegurará y procurará el mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación de las personas cuya promoción procura esta ley con sus familiares directos y amistades. En los casos en que las personas con sufrimiento mental se hallaran bajo jurisdicción judicial, gozarán de esta misma garantía, salvo el caso en que terapéuticamente procediera un distanciamiento parcial y temporario, necesario en beneficio de la persona involucrada.

Art. 6º -- La promoción laboral y el trabajo de las personas alcanzadas por la presente ley constituyen un derecho y un recurso terapéutico, por ende la Provincia garantizará la implementación de los medios adecuados para el acceso al trabajo, como uno de los factores esenciales tendientes a la recuperación de las personas con sufrimiento mental.

Art. 7º -- La autoridad de aplicación procurará de modo permanente y concreto la recuperación de los vínculos sociales de las personas con sufrimiento mental. Asegurará el acceso --cuando no pudiera procurárselo por sí mismo-- a la vivienda, educación y capacitación laboral, beneficios previsionales, salud, medicamentos y todo otro elemento necesario a este fin, como modo de garantizar la promoción humana y condiciones de vida dignas a persona con sufrimiento mental.

Art. 10. -- La Provincia desconoce como válido todo medio terapéutico, cualquiera fuere su naturaleza, destinado exclusivamente a obtener la estabilización, claustración o reclusión de las personas como fin en sí mismo, desvinculado del propósito social contenido en esta ley. La Provincia garantiza a sus habitantes el acceso gratuito a las alternativas terapéuticas que en cada caso corresponda, asegurándose --a este respecto-- el tratamiento igualitario de todas las personas, sin discriminaciones de ninguna naturaleza. La autoridad de aplicación dispondrá el funcionamiento de lugares de rehabilitación y resocialización de pacientes en ciudades de la Provincia, a determinar por la reglamentación de la presente ley.

Art. 11. -- Los recursos terapéuticos se deberán proveer, para su correcta efectividad, en el lugar habitual de residencia de la persona o en el más

cercano. La familia, vecinos o amigos, familia sustituta, como toda otra expresión de la organización comunitaria son parte activa para la recuperación de la persona con sufrimiento mental. Su responsabilidad y rol específico se establecerán en la estrategia terapéutica para cada caso.

Art. 12. -- Para las personas con sufrimiento mental y sujetas a la jurisdicción judicial se prevé la creación de pequeños espacios por jurisdicción para la internación completa, cuando ésta resulte necesario y conforme lo establecen los arts. 1º y 13. Se deberá proveer a estos espacios de todos los recursos humanos y materiales necesarios así como específicos, debiendo encontrarse instalados los mismos en sitios adecuados para sus fines y funcionamiento.

Ley 26.657:

ARTÍCULO 9º.- 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.

ARTÍCULO 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.

Desde la perspectiva foucaultiana los dispositivos son un conjunto de prácticas que promueven la reproducción de un sistema dado. Un conjunto de prácticas de saber-poder que producen subjetividad. Así, se supone que el tipo de dispositivos -prácticas de saber-poder- operando en el sistema de salud desde los postulados de estas leyes, deberían operar produciendo y reproduciendo un sujeto de derecho y alejándose de la

reproducción del sujeto de atención como objeto de estudio, como paciente, como enfermo mental (García Fanió, 2011). De acuerdo a lo enunciado en ambas leyes, los dispositivos a implementar tienen como principal objetivo la inclusión social y el mantenimiento y/o promoción de los lazos sociales. Esto se aleja de los dispositivos de encierro del modelo biológico, utilizado no como recurso terapéutico sino como un fin en sí mismo, como forma de control social.

### 3. Interdisciplina

Ley 2.440:

#### CAPITULO II -- Equipos terapéuticos y promocionales

Art. 8º -- Integrarán los equipos terapéuticos y promocionales los trabajadores de salud mental de la Provincia como responsables operativos. Estos coordinarán y ejecutarán las tareas necesarias con el conjunto de los agentes de salud y demás miembros de la comunidad. La conducción de estos equipos terapéuticos se asignará por concurso. El Consejo Provincial de Salud Pública fijará dentro de sus pautas presupuestarias el recurso humano de enfermería, agentes sanitarios, técnicos y profesionales necesarios para el cumplimiento de los objetivos propuestos en la ley, como así también su capacitación y actualización.

Art. 9º -- Los equipos deberán evaluar a las personas que se presentan con sufrimiento mental para determinar la estrategia terapéutica más adecuada. Contemplan las situaciones en términos singulares para cada individuo y de acuerdo a sus diferentes momentos proponiendo tantas estrategias como necesidades plantee.

Ley 26.657:

ARTÍCULO 8º.- 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.

ARTÍCULO 9º.- 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.

ARTÍCULO 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

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.

Siguiendo en la línea del modelo biopsicosocial, se reconoce que dada la complejidad de los problemas a abordar estos no pueden ser abarcados por una sola disciplina ni a través de una yuxtaposición de disciplinas diferentes, sino que se evidencia la necesidad de abordajes interdisciplinarios. Siguiendo a Stolkiner (1999), el simple planteo de la interdisciplina implica un cuestionamiento a los criterios de causalidad, básicamente a los de causalidad lineal, y atenta contra la posibilidad de fragmentación de los fenómenos a abordar. Implica también el reconocimiento de que los campos disciplinares no son un «reflejo» de distintos objetos reales sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos.

Comparando ambas leyes se observa la incorporación del concepto de interdisciplina en la ley nacional y el énfasis puesto en él, concepto que no se encuentra explícito en la ley provincial. Esta incorporación se considera un avance importante hacia el logro de la implementación de una reforma de este tipo en salud mental.

#### 4. Medicalización

Ley 2.440:

Art. 10. -- La Provincia desconoce como válido todo medio terapéutico, cualquiera fuere su naturaleza, destinado exclusivamente a obtener la estabilización, claustración o reclusión de las personas como fin en sí mismo, desvinculado del propósito social contenido en esta ley...

Ley 26.657:

ARTÍCULO 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.

Se entiende la medicalización como un fenómeno de desactivación de las potencias individuales y colectivas, toda vez que estandariza los ideales y neutraliza las diferencias y particularidades del sujeto, al igual que invalida sus capacidades y recursos de salud y su potencialidad creadora con base en el conflicto y sufrimiento existencial. Proceso que reduce la complejidad de los problemas vitales a cuestiones de orden médico o psicológico, centralizando en la persona la causa y tratamiento del malestar, desestimando los determinantes sociales de la salud mental y la intervención política y comunitaria sobre los mismos (Natella, 2010).

La medicalización, dice Almirón (2008), "no es una función de la medicina científica, más bien es un requisito funcional de los sistemas dominantes con el objetivo de control social, a través de funciones de normatividad, disciplinamiento y estigmatización".

#### 5. Concepto de Sujeto

Ley 2.440:

Artículo 1º -- La Provincia promueve un sistema de salud que atendiendo a la entidad total y plena del ser humano, garantice el tratamiento y rehabilitación de las personas, de cualquier edad, con sufrimiento mental.

(...) La reinserción comunitaria de quien resulte internado deberá constituir el eje y causa de esta instancia terapéutica, teniendo en cuenta la singularidad de la persona humana, sus diversos momentos vitales y sus potencialidades de autonomía. La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta ley y de todas las acciones que de ella se desprenden.

Ley 26.657:

ARTÍCULO 1º.- 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.

ARTÍCULO 3º (...) Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. (...)

ARTÍCULO 4º.- 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.

ARTÍCULO 5º.- 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.

Derechos de las personas con padecimiento mental

ARTÍCULO 7º.- El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos [se enumeran todos los derechos].

Se puede observar aquí que ambas leyes ponen el énfasis en los derechos de la persona con sufrimiento mental que hasta el comienzo de estos movimientos de reforma era visto y tratado como "incapaz" desde lo jurídico y como paciente, enfermo

mental, objeto de análisis, en lo que respecta al tratamiento reservado al médico psiquiatra y reducido al encierro en la institución psiquiátrica. .

La ley nacional viene a profundizar y ampliar en estos derechos de la persona entre otras cosas con la incorporación del consentimiento informado que no se encontraba presente en la ley provincial.

## 6. Internaciones

### Ley 2.440:

Artículo 1º -- La Provincia promueve un sistema de salud que atendiendo a la entidad total y plena del ser humano, garantice el tratamiento y rehabilitación de las personas, de cualquier edad, con sufrimiento mental. Los establecimientos públicos y privados, los profesionales en el ejercicio privado de las ciencias de la salud relacionadas con la atención y tratamiento de las personas con sufrimiento mental, deberán cumplimentar el régimen establecido en la presente. Queda prohibido la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecue a los principios individualizados en la presente ley. La internación se concibe como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas. En caso de ser imprescindible la internación, procederá con el objeto de lograr la más pronta recuperación y resocialización de la persona, debiendo procurarse en todos los casos que el tiempo de su duración se reduzca al mínimo posible. La internación implicará que se tienda permanentemente a lograr la externación de la persona y su tratamiento ambulatorio. La reinserción comunitaria de quien resulte internado deberá constituir el eje y causa de esta instancia terapéutica, teniendo en cuenta la singularidad de la persona humana, sus diversos momentos vitales y sus potencialidades de autonomía. La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental, expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta ley y de todas las acciones que de ella se desprenden.

Art. 17. -- En los casos necesarios de internación de personas con sufrimiento mental el equipo terapéutico deberá, al elevar su dictamen al juez interviniente, aconsejar el respectivo plazo de internación.

Art. 18. -- En el supuesto de la internación policial de urgencia conforme lo establece el art. 482 del Código Civil, el director del hospital del lugar y la autoridad policial deberán dar aviso al juez competente, el cual convocará al equipo terapéutico del área, en un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas, período durante el cual la persona quedará alojada en el ámbito hospitalario o en el lugar que la guardia hospitalaria preventivamente establezca, debiéndose garantizar los aspectos vinculados a espacio físico, recursos humanos y terapéuticos en general que para el caso correspondan. El plazo mencionado podrá extenderse hasta setenta y dos (72) horas en casos en que no hubiera equipo terapéutico en la localidad donde se encontrara alojado; dentro del mismo el órgano de aplicación propondrá el equipo de salud responsable de su tratamiento. Las citadas autoridades procurarán la pronta y efectiva comunicación a los familiares, amigos o vecinos de la persona preventivamente internada. El juez actuante, con intervención del Ministerio Pupilar y del equipo terapéutico del área, en un plazo que no exceda de los siete (7) días de producida la internación deberá hacer efectiviza la estrategia terapéutica propuesta para el caso con los equipos y medios que prevé esta ley y su reglamentación. En el caso de que los jueces penales deban disponer medidas de seguridad en los distintos supuestos que establece el art. 34, inc. 1 del Código Penal, regirán idénticos principios que los enunciados en el anterior párrafo en la medida que lo permita el estado de la causa.

Art. 19. -- En estos casos y cuando correspondiera, todas las medidas cautelares y aún la promoción del juicio de insania o inhabilitación, lo serán preservando el derecho inalienable de la persona con sufrimiento mental a ser sujeto de la instancia de promoción sanitaria social que prevé la presente ley.

Art. 20. -- Todo establecimiento asistencial público o privado que recibiera internación voluntaria de personas o a pedido de familiares, que pudieran estar alcanzadas por la presente ley, deberán comunicar fehacientemente y por escrito dentro de las veinticuatro (24) horas o en el menor tiempo que permitan los medios disponibles, al juzgado civil, o en su ausencia, al



juzgado de paz más cercano y a la autoridad de aplicación el hecho, a fin de que se garanticen la asistencia y promoción que se establece por la presente. A tal efecto y dentro de las veinticuatro (24) horas los juzgados comunicarán la novedad a la autoridad de aplicación”.

Ley 26.657:

ARTÍCULO 9º.- 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

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

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

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

ARTÍCULO 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.

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.

ARTÍCULO 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.

#### Derivaciones

ARTÍCULO 30.- Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

Ambas leyes ponen mucho énfasis en que la internación debe ser un recurso terapéutico más, cuando sea más beneficioso que otros recursos o cuando estos otros recursos no sean efectivos y no como un fin en sí mismo. Que las internaciones deben ser lo más breves posibles, siempre con el objetivo de la externación y reinserción social de la persona. Se insiste en la importancia del mantenimiento de los vínculos de la persona durante su internación.

En base al recorrido realizado por las dos leyes siguiendo lo que se ha considerado como los conceptos fundamentales tanto de la reforma iniciada en el año 1983 en la Provincia de Río Negro, como de la reforma que promueve la ley nacional sancionada en el año 2010, observamos que:

- a- La reforma en la Provincia de Río Negro parece haberse centrado en la desinstitucionalización y no parece profundizar tanto en la promoción de la salud mental comunitaria como lo hace la ley nacional.
- b- El énfasis puesto en el trabajo interdisciplinario en la ley nacional no está presente en la provincial.
- c- Resulta superadora la ley nacional también en el tema de los derechos de los pacientes: desde el cambio de la noción de peligrosidad al de riesgo cierto e inminente y el énfasis en el consentimiento informado.

Carpintero (2011) publica en su Revista Topía, refiriéndose a la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, que hay cuatro conceptos que son centrales al romper legalmente con una concepción psiquiátrica del padecimiento subjetivo, y estos son:

- La defensa de los derechos humanos de los pacientes, a través del cambio en el Código Civil de la noción de “peligrosidad” por la de “riesgo inminente para sí o para terceros” determinado a criterio del equipo de salud.
- El trabajo interdisciplinario que rompe con la hegemonía psiquiátrica: “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”.
- Prohibir la estructuras manicomiales: “...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...”
- Las reivindicaciones democráticas en relación a la igualdad del conjunto de los profesionales: “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. ...”

### **3. Sistema de Salud y Dispositivos**

En este apartado se hace una breve descripción del funcionamiento del Hospital Público en la ciudad que ha sido tomada como caso de estudio para este trabajo: El Hospital Zonal “Ramón Carrillo” de la ciudad de San Carlos de Bariloche. Se incluyen aquí las observaciones realizadas en los dispositivos implementados en esta localidad.

El Hospital Zonal Bariloche “Dr. Ramón Carrillo”, de la ciudad de San Carlos de Bariloche en la Provincia de Río Negro, es un Hospital Regional, dependiente del Gobierno de la Provincia, tiene atención primaria en los doce Centros de Salud, distribuidos en diferentes barrios de la ciudad, y secundaria e internación en el Hospital.

La oferta de Consultorio Externo Programado cubre las 6 especialidades básicas: clínica médica, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría general, neonatología y salud mental, más 15 especialidades concurrentes: cardiología, nefrología, dermatología, endocrinología, gastroenterología, hematología, infectología, neurología, oncología, flebología, oftalmología, otorrinolaringología, urología, neurocirugía, y traumato-ortopedia. El Hospital cuenta con 150 unidades de internación disponibles.

#### Estructura orgánica

La autoridad del hospital la ejerce el Consejo Local de Salud que funciona efectivamente desde de 1995, de acuerdo con la ley provincial número 2.570 de Descentralización Administrativa de los hospitales. Dicho cuerpo colegiado está conformado de la siguiente manera: Un presidente, que es el Director del Hospital, y cinco representantes de diferentes estamentos políticos y sociales relacionados con la salud de la comunidad, a saber: un representante del poder ejecutivo municipal, un representante del poder deliberante municipal, un representante de los vecinos, un representante de los trabajadores del hospital, y un representante del C.A.T.A. (Consejo asesor técnico administrativo) que es el consejo de Departamentos que conforman el cuerpo directivo (también presidido por el director). Cada uno de estos cinco representantes es acompañado por un representante suplente. Dado que la ley propicia la participación de las entidades intermedias, se suma un sexto representante de ONG relacionadas con la salud, en este caso La Asociación Cooperadora acompañada por LALCEC (Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer). El C.A.T.A. está presidido por el director e integrado por los cinco departamentos que ejecutan el funcionamiento de la institución, a saber: D.A.M. "Departamento de Atención Médica", D.A.P.A. "Departamento de Actividades Programadas para el Área", D.S.T.A. "Departamento de Servicios Técnicos y Auxiliares", D.ENF "Departamento de Enfermería" y D.A.C. "Departamento Administrativo y Contable"

La observación de dispositivos se realizó mediante la rotación por los servicios durante 4 meses en los que se participó de: grupo terapéutico, espacios de terapia individual, grupo de familiares, talleres culturales y laborales y grupo de supervisión de equipo de trabajo. Estas observaciones fueron realizadas en dos centros de atención externos al hospital, pero dependientes del mismo. Estos son el Centro Cultural "Camino Abierto" y el Centro de Salud del barrio "San Francisco III".

En el Centro Cultural Camino Abierto, que funciona desde febrero de 2008, se trabaja con un equipo interdisciplinario de psicólogos, psiquiatra, operadores mentales, enfermeras y talleristas. El tratamiento de cada usuario es seguido de cerca por todo

el equipo, que comparte las particularidades de cada caso en las reuniones semanales de los lunes por la mañana. El fuerte del tratamiento en esta institución está dado por el grupo terapéutico y las actividades grupales (talleres culturales, deportivos y de capacitación laboral).

Las personas que asisten allí presentan sufrimiento mental severo. En este centro cultural se trabaja de manera integral la problemática de los mismos, velando por su integración social, laboral, interpersonal y acceso a todo el sistema de salud. No se trata de talleres protegidos sino de talleres abiertos a toda la comunidad a fin de fomentar la inclusión del sufriente mental y de no estigmatizarlo.

Según las necesidades de cada "usuario" y el momento particular de su tratamiento se abren espacios de terapia individual o entrevistas con familiares. Una vez por semana un psiquiatra controla y suministra la medicación de aquellos usuarios que están en tratamiento con psicofármacos. Además, una vez por mes se realiza un encuentro grupal con los familiares con fines principalmente psico-educativos y para atender a las inquietudes de los mismos respecto de la convivencia con los pacientes en la casa.

El grupo terapéutico funciona en el Centro Cultural "Camino Abierto" con una frecuencia semanal, los días lunes por la mañana después de la reunión de equipo. Aproximadamente participan semanalmente unas 15 personas, algunas de las cuales varían de una semana a otra pero en su mayoría el grupo se mantiene estable. Ni el grupo terapéutico ni los talleres son protegidos, en el sentido de que no se agrupa a personas con un mismo diagnóstico y eso excluye de la participación en el mismo a otras. Se trabaja mayormente con personas con diagnóstico de psicosis o trastornos narcisistas de tipo fronterizo, pero también participan personas de estructura neurótica con diversas problemáticas como leves retrasos mentales, problemas de alcoholismo, violencia de género.

El Centro de Salud San Francisco III, pertenece al ámbito de la medicina pública provincial y depende del Hospital Zonal "Ramón Carrillo". Presta servicios de medicina general, atención ambulatoria y medicina preventiva. Los 12 Centros de Salud dependientes del Hospital cuentan con sus respectivos Equipos de Salud: al menos un médico generalista en cada centro, pediatras, odontólogos, enfermeras, agentes sanitarios, profesionales de salud mental, y asistentes sociales.

Este centro de salud atiende una población que se encuentra en un proceso de crecimiento acelerado, en parte por las tomas de terrenos que van conformando nuevos asentamientos de personas con grandes carencias. Muchas son las casillas

precarias que por su situación irregular no tienen el acceso a los servicios básicos ni pueden recibir ayudas del municipio.

En este centro de salud se participó semanalmente de un grupo de mujeres y se siguió el abordaje interinstitucional de un caso que llegó a consulta particular con la psicóloga del lugar. Estas observaciones ilustran la orientación socio-comunitaria de los abordajes que se realizan desde salud mental con marcado énfasis en la inclusión social.

#### Grupo de Mujeres sobre Intereses Laborales.

Este dispositivo forma parte de un proyecto interinstitucional del Centro de Salud San Francisco III con la UEL (Unidad Ejecutora Local, dependiente de la Comisión Provincial para la Atención Integral de la Violencia Familiar, creada según Ley 3040) y Promoción Familiar.

Este proyecto es “dirigido a mujeres en condiciones de vulnerabilidad psicosocial, dificultades en su autovalimiento económico y baja autoestima”. Y se encuentra enmarcado teóricamente por los conceptos de “Resiliencia” y “empoderamiento” propios de la psicología comunitaria. “Es una estrategia de abordaje que apunta a la recuperación (salir de la situación de victimización) a través del empoderamiento y en base a la resiliencia”.

Sus objetivos son:

- Generar un grupo de reflexión acerca de los intereses e historia laboral de las mujeres que participan del encuentro.
- Poder vehicular algunos de sus intereses a través de capacitaciones o talleres disponibles en Bariloche o generados desde el equipo de trabajo de acuerdo a la demanda de las mujeres.
- Convocar a las mujeres con una consigna clara a definir con el equipo. La consigna debe acentuar que la convocatoria es desde el lugar de las potencialidades e intereses laborales del grupo.
- Fortalecer la autoestima y la iniciativa de autonomía económica.

El dispositivo funcionaba hacía dos meses aproximadamente. Con una frecuencia semanal de unas dos horas de duración dependiendo de la actividad planificada.

Como coordinadoras de este dispositivo grupal están las dos psicólogas de la UEL y la psicóloga del centro de salud.

Este dispositivo funciona como un grupo de reflexión y como un espacio de capacitación laboral. El grupo apunala a estas mujeres de diversas maneras: a través del intercambio de saberes, el acceso a nuevas herramientas para afrontar sus conflictos tanto de índole personal como sus dificultades económicas y de inserción laboral. Un espacio en el que son valoradas en sus saberes, en sus creaciones. Se las observa mostrar orgullosas los frutos de su trabajo y de su proceso creativo. Sus logros compartidos en el grupo son festejados por las demás. La pertenencia a este grupo las introduce en un circuito en el que pueden acceder a otros espacios de pertenencia que elevan el sentimiento de estima de sí y colaboran en su autovalimiento.

En la dinámica grupal se logra poner en movimiento el rol de la mujer, madre, ama de casa o trabajadora, se lo cuestiona y reconstruye: “En mi casa es así” o “no debería ser así”, “la mujer se ocupa de los chicos y las cosas de la casa”, “eso es un trabajo”, “los hombres tienen que colaborar”, “la mujer puede querer otras cosas estudiar, capacitarse, trabajar”.

Seguimiento de abordaje interinstitucional de un caso de abuso sexual infantil:

Este es un caso que se siguió desde los relatos de la psicóloga del centro de salud y las reseñas de las entrevistas escritas por ella en la historia clínica. Se participó de una entrevista con la madre de la niña, la psicóloga y un trabajador social por el tema de sus dificultades habitacionales. Se presenció también una entrevista en la escuela secundaria a la que asiste la paciente. Entrevista entre la psicóloga, el preceptor del curso y la profesora coordinadora de primer año.

La niña de 14 años de edad sufrió un abuso por parte de un familiar. La madre hizo la denuncia en la fiscalía. La niña y su madre son derivadas al Centro de Salud para una consulta con la psicóloga.

En este caso se pudo observar el trabajo del psicólogo articulando con otros profesionales para el abordaje de la problemática de la niña en cuestión. Se trabaja acompañando el proceso judicial y se trabaja en conjunto con el trabajador social por el tema habitacional, así como con el director, la profesora y el preceptor en la inserción escolar de la niña.

Otros dispositivos de los que se participó en el Centro Cultural "Camino Abierto".

a) Taller de Cine y Comunicación

Este taller forma parte de los dispositivos con fines terapéuticos y recreativos del Centro Cultural "Camino Abierto". Como todos los talleres de este centro cultural es abierto a la comunidad. Integra personas usuarias del servicio de salud mental del hospital a la que les interesa esta área con personas que no necesariamente son usuarias de este servicio. Vecinos del barrio, etc.

Este taller es coordinado por dos talleristas, una del área de Comunicación Social y otra del área cinematográfica y la psicóloga del centro cultural.

Asisten regularmente a este taller unas 15 o 20 personas.

Se considera a este un buen taller para terminar la semana. Una actividad que no resulta extremadamente movilizante de los conflictos individuales por apartar a los pacientes de los padecimientos propios hacia temas más generales o trabajos de ficción. Esto resulta sumamente importante teniendo en cuenta que el fin de semana es para muchos de los usuarios sinónimo de desamparo y falta de contención en sus hogares.

En los talleres a los que se asistió semanalmente se trabajó en la realización de cortos cinematográficos, introduciendo conceptos y técnicas sobre este formato. Se les enseñó a utilizar el material para la realización de los cortos (videocámara, grabador de audio, micrófonos, etc.). Realizando diferentes tomas desde ángulos diversos. Se practicaron diferentes roles que los participantes fueron asumiendo e intercambiando: presentador o conductor, entrevistador, entrevistado, camarógrafo, asistente de grabación, etc.

La idea que fue tomando forma con participación de todos los integrantes fue la de hacer una serie de cortos con formato de programa televisivo. Todos estos cortos estarían enlazados por un nombre en común, que aún se encuentra en debate, siendo algunas de las propuestas: "Caminando hacia...", "Un camino abierto a...", "Tomando un mate con..." Nombres que introducen la temática particular de este programa. Para la elección del nombre y el logo del programa se trabajó con un buzón en el que se iban poniendo papeles con una propuesta en la semana y se abría el día de taller. Para la elección del logo se trabajó en el taller a través del dibujo libre. Asimismo, estos dibujos fueron disparando ideas para la presentación del programa.

El primero de los programas sobre el que se encuentran trabajando surge de las diferentes propuestas de los participantes y la temática elegida es tribus urbanas, ampliada por sugerencia de una antropóloga, entrevistada como especialista en el tema, a "jóvenes e identidad".

Las estructuras de los integrantes del grupo se escenifican y se prestan a la multiplicación dramática, acto por el cual un grupo se apropia de la escena de cualquier protagonista (Kesselman y Pavlovsky, 2007).

Cada integrante puede ser el protagonista de una escena, pero debe estar desde allí predispuesto para la confusión que habrá de sobrevenir en el transcurso del taller. El grupo va consonando con lo que surge, agregando variaciones escénicas sobre el mismo tema. Allí se encuentra la posibilidad de lo nuevo, de la creatividad, que produzca algo de movimiento en la inmovilidad de la estructura. "Desde lo lúdico de la multiplicación dramática se comienza a fabricar una vivencia estética colectiva que jugando a convocar lo fantasmático, logra transformar lo siniestro en maravilloso". (Pavlovsky y Kesselman, 2007).

En este taller se pudo apreciar cómo algo del lazo social se facilitaba. El aislamiento daba paso a la interacción, al reconocimiento de la presencia de los otros, quienes salidos a su vez de su propio encapsulamiento eran capaces de dar y recibir (González y Cabanellas, 2008).

De a poco se van cumpliendo los objetivos terapéuticos del dispositivo, entre los cuales podemos pensar se encuentran los siguientes: sacar a los pacientes de su frecuente apatía, dejar de lado el ensimismamiento narcisista, fomentar la tolerancia frente a las diferencias individuales y la aceptación de las limitaciones tanto propias como ajenas.

#### b) Grupo de Familiares

El grupo de familiares del Centro Cultural "Camino Abierto" funciona con frecuencia de un encuentro mensual, el primer lunes de cada mes. En el tiempo de la rotación por los servicios se pudo presenciar dos de estos encuentros. Ninguno de ellos fue muy numeroso en cuanto a la asistencia de los familiares, pero parecían ser muy valorados por las personas allí presentes. De una carga afectiva importante, una producción grupal rica en cuanto al despliegue fantasmático y la adjudicación y asunción de roles.

c) Grupo de supervisión de equipo de trabajo. En la rotación por el Centro Cultural "Camino Abierto" se pudo participar además de algunas reuniones de supervisión del

equipo de salud de esta institución. Se pudo observar en estas reuniones las dificultades y los esfuerzos de los trabajadores para el logro de abordajes interdisciplinarios e interinstitucionales. Las dificultades en la comunicación dentro del equipo y entre el Centro Cultural y los demás servicios, como el servicio de salud mental del hospital y los centros de salud de los barrios.

Esta descripción de los dispositivos implementados, que han sido observados en el tiempo de rotación por los servicios del hospital, será puesta en relación con la información aportada por los entrevistados a través de dos categorías de análisis que se sumarán a las definidas en el apartado anterior como categorías 7 y 8.:

- 7- Políticas de Implementación
- 8- Agentes (perspectiva subjetiva)

#### **4. Entrevistas y análisis categorial**

En función de las categorías definidas en los apartados anteriores y a partir de las entrevistas realizadas a informantes claves, el análisis del material recolectado se presentará en dos apartados. En primer lugar, presentaremos el “Análisis Intracategorial”, en el cual se incluyen fragmentos de entrevistas, relacionados y referidos a cada una de las categorías de análisis seleccionadas (con su correspondiente conclusión). En segundo lugar, se presentará el “Análisis Intercategorial”, realizado en pos de lograr una articulación o integración de todos los datos recolectados, en función de las mencionadas categorías de análisis.

##### **4.1. Análisis Intracategorías**

###### **Categoría 1: Concepto de Salud Mental**

En las entrevistas realizadas encontramos las siguientes referencias que nos hablan del concepto de salud mental que tiene cada uno de los trabajadores entrevistados:

La entrevistada 1, acompañante terapéutica, operadora en salud mental, refiere que a su ingreso en el Hospital inter zonal “Ramón Carrillo” de la Ciudad de San Carlos de Bariloche, en el año 2010 *“había una puja muy grande entre dos grupos de profesionales que eran los que estaban a favor de una ley mas comunitaria y [los que estaban] en contra”*. Dice que la formación que recibía en el servicio de salud mental

era *“bastante administrativa... con poca llegada a la gente... sí a los diagnósticos y sí una mirada muy clínica, pero de poca formación realmente... era como que pasabas informes o buscabas medicación...eso...”*. Refiere que la gente del servicio tenía una *“cerrazón a estas nuevas ideas y formas”*. La entrevistada adhiere a la forma de trabajo de Camino Abierto que *“es un centro que da talleres culturales, deportivos y laborales pero también se ocupa de la parte terapéutica. Entonces se trata de una intervención bastante holística de la persona”*. Afirma que *“podemos traer al desarrollo de la cultura y a las cuestiones artísticas como algo sanador pero si no están realmente otras cuestiones más necesarias quizás resueltas es difícil que... bueno las problemáticas en la casa, los maltratos, la violencia, la falta de medicación, la falta de higiene, la falta de comida”*.

La entrevistada 2, Jueza de Familia, refiere que *“la ley es muy buena, creo que hace veintipico de años cuando se dictó era un avance absolutamente vanguardista, pero el problema de la ley de salud mental es que no la implementaron con todos sus recursos. Entonces lo que se generó es mucha gente desprotegida en nombre de una presunta protección que te daba la ley y se generó también una lectura social de que la desmanicomialización era mala, cuando en realidad los que trabajamos en esto sabemos que es bueno. (...) hay una impronta que quedó en Rio Negro que para las demás provincias es nueva y la ciudad de Buenos Aires incluida, es que nosotros tenemos como naturalizado que la gente no tiene que estar encerrada”*.

La entrevistada 3, psicóloga del Hospital, dice que la apertura del Centro Cultural Camino Abierto *“generó mucha resistencia (...) a nivel institucional y a nivel barrial también. En la comunidad (...) la fantasía era que Camino Abierto iba a ser un lugar que iba a poner en riesgo al barrio, que las personas que iban ahí podían hacerles daño a los chicos del barrio, podían violar a la gente, (...) y a nivel hospitalario también había resistencias. Sé que hubo un proyecto previo, (...) la gente del servicio había pensado un dispositivo, pero era mucho más hegemónico...tenía que haber una enfermera, que (...) iba a aplicar la medicación... como un dispositivo con una modalidad no como la de Camino Abierto sino una modalidad mas de hospital de día. Y más afín a un modelo hegemónico que a un modelo de inserción comunitario. (...) Al principio no nos derivaban pacientes, del hospital mismo los psiquiatras le decían “no vayan allá” a los pacientes. Había mucha resistencia en ese sentido. (...)Fueron los familiares los primeros que empezaron a apoyar el dispositivo. Y después sí empezamos a tener más reconocimiento del servicio, de hecho los psiquiatras ahora derivan a muchos usuarios a Camino Abierto”*.

Dice que *“el trabajo como de hormiga de los psicólogos de los centros de salud y ahora de los trabajadores sociales es poder insertar a los usuarios de salud mental, a todo el equipo del centro de salud”*. Y que *“el objetivo es el tratamiento en la comunidad, o sea pensar que tal vez el centro de salud sea el lugar de mayor presencia y (...) acudir al hospitalario en momentos agudos. (...) igual Bariloche es muy particular en relación a la ley porque el servicio está todo escindido, estamos todos divididos. (...) la realidad es que hay cuestiones ideológicas también que nos atraviesan, que hacen que a veces sea difícil. (...) En mi caso y el de muchos compañeros que entramos al servicio de salud mental por lo dificultosa que hacían la tarea y por las características de este equipo fuimos viendo cómo salirnos de ahí, no? Y bueno, pertenecemos al DAPA que es atención primaria”*.

La entrevistada 4, trabajadora social, coordinadora del servicio de trabajo social del Hospital, refiere que *“en los inicios, había mucha expectativa (...), la lectura que se hacía era que era una ley de avanzada, que era un desafío... Y nos entusiasamos todos desde una posición epistemológica, ideológica... (...) Había como todo una discusión desde ya, una resistencia, de los sectores más conservadores en cuanto a la concepción de salud mental”*. Dice respecto de la relación entre salud mental y servicio social *“acá siempre fue muy conflictivo el vínculo, yo creo que este servicio de salud mental tuvo mucha resistencia al espíritu de la ley, entonces tiene como una característica de abordaje clínico y no comunitario y eso a nosotros nos lleva como a esta cuestión. Nosotros tenemos inserción en los centros de salud y trabajamos territorialmente. Entonces ahí siempre tuvimos como una brecha. (...) Yo creo que hay un problema en la formación de los psicólogos, por lo menos en estas camadas que habían entrado a salud mental. Como que la formación estaba muy centrada en la clínica, pocos elementos de abordaje comunitario y entonces terminaban trasladando la clínica del privado a un ámbito institucional”*.

La entrevistada 5 refiere que ve como una dificultad en su práctica como psiquiatra el *“no tener el dispositivo adecuado de internación. En cierta medida eso es efecto de una cierta negación a cuestiones puntuales de la enfermedad. Como que la cuestión de la enfermedad psíquica se corrió totalmente para el lado de la moral, de lo que está bien y lo que está mal. En esos términos, está mal encerrar, está bien la libertad”*. *“se perdieron aspectos como importantes clínicos”*. Al *“llevar todo a una cuestión de pobreza o de bien y de mal (...) no estás dándole lugar a la patología”*.

Hubo *“también, como a veces mucho enojo con la familia. Porque les costó entender que el paciente sale de un familia enferma no? Entonces esa cuestión de que lo mejor*

es que la familia lo acoja (...) a veces son pacientes con familias patológicas de las que tenés que sacarlo. Entonces la internación es buena para contenerlo y para también sacarlo de un núcleo... “

(...) “también tuve problema con la palabra rehabilitación. (...) decía: hagamos un dispositivo de rehabilitación a través del teatro o a través del arte. No, vos los estás discriminando, los pacientes tienen que ir a anotarse a la escuela de arte por sí solos. Entonces negaban esta dificultad y la especificidad de la patología”. “Yo lo que veo es que ellos apoyan esta línea de empresas sociales, están enganchados en esa, qué se yo. (...) Pero desde mi punto de vista no es que porque vos lo insertes se va a curar. (...) Yo tomo el trabajo este como forma de terapia”. “Tampoco [se permitía] la cuestión diferencial en relación al tratamiento con niños. Recién ahora que fueron y volvieron hay una psicóloga infantil. No puede ser que en 27 años no haya un equipo infantil de tratamiento. ¿Por qué? Porque era lo mismo, era como discriminar al chico si vos decías que el chico necesitaba un tratamiento adecuado específico”. Repite que considera que “se vació de contenido a la clínica”. Que hubo “una cierta indiscriminación con los diagnósticos, porque todo pasaba por como esta cosa de inclusión masiva digamos. Entonces no había pautas de decir una cosa es el psicótico, otra cosa es el perverso otra el que consume”. Respecto del término usuario considera que “esto de usuario niega la condición también. Porque ¿qué es? ¡Usuario de teléfono! Se mezcla el tema de la cuestión diagnóstica con la estigmatización. Porque el diagnóstico es necesario...”. Refiere que comprende que se “lucha con un discurso amo de la psiquiatría quizás muy potente (...) Que hay cuestiones ahí. Por eso me parece que sirve desde el psicoanálisis entender el tema de los discursos. Porque vos necesitas también el discurso amo en cierta... Porque hay una interdiscursividad que hay que usarla toda. Pero tampoco caer en este otro discurso que me parece que tampoco es efectivo”. “Claro, es que también es verdad que a veces el discurso de la psiquiatría niega al paciente, también puede caer en eso. Digamos, el discurso del DSM... Yo tampoco comulgo con todo el discurso de la ciencia. Pero precisamente en lo nuestro tenés posibilidad de un montón de otras cosas. No estamos dentro de la medicina...”.

Recuerda que cuando estaba “Cohen en la provincia, era mucho más duro todo (...) La atención individual era muy mal vista, muy perseguidos todos los psicoanalistas, eso era muy mal visto... el psicólogo daba lo mismo que... o sea no se generaba el espacio de la escucha... Tenías que resolverle si les faltaban chapas a los pacientes en la casa, era eso lo que tenías que hacer. Es decir, se mezclaban las cuestiones de pobreza con la cuestión clínica”. “...en una época en el hospital, que fue cuando yo

entré vino este Colonna [(Luis Colonna, Director del hospital en el '96)], como que enloqueció con la ley, (...) Y se los mandó a los centros de salud como castigo. A los que adherían (...) Y entré yo ahí que era generalista y copamos el servicio psicoanalistas, gente que no era de la ley. Eran disputas así. Y la gente que estaba con la ley se fue a los centros de salud". "...Entonces vino Axel, con todo un orden psiquiátrico y estableció... por eso el servicio se armó por lo menos desde un discurso que en la clínica funcionara".

La entrevistada 6, psicóloga, recuerda que "quería hacer algo que fuera más allá del consultorio, trabajar más el tema de la SALUD mental realmente no? Y en Santollani trabajaba dentro de un servicio de psicopatología clásico como el que vos podés conocer de cualquier hospital típico. Entonces (...) conocí a Alfredo Moffat, que era como el referente de la locura dentro del Borda y estaba organizando el grupo Cooperanza. Como yo de base soy música digamos, me enganché por el lado de alguna herramienta artística para trabajar en el Borda. (...) me enganché a trabajar los sábados (...) desde ese lugar totalmente diferente a lo que yo hacía en mi trabajo en el consultorio y en el hospital (...) (...) Bueno, yo viví esa experiencia por años y traté de juntar la parte artística con la psicología". Después "...vine a Bariloche (...) mi idea [era] abrir un centro cultural que sea para usuarios de salud mental pero que este abierto a la comunidad. (...) A mí no me gusta lo de casa de medio camino, (...) porque es casi como una réplica de un manicomio. Yo leí un proyecto, que había presentado (...) el equipo de Salud Mental, que era una casa, donde la gente que estaba internada en el hospital podía pasar, inclusive podía tener algunas camas y que la coordinaba un psiquiatra con un enfermero. Con todo un ambiente que en realidad era un pequeño hospital de día, como replicar esa experiencia. Yo creía que era mejor romper con esto...". Respecto de las dificultades de implementación de la ley 2440 refiere que "el equipo de salud mental, el servicio de salud mental, (...) abarca una cantidad de cosas que no todos los profesionales están dispuestos. (...) cuando uno trabaja con un programa que es acorde a una ley y que es acorde ahora a una ley nacional, tenés que ser honesto con tu trabajo. No podés trabajar desde una visión asistencialista, hegemónica, sin trabajar en forma interdisciplinaria, intersectorial y horizontal, si estás trabajando... y además en salud pública". Piensa que lo que permitiría que la ley se pueda implementar es "el trabajo interdisciplinario e intersectorial. No depende del equipo solamente de salud mental del hospital (...). Vos tenés que trabajar con todos los ministerios y tenés que trabajar con todos los profesionales, porque cuando una persona tiene un problema, no tiene sólo un problema porque tiene un delirio. No tiene solamente síntomas positivos (...) o negativos en el peor de los casos que siempre lo

hay. Sino que tiene una cantidad de problemas que vos no podés como único profesional atender". Refiere a la importancia de la inclusión social a partir de "rescatar el núcleo sano de la persona que tiene un problema y expandirlo". "Tenés que sumarte a cosas que no sean exclusivamente para locos viste? y sino tratar de incluirlos en la comunidad. Un trabajo, una escuela, una feria (...) Y esta bueno hablar de cosas que son saludables, no siempre el loco, el loco, el loco... A mí no me gusta la victimización del usuario de salud mental. Y estar todo el tiempo mostrando eso..."luchamos porque somos locos"". Por otro lado, destaca la importancia de trabajar en red. "No solo la red interna, ponele Bariloche, sino con otros servicios. El de Bolsón, el de Roca, Cipolletti, Viedma. Son muy importantes los encuentros provinciales, porque vos vivís la situación de ponerte en contacto con residentes, con médicos con enfermeros y vivir otra realidad, otras estrategias, ateneos".

Por su parte, el entrevistado 7, Director de CREARTE, Centro Cultural y Educativo para Personas con Discapacidad opina que "en su momento cuando salió [la 2440] fue una ley bastante o muy interesante, en cuanto (...) a las definiciones ideológicas que tenía. Lo que no tuvo de esa ley fue el acompañamiento en lo presupuestario, que debería haber tenido, sobre todo para el desafío que era poner una ley de ese porte, (...) [en] lo conceptual ideológico, en función de que sea una ley que sirva para la comunidad". Refiere al trabajo que realiza en CREARTE hace 20 años y sus objetivos: "Lo que nosotros creemos, es que en la medida en la que podamos darles un abanico de lenguajes a las personas, vamos a descubrir sus capacidades; las capacidades están ahí, lo que no somos buenos es descubriéndolas. (...) En la medida que tenés un abanico más grande, tenés más chances. (...) Básicamente es eso lo que hacemos, una vez que la encontramos, potenciarla. Darle puerta para que pueda salir, básicamente es eso, una síntesis de laburo".

La entrevistada 8, médica psiquiatra, que trabaja en el hospital hace 30 años refiere que "cuando se hizo el cambio de ley, (...) lo malo es que se hizo toda una cuestión como política alrededor de esto, en un sentido había como un mal entendimiento de la ley, había una desprofesionalización de la práctica, (...) de repente los diagnósticos eran sufrimiento mental. Entonces (...) ya no se trabajaba en neurosis, psicosis, perversiones, borderline (...) Y nosotros trabajábamos mucho con justicia que traía pacientes que tenían entrada judicial o cuestiones judiciales. (...) los jueces pedían el diagnóstico, el diagnóstico era fundamental, diagnóstico y pronóstico, ¿no cierto? y bueno, si la persona era un sufriente mental era como que no le estábamos diciendo demasiado. A mí toda esa parte no me gustó, toda la desprofesionalización de ese primer momento no me gustó para nada". "El tema era que nosotros teníamos un jefe

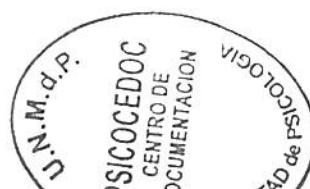
de servicio en ese momento, vino justamente por esta movida un jefe de servicio, que era de esa tendencia como yo te digo a la desprofesionalización, (...) si una persona se le había volado las chapas del techo salud mental tenía que ver por qué se le habían volado (...) parece un chiste no? Pero ¡Lo decían literal!, capaz la cuestión era gestionar conseguirle chapas para el techo. La verdad que no es así, son cosas diferentes. La enfermedad mental tiene que ver no con eso sino con muchas otras cosas que se estaban desatendiendo. Entonces fue esto digamos bajo una bandera comunitaria (...) esa entrada de la ley de salud mental no estuvo buena, incluso fue lo que hizo que el director que teníamos en ese momento que (...) estaba en contra de todo esto, lo sacó al jefe de servicio con las dos psicólogas que estaban más cerca de él y los mandó a centros periféricos (...) la idea fue sacarlos del medio además de sacarle la jefatura. Y bueno, la única psiquiatra que había en ese momento en servicio era yo, así que yo tome la jefatura en medio de todo este lío, fue muy complicado, y creo que se fueron las cosas muy extremo”.

(...) “yo me alegro ahora que exista Camino Abierto, me parece muy importante”. “Yo con el hospital, terminé renunciando unos añitos después porque... sí, yo creo que no trabajan bien. Si estos dispositivos no? pero el hospital en si no está trabajando bien, yo creo que es discurso por un lado y por otro lado, es como que los echan a los pacientes. No los quieren, tienen muchos, no lo sé, no se dan maña no se qué pasa, pero no es muy... que echan a los pacientes, echan a los colegas no sé, no está bueno cómo están trabajando”. Rescata que “habiendo dispositivos, los pacientes funcionan distintos, entre los pacientes de acá de Camino Abierto por ejemplo hay muchos que yo los conozco de la época que trabajaba en el hospital, y verdaderamente a partir de que tienen un dispositivo, es completamente diferente la evolución. (...) y de hecho hay pacientes de que a partir que empezaron (...) dejaron de tener brotes o la recurrencias o los brotes han sido mucho menores. Entonces bueno es ahí que el trabajo, este, da sus resultados”.

La entrevistada 9, danzaterapeuta, profesora de yoga y expresión corporal, refiriéndose al tema de la salud mental dice: “Yo creo que es un tema difícil en todos lados no? (...) porque entre cordura y locura (...) es muy delgado el hilo y creo que todos le temen mucho como que todos saben que están ahí al borde del precipicio. Entonces hay una estigmatización sobre esta gente que los aparta. Entonces (...) para mí lo que se debería trabajar es en la reinserción de ésta persona y es en lo que trabaje continuamente acá...”. “Creo que La 2.440 la desmanicomialización trabaja si hay reinserción, si está “Camino Abierto” y los chicos no se pueden de alguna manera salir, pero no salir pero no ser mirados como pacientes, no que yo haga una obra de

la que fuere me pongo a cantar me pongo a bailar como paciente de salud mental. No. Yo soy un otro o una otra igual que el otro. Entonces yo siempre mi laburo con ellos fue de igual a igual. (...) siempre les dije: todos tenemos un grado de locura. Y eso fue lo que me permitió siempre exigirles desde la danza. Ahora quiero hacer un taller de tango con ellos, porque creo absolutamente en este contacto desde el abrazo". Refiriéndose al trabajo en el hospital y al servicio de salud mental dice que "es como si hubiéramos trabajado en el medio del desierto sin una gota de agua nunca... Una mirada del otro muy estéril. El otro no puede producir, el otro no puede dar fruto... Desde el hospital fue así. Siempre".

La entrevistada 10, psicóloga, que trabaja en salud mental en Río Negro desde el año '92, recuerda: "...me avisan que había una vacante en el hospital de Jacobacci. (...) Hugo Cohen y me cuenta del proyecto y a mí me pareció fascinante. Después de haber visto todo lo que vi en el Borda, yo estaba más que nada en la parte de admisión, donde a los pacientes se los ataba y se los hiper medicaba, se los mandaba a los pabellones y quedaban eternamente internados ahí. Era más un alojamiento que otra cosa. Muy cronificados. Se trabajaba muy poco la parte psicológica y lo familiar nada. Y me gustó, pero le dije: yo esto si no lo veo no lo creo. Así que me mandaron a Bolsón y ahí hice una pasantía de seis meses, y ahí, bueno, me terminé de enamorar del proyecto". "En el año 1992, el último semestre. Porque ya en el '93 empecé a trabajar en el hospital de Jacobacci, que armamos el servicio porque no había nada en Jacobacci y toda la línea. En ese momento se mandaba a todos los pacientes a Allen, al psiquiátrico. Quedaban ahí alojados a la buena de Dios. Y bueno, en Bolsón lo que más me fascinó era todo este trabajo en equipo. Vi todo el proceso de pacientes psicóticos, algunos "linye" armando su casa. Pudiendo trabajar, pudiendo ir a socializarse. (...) vi todo ese proceso y me fascinó. (...) y en ambientes así...no médicos digamos. Donde se medicaba, sí. Pero en realidad iba mucho más allá de la medicación no? La idea es medicar para poder trabajar el síntoma. Pero no para taparlo y quedarnos tranquilos". "Y en el '95 me vine a Bariloche y ahí cambió bastante mi historia (...) acá en Bariloche era... siempre fue muuuy difícil. Porque bueno, había una parte que acordaba con la ley y otra parte que no acordaba en el servicio. Y después estaba muy politizado". Este "es un proyecto donde uno tiene que poner mucho el cuerpo, porque no es solo la crisis. Si no es qué pasa después de la crisis. Cómo trabajamos con la familia, cómo trabajamos con el barrio. Cómo lo acompañamos para que saque un DNI, como para que consiga un trabajo. Y acá se dificultaba bastante. Igualmente en el '95 asumió un director que estaba totalmente en desacuerdo con el proyecto y a los tres más comprometidos nos exilió, no pudimos



*entrar al hospital por mucho tiempo. Y ahí empezamos a hacer todo un trabajo...No podíamos atender a pacientes porque el tipo nos inició causas, horrible. Pero empezamos a trabajar en los centros de salud. Como no podíamos atender pacientes empezamos a trabajar toda la parte de prevención en salud y en salud mental en los once centros de salud. Y eso la verdad que fue un proyecto muy muy lindo. Siempre con el DAPA. Con los generalistas trabajamos mucho mejor que con el resto. Había muchas resistencias internas para internación en sala general". (...) "Pero no solamente la implementación si no el cambio de mentalidad en relación a la locura. Eso es lo que a mí más me impactó. Esto. Que un paciente según la mirada de uno tenga un pronóstico u otro me parece increíble, qué se yo! No sé...". "Esa es la diferencia de modelo, sí? Más allá de que uno en el encuadre, mi formación es psicoanalítica, en la universidad hice una maestría en psicoanálisis también e hice sistémica en Trieste. Más allá de la interpretación que uno tenga pero el acompañamiento (...) No es detrás de un escritorio en el consultorio". "Y cuando uno sale de la facultad primero decía no, paciente psicótico ni loca! (...) y depende de la mirada de uno... hay que trabajar en red, hay que trabajar con la familia, con los amigos. Hay que tener señales de alerta, hay que tener disponibilidad. Pero bueno, en ese sentido para mí fue muy importante, porque ya te digo, no es solamente el proyecto y la parte institucional, sino el cambio de paradigma no?". "... Si vos te cerrás a que el saber está dado por el psicoanálisis, descartas todo lo otro y te puedo asegurar que con la formación que tenemos en la facultad no durás dos días en el hospital. O vivís criticando el proyecto o vivís en un consultorio con tres pacientes viste? Es así. Eh... Y también si vos te metés en el proyecto y decís: "todo lo otro no sirve", me parece una aberración porque... yo creo que la mirada de un paciente desde el psicoanálisis es muy interesante, pero bueno, depende como uno lo practique al psicoanálisis...". "Y darte cuenta de que el psicoanálisis como nos lo enseñaron no resuelve! Hay pacientes que tenés que ir más allá, que te tenés que animar a otra cosa! Que te tenés que correr del escritorio o el diván". "Y el encuadre es el mismo, o sea... no tiene que ver con una teoría, tiene que ver con una posición en relación a la mirada del sufrimiento del otro".*

### **Conclusión Categoría Concepto de Salud Mental:**

Encontramos, al menos en lo discursivo, en los dichos de los entrevistados, una incorporación del concepto de salud mental que promueve la Ley Provincial 2.440 y que viene a reforzar y ampliar la Ley Nacional 26.657: un sistema de salud que atienda

a la "entidad total y plena del ser humano" dice la primera; "la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, dice la segunda. El eje puesto en la "reinserción social" remarca la una; el trabajo de "construcción social de concreción de derechos" amplía la otra; tener en cuenta los "potenciales de autonomía de las personas" dice una; partir de la "presunción de capacidad" dice la otra. Todos estos enunciados se presentan de alguna manera en las entrevistas:

"una intervención bastante holística de la persona"; "rescatar el núcleo sano de la persona que tiene un problema y expandirlo" "hablar de cosas que son saludables"; "las capacidades están ahí, lo que no somos buenos es descubriéndolas" Y "una vez que la encontramos, potenciarla, darle puerta para que pueda salir"; "tenemos como naturalizado que la gente no tiene que estar encerrada"; "insertar a los usuarios de salud mental, a todo el equipo del centro de salud"; "el objetivo es el tratamiento en la comunidad, (...) que el centro de salud sea el lugar de mayor presencia y (...) acudir al hospitalario en momentos agudos"; "la importancia de trabajar en red"; "el trabajo interdisciplinario e intersectorial" porque hay "una cantidad de problemas que vos no podes como único profesional atender"; "incluirlos en la comunidad"; "Yo soy un otro o una otra igual que el otro: (...) todos tenemos un grado de locura"; "trabajar la parte de prevención en salud y en salud mental"; "La forma es estar"; "el cambio de mentalidad en relación a la locura"; "trabajar en red, hay que trabajar con la familia, con los amigos. Hay que tener señales de alerta, hay que tener disponibilidad".

Por otro lado, se describe la lucha por este cambio de paradigma, la vigencia de la misma y el malestar y los conflictos internos que esto trae aparejados:

"había una puja muy grande entre dos grupos de profesionales (...) la formación que recibía en el servicio de salud mental era "bastante administrativa... con poca llegada a la gente... sí a los diagnósticos y sí una mirada muy clínica (...) pasabas informes o buscabas medicación..."; "tenían una visión de la persona muy diferente, de los usuarios..."; "Tenían una forma de trabajo como muy esquemático"; "mucho resistencia (...) a nivel institucional y a nivel barrial también. En la comunidad (...) la fantasía era que Camino Abierto iba a ser un lugar que iba a poner en riesgo al barrio, que las personas que iban ahí podían hacerles daño a los chicos del barrio, podían violar a la gente, (...) y a nivel hospitalario también había resistencias"; "la gente del servicio había pensado un dispositivo, pero con una modalidad mas de hospital de día. Y más afín a un modelo hegemónico"; "los psiquiatras le decían no vayan allá a los pacientes"; "el servicio está todo escindido, estamos todos divididos. (...) Acá está

dividido, los que estamos en los centros de salud ya no pertenecemos a Salud Mental”; “una resistencia, de los sectores más conservadores en cuanto a la concepción de salud mental”; “este servicio de salud mental tuvo mucha resistencia al espíritu de la ley, entonces tiene como una característica de abordaje clínico y no comunitario”; “No podés trabajar desde una visión asistencialista, hegemónica, sin trabajar en forma interdisciplinaria, intersectorial y horizontal, si estás trabajando... y además en salud pública”; “Yo creo que es un tema difícil en todos lados no? Creo que en la Argentina... creo que para el hombre es un tema muy difícil porque entre cordura y locura además de haber un par de letras nada más es muy delgado el hilo y creo que todos le temen mucho como que todos saben que están ahí al borde del precipicio. Entonces hay una estigmatización sobre esta gente que los aparta”; “Una mirada del otro muy estéril. El otro no puede producir, el otro no puede dar fruto... Desde el hospital fue así. Siempre”; “un director que estaba totalmente en desacuerdo con el proyecto y a los tres más comprometidos nos exilió, no pudimos entrar al hospital por mucho tiempo”; “se los mandó a los centros de salud como castigo. A los que adherían (...) Y entré yo ahí que era generalista y copamos el servicio psicoanalistas, gente que no era de la ley. Eran disputas así”.

Se puede apreciar la vigencia de la lucha contra el estigma, contra la idea de peligrosidad del “loco”, contra la medicalización de la vida cotidiana, la lucha por la inclusión social, por la concientización de la comunidad. En el relato de los trabajadores vemos cómo la puja entre ambos modelos de atención el asistencialista tecnocrático y el de salud mental comunitaria estuvo vigente en todo el proceso de reforma y continúa estándolo en la actualidad, provocando rupturas dentro del servicio de salud mental, un servicio “escindido”, con “exiliados”.

En esta lucha de posturas extremas las dos psiquiatras entrevistadas se presentan como excluidas de ambos grupos por sus opiniones disidentes. Aunque en algunas frases reflejan apartarse ideológicamente en mayor medida de quienes estaban “a favor de la ley”. Manifiestan su apoyo y reconocen los resultados de trabajo realizado en Camino Abierto, dispositivo del que participan, pero cuestionan lo extremo de la postura de quienes representaron en sus comienzos a la reforma que venía a legitimar la ley 2440. “un discurso por un lado y en la práctica echan a los pacientes”; “cuestiones (...) muy lindas de propaganda, pero que no tienen basamento”; “desprofesionalización de la práctica”; “vaciamiento de la clínica”; “cierta indiscriminación con los diagnósticos, porque todo pasaba por como esta cosa de inclusión masiva”; “hay una interdiscursividad que hay que usarla toda (...) tampoco comulgo con todo el discurso de la ciencia...”.

Encontramos en los dichos de los agentes entrevistados la coexistencia de ambos paradigmas durante todo el proceso de reforma. La ley no hubiera moderado lo suficiente en esto. Las deficiencias seguirían estando en la formación de los profesionales, psiquiatras y psicólogos, que continúa teniendo fuerte tendencia hacia un modelo de preeminencia medico-asistencialista.

Respecto de esto dicen los entrevistados:

“...Si vos te cerrás a que el saber está dado por el psicoanálisis, descartas todo lo otro y te puedo asegurar que con la formación que tenemos en la facultad no durás dos días en el hospital. O vivís criticando el proyecto o vivís en un consultorio con tres pacientes viste? Es así”.

“...hay un problema en la formación de los psicólogos, por lo menos en estas camadas que habían entrado a salud mental. Como que la formación estaba muy centrada en la clínica, pocos elementos de abordaje comunitario y entonces terminaban trasladando la clínica del privado a un ámbito institucional”;

Parecería ser que esto de los “manicomializadores” y los “desmanicomializadores” resulta ser una falsa dicotomía. Ya que como dice una de las entrevistadas “en definitiva todos queremos lo mismo” o “no es que algunos no queremos a los pacientes”. No se trataría de esto. Ya ninguno parece acordar con la idea de que la locura debe ser apartada, escondida, depositada en un manicomio. Sin embargo, lo que aún no se logra es un acuerdo en la manera de tratar a las personas con sufrimiento mental. Parecería más un tema de incumbencias, de hegemonía de una disciplina sobre otra. Una lucha entre dos discursos “lo clínico” y “lo social”, que aún se perciben como opuestos y no logran articularse en una visión de la salud y de la salud mental desde un paradigma de lo complejo.

## **Categoría 2. Dispositivos y Redes**

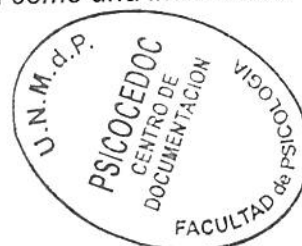
Los entrevistados se refieren al tema de la siguiente manera:

La entrevistada 1, refiere que trabajaba en el hospital como operadora en salud mental. El trabajo en el hospital era “*básicamente administrativo*”, “*con poca llegada (...) a la gente... si a los diagnósticos y si una mirada muy clínica (...), pero de poca formación realmente (...) pasabas informes o buscabas medicación...*”. Estaba en el hospital la mayor parte de los días y luego daba algún taller en Camino Abierto. En sus comienzos daba el taller de macramé. Recuerda: “*Después empecé a ir a los centros*

de salud (...) algunos con profesional, un psicólogo que estaba encargado de los casos y otras sin psicólogo en las que el operador iba digamos a recorrer las casas. En ese momento como yo sabía de Camino Abierto invitaba a las personas a que participen de algunos talleres y se hacía articulaciones con trabajadores sociales o... depende de la problemática de la persona no? Más allá de la cuestión de salud mental. Porque a veces la enfermedad estaba acompañada de otras falencias como cuestiones materiales...". "Después de ese año empecé a dar unos talleres en Camino Abierto, abrimos una murga en realidad por pedido de los chicos. Fue una época de carnavales acá en Bariloche y ellos quisieron tener su murga y empezamos con los talleres, a traer gente de afuera. Igual en Camino Abierto estaban pasando muchas otras cosas no? había taller de literatura, había taller de teatro... estaba bueno porque se armaba un grupo humano entre las personas que trabajábamos y los pacientes que promovía otro acercamiento y otro conocimiento de la vida de los pacientes de salud mental no? Un montón de cosas que quizás no las veías aunque los conocías, yo los conocía mucho del consultorio, verlos después en otro ámbito te daba otra apertura, otras preguntas, otros interrogantes, (...) después cuando ibas a la casa también porque a veces decís ¿cómo pueden estas personas vivir en estas condiciones?"

Cuenta que "Camino Abierto es un espacio que abre la puerta para hacer cosas nuevas, pero que a la vez se lo ha ido vaciando a lo largo de los años, al no mantener un grupo estable". Por otro lado, opina que "faltan lugares para las personas que trabajan ahí, de tener momentos de capacitación y de reuniones, en las que se puedan discutir todas estas cosas por las que están atravesados porque se generan muchas rispideces en el equipo. Que a veces no posibilita ver la tarea y el objetivo de la tarea que realmente es mejorar una calidad de vida. No sé si se puede hablar de una cura, pero sí de mejorar una calidad de vida. Y en eso hay un montón de miradas diferentes que en vez de sumarse se van poniendo en contra unas de otras. Y de compromisos diferentes no?".

Ahora se dedica a hacer acompañamiento terapéutico privado y dice "lo que me pasa con el acompañamiento en privado que estoy haciendo es los lugares que faltan para por ejemplo parejas que se quieren ir a vivir juntos, entonces los papas lidian con un montón de cuestiones... y los deseos de ellos de poder concretarse en otros ámbitos y que hoy no están dadas las posibilidades no? La ley lo contempla pero no...". Refiere que faltan las estructuras intermedias, "pero las casas de medio camino generando auto valimiento, porque ahora se iba a abrir pero era como una internación".



Cuenta del trabajo que se hace en el centro cultural: "Camino Abierto es un centro que da talleres culturales, deportivos y laborales pero también se ocupa de la parte terapéutica. Entonces se trata de una intervención bastante holística de la persona. (...) podemos traer al desarrollo de la cultura y a las cuestiones artísticas como algo sanador pero si no están realmente otras cuestiones más necesarias quizás resueltas es difícil que... bueno las problemáticas en la casa, los maltratos, la violencia, la falta de medicación, la falta de higiene, la falta de comida. (...) a veces nos pasaba eso, que la misma persona que era operadora daba la medicación, daba talleres, iba de visita a las casas, o sea que jéramos como multifunción! Por un lado, está bueno porque ves a la persona en un montón de lugares, pero realmente vas tapando huecos de otras personas que tendrían que estar y que a la vez serian otras miradas, otras intervenciones necesarias. Además, en el hospital tenés que hacer guardias (...) a veces vas a las 8 de la mañana salís a las 4, entras a la guardia a las 4 y 10 y te quedas hasta las 11 de la noche. Y ahí estas todo el día, y al otro día tenés que volver a ir. Y ahí guardias de esas había a veces tres veces por semana, dos veces por semana. Con pacientes complicados, con noches complicadas en el hospital, con cosas emocionalmente intensas que no tenés tiempo de elaborar. (...) a veces siento como la falta de veedores. (...) un laburo mas real de seguir los tratamientos y a las personas cómo están tratadas, como una supervisión de los casos. Por los menos de los casos más complicados y que no sea una (...) persecución. En algunos casos tiene que serlo, hay gente que realmente se merece un seguimiento no? a los profesionales digo, un seguimiento más cercano. O una devolución de cómo va. Hay en la ley, había un tercer órgano que era un veedor, que nunca se hizo acá, que era de familiares o de profesionales que son como veedores de la ley, pero nunca se implementó. Eso para mí es algo que falta, porque hay un montón de laburo que no va a ningún lado. Y cosas... Malas praxis se podría decir, que tampoco van a ningún lado, nadie se entera".

Se refiere nuevamente al trabajo que se realiza en Camino Abierto: "la satisfacción de un laburo en un centro cultural es muy diferente del laburo que uno puede llegar a tener en un hospital y digamos... solamente las visitas domiciliarias que también tienen otra cuota pero el laburo con los usuarios en talleres que a ellos les satisfacen, que a los trabajadores también(...) Bueno lo deportivo también...". "Pero faltan más gimnasios, más grandes, más calentitos. Hay talleres de yoga que están buenos, que se incorporó bien la práctica del yoga. Pero bueno, el lugar se va quedando chico y en un momento el lugar expulsa gente nueva pero que ya no entra no?. Y quizás no tiene que ser un solo lugar, por ahí estaría bueno que haya más centros culturales. Al

menos en cuatro lugares, este, oeste, norte, sur. Estaría bueno. Que la gente no tenga que trasladarse tan lejos. Como las escuelas también que proponen uno más dedicado a lo cultural otro a lo laboral, a lo deportivo, que hayan opciones. Pero bueno, por ahora estamos con uno y cuesta sostenerlo..."

La entrevistada 2, habla de la falta de dispositivos en la implementación de la ley 2440. Dice que "lamentablemente como no la implementaron como correspondía, no le pusieron la cantidad de plata, porque es una ley que demandaba recurso humano, recurso material, las casas de medio camino, lugares de alojamiento, alternativas terapéuticas, alternativas de abordaje sin internación, alternativas de laborterapia. Ahora tenemos Camino Abierto y eso está funcionando bien pero lo que pasa es que Bariloche debería tener 5 caminos abiertos, debería tener uno acá en el centro, en los kilómetros, uno para arriba...eh...falta recurso, falta recurso material y humano. Humano muchísimo, es poquísima la inversión que se hizo".

En relación a esta falta de dispositivos trae el tema de las internaciones sociales: "los conflictos más grandes que nosotros tenemos con el ámbito de salud tienen que ver con las internaciones sociales, porque el ámbito de salud, (...) tiene que gestionar los dispositivos para que la gente se pueda ir. Entonces la mayoría de la gente que tiene familia, que tiene alguna contención se va, y nos quedan como sin cubrir aquellos que no tienen familia, no tienen contención, porque algunos no tienen familia pero tienen su casa, tienen algún amigo, algún vecino, alguien que los asiste. El problema es la gente que no tiene ni plata ni familia que los contenga ni nada y para eso hay que armar unos dispositivos. Y por lo general, lo que nos está pasando es que todos los dispositivos los quieren armar fuera de Bariloche y entonces terminan proponiéndote que mandes a Roca a una persona. (...) Nosotros lo que hacemos, de todos modos, para evitar conflictos, vamos a hablar con la persona: "usted se quiere ir?", la mayoría no se quiere ir. Entonces, ahí le decimos: no, genere el dispositivo. Pero en ese ínterin queda la gente viviendo en el hospital. Esto es súper problemático, a largo plazo hay que buscarle soluciones. Pero la verdad es que hasta que salud no empiece a ponerle recursos a esto...eh...espacios... que tengas espacios... no sé, requerir en cada plan de viviendas que una casa se destine a gente con algún tipo de tema de salud mental y que pueda vivir ahí, que puedan vivir dos o tres personas juntas. Estos dispositivos en otros lados se están implementando".

Por otro lado, y en referencia al trabajo en red, cuenta cómo articulan desde los juzgados con el servicio de salud mental: "lo que se hace es que se notifica a las 10 horas y nosotros tomamos conocimiento e inmediatamente damos intervención a la

defensa como para que se ponga el defensor del artículo 22 y si hay algún representante de la persona que está internada esa representación va a ser una representación meramente formal en un principio porque de repente es una persona con un cuadro que no está lúcido o bueno...pero tiene un abogado que garantiza que esa internación sea legal y que dure lo menos posible que es lo que la ley busca. Este... y nosotros hacemos la supervisión entonces de la legalidad de la internación. Lo que hoy estamos reclamando nosotros ya hace bastante, porque la ley ya tiene 3 años, es que se implementen los organismos de revisión, que bueno si seguiste algunos diarios están discutiéndolo”.

La entrevistada 3, relata sobre su trabajo en Camino Abierto y cómo el dispositivo fue ganando reconocimiento por parte de la comunidad y luego del servicio de salud mental, con el que están muy desarticulados. “... el reconocimiento empezó siendo más desde afuera que institucional no? como que el primer reconocimiento empezó a ser el de la comunidad, el de otras instituciones con las cuales articulábamos, CAT, escuelas, viste? como que empezaron a ver que había una respuesta que no se daba desde otros lugares no? y que veían resultados desde otras personas. Fueron los familiares los primeros que empezaron a apoyar el dispositivo. Y después sí empezamos a tener más reconocimiento del servicio, que de hecho los psiquiatras derivan a muchos usuarios a Camino Abierto”.

Nos habla de los resultados que se obtienen cuando se logra armar dispositivos con una estructura acorde a los postulados de la ley, aun con sus limitaciones: “...en todo este tiempo al estar también en los dos dispositivos, tanto Camino Abierto como centro de salud, eh...se ve una diferencia cuando vos tenés un dispositivo armado y toda una estructura para trabajar en función de la reinserción social de las personas con sufrimiento mental, es mucho más fácil el laburo ahí que tratar de hacer ese trabajo con pacientes con sufrimiento mental crónico acá en el centro de salud. Es como otra barrera que estamos teniendo que traspasar, que es que todo el equipo de salud pueda trabajar con los usuarios de salud mental. (...) tratar de que cada paciente se vaya referenciando con algún médico de su centro de salud. (...) trabajamos mucho con usuarios de allá de Camino que frente a cualquier cosa van a la guardia, frente a cualquier malestar y no me refiero a malestar psicológico o psiquiátrico sino malestar físico, van a la guardia. Y no...” a ver de qué se trata, espera un momento”, llamamos al centro de salud de su barrio, contactamos con el médico de ese centro de salud. Porque eso le garantiza una continuidad. No como una atención por guardia que le va a dar algo para resolver ahí y ya”.

Habla de la necesidad de mayores recursos y de los problemas de accesibilidad de los dispositivos en marcha: *“obviamente que si se pudiera replicar otro dispositivo similar en otro extremo de Bariloche, así como están pensados varios Centros de Salud para cada territorio (...) obviamente que sumaria, de hecho tenemos problemas de accesibilidad. O sea, hay mucha gente que vive lejos y, si bien tiene el pase para viajar gratis, pero no se trata solo de una cuestión económica sino de la motivación, la voluntad de movilizarse, personas que están además con conductas de aislamiento o depresivas, que les cuesta activar. Y para eso hemos pensado muchas veces un recurso re necesario que es una combi, que desde el concejo de discapacidad nos habiliten una combi para traer a la gente que no puede venir, gente que no tiene tanta voluntad pero que si los van a buscar vienen. Eso estaría bueno y desde ya que replicar otro dispositivo en el Alto o en algún otro lugar también sería genial, sí”*.

La entrevistada 4 por su parte nos habla de los dispositivos que se han implementado y de qué manera: *“la implementación del centro cultural, que también ahí hubo un tema porque iba a ser una casa de medio camino y terminó siendo un centro cultural. Porque no estaban dadas las condiciones para que funcionara como tal. Y nunca estuvo el recurso que necesitaban. Así que ahí también fue como una frustración importante. Después en su momento el GIA, que era una parte importante y funcionaba quedó en manos de dos personas la coordinación y con un efecto relativo sobre el problema del alcoholismo”*.

Habla del trabajo de los trabajadores sociales y los dispositivos con que cuentan, los centros de salud, cómo van pudiendo de a poco articular con el trabajo de los psicólogos: *“Nosotros tenemos inserción en los centros de salud y trabajamos territorialmente. (...) Desde hace 2 años más o menos se desprende un grupo de psicólogos de lo que es el servicio del segundo nivel y pasa a depender directamente del primer nivel, estando en centros de salud y ahí nos resulta un poco más fácil el trabajo en conjunto, porque tienen un poco más de recorrido en el laburo comunitario. Empezamos como a encontrarnos también en la formación. Y desde que la justicia nos obliga a conformar equipo interdisciplinario, que eso fue este año, en enero, ahí nos empezamos a involucrar más con las cuestiones de segundo nivel”*.

Por otro lado, se refiere al proyecto de un alojamiento asistido en el que se está trabajando: *“Estamos en la propuesta, recién la estamos diseñando. Pero sí, estamos planteando un equipo interdisciplinario con participación... nosotras estamos haciendo hincapié en un terapeuta ocupacional, psicólogo, trabajador social. Con una dificultad y es que los trabajadores sociales estamos con mucha tarea y no podríamos abocarnos.*

*Pero bueno, eventualmente estamos pidiendo un nombramiento. Eh... operadores para cubrir 24 horas. Estamos ahí con el número a ver cuánto, en función de los turnos y que se yo, pero... Un psiquiatra o referencia y enfermero. Por lo menos para el día. Ah! y personal de servicio general, para la limpieza, para mantener el lugar. Eso sería como el equipo base que estamos planteando. El dispositivo sería para 6 personas "Y estamos pensando 6 más o menos. Estamos ahí en la discusión, si 8, si es mucho, si 4 si... Creo que vamos a terminar armando el proyecto para 6. Igual es la propuesta pero hay que ver el ministerio qué aprueba".*

*La entrevistada 5 refiere que no se han implementado dispositivos acordes a la ley, que no ha habido cambios significativos e incluso se han perdido dispositivos: "No, había un servicio funcionando... la ley no... ya te digo, no se vio en nada, no... Al contrario, se cortaron los tratamientos individuales, se cerró la atención de niños, eh... se internaba también en sala general (...) porque acá tampoco hubo nunca manicomio así que... Y se siguió derivando pacientes a internación en otros lados. Había dos pacientes crónicos en sala y se siguió con pacientes crónicos en sala, no es que se hizo una externación. (...) Sí se organizaron quizás más el tema de la visita domiciliaria y se organizó más la parte de seguimiento de psicóticos crónicos. Con la figura del operador de salud mental"*

*También "...la problemática de las adicciones costó, porque estaban como muy abocados con la psicosis viste? Entonces no había otras cuestiones. Y quedó armado lo del GIA que no fue por la ley. (...) GIA es grupo institucional de alcoholismo. Lo diferentes que tiene a narcóticos anónimos es que el paciente primero que desde la internación ya puede ir a los grupos. Está internado y puede empezar a participar. Y el grupo es abierto, no es que hay un grupo para familiares y otro para pacientes. Si no va el paciente puede ir el familiar, puede ir el familiar con el paciente. Entonces, viste? Son grupos con una mayor acogida para la problemática. Porque no es tan determinante. Es un dispositivo que no lo inventó la ley. Si lo tomó. O sea, las reuniones eran de GIA y quedó como muy captado. El coordinador era un alcohólico recuperado. Pero ese dispositivo está en el libro de Pellegrini sobre alcoholismo".*

*Y en cuanto al trabajo en red interinstitucional refiere a los inicios de la reforma "era una época, que eso es para resaltar, que no estaba el trabajo en red, interinstitucional como está ahora. Quizás se promulgaba eso en la ley, pero de hecho no estaban armadas las redes. Ya te digo ni los psicólogos iban a los centros de salud, fueron forzados. Tampoco se diagramó que los psicólogos fueran a los centros de salud barriales. Fue así como: ah, les gusta tanto la comunidad? Bueno, vayan! Que estuvo*

genial, porque en realidad ahí empezó, eso lo dice...ahí en ese momento estaba Lucio acá, era el psiquiatra que después estuvo en Viedma. Lucio fue un psiquiatra que vino, muy militante de la ley. Y después él reconoce que fue bárbaro eso porque... Pero eso fue muy gracioso, porque ni siquiera estaba como estructurado para ir a los centros de salud. Y cambió muchísimo el trabajo de lo que es en red. Pero eso fue un cambio que no tuvo que ver con la ley. No, tuvo que ver con que cambiaron las cuestiones de trabajo en todos los sectores. Porque no había articulación, seguían siendo como una cuestión aislada. Tampoco se trabajaba interinstitucionalmente. Yo planteé el trabajo con la Llave [Escuela Municipal de Arte], articularlo. No que los pacientes vayan, sino que articular un espacio. Y se empezó, no me acuerdo cuando fue... en 2008, con Vivi Dziewa. Que iba un grupo de pacientes y tenía su espacio con una profesora de la Llave”.

Respecto a la forma de trabajo refiere que “no está armado desde un lugar orgánico. Desde qué es lo que se necesita... Cualquiera hace cualquiera... El psicólogo, todos hacemos todo. (...) Faltó esa cosa como orgánica de los dispositivos. Para qué el dispositivo, cómo lo pensás... No sé, faltaron dispositivos y faltó también esta cuestión de especializar el cuidado en este momento de crisis. Porque tenés que derivarlo a otro lugar fuera de su núcleo al no tener instituciones adecuadas. Son esas cosas que como que traen mala prensa. Como el electroshock, que esta ley lo abolió. Es como si vos abolís la descarga cardíaca en un infarto, es lo mismo! Por qué es diferente el corazón que el cerebro? Esas cuestiones que son como muy lindas de propaganda, pero que no tienen basamento. Porque un paciente catatónico, un paciente con una depresión gravísima, no lo revertís con nada y se mata el paciente! Entonces si tenés una herramienta para sacarlo, que es un cambio químico como hace la medicación, no es otra cosa diferente, bajo anestesia. Por qué no usar ese cambio químico, si la medicación es cambio químico en las neuronas?”.

La entrevistada 6, que fue quien armó y llevó adelante el proyecto de Camino Abierto y lo coordinó los dos primeros años relata esta experiencia desde su llegada a la ciudad: “...escribí un boceto de un proyecto (...) Y pedí una entrevista con el director del hospital, (...) le conté mi idea (...) de abrir un centro cultural que sea para usuarios de salud mental pero que esté abierto a la comunidad”. “A mí no me gusta lo de casa de medio camino, (...) porque es casi como una réplica de un manicomio no? yo leí un proyecto [del] equipo de Salud Mental, que era una casa, donde la gente que estaba internada en el hospital podía pasar, inclusive podía tener algunas camas y que la coordinaba un psiquiatra con un enfermero viste? con todo un ambiente que en realidad era un pequeño hospital de día no? como replicar esa experiencia. Yo creía

que era mejor romper con esto y decir bueno (...) un lugar público que dependa del hospital y abierto a la comunidad...". Y en Camino Abierto "...al principio eran talleres culturales y después eran talleres culturales y deportivos. Y después con emprendimientos laborales. Primero estuvo "mostrando la hilacha" y "artesanos" y ahora está "maquinando" y todo lo que tiene que ver con carpintería y demás".

En cuanto al trabajo en red, intersectorial e interinstitucional, trabajo con la comunidad, refiere que "la intención de la lucha contra el estigma es despertarle a la otra persona la conciencia de que no estás ajeno a ese problema (...) Y todo el trabajo del 2008 y del 2009 que yo me propuse conscientemente fue salir a la comunidad a sensibilizar a la gente. Y creo que se logró. De pronto conseguir un stand ahí donde están los artesanos municipales, por primera vez tuvimos un stand ahí. (...) sumarte a cosas que no sean exclusivamente para locos viste? y sino tratar de incluirlos en la comunidad. Un trabajo, una escuela, una feria, un... ahora en la fiesta de la palabra Camino va a estar en la Escuela la Llave con una obra. Y no es dentro del marco de la salud mental. Es algo que está bueno me parece. Y está bueno hablar de cosas que son saludables (...) Y bueno y después estar en contacto, trabajar en red. No sólo la red interna, ponele Bariloche, sino con otros servicios. El de Bolsón, el de Roca, Cipolletti, Viedma. Son muy importantes los encuentros provinciales, porque vos vivís la situación de ponerte en contacto con residentes, con médicos con enfermeros y vivir otra realidad, otras estrategias, ateneos".

Por su parte, el entrevistado 7 opina que "...el dispositivo Camino Abierto, (...) tiene muchísimas falencias. En ciertas formas funciona como una ONG, tiene que salir a buscar recursos a ministerios, que no tienen nada que ver con salud, hasta en algún momento han tenido que competir con las organizaciones en búsqueda de recursos en el Ministerio de Desarrollo porque salud no les daba recursos. O mandando proyectos a organismos financiadores, como si fuéramos nosotros [CREARTE] que no tenemos ningún tipo de recurso del Estado, siendo un organismo que depende de Salud pública de la Provincia".

Refiere que faltan recursos, faltan dispositivos, "no hay estrategias de sostenimiento de apoyo de vida autónoma, por ejemplo, sería una alternativa. O algún tipo de vivienda tutelar, sería otra alternativa; no hay nada. Las personas cuando quedan solas, las familias se murieron, eh, quedan en una situación de abandono terrible. En muchos casos se la van rebuscando, viviendo con familiares, y en otros casos, emigran, los mandan a otro lugar. Terminan internados en otro lugar. Cosa que es bastante terrible. Hay cosas con las que ideológicamente uno adhiere, como es esto

*cerrar los manicomios, no es una alternativa válida tener un manicomio. Pero no se hizo ningún tipo de alternativa para gente que realmente lo necesita, porque hay muchas personas que por lo que sea, no se ha podido intervenir en el momento que se tenía que intervenir, por lo que pase. Indudablemente, algunas situaciones sí hubiese habido los servicios que tenían que intervenir, en el momento que tenían que intervenir, capaz la persona no termina como termina. Pero eso no paso, y cuando tenés la situación de la persona sola, con un grado de dependencia muy grande, no tenés respuesta, terminan en el hospital, deambulando en cuidados intermedios”.*

Respecto del trabajo que se hace en CREARTE, el Centro Cultural para Personas con Discapacidad, dice: *“Nosotros somos un centro cultural, básicamente es un servicio educativo, no formal (...) donde trabajamos, por un lado la posibilidad de generarles a las personas que concurren, herramientas que les sirvan para el auto-valimiento, la posibilidad de ser auto-determinados y auto-válidos. Que puedan generarse un proyecto de vida propio y que lo puedan llevar a cabo, a partir del arte. Nosotros creemos que, algunas disciplinas en el arte sirven como para encontrar la posibilidad de generar otros discursos, otras posibilidades de comunicación; y otra posibilidad de aprender. Institucionalmente (...) se han ensayado posibilidades educativas, desde un mismo lenguaje (...) lógico matemático. Y nosotros creemos que no es el único lenguaje desde el cual la persona puede involucrarse con el conocimiento. En función de eso, tenemos ese trabajo, nosotros hace 20 años que estamos, y hace unos 18 empezamos a ver que lo que se generaba artísticamente, tenía sentido, tenía belleza. (...) Entonces, de ahí, empezamos a ver las posibilidades del arte, para algunas personas que concurren a Crearte como posibilidad de formación profesional. Y en eso estamos. No hemos sido suficientemente efectivos, pero en algunos casos, digo, porque no todos están pudiendo vivir del arte. Que es una opción bastante difícil para cualquier artista, en Argentina, pero sí, es una meta institucional marcada, que algún día se podrá lograr. Y además, hay algunos talleres que no tienen específicamente que ver con lo artístico, sino con cuestiones de la cultura, que es la posibilidad de acceder a las herramientas que tenemos todos y que de alguna manera, nos dan la posibilidad de tener un proyecto de vida sostenible en el tiempo; aprender a cocinar o por ahí, tener una idea de construcciones, entonces por ahí lo manejamos en un taller de carpintería, decimos como armarte algo o si quieres armártelo; tenemos un taller de ciudadanía, donde trabajamos sobre la constitución de los derechos y todo ese tipo de cosas; otro taller donde trabajan las angustias que tienen adentro y afuera de la institución; un taller de computación, que nos parecía que era una herramienta a la cual la persona con discapacidad intelectual, en general no accede, porque no tiene, o*

porque si tiene no se la dejan usar, entonces hoy son herramientas de lo cotidiano, en torno a las redes sociales y todo ese tipo de cosas. Y a esos nosotros los denominamos más como talleres culturales, van desde jardinería hasta ciudadanía. Un abanico bastante amplio. En total son 26 disciplinas las que tenemos en este momento. Y son las que van desde artísticas a las culturales, artísticas estamos abarcando tanto plásticas como escénicas, musicales y literarias y después, lo que no estamos tocando todavía es imagen y sonido. Pero por las complejidades técnicas, y presupuestarias. Lo que nosotros queremos, es que en la medida en la que podamos darles un abanico de lenguajes a las personas, vamos a descubrir sus capacidades; las capacidades están ahí, lo que no somos buenos es descubriéndolas. Y a veces, no es que la persona no es capaz, sino que nosotros no sabemos descubrir esas capacidades. En la medida que tenés un abanico más grande, tenés más chances, es como la red más grande no? , capaz encontrás algo; una red más chiquita no. Básicamente es eso lo que hacemos, una vez que la encontramos, potenciarla. Darle puerta para que pueda salir, básicamente es eso, una síntesis de laburo”.

En cuanto a la articulación con el hospital, al trabajo en red el entrevistado refiere que “...nosotros en algún momento tuvimos algún tipo de vinculación, en diferentes momentos, en los 20 años de Crearte, con gente de salud mental, y con pacientes que están internados en el hospital. No sé si la palabra es internados, pero viven hace millones de años. Todavía hay algunos que se han muerto ahí, por lo menos nosotros en algún momento le dimos, que venían, de salud mental con discapacidad intelectual, que venían del hospital. Uno de ellos que murió, pero... un servicio extra hospital, que era gratuito, (...) lo único que tenían que hacer era traerlo y no lograban ni siquiera eso... meterlo adentro de un vehículo y traerlo, porque la persona no podía venir sola. Eso no se podía sostener, te digo hace 18 años, más o menos. Este, no sé si cambian algunas cuestiones, ahora tienen otros dispositivos. (...) En general el acompañamiento de todo este proceso, de lo que fue la ley de salud mental, no fue deficiente, sino negligente. Porque deficiente puede ser... por falta de recursos, por un montón de cosas, lo que sea, pero es negligente. En el mejor de los casos sino lo hacen expreso para que la cosa fracase, no sé, no me atrevería a decirlo, pero sí que no ha habido acompañamiento. De hecho muchas personas que vienen a Crearte, que son pacientes de salud mental, también, por ahí, el único espacio que tienen en salud mental es ir una vez por mes a que le pongan o le renueven la medicación o le den una inyección,. Y no mediaba ningún tratamiento de por medio, ninguna pregunta de: cómo estás?, pero una onda póngase en la fila que recibe lo que vino a buscar. Tampoco hubo mucho interés de trabajo institucional, eh las pocas veces que hubo

algo así, llega un momento en que el Hospital no acompaña más, deja que del quilombo se haga cargo otro (...) Nosotros estamos más acostumbrados a hacer un acompañamiento sistemático prolongado, y estable, yo supongo también porque es una cuestión que tiene que ver con las personas. Sin la voluntad de las personas, es difícil mantenerlo mucho tiempo”.

La entrevistada 8, refiere que el problema principal es que “...falta recursos, porque habiendo dispositivos, los pacientes funcionan distintos, entre los pacientes de acá de Camino Abierto (...) verdaderamente a partir de que tienen un dispositivo, es completamente diferente la evolución. También fue un dispositivo que nació en salud mental de mi jefatura El Brote, el grupo de teatro El Brote, y de hecho hay pacientes de que a partir que empezaron con El Brote, y después otros que empezaron con camino, y otros que a partir de que se creó Camino dejaron de tener brotes o la recurrencias o los brotes han sido mucho menores. Entonces bueno es ahí que el trabajo, este, da sus resultados”.

La entrevistada 9 se refiere a los dispositivos de los que participó en sus 15 años de trabajo en el hospital “en Camino Abierto hicimos un taller de fotografía (...) con Gustavo que es un fotógrafo muy capo de acá. Porque la idea era ver qué ven ellos a través de una lente, no? Es muy copado porque ahí ves en un taller de fotografía qué es lo que el otro ve. El pretexto fue la fotografía, el contacto con otro, con un artista que además él se engancho muchísimo desde lo afectivo, a parte les enseñó revelado. Bueno, muchos lo disfrutaron y disfrutaban ver su propia producción. Pero lo mío, el pretexto de la fotografía era el ver qué ven.Cuál es el foco, qué es lo que les llama la atención, cómo enfocan. Estuvo buenísimo. La verdad es que lo disfrutamos mucho”.

Piensa que para “implementar un sistema (...) lo que se debería trabajar es en la reinserción de ésta persona” y dice: “es en lo que trabaje continuamente acá, los chicos de acá los conocen a todos y no por que el Barco (Cafetería) vaya al hospital si no porque los chicos siempre vinieron acá, a Tante Frida (otra cafetería)... y la verdad del aporte social de muchos sectores de Bariloche, desde lo social recibí un apoyo incondicional que estaré eternamente agradecida. Lejos de mirarnos con mala cara cuando entrábamos porque además entrábamos con los pacientes como venían del hospi medios sucios y nunca nunca sentí una mirada que pudiera uno sentir que nos apartaban o nos disgregaban. Creo que es eso es lo que los ayuda a ellos. Creo que la 2.440, la desmanicomialización, trabaja si hay reinserción, si está “Camino Abierto” y los chicos no se pueden de alguna manera salir, pero no salir pero no ser mirados

*como pacientes no que yo haga una obra de la que fuere me pongo a cantar me pongo a bailar como paciente de salud mental. No. Yo soy un otro o una otra igual que el otro. Entonces yo siempre mi laburo con ellos fue de igual a igual. No vos estas así y yo estoy así. No. Estamos todos y es más, siempre les dije: todos tenemos un grado de locura. Y eso fue lo que me permitió siempre exigirles desde la danza”.*

Otro dispositivo en el que trabajó es un grupo de yoga. Recuerda: “el Centro de Educación Física N° 8 había cedido un espacio gratuito dos veces por semana para trabajar con los pacientes. Y luego, cuando empecé a ver que había un grupo de pacientes que podían trabajar con el grupo mío de yoga, pedí una... como... el parecer de mi grupo de yoga para ver si querían, qué les parecería si algunos pacientes del hospi que estaban bien.... Asique empezaron a ir y eso fue un golazo! Estuvo muy bueno. Y ya cuando vi que estaban todos tranquilos y que era un grupo, verdaderamente un equipo y también siempre con la aceptación de todo el grupo, si podíamos empezar también a incorporar pacientes que no estaban tan estables. Dos o tres pacientes o tal vez cuatro... y así lo hicimos. Asique también un aprendizaje para todos, y ahí no hay una persona que me encuentre en la calle y no tenga un recuerdo tan intenso y tan bello. Esto de poder estar en la vida de los otros no? De una participación sana. Que ese lazo sano anda a saber a esa persona a qué rincones de su propia vida lo lleva. Asique éramos un grupo...yo tenía dos, uno a la mañana y otro a la tarde... eso fue una experiencia bellísima. Y muchas veces iba Susana López y Teresa... o sea, los acompañantes no? Los operadores. Teresa y Lidia. Y con eso estuvimos funcionando unos cuantos años, como 7 años más o menos. Yo en el CEF cada vez iba tomando más espacios porque por suerte el CEF tiene un espacio muy grande, muy lindo, tiene un quincho. Asique ahí celebrábamos cumpleaños. Y ahora que me acuerdo, dentro del hospital y del marco del hospital... había una licenciada María Ester Marteler, la ubicas? Es una psicóloga y escritora. Dio un taller de literatura durante un par de años, alucinante! Yo pensé que iba a ser una amansadora acompañarlo, porque pensé: vamos a leer caperucita roja. Y no, no. Cortázar, Borges y no sabés como tomaban los párrafos y los analizaban y ella como psicóloga la devolución que hacía...era una vez por semana un taller de dos horas, dos horas y media. Espectacular. Y cerramos ese taller con cuentos, producción de los pacientes, con esta devolución de ella como psicóloga. Y además, hicimos un trabajo lindísimo en que cada uno tenía que elegir ser o periodista o escritor o historiador y elegir lugares para hacer investigación en Bariloche. Entonces algunos pacientes investigaron sobre la historia y las construcciones. No sabes las fotos que sacaban de las construcciones

*viejas de Bariloche! Yo con otros chicos me fui a hacer un laburo en la estación de tren. Tengo unos recuerdos de ese momento...".*

*Y continua contando todas las experiencias de talleres que se hacían mucho antes de que abriera el centro cultural Camino Abierto. "Se trabajaba bastante intenso desde la expresión corporal, desde la fotografía, este taller de literatura fascinante! (...) Después yo estuve laburando dos años en la perrera, que también estuvo bueno ese laburo. Porque en la perrera no es un como sí, en la perrera es la verdad! Si no alimentas al cachorro se muere, si no lo curás el perro sufre. Ahí trabajé con cuatro pacientes graves, de esquizofrenia. Una chica que no podía tocar por ejemplo, le llevé segundos poder tocar. Es impresionante esos laburos. Pero bueno, no es un laburo que lo descubrí yo, en otras partes del mundo hace siglos que se viene laburando. Pero vos acá hablás de la perrera y te miran como si estuvieras hablándole en chino y qué locura me estas proponiendo!? Yo la verdad es que cuando a mí se me ocurre llevarlos a la perrera no había leído de antecedentes y experiencias previas en otras partes del mundo. Pero cuando pude y tuve la oportunidad de hacerlo, me encontré tantas experiencias y tan buenas. Pero todo obviamente muy bien implementado. Este bueno... yo a ellos les hice dar a todos no la antirrábica pero... este... como se llama la otra... o sea tuve precauciones para ir". "Ah! Y hubo una murga! Mirta trabajó mucho ahí, Mirta y un par de chicas más que no laburan más, que se fueron de Camino Abierto. Y estuvo bueno ese laburo de la murga. El cuerpo es el asiento de la mente, así que si laburás el cuerpo laburás todo. Estuvo bueno ese momento, aparte la murga todo lo que significa de descarga, trabajo social, los tambores, muy tierra, está buenísimo todo ese laburo".*

*La entrevistada 10 recuerda los dispositivos en que trabajó: luego de ser "exiliados" del servicio de salud mental "...empezamos a trabajar en los centros de salud. Como no podíamos atender pacientes empezamos a trabajar toda la parte de prevención en salud y en salud mental en los once centros de salud. Y eso la verdad que fue un proyecto muy muy lindo. Siempre con el DAPA. Con los generalistas trabajamos mucho mejor que con el resto".*

*Y respecto de los dispositivos que faltan dice: "acá tenemos mucho apoyo de la parte de salud mental y del gobierno de turno también. Pero bueno, después cuando hubo que empezar a financiar el proyecto, poner las casas de medio camino... a ver qué hacíamos con los pacientes judicializados, porque también eso, había muchas internas con la justicia, todo un... unas pulseadas... Entonces pacientes que tendrían que estar en la cárcel, por ejemplo un psicópata...que la única opción es la cárcel, lo*

mandaban para una internación judicial. Entonces empezamos a tener un montón de alojados, la policía... viste? Hubo cosas que yo también creo que bueno... por la inexperiencia, por los miedos de la gente también, viste? Hay que hacer autocrítica también, nosotros también éramos muy cerrados con todo". "...Bariloche siempre fue muy difícil. (...) pero hubo familias con las que hemos trabajado muy bien, muy muy bien. Yo me sigo cruzando pacientes que tuve durante muchos años y que llevan una vida bien. Con su medicación, pero que tienen un trabajo, que están incluidos socialmente, no? (...) Ver que una persona que en otro momento estaba encerrada y super medicada, hoy por hoy está integrada y tiene una conciencia de enfermedad, puede ir y aplicarse una inyección mensual... creo que hoy me parece que no hay seguimiento. Me parece que hay una falla, un déficit muy grande. Porque no hay acompañamiento de los pacientes, ni de las familias". Pero con "la gente del DAPA principalmente, en ese momento en que estuvimos exiliados del hospital y todo nos hicimos sumamente compinches y trabajamos muy bien. Así que... hicimos la réplica también del trabajo nuestro, por ejemplo, el trabajo en equipo que teníamos en esa época era excelente. Porque en realidad teníamos reuniones mensuales o cada dos meses y trabajábamos viste? Los psicólogos, los operadores en salud mental, los psiquiatras, los coordinadores GIA... Trabajábamos sobre intervención en crisis y los roles independientes también. Y cuando fuimos a los centros de salud nosotros nos dimos cuenta que de los 11 centros de salud que había en ese momento, que ahora hay bastantes más. Todos tenían una modalidad de laburo espectacular, pero ninguno sabía qué hacía el otro. Y depende el barrio tenían una forma de laburo distinta. Como que apuntaban a la particularidad de la gente. Que eso también tenía mucho que ver con lo nuestro. Entonces se nos ocurrió inventar, que hasta ahora está, las reuniones DAPA, eran unas jornadas en las que cada centro de salud en ese momento presentaba lo que hacía, y después fuimos haciendo por temas. Muy interesante fue ese laburo".

### **Conclusiones Categoría Dispositivos y Redes**

Los entrevistados convergen en resaltar la falta de recursos con que se implementó la ley 2440. Valoran el trabajo que se hace en el dispositivo "Camino Abierto", con todos los talleres culturales y algunos emprendimientos laborales y deportivos. Pero coinciden en que harían falta más lugares como ese, que el lugar quedó chico y por lo tanto expulsa gente. Hay mucha gente que no puede acceder también por la lejanía del centro cultural respecto de sus domicilios. Además de los recursos materiales coinciden en que falta mucho recurso humano. Coinciden en la importancia de la inversión en recurso humano y material y en la creación de nuevos dispositivos que

están enunciados en la ley pero que nunca se llevaron a la práctica, como el dispositivo de casa de medo camino o algún tipo de alojamiento asistido. En cuanto al trabajo en red, interinstitucional y con la comunidad vemos que se está intentando articular desde los centros de salud y desde Camino Abierto. Pero por el momento de manera incipiente. Se articula desde los centros de salud con la UEL (Unidad Ejecutora Local en violencia intrafamiliar), con los CAT (Centro de Atención Territorial), con las escuelas. Desde Camino Abierto con la escuela municipal de arte "La Llave", con la compañía de teatro "el Brote", algo con el centro cultural CREAARTE. Pero la falta de recurso material y humano dificulta estas articulaciones por verse desbordados en las tareas puertas adentro "mas en lo urgente", en la asistencia, que en la prevención y promoción de la salud.

### Categoría 3. Interdisciplina

Los entrevistados se refieren al tema de la siguiente manera:

Respecto del trabajo interdisciplinario la entrevistada 1 refiere: *"después empecé a ir a los centros de salud (...) me tocó algunas con profesional, un psicólogo que estaba encargado de los casos y otras sin psicólogo en las que el operador iba digamos a recorrer las casas". "Lo que pasaba también es que el operador de salud mental como no estaba incorporado del todo como en los equipos tampoco de los centros de salud, si bien se lo reconoce y todo, es como difícil decir en una reunión de equipo qué aporta o qué no aporta si no está el psicólogo por ejemplo que da como todo el marco teórico del por qué se está yendo a ver a esa persona...".* Por otro lado, refiere *"siempre terminas laburando muy solo porque todos tienen otras prioridades y a veces el paciente de salud mental no es una prioridad.. Si? Como es algo más crónico quizás y menos visible... Pero bueno, en algunos equipos sí se laburaba re bien...digamos y se incorporaba mucho mejor la figura del operador".*

Y agrega, respecto del trabajo del operador en salud mental y cómo se fue construyendo ese lugar en el imaginario de los trabajadores: *"...algunos equipos tenían una referencia de operadores que no se interesaban o no se comprometían u otros que sí lo hacían a veces, entonces como no se sabe bien para qué están o cuál es el objetivo es difícil también comprender no? La actividad del otro... y a veces pasaba eso como que había que explicar y re explicar... de la ley de salud mental por ejemplo de los médicos no... No se conoce...".* *"y a veces nos pasaba eso, que la misma persona que era operadora daba la medicación, daba talleres, iba de visita a las*



*casas, o sea que jéramos como multifunción! Por un lado, está bueno porque ves a la persona en un montón de lugares, pero realmente vas tapando huecos de otras personas que tendrían que estar y que a la vez serian otras miradas, otras intervenciones necesarias”.*

*En relación a las dificultades de trabajo en equipo piensa que “...faltan lugares para las personas que trabajan ahí, de tener momentos de capacitación y de reuniones, en las que se puedan discutir todas estas cosas por las que están atravesados porque se generan después muchas (...) rispideces también en el equipo. Que a veces no posibilita ver la tarea y el objetivo de la tarea que realmente es digamos mejorar una calidad de vida. No sé si se puede hablar de una cura pero si de mejorar una calidad de vida, entonces como... y en eso hay un montón de miradas diferentes que en vez de sumarse se van poniendo en contra unas de otras. Y de compromisos diferentes no? también, todo eso ocurre en el laburo mas allá de lo que una ley baje eso está en el día a día y atraviesa a las personas”.*

*Por otro lado, observa que hay por parte de un grupo de profesionales una “cerrazón a estas nuevas ideas y formas, directamente... ni siquiera intentarlo creo yo no? como decir no, no quiero cambiar, no quiero modificarlo eso. Y eso era muy fuerte también a la hora de uno compartir intervenciones con esas personas.... (...) Pero también es muy difícil el laburo tan atravesado por esto. Como era laburar en un mal clima o... de hecho se llegaban a discusiones bastante violentas o persecuciones bastante grosas no? Había un hostigamiento bastante perverso. Ahora alguna de esa gente renunció, ya no está más, no sé qué pasó. Pero me parece que tuvieron bastantes denuncias de...empezaron a haber denuncias de pacientes de salud mental que hasta ahora no decían nada y ahora fueron a la defensoría del pueblo, me parece que eso movió algo”.*

*La entrevistada 3, por su parte, habla de las dificultades de trabajo en equipo por cuestiones de orden ideológico y de los comienzos del trabajo interdisciplinario forzados a partir de intimaciones del juzgado: “Camino Abierto (...) generó mucha resistencia. Primero la resistencia a nivel institucional y a nivel barrial también. (...) Sé que hubo un eh... un proyecto previo (...) la gente del servicio había pensado un dispositivo, pero era mucho más hegemónico no? Tenía que haber una enfermera, que la enfermera iba a aplicar la medicación... como un dispositivo mas...con una modalidad no como la de Camino Abierto sino una modalidad mas de hospital de día. Y más afín a un modelo hegemónico que a un modelo de inserción comunitario. Eh...asique bueno, ese fue el contexto, que fue en el año 2010. Después con el tiempo*

como que fue teniendo más aceptación. Al principio no nos derivaban pacientes...eh...del hospital mismo le decían "no vayan allá", los psiquiatras le decían no vayan allá a los pacientes. Había mucha resistencia en ese sentido. Y después al revés, empezaron a derivar (...) y... bueno después llegamos a hoy, a la actualidad donde ya estamos en una forma semi forzada digamos, porque empezaron desde los juzgados a intimar para que se empiece a trabajar en el marco de la ley, porque tenemos para las situaciones de urgencia y crisis aguda las internaciones en el hospital, para las instancias intermedias o ambulatorias y de reinserción social estaría Camino Abierto mas todos los centros de salud. Pero falta el dispositivo de la casa asistida. (...) y a través de un trasfondo político y judicial se empezó como a intimar a todas las entidades que corresponde y eh...ahora de Viedma, de la dirección provincial de Viedma lo que piden es que se realicen reuniones acá en Bariloche entre los equipos de Salud Mental y Servicio Social para que eh... pensar e identificar un lugar acorde y pensar para que se implemente la casa asistida. Y en todos estos años también hubo un cambio que es que... bueno, la ley siempre pide un abordaje interdisciplinario y bueno, una manera de empezar ese abordaje interdisciplinario tiene que ver también con algo así forzado que dio lugar a un cambio que es positivo, que finalmente resultó por suerte positivo y siempre se lo vio como algo positivo por los que estamos a favor de la ley no? pero bueno, costaba mucho articular servicio social con salud mental y como que el juzgado empezó a presionar para que el abordaje fuera interdisciplinario. Esto que menciona la ley de que tiene que haber formas de dos disciplinas. Que uno si o si tiene que ser psicólogo y/o psiquiatra y que tiene que haber otra especialidad también. Eh... bueno, a partir de ahí Servicio Social empieza a hacer guardias, asique ahora están haciendo guardias pasivas que bueno cuando hay una internación involuntaria ellos tienen que participar de esa internación y de esa externación no? eh..".

Y esto es así "desde este año, si. Y... por eso es que servicio social está convocado a pensar en la modalidad de la casa asistida. Eh... y después bueno, en todo este tiempo al estar también en los dos dispositivos, tanto Camino Abierto como centro de salud, eh...se ve una diferencia cuando vos tenés un dispositivo armado y toda una estructura para trabajar en función de la reinserción social de las personas con sufrimiento mental, es mucho más fácil el laburo ahí que tratar de hacer ese trabajo con pacientes con sufrimiento mental crónico acá en el centro de salud. Es como otra barrera que estamos teniendo que traspasar, que es que todo el equipo de salud pueda trabajar con los usuarios de salud mental. Porque como que muchas veces lo más frecuente es que quede asociado que al paciente de salud mental lo tiene que

ver el psicólogo del centro de salud. Y de hecho si vos te fijas en las historias clínicas es raro que tengan atenciones acá. Las personas con sufrimiento mental agudo, severo tienen casi todas su historia clínica allá, es como que están hospitalizados. Y si tienen otro problema de salud van por guardia directamente, ni siquiera tenían el hábito de saber que tenían que tener otros cuidados en torno a la salud. Pasaban por alto lo ambulatorio porque no le prestaban ni atención a ese cuidado. Eh...entonces bueno, el trabajo como de hormiga de los psicólogos de los centros de salud y ahora de los trabajadores sociales es poder insertar a los usuarios de salud mental, a todo el equipo del centro de salud. (...) de tratar de que cada paciente se vaya referenciando con algún médico de su centro de salud. De estar atentos a que los pacientes de Camino Abierto, los que viven por acá, yo trato de facilitarles todo lo que es los turnos...eh...los controles ginecológicos, que empiecen a tener el hábito de hacerse un PAP y todos los controles de gineco. (...) llamamos al centro de salud de su barrio, contactamos con el médico de ese centro de salud. Porque eso le garantiza una continuidad. No como una atención por guardia que le va a dar algo para resolver ahí y ya”.

También habla de los logros del trabajo en equipo del Centro Cultural Camino Abierto: “Y en todo este tiempo esas personas empezaron a ser externadas. Pero bueno, porque hay una decisión de un equipo, que fue el que pertenecía a Camino Abierto, porque sino seguían ahí. Donde bueno, se empezaron a contactar a familiares. (...) si había voluntad se podía, con mucho trabajo no? Eh...así que bueno, muchas personas se fueron externando eh...a casas de familiares o a casas solos y acompañándolos en este auto valimiento. Eh...la realidad es que también hay muchos otros que no se tiene esa posibilidad ni de familia que los contenga ni de que tienen posibilidades de auto valimiento y que bueno, esos son los que están internados en otros lugares de la provincia. Que por ellos se está presionando a nivel judicial para que se genere el dispositivo y dejen de estar en otros lugares de la provincia. Ah, bueno y todo esto también está impulsado porque como al sancionarse la ley nacional también empezaron a ajustar un poco más el eje de trabajo (...) Entonces bueno, al trabajar de manera interdisciplinaria con servicio social y al estar convocados a trabajar y a enviar informes conjuntos, bueno, hay que resolver de qué manera la internación es del menor lapso posible y después pensar en la externación”.

Refiere que “Y... el objetivo es el tratamiento en la comunidad, o sea pensar que tal vez el centro de salud sea el lugar de mayor presencia no? y que bueno, acudir al hospitalario en momentos agudos” Pero cumplir este objetivo se ve dificultado por las características particulares del servicio de salud mental en Bariloche: “Bariloche es

*muy particular en relación a la ley porque el servicio está todo escindido, estamos todos divididos. Lo que pasa en Bariloche no pasa en ningún otro lado en Río Negro. Hay un servicio de salud mental y ese mismo servicio hace atención primaria, van algunos a los centros de salud... Va todo mucho más fluido. Acá está dividido, los que estamos en los centros de salud ya no pertenecemos a Salud Mental, pero sí tenemos que articular con ellos. Esta Camino Abierto y está el hospital... todo muy dividido y difícil de articular... podría funcionar si estuviésemos así divididos físicamente y en cuestiones administrativas y de dependencia pero pudiésemos laburar de una forma fluida, estaría todo bien pero la realidad es que hay cuestiones ideológicas también que nos atraviesan que hacen que a veces sea difícil. (...) yo creo que en parte es por las características de la gente del servicio de Salud Mental, (...) hicieron muy difícil el trabajo y... en el tiempo que estoy yo hubieron un montón de renuncias de gente que veía... bueno, mi caso y el de muchos compañeros que entramos al servicio de salud mental por lo dificultosa que hacían la tarea y por las características de este equipo fuimos viendo cómo salirnos de ahí, no? Y bueno, pertenecemos al DAPA que es atención primaria. Eh...pero bueno... Si, es ideológico...sí...".*

La entrevistada 4 nos habla de su experiencia como trabajadora social y las dificultades del trabajo interdisciplinario: *"Por ahí está bueno aclarar que nosotros hasta que se implementa la ley nacional o en concreto a partir de este año, recién como servicio social nos involucramos en las cuestiones de salud mental. Mientras estuvo vigente solo la 2440 en la provincia eh... no. No tuvimos ninguna participación y siempre tuvimos mucha diferencia... Esto es una particularidad por ahí de este hospital. Sabemos que en otros lugares de la provincia la relación entre salud mental y servicio social funcionó un poco mejor. Acá siempre fue muy conflictivo el vínculo, yo creo que este servicio de salud mental tuvo mucha resistencia al espíritu de la ley, entonces tiene como una característica de abordaje clínico y no comunitario y eso a nosotros nos lleva como a esta cuestión. Nosotros tenemos inserción en los centros de salud y trabajamos territorialmente. Entonces ahí siempre tuvimos como una brecha no? Desde hace 2 años más o menos se desprende un grupo de psicólogos de lo que es el servicio del segundo nivel y pasa a depender directamente del primer nivel, estando en centros de salud y ahí nos resulta un poco más fácil el trabajo en conjunto, porque tienen un poco más de recorrido en el laburo comunitario. Empezamos como a encontrarnos también en la formación. Y desde que la justicia nos obliga a conformar equipo interdisciplinario, que eso fue este año, en enero, ahí nos empezamos a involucrar más con las cuestiones de segundo nivel. Así que lo que yo te transmito de la implementación en sí de la 2440 es como desde afuera. Desde lo que como equipo*

*de salud y como comunidad le reclamábamos a la provincia no? No con una participación activa ahí porque no la teníamos, no teníamos ese lugar. Como que la ley esta era de salud mental, del servicio de salud mental. Nos atravesaba poco y nada al resto. Solo en la pelea de internamos, no internamos, evaluamos no evaluamos...”*

En este momento están convocados a pensar interdisciplinariamente un proyecto de alojamiento asistido: *“...si, estamos planteando un equipo interdisciplinario con participación... nosotras estamos haciendo hincapié en un terapeuta ocupacional, psicólogo, trabajador social. Con una dificultad y es que los trabajadores sociales estamos con mucha tarea y no podríamos abocarnos. Pero bueno, eventualmente estamos pidiendo un nombramiento. Eh... operadores para cubrir 24 horas. Estamos ahí con el número a ver cuánto, en función de los turnos y que se yo, pero...Un psiquiatra o referencia y enfermero. Por lo menos para el día. Ah! y personal de servicio general, para la limpieza, para mantener el lugar. Eso sería como el equipo base que estamos planteando”*. Están pensando el dispositivo para alojar a 6 personas. Y refiere que *“esto si está naciendo de una discusión interdisciplinaria que es como ¡guau! Que nos sentemos a pensar juntos ya es un montón!”*.

La entrevistada 6 habla de sus diferencias con el equipo del servicio de salud mental en cuanto al tipo de dispositivos a implementar: dice que el equipo de salud quería implementar una casa de medio camino que era como *“una réplica del hospital”*. Y recuerda la experiencia de los inicios de Camino Abierto y la falta de apoyo del equipo de salud mental en ese momento: *“El equipo de salud mental, como no estaba de acuerdo en abrir esa casa del inimputable se abrió, no quiso participar”*. *“me dice el coordinador, no contas con nadie porque el equipo de salud mental no quiere saber nada. Bueno, dije, que peor me puede pasar que no poder no? Y entonces le dije que sí, que si me nombraban en el hospital me hacía cargo del lugar. Y así fue, entre muy mal al equipo de salud mental porque ellos estaban en contra de todo eso. No me recibieron, no me fue posible articular con ellos”*.

Opina que hay *“profesionales en el hospital que están en contra de implementar, porque es otra forma de trabajar. Porque si vos venís de trabajar en un servicio de psicopatología, olvidate. O sea, el equipo de salud mental, el servicio de salud mental, no está solamente en la atención sino en la atención y en el cuidado. Y abarca una cantidad de cosas que no todos los profesionales están dispuestos no? Pero bueno, yo creo que tendrían que ser honestos y decir: no trabajo en el ámbito público, por ejemplo. Cosa que no pasa. Y hago hincapié en esto porque cuando uno trabaja con un programa que es acorde a una ley y que es acorde ahora a una ley nacional, tenés*

que ser honesto con tu trabajo. No puedes trabajar desde una visión asistencialista, hegemónica, sin trabajar en forma interdisciplinaria, intersectorial y horizontal, si estás trabajando... y además en salud pública”.

Considera que “El Trabajo interdisciplinario e intersectorial, es lo que permite que la ley se pueda implementar. No depende del equipo solamente de salud mental del hospital. Vos tenés que trabajar con todos los ministerios y tenés que trabajar con todos los profesionales, porque cuando una persona tiene un problema, no tiene solo un problema porque tiene un delirio. No tiene solamente síntomas positivos me entendés? o negativos en el peor de los casos que siempre lo hay. Sino que tiene una cantidad de problemas que vos no podés como único profesional atender. Problemas habitacionales, de salud, laborales, intrafamiliares, problemas de esa persona con su entorno, con su comunidad. Y tampoco es que vos tenés la varita mágica viste? que porque le das medicación y porque bajo sus niveles de síntoma ya está. No, hay que trabajar ahí. Y si vos trabajas en equipo, lo bueno de trabajar en equipo es que no siempre es la misma persona la que va a intervenir o que va a cuidar que esa persona no tenga recaídas o que las recaídas sean más leves o que las internaciones sean más cortas o que no haya re internaciones. Como pasa con la gente que va a Camino, que valoran eso: “Yo antes me internaba constantemente o tenía...ahora me doy cuenta cuando voy a tener una crisis, puedo pedir ayuda, no tengo necesidad de internarme”. Eso es notable...”.

Refiere a la falta de capacitación como factor decisivo para el trabajo interdisciplinario: “Hay de todo, porque no te olvides que viene mucha gente de Buenos Aires que viene con otra cabeza viste? Por ahí...yo reconozco que a mí esa experiencia en el Borda y con Cooperanza y con el movimiento de la Anti psiquiatría me marcó. Pero la verdad es que no se si no hubiese vivido eso y yo venía de atender en el Hospital Santollani y de trabajar en psicoanálisis, venía acá con una ley que... viste? Yo no culpo a las personas, creo que uno necesita cuando va a vivir a un lugar empaparse bien de cuál es la modalidad no?”. Por otro lado refiere más a lo actitudinal y a las motivaciones internas: “hay otras personas que se niegan a trabajar porque les resulta...que no están de acuerdo, porque es mucho más trabajo.. Y bueno, yo lo que no entiendo es por qué... Para mí es un acto de corrupción con el estado, trabajar en contra de una ley que te están pagando para eso no?” Por otro lado, refiere que “falta de parte de la coordinación de salud mental una presencia continua capacitando, supervisando y conduciendo. Falta conducción concretamente, porque cuando lo quisieron hacer lo hicieron a través de una intervención, que fue algo medio... para mí no tuvo sentido eso que hicieron. Venir acá como viste? a aplicar una ley que no... Tienen que trabajar

de otra manera. Enfrentaron mucho al equipo, yo tome distancia de esa situación, de personalizar mucho las cuestiones no?”.

Opina que “tendría que haber un solo equipo de salud mental con profesionales que vayan a los centros de salud, otros que trabajen en el hospital, que pueda haber un intercambio, Camino, los dispositivos y todos con una coordinación. Y hoy en día eso está desmembrado”.

La entrevistada 8 recuerda los inicios de la reforma, como “se dividió la provincia, los que estaban a favor y los que estaban en contra de la ley. Y también las cúpulas directivas de salud se dividieron en la provincia, entonces vos tenias por ejemplo, el director de salud pública, de la provincia estaba en contra pero el director de salud mental era el que había traído esto (...) eran dos directrices paralelas, con lo cual nosotros recibíamos ordenes distintas y contrarias desde salud mental y desde, desde la dirección del hospital, y eso claro nos ponía a todos o sea, había muy mal clima dentro del servicio, yo además estuve en la jefatura del servicio, y toda esta batahola estaba en el medio de mi jefatura. Y bueno, en un momento dado yo dije: yo así no puedo trabajar. Porque estamos trabajando con pacientes y por otro lado esa tensión, toda esa división, entonces renuncié a la jefatura, y a los poquitos días justo llego alguien digamos en nombre de salud mental, venia como a intervenir el servicio una cosa por estilo”.

Recuerda que históricamente el servicio de salud estuvo marcado por esta lucha y era complicado trabajar juntos “en si el servicio como conjunto nunca funcionó bien. O sea en los 30 años que hace que yo estoy acá, desde que yo llegué a pesar de que eran poquitos y que daban bastante a basto con la demanda que tenían, pero tenían problemas personales, estaban enojados, estaban peleados, las dos psicólogas y otras que habían en aquel momento en el servicio estaban peleadas entre sí. (...) por eso te digo yo que ya históricamente es problemático, es problemático. Y me da mucha lástima la verdad porque para trabajar estos temas esta bueno cuando uno es compañero digamos”.

La entrevistada 9 opina: “Creo que lo complicado es, por lo menos la experiencia que yo tengo acá en Bariloche, es la intolerancia del trabajo interdisciplinario. Ya directamente hablamos en esos términos: intolerancia. Y eso significa que hay mucha inseguridad, cada uno está por su...cuidando su mínimo espacio. Y entonces bueno.... El que pagó y el que sigue pagando el pato de todo es el paciente. Que es un pa-de-ciente. Y también paciente, porque han tenido una paciencia!! Jajja. Y la siguen teniendo, asique sí, son pacientes. Pero padecientes de un sistema”.

Y la entrevistada 10 recuerda: "Y bueno, en Bolsón lo que más me fascinó era todo este trabajo en equipo. Vi todo el proceso de pacientes psicóticos, algunos "linye" armando su casa. Pudiendo trabajar, pudiendo ir a socializarse. Eh... uno era un artista, otra que sabía tejer. Y bueno, vi todo ese proceso y me fascinó. Más el tema de los alcohólicos que bueno, los GIA, no sé si los habrás sentido nombrar, los grupos institucionales de alcoholismo. Qué bueno, estuve también en la conformación del grupo en Lago Puelo y en Bolsón y me gustó mucho la dinámica del no anonimato, de poder hablar del alcoholismo como una enfermedad. Me pareció muy... y en ambientes así...no médicos digamos. Donde se medicaba, si. Pero en realidad iba mucho más allá de la medicación no? La idea es medicar para poder trabajar el síntoma. Pero no para tapanlo y quedarnos tranquilos. Claro. Bueno, estuve seis meses allá y después me mandaron a Jacobacci, donde armamos el servicio. Que estaba yo y un enfermero que me ayudaba y una trabajadora social que trabajábamos juntas y bueno, estuve hasta el '95 y fue sumamente interesante el trabajo. Fue muy muy muy lindo. Con dificultades, con falta de recursos pero bueno, con mucho apoyo de los distintos equipos de la provincia. Supervisaba los casos con Analía Broide en el Bolsón y también Hugo (Cohen) que permanentemente estaba al teléfono con los casos. Y con los médicos generalistas medicando y... bueno. Muy interesante trabajo. Y en el '95 me vine a Bariloche y ahí cambió bastante mi historia. Venía muy contenta con el trabajo hecho, muy valorizado el trabajo en el pueblo, en las zonas rurales. En los distintos pueblos de la línea sur. Y acá en Bariloche era... siempre fue muuuy difícil. Porque bueno, había una parte que acordaba con la ley y otra parte que no acordaba en el servicio. Y después estaba muy politizado. Como la ley se promulgó en el gobierno de Masachesi, cada vez que había elecciones quedábamos dentro de una interna política... y bueno, la verdad que hubo persecuciones, sumarios, cosas muy muy desagradables. (...) Pero empezamos a trabajar en los centros de salud. Como no podíamos atender pacientes empezamos a trabajar toda la parte de prevención en salud y en salud mental en los once centros de salud. Y eso la verdad que fue un proyecto muy muy lindo. Siempre con el DAPA. Con los generalistas trabajamos mucho mejor que con el resto".

### **Conclusiones Categoría Interdisciplina:**

Los entrevistados parecen acordar en que hay cuestiones políticas e ideológicas que los atraviesan como trabajadores de la salud mental en Bariloche y que dificultan mucho el logro de abordajes interdisciplinarios en la práctica. Si bien se articulan

algunas acciones, parecería que no se puede hablar aún de trabajo interdisciplinario. Recién este año, a partir de intimaciones judiciales que pretenden dar cumplimiento a la ley nacional de salud mental 26657, se comienza a trabajar en conjunto con servicio social. Psicólogos y trabajadores sociales comienzan a sentarse a pensar juntos algunos temas como el dispositivo de alojamiento asistido, cuyo proyecto está en construcción.

Aparece en los dichos de los entrevistados el tema de la formación de los profesionales como un factor limitante para el trabajo interdisciplinario: una formación con pocos elementos de abordaje comunitario “este servicio de salud mental tuvo mucha resistencia al espíritu de la ley, entonces tiene como una característica de abordaje clínico y no comunitario”. Por otro lado, refieren fallas en la forma de implementación desde la conducción que acrecentó los enfrentamientos: “falta de parte de la coordinación de salud mental una presencia continua capacitando, supervisando y conduciendo. Falta conducción concretamente, porque cuando lo quisieron hacer lo hicieron a través de una intervención, que fue algo medio... para mí no tuvo sentido eso que hicieron. Venir acá como viste? a aplicar una ley que no... Tienen que trabajar de otra manera. Enfrentaron mucho al equipo”.

#### **Categoría 4. Medicalización**

Los entrevistados se refieren al tema:

La entrevistada 1 refiere en cuanto a la atención en el servicio de salud mental del hospital que *“a la mayoría de los pacientes se los bochaba directamente o les daban una inyección y ya esta... no sé si eso cambio igual...”*

Por su parte, la entrevistada 2 dice que falta *“acompañamiento, control de la medicación. Esto es otra de las cosas que pasan, en algunos momentos cuando hay pocos operadores que no hacen el control de quienes fueron por la medicación y quienes están controlados clínicamente, aparecen los episodios que terminan en internación. Pero muchas de esas se podrían haber evitado con un seguimiento previo. Este... porque si vos tenés agendado que esa persona tiene una medicación de depósito que dura 30 días, si a tal día no fue podrías...lo lógico sería que bueno, vaya un operador, lo vea...esas cosas todavía están pasando”*.

La entrevistada 4 dice que pasaba *“esto de que no hubiera redes, de que los operadores fueran cada vez menos y mal formados, entonces el acompañamiento*

familiar era relativo. Los operadores terminaron en un rol más bien de entregar la medicación y listo... Bueno, esas cosas como que no dejan de doler un poco”.

La entrevistada 5 refiere que “se perdieron aspectos importantes clínicos. Y uno es tener un lugar adecuado para la internación”. Y que por ello “se sobre medica al paciente, porque el paciente tiene que estar en sala general. Entonces al paciente estar en sala general no tenés las medidas adecuadas de control para un caso grave de una descompensación psicótica. O un cuadro de descompensación de una excitación psicomotriz. Entonces en este caso que yo vi, hubo una sobremedicación para poder contener al paciente, un chaleco químico. Entonces es como si abolís todo tipo de chalecos cuando es necesaria una contención. No es mala...para un momento de desborde de una descompensación es necesaria una contención química y una contención física. Como al abolir la contención física porque tenía mala prensa o no sé que se termina cayendo en una sobre medicación que es otra forma peor porque no es la adecuada. En Italia los que se hizo mucho hincapié son en los dispositivos intermedios que acá no se hizo. No tenemos casas asistidas. Mismo Camino Abierto se hizo muy tardíamente”.

Dice del tema de las internaciones que “son esas cosas que como que traen mala prensa. Como el electroshock, que esta ley lo abolió. Es como si vos abolís la descarga cardíaca en un infarto, es lo mismo! Por qué es diferente el corazón que el cerebro? Esas cuestiones que son como muy lindas de propaganda, pero que no tienen basamento. Porque un paciente catatónico, un paciente con una depresión gravísima, no lo revertís con nada y se mata el paciente! Entonces si tenés una herramienta para sacarlo, que es un cambio químico como hace la medicación, no es otra cosa diferente, bajo anestesia. Por qué no usar ese cambio químico, si la medicación es cambio químico en las neuronas? (...) Lo del electroshock me parece una cosa grave, que la ley nacional lo sacó no sé por qué, si no es un elemento de tortura. El otro día pensaba esto. Es como abolir la descarga eléctrica cuando un paciente entra en paro, es lo mismo!”.

El entrevistado 7 dice de las personas que van a CREARTE y “que son pacientes de salud mental, también, por ahí, el único espacio que tienen en salud mental es ir una vez por mes a que le pongan o le renueven la medicación o le den una inyección... Y no mediaba ningún tratamiento de por medio, ninguna pregunta de: ¿cómo estás?, pero una onda póngase en la fila que recibe lo que vino a buscar”.

La entrevistada 9 dice que sabe por lo que le cuentan los pacientes “que van a Camino Abierto porque tienen la posibilidad de la medicación, como que si no van a

*Camino Abierto no tienen la medicación. Pero no es que van [y dicen]: qué bueno porque tengo este espacio, porque tengo un laburo... a ellos les interesaría mucho el tema de la salida laboral. Pero sabés que tengo la sensación por lo que me pasa con ellos... como que se dan cuenta de que no hay algo más, que no hay algo como una proyección... y ya el paciente la movida no la tiene. Si el otro no lo contagia de algo... Y bueno, todo así... chato... muy...."*

*Relata una ocasión en que fue a buscar un paciente que estaba internado en Roca: "Me lo llevé pero la verdad es que fue... ese día no me lo voy a olvidar nunca más. De estar con este hombre en un café esperando la hora de salida y mirándolo no lo podía creer lo que estaba viendo, no lo podía creer. Que en tan poco tiempo una persona se deteriorara de tal manera... imaginate toda la medicación, la de este lugar, la del hospital... yo no entiendo cómo pueden hacer esto. Yo he tenido momentos en que he tenido ganas de agarrar a algún psiquiatra abrirle la boca y decirle tomá a ver qué te pasa, cómo es tu experiencia. Este tema de la medicación para mí siempre fue un lugarcito muy jodido, muy jodido. Y ahí es de nuevo que te hablo de supervisión. Quien supervisa esto? La cantidad de medicación que le dan!... Y eso sigue igual, sigue exactamente igual o peor!". "Son chalecos químicos. Pero bueno, esto es acá, en Buenos Aires, andá a saber... en todo el país! Estamos muy lejos de otra cosa. Ahora se encara la ley nacional de la misma manera... sin recursos, totalmente. (...) A mí lo que más me llamaba la atención era esta forma tan desmedida e inconsciente de la medicación. (...) decía ¿cómo puede ser que les den tantas cosas y nadie se interroga? ¿Y la cabecita cómo lo procesa no? ¿Cómo se desintoxica esta persona? ¿Cómo dormida como esta, atontada como esta, como puede hacer una terapia si no hay quien ahí? ¿Cómo puedo hacerlo mover de ese lugar si lo tengo absolutamente drogado? Absolutamente drogado. Han pasado cosas muy graves en el hospi eh? A propósito de eso...que por fuera... y bueno, todo el mundo tan tranquilo porque imaginate que se tienen que tapar unos a otros... quién tira la primera piedra? Bueno, como todo acá en la Argentina... Y además si tirás la p...bueno, esto que te contaba de mi caso que hice la denuncia en Viedma. No sabes cómo se me vinieron encima!"*

*Refiere que hubo una época en que trabajó con "Silvia Ricotti, "Pipa", una psiquiatra. Muy buena, también muy arriesgada. Pero tomaba ese riesgo sano no? De ver... si probamos por otro lado? Si reducimos la medicación al máximo y esta reducción la complementamos con una presencia?". Y cuenta: "nos íbamos turnando por ejemplo, unas horas una, otras horas otra. A la noche con los enfermeros. Fue un momento que se laburó... fue al principio. Cuando yo entré. Después hubo un problema gravísimo con uno de los psiquiatras, que estuvo acusado de haber pasado de medicación a un*

*paciente, y tengo entendido que para que no quedara pegado se cambio toda la historia clínica del paciente. Pero bueno, no! La denuncia era... lo que se denunció fue verdad! Y bueno como hubo muchos problemas, ahí en ese momento hubieron muchos que renunciaron”.*

*La entrevistada 10, cuenta de su experiencia en los inicios de la reforma en Jacobacci y en Bolsón, trabajando “en ambientes así...no médicos digamos. Donde se medicaba, si. Pero en realidad iba mucho más allá de la medicación no? La idea es medicar para poder trabajar el síntoma. Pero no para taparlo y quedarnos tranquilos”. Piensa que hoy en día hay “falta de capacitación en los tratamientos. Esto yo también pienso que es comodidad del psicólogo. Esto de decir que los psicóticos los atienda el psiquiatra, que se los medique, esta cosa hegemónica del médico y también cómoda del psicólogo no? Cómoda o desvalorizada”.*

*Ante la pregunta por cambios en el tema de la medicación desde la implementación de la 2440, refiere “no sé ahora que está pasando en realidad. Pero en ese momento había muy pocos psiquiatras, ahora también, y en realidad nos manejábamos mucho con los médicos generalistas. Que para mí, te soy sincera, me es mucho más fácil comunicarme con los generalistas que con los psiquiatras. No todos, pero la mayoría medican el síntoma, hacen tratamientos paralelos. Yo con la que más trabajo es con la que trabajé en el hospital, que ahora también trabaja en privado. Pero después tengo muchas dificultades, porque yo soy Juana metereta, quiero saber qué medicación le dan, ya a esta altura puedo opinar acerca de qué necesita un paciente y bueno, algunos se lo bancan y otros no se lo bancan. En ese momento teníamos como un esquema de medicación de intervención en crisis. Cuando aparecía un paciente con una crisis psicótica teníamos un esquema, en toda la provincia. Y la verdad es que fusionaba bien, lo que pasa es que con la falta de psiquiatra muchas veces nos llamaban e íbamos bajando la medicación en función de lo que nos decía el médico. Viste? Pero, nunca pasó nada. Salvo la vez que nos quisieron hacer bolsa: No, los psicólogos medican... Eh...pero bien, después de haber estado en el Borda en las admisiones con los horrores que vi... Ver que a un paciente psicótico se lo medicara con un antipsicótico o con un tranquilizante mayor, pero después le iban bajando la dosis en función de cómo estaba y el paciente estaba compensado y podía llevar una vida más o menos normal. Para mí fue maravilloso. Pero bueno, obviamente, después algunos no querían medicar, de los médicos generalistas... No, en general los generalistas tenían buena onda... los clínicos... viste? En lugares más grandes donde todo está mucho más compartimentizado y también la medicina, que tenés servicio de clínica médica, ginecología viste? Todas las partecitas... es más complicado. En los*

*lugares chicos, el generalista como tiene que hacer de todo, si o si lo hacía, y si necesitaba que alguien lo supervise llamábamos a la psiquiatra, Analía, que ahora no está, falleció hace unos años... (...) Y bueno, la llamábamos a ella, ella nos daba indicaciones y así nos manejábamos. Y nunca se nos murió ningún paciente, nunca... viste? Igual estábamos re atentos, teníamos un paciente y lo íbamos a ver cuatro veces al día, estando en Jacobacci. Porque... había que verlo! Vivíamos para eso, no sé si está bien o está mal... la pasión viste... también tiene un límite pero realmente el compromiso era muy grande”.*

### **Conclusiones Categoría Medicalización:**

Natella (2010) en Geller, B. (2010) refiere a la medicalización como un “fenómeno de desactivación de las potencias individuales y colectivas, toda vez que estandariza los ideales y neutraliza las diferencias y particularidades del sujeto, al igual que invalida sus capacidades y recursos de salud y su potencialidad creadora con base en el conflicto y sufrimiento existencial. Proceso que reduce la complejidad de los problemas vitales a cuestiones de orden médico o psicológico, centralizando en la persona la causa y tratamiento del malestar, desestimando los determinantes sociales de la salud mental y la intervención política y comunitaria sobre los mismos”.

Según lo referido por los entrevistados, la tendencia medicalizante de la vida parece persistir en tanto el suministro de medicación parece seguir siendo el principal, cuando no el único, tratamiento al que los usuarios de salud mental pueden acceder. El hecho de que las internaciones sean en sala general agudizaría la problemática en cuanto a las dosis de medicación necesarias para “estabilizar” al paciente. Y el hecho de que los dispositivos alternativos a la internación son escasos y con pocos recursos hace que muchos usuarios de salud mental solo accedan al tratamiento medicamentoso (Inyección o depósito mensual en muchos casos).

La falta de recursos invertidos en dispositivos alternativos a la internación se relaciona directamente con la persistencia de la problemática de las “internaciones sociales” un gráfico ejemplo de la medicalización de la vida cotidiana. Muchas personas que podrían hacer una vida insertos en la comunidad y están internados, aislados, sobremedicados, por no poseer recursos materiales y humanos que les den la oportunidad de otra vida.

## Categoría 5. Concepción de sujeto

Vemos en el discurso de ambas leyes, tanto la 2.440 como la 26.657 un giro desde una concepción de sujeto como incapaz, enfermo mental a la de un sujeto de derechos, una persona con un sufrimiento mental.

Se analizan en esta categoría los términos utilizados al referirse a las personas, que podría relacionarse con este cambio.

Los entrevistados se expresan de la siguiente manera:

La entrevistada 1 alterna entre el uso de los términos persona, paciente y usuario: *"...invitaba a las personas a que participen de algunos talleres"...*; *a veces el paciente de salud mental no es una prioridad, como es algo más crónico quizás y menos visible...*; *"...a la mayoría de los pacientes se los bochaba directamente o les daban una inyección y ya esta"*; *abrimos una murga en realidad por pedido de los chicos...*; *"se armaba un grupo humano entre las personas que trabajábamos y los pacientes que promovía otro acercamiento y otro conocimiento de la vida de los pacientes de salud mental no?"*; etc.

La entrevistada 2 por su parte se refiere a "la gente", "la persona", "la gente que es usuaria de salud mental": *"...tenemos como naturalizado que la gente no tiene que estar encerrada"*; *"...acá eso esta naturalizado que una persona con internación involuntaria va a un juez y el juez la supervisa"*; *"... El tema son las internaciones sociales que además están prohibidas. De todos modos muchas veces la opción es la de dejar a una persona en la calle. Entonces se termina como consintiendo esto de que haya gente viviendo en los hospitales"*; *"...nosotros tenemos intervención con gente que es usuaria de salud mental..."*.

La entrevistada 3 alterna en el uso de los términos persona, paciente y usuario: *"...se ve una diferencia cuando vos tenés un dispositivo armado y toda una estructura para trabajar en función de la reinserción social de las personas con sufrimiento mental, es mucho más fácil el laburo ahí que tratar de hacer ese trabajo con pacientes con sufrimiento mental crónico acá en el centro de salud. Es como otra barrera que estamos teniendo que traspasar, que es que todo el equipo de salud pueda trabajar con los usuarios de salud mental. Porque como que muchas veces lo más frecuente es que quede asociado que al paciente de salud mental lo tiene que ver el psicólogo del centro de salud. Y de hecho si vos te fijás en las historias clínicas es raro que tengan atenciones acá. Las personas con sufrimiento mental agudo, severo tienen casi todas su historia clínica allá, es como que están hospitalizados"*; *"el trabajo como de*

*hormiga de los psicólogos de los centros de salud y ahora de los trabajadores sociales es poder insertar a los usuarios de salud mental, a todo el equipo del centro de salud”.*

La entrevistada 4 utiliza los términos usuarios y personas: *“Y después, se sumó que se implementó parcialmente. Y esto representó un costo muy importante para los equipos de salud y para los propios usuarios”; “Por ahí lo que da hasta pena es que no se implementó como debía y entonces se perdieron oportunidades, esencialmente para las personas, para los usuarios”; “...en Bolsón por ejemplo hay más dispositivos. (...) Tiene mucho trabajo con los usuarios en proyectos productivos”.*

La entrevistada 5 utiliza los términos pacientes, psicótico, perverso, adicto. Habla de patología, de estructura. No utiliza en ningún momento los términos usuario ni persona, ni sufrimiento mental: *“una cosa es el psicótico, otra cosa es el perverso otra el que consume”; “...al ser menor la complejidad de la patología, naturalmente el loco estaba incluido en la sociedad”; “No había esos problemas de peligrosidad que tiene la ciudad. “Y se siguió derivando pacientes a internación en otros lados. Había dos pacientes crónicos en sala y se siguió con pacientes crónicos en sala, no es que se hizo una externación”; “...se organizó más la parte de seguimiento de psicóticos crónicos”; “como único prestador en psicosis graves queda lo público”; “Sí había grupo de pacientes crónicos”; “... ellos apoyan esta línea de empresas sociales, están enganchados en esa, qué se yo. Para que una empresa te rinda con un psicótico necesitas una infraestructura interesante”; “ un paciente catatónico”; Por otro lado refiere: “... la palabra usuario. Esto de usuario niega la condición también. Porque qué es? Usuario de teléfono! Se mezcla el tema de la cuestión diagnóstica con la estigmatización. Porque el diagnóstico es necesario para tratar la mejor y para...(...) Claro, es negar al otro”.*

La entrevistada 6 utiliza los términos “personas”, “gente”, “usuarios de salud mental”. No usa las palabras paciente, ni los diagnósticos: *“...con gente internada, institucionalizada de años, cuando realmente se pierde a la persona...”; un centro cultural que sea para usuarios de salud mental pero que este abierto a la comunidad”; “... Que era una casa, donde la gente que estaba internada en el hospital podía pasar...”; “...porque ahí van usuarios pero también van vecinos y también va gente que son usuarios pero no lo saben...Quiero decir van vecinos y familiares que también pueden tener un problema. Nosotros trabajamos mucho con la campaña esta de “uno cada cuatro (...) un estudio multicentrico, mundial, que la conclusión es que uno de cada cuatro personas han tenido, tienen o pueden tener algún problema en el campo de la salud mental, que puede ser depresión, adicciones, epilepsia, pánico... bueno.*

*Entonces, nosotros trabajamos esto con los vecinos”;* “Yo creo que hay que rescatar el núcleo sano de la persona que tiene un problema y expandirlo. Entonces vos y tenés que sumarte a cosas que no sean exclusivamente para locos viste? y sino tratar de incluirlos en la comunidad”.

El entrevistado 7 utiliza los términos gente, personas, pacientes: “Muchas veces la gente, sobre todo los pacientes de salud mental...”; “...nosotros en algún momento tuvimos algún tipo de vinculación, en diferentes momentos, en los 20 años de Crearte, con gente de salud mental, y con pacientes que están internados en el hospital”; “De hecho muchas personas que vienen a Crearte, que son pacientes de salud mental, también...”, “...la ley, al plantear la desmanicomialización dejó de lado el tema de qué pasa con las personas con discapacidad intelectual”; “Las personas cuando quedan solas, las familias se murieron, eh, quedan en una situación de abandono terrible. (...) cuando tenés la situación de la persona sola, con un grado de dependencia muy grande, no tenes respuesta, terminan en el hospital, deambulando en cuidados intermedios”; “...no hay una masa crítica de organizaciones que por el derecho a las personas con discapacidad hagan fuerza, es un colectivo bastante difícil de organizar y difícil de representar. (...) la complejidad de las personas con discapacidad son tan múltiples, que a veces salir a hacer una acción directa política es casi una utopía”; “de lograr que los derechos de las personas con discapacidad no sigan siendo vulnerados”. “...nos parecía que era una herramienta a la cual la persona con discapacidad intelectual, en general no accede...”; “...en la medida en la que podamos darles un abanico de lenguajes a las personas, vamos a descubrir sus capacidades (...) Y a veces, no es que la persona no es capaz, sino que nosotros no sabemos descubrir esas capacidades...”.

La entrevistada 8 utiliza los términos pacientes, pacientes psicóticos y refiere a lo complicado de trabajar sin los diagnósticos y con la categoría de sufriente mental:

*“...había como un mal entendimiento de la ley, había una desprofesionalización de la práctica, este... entonces era bastante complicado porque de repente los diagnósticos eran sufrimiento mental. Entonces ya viste? ya no se trabajaba en neurosis, psicosis, perversiones, borderline sino que se diagnosticaba sufrimiento mental, incluso en lo que... nosotros trabajábamos mucho con justicia que traía pacientes que tenían entrada judicial o cuestiones judiciales. Entonces ahí siempre los jueces pedían el diagnóstico, el diagnóstico era fundamental, diagnóstico y pronóstico, no cierto? y bueno si la persona era un sufriente mental era como que no le estábamos diciendo demasiado...”.*

La entrevista 9 utiliza los términos chicos, persona, paciente: "...cuando comenzaron a trabajar en Camino Abierto los chicos del hospi ..."; "...hay una estigmatización sobre esta gente que los aparta. Entonces implementar un sistema que para mí lo que se debería trabajar es en la reinserción de ésta persona y es en lo que trabaje continuamente acá, los chicos de acá los conocen a todos y no por que el barco vaya al hospital si no porque los chicos siempre vinieron acá, a Tante Frida (...)Lejos de mirarnos con mala cara cuando entrabamos porque además entrabamos con los pacientes como venían del hospi medios sucios y nunca nunca sentí una mirada que pudiera uno sentir que nos apartaban o nos disgregaban"; "Yo soy un otro o una otra igual que el otro. Entonces yo siempre mi laburo con ellos fue de igual a igual. No vos estas así y yo estoy así. No. Estamos todos y es más, siempre les dije: todos tenemos un grado de locura".

La entrevistada 10 utiliza los términos paciente, utiliza los diagnósticos psicosis, psicótico, adicto, alcohólico: "... la ley estaba más dirigida a la parte de psicosis y a la parte de alcoholismo no? esas eran las patologías más graves. Ahora me parece que se ha complejizado bastante. Porque en realidad yo ahora estoy solo en privado pero los casos que llegan son bastante complicados digamos. Han cambiado mucho las patologías sociales, las adicciones"; "Este paciente estuvo internado mucho tiempo en La Plata, alcohólico, adicto a la cocaína"; "Ver que a un paciente psicótico se lo medicara con un antipsicótico o con un tranquilizante mayor, pero después le iban bajando la dosis en función de cómo estaba y el paciente estaba compensado y podía llevar una vida más o menos normal"; "Yo ahora tengo un paciente bipolar que lo veo desde el '95 en el hospital y desde el '96 en el consultorio. Son pacientes para toda la vida... Y hace una vida normal y tiene un trabajo de análisis espectacular y hace actividad de riesgo.. Porque es guía de montaña y bueno y lo veo como cualquier persona, haciendo una vida común"; "Y cuando uno sale de la facultad primero decía no, paciente psicótico ni loca!".

### **Conclusiones Categoría Concepción de Sujeto**

Encontramos entre los entrevistados a personas que utilizan exclusivamente los términos "personas" o "usuarios" de salud mental; otras que solo utilizan los términos "paciente" y los diagnósticos "psicótico", "perverso", "adicto", "alcohólico". Y otros que intercambian términos utilizando tanto unos como otros.

Estas diferencias en los términos utilizados podrían ser un indicador más de la vigencia de la pugna entre los paradigmas de salud en cuestión.

## Categoría 6. Internaciones

Los entrevistados se refieren al tema de la siguiente manera:

La entrevistada 1, preguntada por la dinámica de internaciones en la actualidad responde: *"Y si... digamos... las personas no quedan internadas "forever". Aunque siempre hay alguien que rompe con la regla porque el otro día me enteré que hay un chico que sigue internado desde que yo me fui. Y está internado porque no tiene un lugar a donde ir. Hay otra chica que está internada afuera en Roca, porque tampoco acá hay un lugar ni gente capacitada para estas personas no? Son dos casos súper problemáticos con familias súper problemáticas y no hay un lugar hoy en día para ellos. Entonces se los interna, se los aleja, pasa eso. Lo que si yo vi es que por medio de los oficios judiciales y todo esto hay una movilidad, los internos no se quedan un año. Hay estas dos personas que se que están, que suceden digamos, que rompen con la regla y que cambian los números de las internaciones también. Porque mucho se mueve con estadísticas. Eh... para lo que es la política no? los que están en Viedma. Pero hay una movilidad un poco más grande. Lo que pasa es que a veces es una movilidad que es necesaria y otras veces que no es tan necesaria. Por ejemplo ahora me entero de una chica con intento de suicidio que estuvo 15 días y se la sacó y no se habló con el equipo de afuera de un privado o sea como falta comunicaciones y falta ver en qué momento es necesario que ya se vaya o... me parece que tiene que ver con la política de las personas que están ejerciendo ahí y de la dirección del hospital que no ve lo que está sucediendo. Otro tema es el de las obras sociales que se considera que no se atienden en el hospital y hoy ya no es así, el hospital público tiene que atender a todos y puede cobrar a las obras sociales. Es abierto para todos, para los que tiene y para los que no tienen, y a veces las salas no están tan llenas como para no atenderlos no? También lo que pasa es que salud mental no interna en los privados".*

Retoma el tema de las internaciones sociales: *"Si... qué pasa con las personas que no tienen familiares no? Bueno ahí está Chandía en el hospital que quedó... Marcelo Petraza también, un nene, que tiene familia pero no se lo manda y está en el hospital y se pasa... ahora está en Aluminé, va a pasar el día en Aluminé, pero bueno Aluminé tiene denuncias, está teniendo denuncias y no sé qué va a pasar con eso viste? Porque tiene denuncias de maltrato viste? faltan órganos de... veedores de estas personas... pero bueno, no sé..."*

La entrevistada 2 refiere que la 2440 dejó una buena impronta en cuanto a la naturalización de que la gente no debe estar encerrada, pero lamenta la falta de

recursos en su implementación: "Me refiero a que aún con sus defectos en la implementación ha generado que la provincia de Río Negro o los ciudadanos de Río Negro tienen otra mirada. (...) Por ejemplo, todo el sistema de internaciones involuntarias que se notificaban judicialmente para el resto del país la novedad la trae la ley nacional y para nosotros eh... Lo que si se hizo es porque me parece que en Río Negro se cayó en una cosa de que era un formulismo, notificaban tarde... Es como que ahora con la ley nacional uno está respetando más los tiempos. (...) se había vuelto mecánica se había vuelto mecánico, la ley nacional trajo que se rompa esto y se empiece a trabajar seriamente cada internación. Entonces bueno, lo que se hace es que se notifica a las 10 horas y nosotros tomamos conocimiento e inmediatamente damos intervención a la defensa como para que se ponga el defensor del artículo 22 y (...) tiene un abogado que garantiza que esa internación sea legal y que dure lo menos posible que es lo que la ley busca. Este... y nosotros hacemos la supervisión entonces de la legalidad de la internación. Lo que hoy estamos reclamando nosotros ya hace bastante, porque la ley ya tiene 3 años, es que implementes los organismos de revisión, que bueno si seguiste algunos diarios están discutiéndolo".

Plantea la necesidad de hacer algunas modificaciones en la 2440: "Pero sí creo que hay que hacer una modificación porque algunas cosas de la 2440 con la ley de salud mental nacional se contraponen. Porque la ley nacional es un poco... al ser 20 años más nueva también tiene un cambio por ejemplo en lo que es el paradigma de la asistencia médica que antes era, bueno todavía la ley 2440 tiene la preeminencia médica, ahora la ley nacional trae esta cosa como compartida. Que la internación la puede determinar inclusive... te piden dos profesionales interdisciplinarios que pueden ser un asistente social y un psicólogo. Entonces ahí a veces no está la preeminencia psiquiátrica que mantenía todavía la 2440. Y este... y eso me parece que es un avance (...) Que además de hecho es lo que estaba pasando no? Porque también sabemos que a veces los planteles de la provincia no tienen tanta cantidad de psiquiatras y la internación la disponía un clínico. Entraba por guardia y lo atendía un clínico y firma el asistente social y el clínico y el psicólogo. Y la internación es válida, así que esa parte está buena".

En relación a las internaciones y sus tiempos refiere que "los casos que requieren de internación más prolongada a veces no es tan prolongada... la verdad es que la ley sinceró bastante los tiempos, porque como todos estamos acuciados por cumplir los plazos achicó mucho las internaciones. Con la gente que tiene contención familiar esto no ha sido un problema. El tema son las internaciones sociales que además están prohibidas. De todos modos muchas veces la opción es la de dejar a una persona en

la calle. Entonces se termina como consintiendo esto de que haya gente viviendo en los hospitales. (...) el ámbito de salud, y volvemos a lo que hablábamos antes de los recursos materiales, tiene que gestionar los dispositivos para que la gente se pueda ir. (...) El problema es la gente que no tiene ni plata ni familia que los contenga ni nada y para eso hay que armar unos dispositivos. Y por lo general lo que nos está pasando es que todos los dispositivos los quieren armar fuera de Bariloche y entonces terminan proponiéndote que mandes a Roca a una persona o esto que (...) nosotros lo que hacemos, de todos modos, para evitar conflictos, vamos a hablar con la persona: "usted se quiere ir?", la mayoría no se quiere ir. Entonces, ahí le decimos: no, genere el dispositivo. Pero en ese interin queda la gente viviendo en el hospital. Esto es súper problemático, a largo plazo hay que buscarle soluciones. Pero la verdad es que hasta que salud no empiece a ponerle recursos a esto, espacios... que tengas espacios... no sé, requerir en cada plan de viviendas que una casa se tres personas juntas. Estos dispositivos en otros lados se están implementando".

En referencia al seguimiento de los casos dice "Nosotros inmediatamente cuando la internación termina nosotros debemos cerrar la intervención. Si. Esa es la idea. La idea justamente es que no haya gente eternamente judicializada porque una vez tuvo un episodio. Y esto viene tanto en la ley nacional como en la convención sobre los derechos de la persona con discapacidad, que además ahora tiene rango constitucional".

La entrevistada 3 ante la pregunta por las internaciones después de instrumentada la 2440 responde "Bueno, lo que te puedo contar es que... si bien estaba la 2440 cuando yo ingresé en el hospital en 2010, a pesar de que estaba habían muchas personas que estaban internadas hace años en el hospital por no tener una familia continente o por no tener una vivienda ni auto valimiento. Y en todo este tiempo esas personas empezaron a ser externadas. Pero bueno, porque hay una decisión de un equipo, que fue el que pertenecía a Camino Abierto, porque sino seguían ahí. Donde bueno, se empezaron a contactar a familiares. En el caso de José se contactó con la familia, que tenía una hermana, que lo podía alojar, se empezó a generar eso. Hubieron otros usuarios que... una señora que vivía en el hospital también, que se gestionó una casa para que pueda vivir ella con sus hijos. Como para que bueno, si había voluntad se podía, con mucho trabajo no? Eh...así que bueno, muchas personas se fueron externando eh...a casas de familiares o a casas solos y acompañándolos en este auto valimiento. Eh...la realidad es que también hay muchos otros que no se tiene esa posibilidad ni de familia que los contenga ni de que tienen posibilidades de auto valimiento y que bueno, esos son los que están internados en otros lugares de la



provincia. Que por ellos se está presionando a nivel judicial para que se genere el dispositivo y dejen de estar en otros lugares de la provincia. Ah, bueno y todo esto también está impulsado porque como al sancionarse la ley nacional también empezaron a ajustar un poco más el eje de trabajo. Y...eh...en la ley nacional está claro que no puede haber internaciones solo por motivos sociales entonces bueno, muchas p...eso es lo que pasaba históricamente en el hospital. Que había muchas personas que estaban compensadas psiquiátricamente pero al no tener vivienda, familia ni posibilidad de auto valimiento estaban viviendo en el hospital. Eso hoy ya no se permite más. Entonces bueno, al trabajar de manera interdisciplinaria con servicio social y al estar convocados a trabajar y a enviar informes conjuntos, bueno, hay que resolver de qué manera la internación es del menor lapso posible y después pensar en la externación". Y sobre las personas que están internadas en otras ciudades de la provincia refiere que están internadas "en clínicas privadas, hay un lugar que se llama Valle Sereno, que no tiene muy buenas referencias y que hay gente que esta internada ahí. Y no sé donde más pero bueno, ese es uno. (...) Y de esas internaciones se hace cargo salud pública..."

La entrevistada 4 por su parte dice que "por ahí lo que se pudo trabajar a nivel hospitalario con nuestros propios compañeros de trabajo fue esto de que las internaciones fueran en hospital general. Eso también hubo resistencia pero hoy está aceptado. Si bien no en las condiciones que deberían no? porque deberían haber lugares que no hay. Se interna en sala general. Lo bueno es que ahora enfermería, que son los que más conviven, lo van como aceptando. Pero... eso, de una resistencia total a una aceptación".

La entrevistada 5 dice: "[antes] se internaba también en sala general, y creo que eso no... es que... porque acá tampoco hubo nunca manicomio así que...Y se siguió derivando pacientes a internación en otros lados. Había dos pacientes crónicos en sala y se siguió con pacientes crónicos en sala, no es que se hizo una externación. Hubo dos que si que los derivaron, después murieron". Por otro lado, "Se restringió mucho el tema de la internación en los privados y recae todo en el hospital como único prestador en psicosis graves queda lo público".

La entrevistada 6 recuerda su experiencia en el Borda: "...nunca había tomado contacto con gente internada, institucionalizada de años, cuando realmente se pierde a la persona y pasa a ser algo que no tiene dignidad viste? La gente que está internada por años...es gravísimo, bueno vos lo habrás visto". Opina: "A mí no me gusta lo de casa de medio camino, la verdad es que no me gusta para nada, porque

es casi como una réplica de un manicomio no?”. Y resalta la importancia del trabajo en equipo para evitar las internaciones: “Y si vos trabajas en equipo, lo bueno de trabajar en equipo es que no siempre es la misma persona la que va a intervenir o que va a cuidar que esa persona no tenga recaídas o que las recaídas sean más leves o que las internaciones sean más cortas o que no haya re internaciones. Como pasa con la gente que va a Camino, que valoran eso: “Yo antes me internaba constantemente o tenía...ahora me doy cuenta cuando voy a tener una crisis, puedo pedir ayuda, no tengo necesidad de internarme”. Refiere que “por ley deberían existir una cantidad de dispositivos de alojamientos algunos asistidos, otros monitoreados! Eso no está. Yo recuerdo que apenas entré en el hospital había tres mujeres en la sala de mujeres, como ellos le dicen “casos sociales”. Cuando alguien dice “eso es un caso social”, cagaste porque todo el mundo le suelta la mano. Los de salud mental: no es nuestro. Los de servicio social: es de salud mental. Y la gente queda instalada porque no tiene un referente con quien vivir, ni tiene recursos y demás. Da la casualidad que yo escucho en el noticiero, estaba Gascón de intendente, y escucho que él dice que en el hospital de Bariloche ha crecido la población y que el hospital no tiene la cantidad de camas suficientes para la población que tiene. Y yo digo: pero tenemos tres mujeres que están alojadas en la sala de mujeres! que si yo en ese momento me daban mil pesos por mes, yo alquilo una casa, le libero tres camas, que él había dicho que salían ocho mil pesos por mes cada cama... Y además gana quince mil pesos ponele. Entonces pedí una entrevista con él (...) Y le dije que lo había visto que decía esto y que yo le podía liberar tres camas y bueno, como que negocié con el intendente: uh pero eso es posible? como puede ser? que se yo... listo. Tramitamos el subsidio para el alquiler.(...) Y a partir de ahí como que se dieron... se dio la posibilidad de encontrar un recurso para que la gente pudiera vivir fuera del hospital entendes? o sea se puede, pero vos tenés que laburar... Cuando en realidad tendría que ser algo que la coordinación de salud mental con este ministerio de salud tendría que tener organizado el tema de los alojamientos viste? La gente no puede estar en el hospital porque no tiene como vivir. En otras partes del mundo eso no ocurre, hay alojamientos asistidos con operadores. Algunos que viven ahí y rotan y otros que no. Que monitorean. Que viven las personas pero reciben la medicación, cuestiones cotidianas...Pero bueno, ojalá lleguemos a eso acá no?”

El entrevistado 7 dice “...nosotros en algún momento tuvimos algún tipo de vinculación, en diferentes momentos, en los 20 años de Crearte, con gente de salud mental, y con pacientes que están internados en el hospital. No sé si la palabra es internados, pero viven hace millones de años. Todavía hay algunos que se han muerto

ahí...” (...) “Porque no hay estrategias de sostenimiento de apoyo de vida autónoma, por ejemplo, sería una alternativa. O algún tipo de vivienda tutelar, sería otra alternativa; no hay nada”. “Las personas cuando quedan solas, las familias se murieron, eh, quedan en una situación de abandono terrible. En muchos casos se la van rebuscando, viviendo con familiares, y en otros casos, emigran, los mandan a otro lugar. Terminan internados en otro lugar. Cosa que es bastante terrible. Hay cosas con las que ideológicamente uno adhiere, como es esto cerrar los manicomios, no es una alternativa válida tener un manicomio. Pero no se hizo ningún tipo de alternativa para gente que realmente lo necesita, porque hay muchas personas que por lo que sea, no se ha podido intervenir en el momento que se tenía que intervenir, por lo que pase. Indudablemente, algunas situaciones se hubiese habido los servicios que tenían que intervenir, en el momento que tenían que intervenir, capaz la persona no termina como termina. Pero eso no paso, y cuando tenés la situación de la persona sola, con un grado de dependencia muy grande, no tenes respuesta, terminan en el hospital, deambulando en cuidados intermedios”. Opina que “sostenemos una idea en una ley, un principio, ideológico, que en la práctica hacemos agua y pisoteamos la misma ley que queremos sostener. (...) es buscarle la vuelta. Además hoy en el contexto actual, sería imposible, por suerte. No se puede volver a los modelos de manicomialización, ni nada por el estilo. Eso si hay gente que precisa cuidados diferentes y más cuidados. Sin embargo, no hay ningún lugar donde se pueda ir”...“creo que el mejor ejemplo es Río Negro: una ley muy buena, ideológicamente, muy interesante que planteo cosas muy positivas y muy diferentes. Pero a la hora de demostrar que hay una posibilidad diferente para personas, pacientes de salud mental, no me mostro nada. Las cosas siguen pasando, igual o peor, porque hay más abandono y desidia. Pero en el medio todos dan charlas. (...) si nosotros pensamos que las leyes están en función de las personas y los ciudadanos, siguen padeciendo lo mismo que padecían antes. La única diferencia, es que no corren ningún riesgo de que lo encierren, ahora, pero es la única diferencia. Antes, por lo menos, el encierro, les garantizaba comida. Ahora, ni siquiera les podemos garantizar una comida, y en algunos casos, es hasta tan perversa la situación política actual, que se encierra igual, de organizaciones del mismo estado”.

La entrevistada 8 opina: “hay otras cosas que a mí me parecen que están bien en relación a la ley, por ejemplo no es tanto la 2440 es mas la ley nacional (...) ahora la persona puede decidir, o sea ya no es como antes que nosotros podíamos hacer una internación forzada, no es tan fácil ahora. [Pero] Justamente la psicosis y todas las enfermedades más graves se caracterizan por falta de conciencia de la enfermedad. Entonces tiene que haber sí, una instancia en la cual, bueno llegado a un determinado

punto, se tiene que internar y se tiene que internar este de acuerdo o no esté de acuerdo. (...) me parece que habría que revisar ese punto no? que se fue o sea quizás para prevenir el abuso que hubo en el otro sentido, desde los curadores o el abuso en el sentido de de internar más de lo necesario, me parece que nos fuimos al otro extremo. (...) No además si no hay conciencia de enfermedad, hay mucha gente que no acepta el tratamiento o que no acepta que necesita una internación, entonces digamos que está dentro de la definición de lo que es esta patología. así que bueno ahí, en esos casos tendría que hacerse de alguna forma por ahí que se hagan falta dos firmas por ejemplo, no sé pero habría que hacer, tener un recurso último en el que uno si la internación hace falta la internación la pueda hacer si o si. Refiere, por otro lado, que le “parece que no está funcionando del todo bien en el sentido de que, dicen si no tiene obra social no lo atendemos, este es un hospital público o sea que tiene la obligación de atender a todo el mundo, y por otro lado se puede facturar a la obra social, porque además nosotros estamos bastante restringidos en donde internar, y los sanatorios tampoco los quieren, a los pacientes nuestros, y si tuviera que internar en un sanatorio tampoco me quedo tranquila porque qué se yo un paciente que se yo suicida por ejemplo con intento de suicidio, internarlo en un sanatorio, es muy complicado alguien tendría que poner una persona al lado todo el tiempo porque tampoco tienen digamos las habitaciones o todos los mecanismos necesarios para este tipo de pacientes, así que por empezar los sanatorios muy difícilmente nos aceptan los pacientes, pero si los aceptan estamos todos en riesgo, el paciente, el sanatorio y nosotros, entonces el hospital tendría que ver de qué manera facturarle a las obras sociales y trabajar con la comunidad porque justamente es parte de la idea que trabajen con toda la comunidad no solamente con los que no tienen obra social. Bueno, no sé... básicamente eso”.

La entrevistada 9 dice: “Cuando se empieza a hablar de desmanicomialización yo obviamente quiero creer que la intención fue buena, pero jamás hablaron de que recursos, en dónde iban a estar. Bueno, listo, los mandaron a los pacientes para afuera. Eh... por ejemplo, (...) muchos recibieron una pensión. Y yo tengo el caso concreto de un paciente que estuvo internado en el hospital, yo lo conocí en el hospital y durante 11 años o más nadie lo fue a visitar, nadie eh? Nadie. Y el paciente empieza a cobrar la pensión y obviamente aparece la hermana a cobrarle la pensión. Y el paciente mismo me dice: mi hermana se la juega en el casino... eh... está mucho mejor él en la casa de la hermana que en el hospital. Hay un... yo creo que la hermana no es una mala persona ni nada pero...esto de nuevo no? No hay un seguimiento de ir a la casa aunque sea una vez por mes no?”.

La entrevistada 10 recuerda que *“Había muchas resistencias internas para internación en sala general. En algunas cosas tenían razón y en otras no. Y también se tergiversó mucho toda la interpretación de la ley no? Por ejemplo se decía: no se puede internar en lugares privados. En realidad sí se puede internar pero salud tenía que supervisar el tiempo de internación, para que no sean depósitos”. Por otro lado, teníamos el tema de “ver qué hacíamos con los pacientes judicializados, porque también eso, había muchas internas con la justicia, todo un... unas pulseadas... Entonces pacientes que tendrían que estar en la cárcel, por ejemplo un psicópata...que la única opción es la cárcel, lo mandaban para una internación judicial. Entonces empezamos a tener un montón de alojados, la policía... viste? Hubo cosas que yo también creo que bueno... por la inexperiencia, por los miedos de la gente también, viste?”. Da como ejemplo los casos de dos pacientes externados que atiende ella y como pueden hacer su vida insertos en la comunidad: “Este paciente estuvo internado mucho tiempo en La Plata, alcohólico, adicto a la cocaína. Y bueno, estamos haciendo un tratamiento hace 3 años. Con la madre y con algunos amigos. Está pudiendo vivir solo en su casa, laburando”. Y el otro: “Yo ahora tengo un paciente bipolar que lo veo desde el ‘95 en el hospital y desde el ‘96 en el consultorio. Son pacientes para toda la vida... Y hace una vida normal y tiene un trabajo de análisis espectacular y hace actividad de riesgo... Porque es guía de montaña y bueno y lo veo como cualquier persona, haciendo una vida común. Con conciencia de enfermedad, tomando su medicación. Antes se quedaban internados de por vida! No?”.*

### **Conclusiones Categoría Internaciones**

Según refieren los entrevistados, la internación se realiza en hospital general, en sala general. Tal como lo propone la ley 2440. No se cuenta con sala especializada para salud mental. Y las internaciones son notificadas a las dos juezas de familia que hay en la ciudad. Que dicen no dar a basto con la demanda. Las juezas velan por la legalidad de la internación asignando un defensor al internado y supervisando los tiempos de internación. La mayor problemática según refieren los entrevistados continúan siendo las internaciones sociales, aunque hoy la ley nacional es clara en cuanto a su ilegalidad. No se cuenta aún con los recursos para alternativas de alojamiento para personas que no tienen familia o estas no pueden hacerse cargo de ellas y no pueden valerse por sí mismos para vivir solos. Por otro lado, la falta de especialización del personal en la internación traería problemas en el trabajo, malestar en el equipo de salud que no está capacitado para tratar personas con trastornos de

salud mental. Y complicaciones derivadas del hecho de compartir la internación con personas que están internados por dolencias físicas.

### **Categoría 7: Políticas**

Se analizan en esta categoría las políticas de implementación de la ley 2440. Los recursos con que se cuenta, los dispositivos que se han podido crear, las capacitaciones específicas para los trabajadores de la salud, el trabajo con la comunidad, etc.

La entrevistada 1 refiere que en cuanto a la implementación de la figura de operador en salud mental, *“lo que pasaba también es que el operador de salud mental como no estaba incorporado del todo como en los equipos tampoco de los centros de salud. Si bien se lo reconoce y todo es como difícil decir en una reunión de equipo que aporta o que no aporta si no está el psicólogo por ejemplo que da como todo el marco teórico del porque se está yendo a ver a esa persona (...) algunos equipos tenían una referencia de operadores que no se interesaban o no se comprometían u otros que si lo hacían a veces entonces como no se sabe bien para que están o cual es el objetivo es difícil también comprender no? La actividad del otro... y a veces pasaba eso como que había que explicar y re explicar... de la ley de salud mental por ejemplo de los médicos no... No se conoce...”*.

Por otro lado, respecto a las capacitaciones que hicieron desde que se implementó la ley dice que *“son obsoletas y además que solamente van los interesados... personas que estaban en salud mental o muy allegados. Había una enfermera que la hizo que eso era importante porque por ahí a la hora de recibirlos era la persona que... había una cierta recepción positiva porque sino a la mayoría de los pacientes se los bochaba directamente o les daban una inyección y ya esta... no sé si eso cambio igual...”*. *“Yo no sé ahora si están haciendo capacitaciones... hace un tiempo que no... Sé que esta el concejo de discapacidad que está funcionando bastante, pero que también son lugares de teoría o de mucho... no de laburo con la gente”*.

Además, y en relación a las capacitaciones para el personal y al trabajo del equipo opina que *“faltan lugares para las personas que trabajan ahí, de tener momentos de capacitación y de reuniones, digamos en las que se puedan discutir todas estas cosas por las que están atravesados porque se generan después muchas... como estas con personas, trabajas con personas... como que se generan muchas rispideces también*

*en el equipo. Que a veces no posibilita ver la tarea y el objetivo de la tarea que realmente es digamos mejorar una calidad de vida”.*

*Respecto al rol del estado refiere que “a veces la sensación es que el estado igual... mas allá de que la ley esta re buena, falta presencia no? como falta realmente recursos, no solamente personas sino también materiales no? que ayuden a que haya una estabilidad mejor, no sé cómo decirlo. También pasaba que es un trabajo estatal que estaba atravesado por cuestiones políticas, cuestiones internas, ideológicas y que muchas veces al final los que la terminan pagando eran los pacientes no? Como que estamos en esta transición que se hizo bastante larga de la ley que fue primero provincial y que ahora es nacional, que ahora todavía se está aprendiendo, están bajando cosas”.*

*Dice que “Camino Abierto es un espacio que abre la puerta para hacer cosas nuevas, pero que a la vez se lo ha ido vaciando a lo largo de los años, entonces al no mantener un grupo estable, cuando cada vez que la gente llega es como que a veces se recuerda la historia de las personas que si son estables de ahí que son la gente que va, que son usuarios, se les dice ahora de salud mental... Como que se desconoce un trayecto quizás, se llega a un estancamiento...”.*

*En cuanto a los dispositivos que faltan dice: “faltan lugares para por ejemplo parejas que se quieren ir a vivir juntos, entonces los papas lidian con un montón de cuestiones... y los deseos de ellos de poder concretarse en otros ámbitos y que hoy no están dadas las posibilidades no? La ley lo contempla pero no...”. Refiere que faltan “las casas de medio camino pero generando auto valimiento (...) porque ahora se iba a abrir pero era como una internación”.*

*Por otra parte, refiere a las diferencias ideológicas y políticas: “también es muy difícil el laburo tan atravesado por esto. Como era laburar en un mal clima o... de hecho se llegaban a discusiones bastante violentas o persecuciones bastante grosas no? Había un hostigamiento bastante perverso”.*

*Refiere además a la falta de “veedores”, órgano revisión que la ley nacional propone pero no ha sido implementado: “Ahora alguna de esa gente renunció, ya no está más, no sé qué pasó. Pero me parece que tuvieron bastantes denuncias de...empezaron a haber denuncias de pacientes de salud mental que hasta ahora no decían nada y ahora fueron a la defensoría del pueblo, me parece que eso movió algo. Porque hasta lo que pasaba cuando yo estaba era como que muchas cosas de las que se contaban del pasado que habían sucedido y que pasaban en esos cuatro años era como que*

quedaban silenciadas. O sea... no la atendieron a esa persona que fue 5 veces a la guardia y después tuvo una crisis y eso ¿quien se entera? no quedaba que había ido 5 veces a la guardia. Ya era... dentro de la ley si una persona va 5 veces a la guardia la internás o la ves... Entonces como había mucho eso no? como no son personas demandantes en cualquier lugar, son personas que demandan por un médico o por una medicación... pero no son personas que después denuncian un maltrato quizá no? o algunas sí, algunas van conociendo de a poco sus derechos y saben a dónde ir a golpear la puerta". "...a veces siento como la falta de veedores. No sé si es la palabra.. O sea el laburo que hace la justicia pero un laburo mas real de seguir los tratamientos y a las personas como están tratadas no? (...) Hay en la ley, había un tercer órgano que era un veedor, que nunca se hizo acá que era de familiares o de profesionales que son como veedores de la ley, pero nunca se implementó. Eso para mí es algo que falta, porque hay un montón de laburo que no va a ningún lado. Y cosas.. Malas praxis se podría decir, que tampoco van a ningún lado, nadie se entera".

Habla de la falta de recursos y como esto complica el trabajo "pero bueno a veces el laburo... Hay tanto... cae a veces en tantas cuestiones de urgencia que a veces lo que está programado se va a lo último no? Entonces es difícil mediar entre lo urgente y lo necesario no? y hoy en día no está la cantidad de gente ni el recurso". También dice que "el lugar se va quedando chico y en un momento el lugar expulsa gente nueva pero que ya no entra no? (...) quizás no tiene que ser un solo lugar, por ahí estaría bueno que haya más centros culturales. Al menos en cuatro lugares este oeste, norte sur. Estaría bueno. Que la gente no tenga que trasladarse tan lejos. Como las escuelas también que proponen uno más dedicado a lo cultural otro a lo laboral, a lo deportivo, que hayan opciones. Pero bueno, por ahora estamos con uno y cuesta sostenerlo...".

Otro tema, dice la entrevistada, "es el de las obras sociales que se considera que no se atienden en el hospital y hoy ya no es así, el hospital público tiene que atender a todos y puede cobrar a las obras sociales. Es abierto para todos, para los que tiene y para los que no tienen, y a veces las salas no están tan llenas como para no atenderlos no? También lo que pasa es que salud mental no interna en los privados". "También es un tema lo de (...) qué pasa con las personas que no tienen familiares no? Refiere a dos pacientes que están en el hospital viviendo. Uno de ellos "ahora está en Aluminé, va a pasar el día, pero bueno Aluminé está teniendo denuncias y no sé qué va a pasar con eso viste? Porque tiene denuncias de maltrato viste? faltan órganos veedores de estas personas...".

La entrevistada 2 dice: "Yo creo que la ley es muy buena, creo que hace veintipico de años cuando se dictó era un avance absolutamente vanguardista, pero el problema de la ley de salud mental es que no la implementaron con todos sus recursos. Entonces lo que se generó es mucha gente desprotegida en nombre de una presunta protección que te daba la ley y se generó también una lectura social de que la desmanicomialización era mala, cuando en realidad los que trabajamos en esto sabemos que es bueno. Pero lamentablemente como no la implementaron como correspondía, no le pusieron la cantidad de plata, porque es una ley que demandaba recurso humano, recurso material las casas de medio camino, lugares de alojamiento, alternativas terapéuticas, alternativas de abordaje sin internación, alternativas de laborterapia. Ahora tenemos Camino Abierto y eso está funcionando bien pero lo que pasa es que Bariloche debería tener 5 caminos abiertos, debería tener uno acá en el centro, en los kilómetros, uno para arriba...eh...falta recurso, falta recurso material y humano. Humano muchísimo, es poquísima la inversión que se hizo". "...la realidad es que la ley de todos modos yo creo que dejo una buena impronta y eso lo hace distinto al resto del país. Por ejemplo, todo el sistema de internaciones involuntarias que se notificaban judicialmente para el resto del país la novedad la trae la ley nacional (...). Lo que hoy estamos reclamando nosotros ya hace bastante, porque la ley ya tiene 3 años, es que implementen los organismos de revisión, que bueno si seguiste algunos diarios están discutiéndolo".

Opina que "los conflictos más grandes que nosotros tenemos con el ámbito de salud tienen que ver con las internaciones sociales, porque el ámbito de salud, y volvemos a lo que hablábamos antes de los recursos materiales, tiene que tener, gestionar los dispositivos para que la gente se pueda ir".

Dice que otra de las cosas que pasan, y en relación a la falta de recurso humano es que "en algunos momentos cuando hay pocos operadores que no hacen el control de quienes fueron por la medicación y quienes están controlados clínicamente, aparecen los episodios que terminan en internación. Pero muchas de esas se podrían haber evitado con un seguimiento previo. Este... porque si vos tenés agendado que esa persona tiene una medicación de depósito que dura 30 días, si a tal día no fue podrías...lo lógico sería que bueno, vaya un operador, lo vea...esas cosas todavía están pasando. Pero bueno, fundamentalmente, a ver... la gente cree que...alguna gente cree que la ley es mala. En realidad, el problema es la falta de recursos. En realidad la ley es muy buena, tanto la nacional como la 2440".

La entrevistada 3, habla de la forma en que se está implementando el trabajo interdisciplinario: refiere que *“falta el dispositivo de la casa asistida. Y de hecho hay muchas personas de la ciudad y de la provincia que están internados en otros lados porque no está ese dispositivo acá y a través de un trasfondo político y judicial se empezó como a intimar a todas las entidades que corresponde y eh...ahora de Viedma, de la dirección provincial de Viedma lo que piden es que se realicen reuniones acá en Bariloche entre los equipos de Salud Mental y Servicio Social para pensar e identificar un lugar acorde y pensar para que se implemente la casa asistida. Y en todos estos años también hubo un cambio que es que... bueno, la ley siempre pide un abordaje interdisciplinario y bueno, una manera de empezar ese abordaje interdisciplinario tiene que ver también con algo así forzado que dio lugar a un cambio que es positivo, que finalmente resultó por suerte positivo y siempre se lo vio como algo positivo por los que estamos a favor de la ley no? pero bueno, costaba mucho articular servicio social con salud mental y como que el juzgado empezó a presionar para que el abordaje fuera interdisciplinario”*.

Refiere que *“todo esto también está impulsado porque al sancionarse la ley nacional también empezaron a ajustar un poco más el eje de trabajo. Y en la ley nacional está claro que no puede haber internaciones solo por motivos sociales entonces bueno, eso es lo que pasaba históricamente en el hospital. Que había muchas personas que estaban compensadas psiquiátricamente pero al no tener vivienda, familia ni posibilidad de auto valimiento estaban viviendo en el hospital. Eso hoy ya no se permite más. Y por ellos se está presionando a nivel judicial para que se genere el dispositivo y dejen de estar en otros lugares de la provincia”*.

Por otro lado, dice en relación al dispositivo Camino Abierto que *“de hecho tenemos problemas de accesibilidad. O sea, hay mucha gente que vive lejos y, si bien tiene el pase para viajar gratis, pero no se trata solo de una cuestión económica sino de la motivación, la voluntad de movilizarse, personas que están además con conductas de aislamiento o depresivas, que les cuesta activar. Y para eso hemos pensado muchas veces un recurso re necesario que es una combi, que desde el concejo de discapacidad nos habiliten una combi para traer a la gente que no puede venir, gente que no tiene tanta voluntad pero que si los van a buscar vienen. Eso estaría bueno y desde ya que replicar otro dispositivo en el Alto o en algún otro lugar también sería genial, sí”*.

En referencia a las capacitaciones dice que también se impulsaron con la ley nacional: *“ahora también hace poco estamos haciendo un curso que es “Salud Mental en*

*Atención Primaria" que es bajado de REMEDIAR que es de Nación. Que es para todo el equipo de los centros de salud. Porque también es como que cada vez se está fomentando más ese tipo de trabajo. La mayoría de los que nos anotamos somos psicólogos y trabajadores sociales pero hay algunos médicos. Pero bueno, falta, pero bueno". Dice que "esta es la primer capacitación... bah primera no podría decir la primera pero si es una capacitación de salud mental en atención primaria, o sea es bien específica y dirigida a los equipos de salud". Preguntada por capacitaciones anteriores de la provincia respecto de la ley 2440 refiere que "hay jornadas provinciales, gestionadas por la dirección provincial de salud mental. Hay dos por año o una pero la realidad es que no tienen mucha continuidad...y la optativa y se convoca a representantes de los diferentes hospitales, de los equipos que pueden viajar. Entonces está dirigido a los coordinadores y obviamente a los no coordinadores también. Hay tantos cupos para que vayan representantes de los centros de salud y del servicio, de Camino Abierto. Y la idea es que esos representantes repliquen en sus servicios. Pero yo no fui nunca asique no podría explicarte más que eso, pero...eso...".*

*La entrevistada 4 refiere que se desilusionaron de la ley cuando empezaron a verse las fisuras en la práctica, en la implementación de la ley. "Había como todo una discusión desde ya, una resistencia, de los sectores más conservadores en cuanto a la concepción de salud mental. Y después, se sumó que se implementó parcialmente. Y esto representó un costo muy importante para los equipos de salud y para los propios usuarios. Así que fue como una decepción en algún sentido. Ahora con la ley nacional es como que recuperamos un poco un rumbo. Igual con estas mismas falencias no? Pero ya es como otro marco. Porque además nos resultaba muy doloroso ver que era el modelo para otras provincias o a nivel nacional y cuando nosotros escarbábamos un poco era... ¿de qué modelo están hablando? (...) más que nada como un montón de enunciados de la ley que al no llevarse a cabo, la vaciaron de contenido. Quedó como lo más fuerte en cuanto a la desmanicomialización en sí. Pero todo lo otro que tenía que venir a hacer de soporte y de red no estuvo". Dice que "por ahí lo que se pudo trabajar a nivel hospitalario con nuestros propios compañeros de trabajo fue esto de que las internaciones fueran en hospital general. Eso también hubo resistencia pero hoy está aceptado. Si bien no en las condiciones que deberían no? porque deberían haber lugares que no hay. Se interna en sala general. Lo bueno es que ahora enfermería, que son los que más conviven, lo van como aceptando. Pero... eso, de una resistencia total a una aceptación. Bueno, después la implementación del centro cultural, que también ahí hubo un tema porque iba a ser una casa de medio camino y terminó siendo un centro cultural. Porque no estaban dadas las condiciones para que*

funcionara como tal. Y nunca estuvo el recurso que necesitaban. Así que ahí también fue como una frustración importante. Después en su momento el GIA, que era una parte importante y funcionaba quedó en manos de dos personas la coordinación y con un efecto relativo sobre el problema del alcoholismo". Refiere que cree que "hay un problema en la formación de los psicólogos, por lo menos en estas camadas que habían entrado a salud mental. Como que la formación estaba muy centrada en la clínica, pocos elementos de abordaje comunitario y entonces terminaban trasladando la clínica del privado a un ámbito institucional".

Habla de cómo funcionan las políticas de implementación de la ley, dice: "en realidad acá la justicia es la que va por delante nuestro, para mí es muy fuerte. Es re interesante. Hoy acá en Rio Negro no está implementado el órgano revisor y bueno y otra vez es la procuradora la que empuja. Es la procuradora la que está en la comisión esta legislativa. Y entonces se instala que... cuando es algo que es intrínseco a la ley nacional. Que siempre nosotros nos quejamos del poder judicial que es como un lastre, y en esto la verdad es que está empujando".

Y en relación a las capacitaciones dice que de "la provincia poco, por ahí nosotros vamos como buscando formación así autogestiva. Con los contactos que podemos, como podemos. Hay un par de compañeros que tienen particular interés, compañeros de servicio social, que tienen particular interés, entonces ellos hicieron punta en lo de la nueva ley nacional y bueno ahí ellos mismos nos dieron como una introducción a nosotros. Pero...no está previsto. Ahora nosotros hicimos un contacto con la dirección nacional, entonces va a venir gente a formarnos. Pero no es algo que...eso, depende mucho de la iniciativa nuestra".

Refiere que los movimientos que se están dando son a partir de la ley nacional, que servicio social se incluye en el trabajo con salud mental. Dice: "Yo creo que la 2440 en su momento todos la leímos, todos fuimos a alguna presentación de los "popes" de la ley. Pero después cayó nuestro interés también, ahí quedó. Y nosotros reforzamos eso de que era una modalidad que involucraba al servicio de salud mental y nada más. Desde la queja no, desde la queja siempre! ja. Pero no movimos mucho...".

Opina que la 2440 "fue una buena ley y fue de recontra avanzada. La ley en su letra, seguro que hay cosas para mirar igual, y creo que en eso se está. En revisar si se modifica o no... No es que renegamos de eso. Por ahí lo que da hasta pena es que no se implementó como debía y entonces se perdieron oportunidades, esencialmente para las personas, para los usuarios. Esto de que no hubiera redes, de que los operadores fueran cada vez menos y mal formados, entonces el acompañamiento

familiar era relativo. Los operadores terminaron en un rol más bien de entregar la medicación y listo... Bueno, esas cosas como que no dejan de doler un poco... Se fueron perdiendo compañeros en el camino, no hubo mucha más formación que el curso inicial... Medio así chapucero viste?”

Preguntada por las capacitaciones para el personal de enfermería que está en las internaciones de salud mental, dice que no tienen: “No, para nada. Son enfermeras que, bueno cada vez más se está yendo a la profesionalización de la enfermería, también una orientación comunitaria pero no están recibiendo... Quizás los que empiecen a ingresar ahora de la carrera del Comahue tengan un poco más de elementos. Pero no hay capacitación específica y se nota. Y este es un planteo que nos hacemos cuando empezamos a pensar en lo de la casa asistida. De que hoy no tenemos, por lo menos en el plantel del hospital enfermeras con formación específica como para ir a este dispositivo particular”.

Dice que “por ahí en cuanto a la implementación de la 2440 hay otras experiencias que están buenas viste? No sé, en Bolsón por ejemplo hay más dispositivos. También el equipo arrancó diferente y rápidamente se armó ya, no sé si es exacto una casa asistida, pero tiene un dispositivo. Tiene mucho trabajo con los usuarios en proyectos productivos. Hay otras movidas, por ahí para contrarrestar nuestra mirada tan negra esta bueno. Siempre trabajaron en dupla con los trabajadores sociales, tienen residencia. Hay trabajadores sociales en la residencia de salud mental. Si podes por ahí mirar un poco ahí...”.

La entrevistada 5 refiere al problema de la implementación de las internaciones en sala general: “se perdieron aspectos como importantes clínicos. Y uno es tener un lugar adecuado para la internación. Y qué pasa? Se sobre medica al paciente, porque el paciente tiene que estar en sala general”. Por otro lado y en referencia al tema de los dispositivos refiere que: “en Italia en lo que se hizo mucho hincapié es en los dispositivos intermedios que acá no se hizo. No tenemos casas asistidas. Mismo Camino Abierto se hizo muy tardíamente”.

Dice que lo que vivió de la implementación de la 2440 fue “el vaciamiento de la clínica. Porque la cuestión no estaba regida por el deseo de curar si no por una cosa imaginaria de ser bueno o malo viste? (...) Porque me parece que fue una maniobra más imaginaria, más política, sí, ideológica. Como que Cohen logró su cometido que es su nombre propio. Fijate que después saltó a la ONU (...) Me parece que fue como encontrar una bandera que le da mucha chapa. (...) Como una cosa muy mesiánica, yo lo he escuchado a él compararse con Moisés! En serio! Porque por qué esta cosa

*tan extremista, esta cuestión como tan loca de... internar en sala general... no, no.... Por fuera de toda lógica! Y esta cosa de la maldad del otro viste? Media paranoica, qué se yo, no sé! Viste?"*

En referencia a los inicios de la reforma dice: "Antes era mucho más... porque cuando yo empecé [año '96] hasta estaba Cohen en la provincia, era mucho más duro todo, viste? (...) Por ejemplo, (...) la atención individual era muy mal vista, muy perseguidos todos los psicoanalistas, eso era muy mal visto... el psicólogo daba lo mismo que... o sea no se generaba el espacio de la escucha entiendes? Tenías que resolverle si les faltaban chapas a los pacientes en la casa, era eso lo que tenías que hacer. Es decir, se mezclaban las cuestiones de pobreza con la cuestión clínica. No se habilitaba el espacio, así como no se habilitaba el espacio de niños, no se habilitaba el espacio a eso...". El psicólogo pasaba a funcionar como un trabajador social... "era como una mezcla así. Entonces vino Axel, con todo un orden psiquiátrico y estableció... por eso el servicio se armó por lo menos desde un discurso que en la clínica funcionara viste? (...) también hay cosas que tienen sentido. Yo ahora que fui a la reunión provincial, esto de que eran una joyita, imaginate hace 15 años. Esto de reunirse toda la provincia con todos los servicios de la provincia. O sea, hay cosas que me parece que obviamente son de avanzada. Esta cuestión como de red de servicio, esto de enfocar...eh... la figura del operador, me parece que es fundamental. Eso fue como un invento que fue bárbaro".

Respecto de la figura de operador en salud mental dice: "no están socializados los sueldos de última. Porque el operador no gana igual que si tenés el título de terapeuta ocupacional. (...) no hay terapeutas ocupacionales en la provincia por ejemplo. No se respaldó esa figura que tiene que ver con la tarea, entonces cómo puede ser?".

Dice que en toda la reforma se dio esta cuestión como de "secta (...) donde pertenecías o no pertenecías y eras enemigo. O eras manicomializador. Era una cosa de locos, pero era así! Yo soy bueno y vos sos malo". Habla de las luchas de poder entre discursos diferentes: "Cuando yo vine estaba este Cohen que era del PC y este Pellegrini que fue el que inventó los dispositivos GIA decía que los manicomios no son las paredes, que no tiene nada que ver con las paredes. Que el manicomio es si vos das al otro el lugar de sujeto o no. Por ahí pasa el manicomio. Por qué funciona bien Camino? Porque le damos lugar al discurso psicótico. Es un discurso diferente, pero si vos decís que no es diferente eso es enloquecedor. Entonces es como que hay un solo discurso, el único... ese es el nazismo digamos. No hay diferencias si? Por qué?"



*Porque somos la raza superior! Por qué no va a haber diferencias? Si no hay diferencia es que vos no ves al otro. Que ves todo desde tu propio discurso”.*

*Dice que la reforma “en realidad fue captar todos los lugares, la figura del operador y nada... porque no se hicieron dispositivos... es más, el trabajo en los barrios fue muy obligado. Porque en una época en el hospital, que fue cuando yo entré vino este Colonna [Luis Colonna, Director del hospital en el '96], como que enloqueció con la ley (...) y se los mandó a los centros de salud como castigo. A los que adherían... (...) Y entré yo ahí que era generalista y copamos el servicio psicoanalistas, gente que no era de la ley. Eran disputas así. Y la gente que estaba con la ley se fue a los centros de salud. (...) Eso no fue un ordenamiento de la ley. (...) Camino Abierto se hizo también posterior. No fue de entrada que se hizo un lugar. En realidad no hicieron... pusieron la chapa y nada más. No hubo.... Bueno, lo del operador, eso sí. Como la asistencia y el seguimiento de las visitas domiciliarias. Pero tampoco se armó un equipo de internación domiciliaria entendes? (...) No, había un servicio funcionando... la ley no... ya te digo, no se vio en nada, no... Al contrario, se cortaron los tratamientos individuales, se cerró la atención de niños, eh... se internaba también en sala general, y creo que eso no... es que... porque acá tampoco hubo nunca manicomio así que... Y se siguió derivando pacientes a internación en otros lados. Había dos pacientes crónicos en sala y se siguió con pacientes crónicos en sala, no es que se hizo una externación. (...) Sí se armó más como el seguimiento de pacientes psicóticos. En ese sentido sí fue como una cuestión diferente viste? No es que esperaban que el paciente viniera sino que había un seguimiento. Si no venían se iba a la casa. El tema de la medicación no cambió en nada. Es más, se sigue con el problema de... (Interrupción). Se empezó a trabajar en grupo? No, antes también se trabajaba en grupo. No, ni siquiera eso. Acá? No es que hubo modificación en eso”.*

*Y en cuanto a las capacitaciones dice: “Si, se empezó a coordinar, se hacían encuentros de toda la provincia. Yo no participaba mucho, pero... si. (...) Era una época, que eso es para resaltar, que no estaba el trabajo en red, interinstitucional como está ahora, entendes? Quizás se promulgaba eso en la ley, pero de hecho no estaban armadas las redes. Ya te digo ni los psicólogos iban a los centros de salud, fueron forzados. Tampoco se diagramó que los psicólogos fueran a los centros de salud barriales. Fue así como: ah, les gusta tanto la comunidad? Bueno, vayan! (...) Y cambió muchísimo el trabajo de lo que es en red. Pero eso fue un cambio que no tuvo que ver con la ley. (...) Porque no había articulación, seguían siendo como una cuestión aislada. Tampoco se trabajaba interinstitucionalmente. Yo planteé el trabajo con la Llave, articularlo. No que los pacientes vayan, sino que articular un espacio. Y*

se empezó, no me acuerdo cuando fue... en 2008, con Vivi Dziewa. Que iba un grupo de pacientes y tenía su espacio con una profesora de la Llave. Pero no estaba eso dispuesto. Depende de voluntades individuales”.

Refiere que “sí hubo mucho debate social que eso fue bueno. Todo el mundo hablaba de la ley. Se instaló un debate en la sociedad en relación a esta problemática, que eso me parece positivo. Pero no se trabajaba tampoco con los asistentes sociales... no, no...esos cambios no vinieron con la ley, se fueron dando cuando todo cambió. No, no, no. Porque estaba todo muy centrado en esta pelea. (...) Eran apuestas fuertes también que hacían viste? Entonces, que se yo, estaba todo centrado en eso (...) Por eso también se tardó tanto en el tema de las adicciones, recién ahora es salud mental y adicciones. Porque también la problemática de las adicciones costó, porque estaban como muy abocados con la psicosis viste? Entonces no había otras cuestiones. Y quedó armado lo del GIA que no fue por la ley (GIA es grupo institucional de alcoholismo). Lo diferentes que tiene a narcóticos anónimos es que el paciente primero que desde la internación ya puede ir a los grupos. Está internado y puede empezar a participar. Y el grupo es abierto, no es que hay un grupo para familiares y otro para pacientes. Si no va el paciente puede ir el familiar, puede ir el familiar con el paciente. Entonces, viste? Son grupos con una mayor acogida para la problemática. Porque no es tan determinante. Es un dispositivo que no lo inventó la ley. Si lo tomó. O sea, las reuniones eran de GIA y quedó como muy captado. El coordinador era un alcohólico recuperado. Pero ese dispositivo está en el libro de Pellegrini sobre alcoholismo”. “...Ni siquiera esto está como institucionalizado adecuadamente [Camino Abierto] porque la casa es alquilada, porque los cargos todavía los estamos peleando. O sea no es que... Por eso digo que me parece que si quieres hacer algo así tenés que tener como una movida... A ver... “Crear” consiguió un lugar, “Asumir” también. O sea, Bariloche tiene lugares, hay terrenos... lo que no hay es decisión política de apoyar la ley con las medidas que la ley requiere”.

Un operador de salud mental que entra en la sala para ordenar la medicación y se queda escuchando la entrevista aporta lo siguiente: “Básicamente se necesita recurso humano y no hay recurso humano. Y no hay alguna medida facilitadora para que llegue ese recurso humano. Acá nos manejamos mucho con voluntariado, que es como llegué yo al hospital, pero no se trata de eso porque el voluntario viene un tiempo y se va. Esto que vendría a ser como dignificar la tarea y pasa esto de la resistencia, de la negación... esto que dice Susana. Y es todo medio pelo y nada, al final lo que representamos para el afuera de la provincia y cualquiera que llega ve todo de decadente para abajo acá. Pero por una cuestión que pasa por una medida que se

*puede tomar y no se toma, que se puede hacer y no se hace. Pero bueno, a mi me parece que todo es político, asique arranca todo desde el vamos...". "Y esto pasa más en Bariloche...son 130.000 habitantes más todos los chicos que vienen de vacaciones que siempre alguno se brota entiendes? cuando fuimos a Roca, tenían 5 usuarios. Entonces a ellos les daban una casita y estaban chochos. Nosotros tenemos esto que no sabemos dónde meter la gente. Pero fuera de eso hay un montón de gente, hay un montón de tareas que no podemos hacer. La visita... la gente que está viniendo, recuperar usuarios que la gente está detonada y no sabe qué hacer. Hay gente que los termina internando en Neuquén y vienen peores...".*

*La entrevistada continúa: "Guarda que también tomaron el modelo del sistema de salud. Acá hubo un sistema de salud revolucionario. Eso tendrías que tener una ojeada de eso. Eso no se qué gobierno fue, fue el ministro del primer gobierno radical que hubo, que sería en el '83. Que yo conocía a la mujer que falleció, él también falleció.... Álvarez Guerrero. Lo que hicieron acá y en Neuquén fue un sistema de salud revolucionario que era el tema de la implementación de los médicos generalistas, de todos los equipos. (...) Entonces mucho de esta cuestión era de ahí tomada. Lo de los operadores, lo de esta cosa de los equipos en todos los lugares. Eso si fue, porque antes sino era para qué un psicólogo o un equipo en la línea (sur). Eso fue como una idea interesante. Es más, yo te explicaba que Salud Mental se divide el departamento y no queda dentro de la estructura. Tenían autonomía, no dependían de la estructura de salud. Eso fue una cosa importante. El jerarq...el separarlo de la salud pública, se entiende? No sé si fue interesante en tanto presupuesto. No sé si era más interesante pelear desde adentro. Pero vos tenías tu coordinador, vos no dependías del ministro de salud o de la directora del hospital"... "Pensá la provincia como contextuando en lo que pasaba a nivel del sistema de salud. Lo que pasaba en Neuquén y en la provincia. Eso es importante, que se sacó la salud mental de la esfera de lo médico y se hizo una coordinación en Viedma. Es un movimiento interesante. Pensalo como provincia...".*

*La entrevistada 6 nos habla de cómo se logró implementar el dispositivo Camino Abierto, la falta de recursos y la oposición por parte del servicio de salud mental y de la comunidad en general: "Hice guardia en la puerta del director del hospital, hasta que logré hablar, era Felipe de Rosas en ese momento. Y le conté mi idea, que venía de Buenos Aires, que me gustaría con la ley poder implementar una idea de abrir un centro cultural que sea para usuarios de salud mental pero que este abierto a la comunidad. Porque la ley en lo que hace mucho hincapié es en los derechos sociales, en la inclusión... Y a él le gustó la idea, le gustó pero me dice: "bueno, la realidad acá*

*es que faltan recursos... Yo si necesito pedir hoy, necesito pedir una mucama, una enfermera y sí, necesito psicólogos con esta visión pero no creo que la actual ministra te lleve el apunte con esto cuando las necesidades... Bueno, de hecho, me dice, hay un proyecto de casa de medio camino pero nunca salió, viste?"*

Nos cuenta el trabajo de conseguir recursos por fuera de salud: *"y dije bueno, tengo que salir a buscar recursos viste? asique con la ley en la mochila me fui a educación, a desarrollo social, a todos lados, a fundaciones, al Rotary ...Empecé a buscar aportes porque la ley en realidad dice que la salud mental no está en manos de salud solamente. (...) Entonces bueno, fui como a informarle a la gente, desde el intendente hasta a los delegados: "vos estas acá, que aportas?" Y bueno, empezar como a... también algunos conocimientos tenia por la UEL, la unidad ejecutora local, te relaciona con muchos ministerios. Entonces ya fui como cuando vas con un informante clave viste? Y ahí logré que el municipio me pagara tres talleristas de la escuela la Llave, que Desarrollo Social me diera unas becas para cubrir otro, que el Rotary haga un evento y con eso compraba insumos. Voluntarias del hospital me ayudaron muchísimo. Y así fui sumando gente y me acerqué de alguna manera a los que ya estaban".*

Refiere que *"la gente dice: esa famosa ley... Y no es la ley, es la implementación de la ley (...) El Trabajo interdisciplinario e intersectorial, es lo que permite que la ley se pueda implementar".*

Refiere a la importancia de las decisiones políticas en cuanto al presupuesto para salud mental: *"Mirá, la implementación de la ley creo que tiene que ver con una decisión política. Mas allá de lo ideológico no? Porque si vos ves que la recomendación a nivel mundial es que...si nosotros queremos para el 2020 digamos no? salud mental para todos, y queremos acortar la brecha, la brecha se está extendiendo... o sea, los problemas de adicciones y de depresión van a ser cada vez mayores y nosotros con las estrategias y con las herramientas que estamos teniendo, empobrecidas, no vamos a poder abarcar. Por lo tanto, tenemos que cumplir con una de las normas fundamentales que es el 10% del presupuesto de salud destinado a salud mental. Porque si partimos de que de ese 10% tenemos un 3 ponele, y el 90% es recurso humano...entonces de qué implementación me hablas? Por más que uno le ponga onda, trabajo extra y demás...pero falta la decisión (...) pones cemento, abris hospitales, haces caminos, todo bárbaro, pero si la gente está cada vez peor, me parece que tiene que ver con tomar conciencia de eso no? De la decisión política, que uno como trabajador, y uno muchas veces en cargos que le permiten traccionar ahí,*

*tiene pequeños logros. Pero lo real es que hay que destinar un presupuesto y hacer lo que hay que hacer viste? yo mis peleas con la coordinación en su momento tienen que ver con que hay que sentarse ahí y exigir viste? Pero bueno, creo que es algo a lo que los gremios le esquivan. Yo nunca vi a ATE sentarse con el gobernador a pelear un presupuesto de salud. La verdad es que no lo vi y es grave. Tampoco vi a los trabajadores totalmente nucleados peleando el presupuesto de salud. Me parece que es más fácil criticar a la ley, criticar lo que no hay... Hay que hacer algo viste? Para mí el trabajo de Camino es demostrar que se puede viste?"*

*Preguntada por las cuestiones concretas en las que se visibiliza la falta de presupuesto responde: "Mirá si vos ves...yo lo que he visto en Europa básicamente, y también lo podes ver en cualquier documental que vos veas: Para cada usuario que puede vivir lejos del hospital siempre hay dos personas viste? le llaman monitores ellos o acompañantes o lo que sea. La cantidad de recurso económico que tienen! Lo que pasa es que no tienen nuestra trayectoria y nuestra experiencia. Viste que dicen que el argentino lo ata con alambre? tenemos una cantidad de recursos que no valoramos. Formales y no formales, porque a veces nosotros no sabemos qué hacer, no tenemos el recurso formal y encontramos algún recurso no formal que finalmente fue una salida mucha más saludable no? Pero desde la cantidad de recurso humano, desde la cuestión edilicia o sea, todo bien con Camino, queremos el espacio, pero debería tener otro espacio con otras condiciones viste? lo edilicio, la cantidad de recursos! por ley deberían existir una cantidad de dispositivos de alojamientos algunos asistidos, otros monitoreados! Eso no está. Yo recuerdo que apenas entré en el hospital había tres mujeres en la sala de mujeres, como ellos le dicen "casos sociales". Cuando alguien dice "eso es un caso social", cagaste porque todo el mundo le suelta la mano. Los de salud mental: no es nuestro. Los de servicio social: es de salud mental. Y la gente queda instalada porque no tiene un referente con quien vivir, ni tiene recursos y demás. Y, bueno, y después falta de parte de la coordinación de salud mental una presencia continua capacitando, supervisando y conduciendo. Falta conducción concretamente, porque cuando lo quisieron hacer lo hicieron a través de una intervención, que fue algo medio... para mí no tuvo sentido eso que hicieron. Venir acá como viste? a aplicar una ley que no... Tienen que trabajar de otra manera. Enfrentaron mucho al equipo..."*

*"Son muy importantes los encuentros provinciales, porque vos vivís la situación de ponerte en contacto con residentes, con médicos con enfermeros y vivir otra realidad, otras estrategias, ateneos... Hace unos años se hacían muy frecuentemente, porque había como un convenio con la legislatura, la legislatura ponía el dinero para esos*

encuentros. Y ahora es un tema de presupuesto viste? eso implica un movimiento de todo el recurso, el encuentro en un lugar. Había una diplomatura que la dictaba la OPS en su momento. Eran cosas como muy importantes viste? Estaba Hugo Cohen también en ese momento como capacitador. Pero bueno, yo creo que ahora hay una chatura... esperemos que se despierte el gobierno porque muy chato todo, muy chato. No veo intenciones de mejorar. Eso que, bueno, no se... que hay un impulso nacional. Digamos, yo creo que los que toman las decisiones en salud en la provincia sabiendo que la provincia de Rio Negro es de alguna manera la perla mirada por otras... yo le pondría mas onda viste? que se yo! Y más que nada porque la población, si vos no pones el recurso económico, la población va a decaer”.

Otra cuestión que resalta es que: “todo está cargado en el servicio del hospital. Igual que cualquier tipo de crisis de internación va al hospital. Pero ¿por qué? si la ley abarca también a los privados! ¿Por qué no lo atiende la San Carlos o El Hospital Privado si tiene obra social la persona? Pero habría que hacer algo con eso. De alguna manera a través del ministro de salud y de la coordinación obligar a la gente a que cumpla con la ley viste? algo hay que hacer. Y de hecho estando de guardia me ha tocado atender a gente de mucha guita con una obra social del carajo y yo insistir con el auditor de la obra social y de la clínica para que bueno, todo bien pero mañana te lo mandamos viste? porque ¿qué es esto? es un hotel?”.

El entrevistado 7 se refiere a la atención del servicio de salud mental del hospital: “muchas veces la gente, sobre todo los pacientes de salud mental, lo que no tienen (...) posibilidades ni de respuesta por parte del estado de qué tipo de cosa pueden hacer. Y a donde pueden recurrir, de qué forma, que pasa en los momentos de epicrisis sobre todo. Eso es lo más complejo, porque ahí no hay nada...Ni una mísera orientación, nada. En ese sentido, la ley, fue en lo que menos, o lo que más dejo pendiente fue ese tipo de cosas”. “...el dispositivo Camino Abierto, para mi tiene muchísimas falencias. En ciertas formas funciona como una ONG, tiene que salir a buscar recursos a ministerios, que no tienen nada que ver con salud, hasta en algún momento “han tenido que competir” con las organizaciones en búsqueda de recursos en el Ministerio de Desarrollo porque salud no les daba recursos. O mandando proyectos a organismos financiadores, como si fuéramos nosotros que no tenemos ningún tipo de recurso del Estado, siendo un organismo que depende de Salud pública de la Provincia. En general el acompañamiento de todo este proceso, de lo que fue la ley de salud mental, no fue deficiente, sino negligente. Porque deficiente puede ser...por falta de recursos, por un montón de cosas, lo que sea, pero es negligente. En el mejor de los casos sino lo hacen exprofeso para que la cosa fracase, no sé, no me

atrevería a decirlo, pero si que no ha habido acompañamiento... De hecho muchas personas que vienen a Crearte, que son pacientes de salud mental, también, por ahí, el único espacio que tienen en salud mental es ir una vez por mes a que le pongan o le renueven la medicación o le den una inyección,. Y no mediaba ningún tratamiento de por medio, ninguna pregunta de: cómo estás?, pero una onda póngase en la fila que recibe lo que vino a buscar. Tampoco hubo mucho interés de trabajo institucional, eh las pocas veces que hubo algo así, llega un momento en que el Hospital no acompaña más, deja que del quilombo se haga cargo otro. Tampoco hay estrategias de sostenimiento de apoyo de vida autónoma, por ejemplo, sería una alternativa. O algún tipo de vivienda tutelar, sería otra alternativa; no hay nada. Las personas cuando quedan solas, las familias se murieron, eh, quedan en una situación de abandono terrible. En muchos casos se la van rebuscando, viviendo con familiares, y en otros casos, emigran, los mandan a otro lugar. Terminan internados en otro lugar. Cosa que es bastante terrible. Hay cosas con las que ideológicamente uno adhiere, como es esto cerrar los manicomios, no es una alternativa válida tener un manicomio. Pero no se hizo ningún tipo de alternativa para gente que realmente lo necesita... (...) Como sostenemos una idea en una ley, en principio, ideológico, que en la práctica hacemos agua y pisoteamos la misma ley que queremos sostener. Además hoy en el contexto actual, sería imposible, por suerte... no se puede volver a los modelos de manicomialización, ni nada por el estilo. Eso si, hay gente que precisa cuidados diferentes y más cuidados. Sin embargo, no hay ningún lugar donde se pueda ir”.

Ante la pregunta de si percibe cambios con la nueva Ley de Salud Mental Nacional, responde: “No, es básicamente más de la misma cuestión, o sea, es como la convención de derechos de las personas con discapacidad. Por el momento es ley, que esta, de por si no tiene otro peso que una letra en un papel. Las acciones políticas hacen que la ley sea lo que tiene que ser. Las acciones políticas son muy tibias, casi inexistentes. No hay mucho avanzado al respecto, está bueno, no hay que hacer una crítica desde el lado de decir está mal, ni hay que festejar las leyes, porque las leyes plantean un norte, no? Ahora, lo no está planteando es la acción política que va a acompañar esas leyes. Ahí es como quedan todas las definiciones. No es el único caso la ley de discapacidad, ojala fuese el único caso. Básicamente, todas las políticas sociales tienen ese tipo de problemas. El acceso a la vivienda, es lo mismo. La Argentina firmo la adhesión al pacto de derechos económicos, sociales y culturales (los DESC) sin embargo el acceso a la vivienda no está garantizado. No se cuenta con los financiamientos que corresponden. Nos quedamos celebrando una ley, y nada más, y las leyes de por sí, yo creo que después de la convención de los derechos de

las personas con discapacidad, toda ley nueva es festejable, está bien, pero ya no hay que seguir inventando leyes. Lo que hay que hacer es una acción política concreta, de lograr que los derechos de las personas con discapacidad no sigan siendo vulnerados. Porque los derechos están planteados. Pero bueno, por otro lado no está mal la ley, esta buenísima (...) El tema es qué vamos a hacer con eso, creo que el mejor ejemplo es Río Negro: una ley muy buena, ideológicamente, muy interesante que planteo cosas muy positivas y muy diferentes. Pero a la hora de demostrar que hay una posibilidad diferente para personas, pacientes de salud mental, no me mostro nada. Las cosas siguen pasando, igual o peor, porque hay más abandono y desidia. Pero en el medio todos dan charlas... Si nosotros pensamos que las leyes están en función de las personas y los ciudadanos, siguen padeciendo lo mismo que padecían antes. La única diferencia, es que no corren ningún riesgo de que lo encierren, ahora, pero es la única diferencia. Antes, por lo menos, el encierro, les garantizaba comida. Ahora, ni siquiera les podemos garantizar una comida, y en algunos casos, es hasta tan perversa la situación política actual, que se encierra igual, de organizaciones del mismo estado”.

La entrevistada 8 nos cuenta que a los inicios de la reforma, en el año '92: “...se dividió la provincia, los que estaban a favor y los que estaban en contra de la ley. Y también las cúpulas directivas de salud se dividieron en la provincia, entonces vos tenías por ejemplo, el director de salud pública, de la provincia estaba en contra pero el director de salud mental era el que había traído esto, y da la casualidad que salud mental está alineado digamos paralelo a salud pública o sea no es que los de salud pública pudieran bajar línea sino que eran dos directrices paralelas, entonces se empezó armar como una especie de lucha que venía de arriba para abajo y por ejemplo, el director del hospital en ese momento también estaba en contra estaba alineado con el director de salud pública. (...) Con lo cual nosotros recibíamos ordenes distintas y contrarias desde salud mental y desde, desde la dirección del hospital, y eso claro nos ponía a todos o sea, había muy mal clima dentro del servicio, yo además estuve en la jefatura del servicio, y toda esta batahola estaba en el medio de mi jefatura. Y bueno, en un momento dado yo dije: yo así no puedo trabajar. Porque estamos trabajando con pacientes y por otro lado esa tensión, toda esa división, entonces renuncié a la jefatura, y a los poquitos días justo llego alguien digamos en nombre de salud mental, venia como a intervenir el servicio una cosa por estilo, pero fue de casualidad olvidate simplemente a mi me parecía que no era, esa parte fue muy complicada, muy complicada, después claro yo creo que ya se estabilizó un poco y lo que a mí me parece interesante es por un lado yo creo que hay que ponerle plata ,falta

más plata digamos, falta recursos, porque habiendo dispositivos, los pacientes funcionan distintos, entre los pacientes de acá de Camino Abierto por ejemplo hay muchos que yo los conozco de la época que trabaja en el hospital, y verdaderamente a partir de que tienen un dispositivo, es completamente diferente la evolución. También fue un dispositivo que ese nació en salud mental de mi jefatura El Brote, el grupo de teatro El Brote, y de hecho hay pacientes de que a partir que empezaron con El Brote, y después otros que empezaron con camino, y otros que a partir de que se creó camino dejaron de tener brotes o la recurrencias o los brotes han sido mucho menores. Entonces bueno es ahí que el trabajo, este, da sus resultados”.

Por otra parte refiere: “...otro tema, que yo veo en la implementación también acá en el hospital, a mi me parece que no está funcionando del todo bien en el sentido de que, dicen si no tiene obra social no lo atendemos, este es un hospital público o sea que tiene la obligación de atender a todo el mundo, y por otro lado se puede facturar a la obra social, porque además nosotros estamos bastante restringidos en donde internar, y los sanatorios tampoco los quieren, a los pacientes nuestros, y si tuviera que internar en un sanatorio tampoco me quedo tranquila porque qué se yo un paciente que se yo suicida por ejemplo con intento de suicidio, internarlo en un sanatorio, es muy complicado alguien tendría que poner una persona al lado todo el tiempo porque tampoco tienen digamos las habitaciones o todos los mecanismos necesarios para este tipo de pacientes, así que por empezar los sanatorios muy difícilmente nos aceptan los pacientes, pero si los aceptan estamos todos en riesgo, el paciente, el sanatorio y nosotros, entonces el hospital tendría que ver de qué manera facturarle a las obras sociales y trabajar con la comunidad porque justamente es parte de la idea que trabajen con toda la comunidad no solamente con los que no tienen obra social”.

Y en relación a las capacitaciones refiere también a las luchas de poder entre quienes estaban a favor o en contra de la ley: “Sí, bastante pocas las capacitaciones en realidad. El tema era que nosotros teníamos un jefe de servicio en ese momento, vino justamente por esta movida un jefe de servicio, que era de esa tendencia como yo te digo a la desprofesionalización, y no estaba bueno o sea esto de decir que la salud mental, que sé yo si una persona se le había volado las chapas del techo que salud mental tenía que ver por qué se le habían volado las chapas del techo, parece un chiste no? se le volaron las chapas, pero a ver lo decían literal, capaz la cuestión era gestionar conseguirle chapas para el techo o sea la verdad que no es así son cosas diferentes. La enfermedad mental tiene que ver no con eso sino con muchas otras cosas que se estaban desatendiendo, entonces como fue esto digamos bajo una

*bandera comunitaria no sé que... entonces esa entrada digamos de la ley de salud mental no estuvo bueno, incluso fue lo que hizo que justamente el director que teníamos en ese momento del hospital que como yo te decía estaba en contra de todo esto, lo sacó al jefe de servicio con las dos psicólogas que estaban más cerca de él y los mandó a centros periféricos, lo cual en realidad no está mal, si ellos estaban con este discurso tan comunitario esta bárbaro que estén en centros periféricos pero digamos la idea fue sacarlos del medio además de sacarle la jefatura. Y bueno, la única psiquiatra que había en ese momento en servicio era yo, así que yo tome la jefatura en medio de todo este lío, fue muy complicado, y creo que se fueron las cosas muy extremo, me parece que trabajar en salud mental... hubiera estado bueno que charlemos más, que nos pongamos de acuerdo, porque en definitiva todos queremos lo mismo. Así que bueno, esa primera parte yo creo que fue complicado, yo me alegro ahora que exista Camino Abierto, me parece muy importante”.*

Dice que terminó renunciando al hospital y siguió trabajando pero como voluntaria. Opina: *“sí, yo creo que no trabajan bien. Si estos dispositivos no? pero el hospital en sí no está trabajando bien, yo creo que es discurso por un lado y por otro lado, es como que los echan a los pacientes. No los quieren, tienen muchos, no lo sé, no se dan maña no se qué pasa, pero no es muy... que echan a los pacientes, echan a los colegas no sé, no está bueno cómo están trabajando”. “Completamente desarticulado el servicio de salud mental con los otros dispositivos”. “acá a lo sumo derivan pacientes por ejemplo, eso sí. Pero no es que trabajen en conjunto. Y viene una médica que es Susana López, que ella sí realmente la valoro un montonazo porque no se, nosotras ya éramos compañeras desde esa época... y sí Susana, está nombrada por salud pública y viene varios días acá, a Camino está viniendo antes venía solo un día por semana ahora viene varios. Ella sí es súper valorable, labura muy bien tanto acá como con el hospital pero digamos en sí el servicio como conjunto nunca funcionó bien. O sea en los 30 años que hace que yo estoy acá, desde que yo llegué a pesar de que eran poquitos y que daban bastante a basto con la demanda que tenían, pero tenían problemas personales, estaban enojados, estaban peleados, las dos psicólogas y otras que habían en aquel momento en el servicio estaban peleadas entre sí. Así que yo llegue hace 30 años con dos psiquiatras que estaban las dos peleadas, eran 5 en total dos psiquiatras y 3 psicólogas, entonces de las psicólogas una estaba con una psiquiatra y las otras dos estaban con la otra, por eso te digo yo que ya históricamente es problemático, es problemático. Y me da mucha lástima la verdad porque para trabajar estos temas esta bueno cuando uno es compañero digamos”.*

La entrevistada 9 opina que "como que no hay capacitación para poder hablar de desmanicomialización. (...) Una vez que los sacamos del hospital, después que? No solamente el recurso del espacio sino el recurso humano. Y me parece que no tenemos ni lo uno ni lo otro". "A mí lo que me llamó mucho siempre la atención y que yo a muchos se lo reclamaba era la falta de supervisión. No se supervisa o se supervisa muy allá a las mil y quinientas viste? Supervisar el laburo. Se suicida un paciente.... no vamos a echarnos culpas, pero bueno. No puede haber una reunión para decir: che, qué pasó el día anterior, cómo lo vimos... Acá no pasó nada, "es parte de la estadística" me han contestado. Che, ayer se ahorco fulano... "No te preocupes, es parte de la estadística". Bueno, a vos te dejaré tranquila esa respuesta pero a mí no! Necesito saber qué pasó".

A raíz de la pregunta por la historia de los comienzos de la reforma dice: "Mirá yo te iba a traer un libro que lo compré la otra vez, sobre la desmanicomialización en Rio Negro...El de Cohen....Si, y la verdad es que me llama mucho la atención, porque yo digo: qué película vio este hombre? Donde estaba? Donde vio todo esto? Porque yo estaba ahí adentro y no lo vi! Estaría buenísimo que nos encontráramos con Cohen, a quien nunca vi, nunca jamás! Yo después te voy a traer exactamente la fecha, porque llamé a Viedma a propósito de todo lo que estaba sucediendo... Hace unos cuantos años, vos no estabas pero no sé si alguien te contó. Hice una no sé si llamarla intervención, pero sí hice una denuncia, que obviamente hice saltar la térmica, volaron todos, se pelaron todos los cables de salud mental. A propósito de este tratamiento a los pacientes no? Yo llegué a un momento en que no sabía bien quien estaba más... de qué lado... Y fue una etapa muy muy dura... Cuando se empieza a hablar de desmanicomialización yo obviamente quiero creer que la intención fue buena, pero jamás hablaron de que recursos, en dónde iban a estar. Bueno, listo, los mandaron a los pacientes para afuera. Eh... por ejemplo, claro, menos mal, muchos recibieron una pensión. Y yo tengo el caso concreto de un paciente que estuvo internado en el hospital, yo lo conocí en el hospital y durante 11 años o más nadie lo fue a visitar, nadie eh? Nadie. Y el paciente empieza a cobrar la pensión y obviamente aparece la hermana a cobrarle la pensión. Y el paciente mismo me dice: mi hermana se la juega en el casino... eh... está mucho mejor él en la casa de la hermana que en el hospital. Pero no hay un seguimiento de ir a la casa aunque sea una vez por mes no? No digo que fueran todas las semanas. Pero bueno, a ver qué está sucediendo con el paciente, que sigue pidiendo plata en la calle.... Y nada, falta de recursos. Y yo te voy a traer algo, de cuando aparece la 2440 una propuesta mía personal, junto con otros psicólogos de acá de Bariloche. Marcela Amor por ejemplo. La ubicas a Marcela? Es

una psicóloga que está trabajando muy bien por fuera del hospital pero en su momento ella llega a Bariloche y se interesa mucho por este laburo. Porque además ella es profesora de educación física. Entonces mi laburo le interesó. Entonces trabajamos juntas un par de años y cuando aparece la 2440 presentamos un proyecto. Que por supuesto no dieron pelota porque significaba laburar, significaba un compromiso muy alto en todo sentido y bueno, de plata la retribución no sé como hubiera sido. Bueno, yo siempre laburé ad honorem por ejemplo, siempre. Y... no... ahora por ejemplo el año pasado fui a buscar a un paciente que habían internado en Roca. Y... vos conoces? Como se llamaría eso...? El loquero de Roca? No, no es una vergüenza! Una vergüenza! Todos los pacientes están juntos, no importa qué grado de gravedad. Entonces el que está más o menos ahí adentro termina de enloquecer...porque lo que yo ahí vi... por eso yo digo que yo todavía no cerré la puerta... Porque a mí me quedó pendiente, porque yo fui testigo y no quiero quedarme como testigo muda y por lo tanto cómplice de este sistema. Pero bueno, nada... para hacer algo y qué bueno que estamos hablando de esto...(...) Pero bueno la 2440 la verdad que no... Si quieres cuando quieras vamos a Roca y vemos la 2440 en funcionamiento! Vemos como NO funciona! Es tan fuerte la verdad... como viene como una cachetada y uno se siente... bah no es que me sienta... estaba tan sola! No es una sensación...es una verdad así... Y bueno, pero por suerte... este paciente... bueno no salió adelante, está muy grave, porque bueno, está muy grave la familia. Encima claro, es eso no? No se labura con la familia... porque hay que laburar con la familia. Y ya te digo, con mucha gente que es evidente que no... no sé hacen terapia muchos psicólogos y psiquiatras que están laburando ahí... Harán mínimamente terapia? No hablo de supervisión eh? Mínimamente...(...) Y bueno... bravo... todo muy muy muy... menos mal que ya algunos no laburan mas... pero bueno”.

La entrevistada 10 por su parte refiere que “acá en Bariloche era... siempre fue muuuy difícil. Porque bueno, había una parte que acordaba con la ley y otra parte que no acordaba en el servicio. Y después estaba muy politizado. Como la ley se promulgó en el gobierno de Masachesí, cada vez que había elecciones quedábamos dentro de una interna política... y bueno, la verdad que hubo persecuciones, sumarios, cosas muy muy desagradables. Y bueno, también implementar la ley por las características de Bariloche también era muy difícil. Por lo grande de Bariloche, por lo diverso, en relación también a lo ideológico. Y porque hay intereses creados en relación a los laboratorios, por ejemplo, los primeros congresos que tuvimos, el Nacional de Salud Mental lo auspiciaba La Anónima, para que te des una idea. Ningún laboratorio. Y bueno, falta después de recursos, materiales, humanos, falta de gente formada.

Porque bueno, es un proyecto donde uno tiene que poner mucho el cuerpo, porque no es solo la crisis. Si no es qué pasa después de la crisis. Cómo trabajamos con la familia, cómo trabajamos con el barrio. Cómo lo acompañamos para que saque un DNI, como para que consiga un trabajo. Y acá se dificultaba bastante. Igualmente en el '95 asumió un director que estaba totalmente en desacuerdo con el proyecto y a los tres más comprometidos nos exilió, no pudimos entrar al hospital por mucho tiempo. Y ahí empezamos a hacer todo un trabajo... No podíamos atender a pacientes porque el tipo nos inició causas, horrible”.

Y dice que el trabajo que se pudo hacer “fue muy a pulmón. Que creo que ideológicamente estuvo muy bueno pero las cosas así se sostienen muy poco tiempo también. Si no hay recursos del estado también... Que no sea solo de salud mental si no de política pública en general no? Porque acá tenemos mucho apoyo de la parte de salud mental y del gobierno de turno también. Pero bueno, después cuando hubo que empezar a financiar el proyecto, poner las casas de medio camino... a ver qué hacíamos con los pacientes judicializados, porque también eso, había muchas internas con la justicia, todo un... unas pulseadas... Entonces pacientes que tendrían que estar en la cárcel, por ejemplo un psicópata... que la única opción es la cárcel, lo mandaban para una internación judicial. Entonces empezamos a tener un montón de alojados, la policía... viste? Hubo cosas que yo también creo que bueno... por la inexperiencia, por los miedos de la gente también, viste? Hay que hacer autocrítica también, nosotros también éramos muy cerrados con todo”. Pero bueno, eso, la falta de recursos, de políticas públicas fuertes. Yo creo también de falta de capacitación en los tratamientos. Esto yo también pienso que es comodidad del psicólogo. Esto de decir que los psicóticos los atienda el psiquiatra, que se los medique, esta cosa hegemónica del médico y también cómoda del psicólogo no? Cómoda o desvalorizada”. Y respecto al tema de la capacitación de personal refiere que “Sí, en ese momento tuvimos reuniones de equipo. Y sí, eran supervisiones y capacitaciones. Venía gente de Buenos Aires. Por ejemplo todo el tema de la ley estuvo inspirado por Zafaronni y él nos acompañó mucho en lo legal. Emiliano Galende, hubo gente así viste... Otra obviamente que no, porque bueno, qué se yo, los psicoanalistas ortodoxos no acordaban... Y también creo que tiene que ver mucho... en ese momento si tuvimos mucho acompañamiento porque era todo nuevo, pero yo creo que tiene que ver mucho con lo personal. El estado no nos puede dar todo, las capacitaciones siempre costaron, cuestan y me parece que tiene mucho que ver con lo personal no? Y esto, darte cuenta de que hay que formarse en todo no? En la clínica, en eso de lo comunitario, social, no?”.

## Conclusiones Categoría Políticas

Sintetizando lo referido por los entrevistados respecto de las políticas de implementación, la ley 2440 parece haberse implementado muy parcialmente en este tiempo desde su sanción. Las políticas llevadas adelante desde el gobierno de la provincia parecen haber sido pobres en recursos económicos tanto materiales como humanos. No se ha invertido mucho en capacitaciones para el personal de salud mental ni de salud general. Estas han sido muy pocas y con escasa convocatoria. Tampoco se hicieron políticas de concientización a nivel de la comunidad.

Las medidas tomadas en pos de la implementación parecen haber sido muy verticalistas, como imposición desde lo judicial, con intervención de los servicios, persecuciones y hostigamiento al personal que no adhería completamente a los postulados de la ley. La “la bajada de línea” desde un lugar como incuestionable sin apertura al debate de las ideas, parece haber provocado enfrentamientos y fuertes resistencias dentro del servicio de salud mental, que se resolvieron escindiéndolo, “exiliando” a quienes estaban a favor de la ley a los centros de salud para trabajar en atención primaria. Los entrevistados acuerdan en el malestar, en el mal clima, la tensión que esta lucha genera y en cómo esto afecta la calidad del trabajo en equipo y los resultados sobre los usuarios del sistema de salud.

## Categoría 8: Agentes

En esta categoría se analiza la perspectiva subjetiva de los agentes en torno a la reforma de salud mental de la provincia de rio negro a partir de la sanción de la ley 2.440.

Los trabajadores de la salud entrevistados se expresan como sigue a continuación:

La entrevistada 1 siente que *“...siempre terminas laburando muy solo porque todos tienen otras prioridades y a veces el paciente de salud mental no es una prioridad... Como es algo más crónico quizás y menos visible...”*

Dice de su trabajo en el hospital que *“era laburar en un mal clima”* y que *“de hecho se llegaban a discusiones bastante violentas o persecuciones bastante grosas”*. *“Había un hostigamiento bastante perverso”*.

Opina que *“además es un laburo que es cansador también y que no está retribuido ni ahí energéticamente con lo que uno deja. Y que bueno, pasa esto, que en el hospital*

tenés que hacer guardias para llegar más o menos a un sueldo que cierre para la cantidad de energía. Pero es una cantidad de energía que... a veces vas a las 8 de la mañana salís a las cuatro, entras a la guardia a las 4 y 10 y te quedas hasta las 11 de la noche. Y ahí estas todo el día, Y al otro día tenés que volver a ir. Y ahí guardias de esas había a veces tres veces por semana, dos veces por semana. Con pacientes complicados, con noches complicadas en el hospital. Con cosas emocionalmente intensas que no tenés tiempo de elaborar. Y esto no? a veces siento como la falta de veedores...”.

Por otro lado habla del trabajo que la motiva y satisface: “... la satisfacción de un laburo en un centro cultural es muy diferente del laburo que uno puede llegar a tener en un hospital y digamos... solamente las visitas domiciliarias que también tienen otra cuota pero el laburo con los usuarios en talleres que a ellos les satisfacen, que a los trabajadores también. Es como que eso te abre, también eso no es menor. Igual todavía hay una parte que... siento que CREARTE tal vez lo ha logrado y Camino Abierto todavía no tanto, es la cultura, el hacer para disfrutar”.

La entrevistada 2 dice: “Bueno, la ley nacional tiene también un problema para mi, si. Como tienen este tipo de cosas, es que son leyes que se piensan para el país no? entonces, claro, las...cada lugar tiene sus características propias y esto sí es a veces un poco difícil de conciliar no? Mismo para nosotros, nosotras somos dos juezas. Imaginate que vivimos con el teléfono en la mano a ver si nos notifican una internación involuntaria. Eh....La verdad es que a veces estas cosas se largan para...sin pensar demasiado. Los plazos para mí son complicados. Para nosotros, para Bariloche son complicados...de cumplir. Hacemos lo que vamos pudiendo, pero en general...Por el recurso humano, porque es enorme la cantidad de internaciones involuntarias que hay. Muchas duran dos días, pero nosotros igual tenemos que hacer la validación de la internación, digamos. Porque justamente la función de la intervención judicial es evitar que haya gente internada que con otro propósito que no sea su salud digamos”.

La entrevistada 3 dice: “...Bariloche es muy particular en relación a la ley porque el servicio está todo escindido, estamos todos divididos. Lo que pasa en Bariloche no pasa en ningún otro lado en Rio Negro. Hay un servicio de salud mental y ese mismo servicio hace atención primaria, van algunos a los centros de salud.. Va todo mucho más fluido. Acá está dividido, los que estamos en los centros de salud ya no pertenecemos a Salud Mental, pero sí tenemos que articular con ellos. Esta Camino Abierto y está el hospital. (...) podría funcionar si estuviésemos así divididos físicamente y en cuestiones administrativas y de dependencia pero pudiésemos



laburar de una forma fluida, estaría todo bien pero la realidad es que hay cuestiones ideológicas también que nos atraviesan que hacen que a veces sea difícil. (...) yo creo que en parte por las características de la gente del servicio en Salud Mental ... Bueno, hicieron muy difícil el trabajo y... en el tiempo que estoy yo hubieron un montón de renunciadas de gente que veía... bueno, mi caso y el de muchos compañeros que entramos al servicio de salud mental por lo difícil que hacían la tarea y por las características de este equipo fuimos viendo cómo salirnos de ahí, no? Y bueno, pertenecemos al DAPA que es atención primaria. Eh...pero bueno...Si, es ideológico...si..."

La entrevistada 4 dice: "Ahí en los inicios, que había como mucha expectativa no? Realmente la lectura que se hacía era que era una ley de avanzada, que era un desafío.. Y nos entusiasmos todos desde una posición epistemológica, ideológica... y después esto decayó mal. (...)Y esto representó un costo muy importante para los equipos de salud y para los propios usuarios. Así que fue como una decepción en algún sentido. Ahora con la ley nacional es como que recuperamos un poco un rumbo. Igual con estas mismas falencias no? Pero ya es como otro marco. Porque además nos resultaba muy doloroso ver que era el modelo para otras provincias o a nivel nacional y cuando nosotros escarbábamos un poco era... ¿de qué modelo están hablando?" Respecto del Centro Cultural Camino Abierto dice que "nunca estuvo el recurso que necesitaban. Así que ahí también fue como una frustración importante". Y continúa transmitiendo su desilusión y explica la falta de implicación y compromiso: "Yo creo que la 2440 en su momento todos la leímos, todos fuimos a alguna presentación de los "popes" de la ley. Pero después cayó nuestro interés también, ahí quedó. Y nosotros reforzamos eso de que era una modalidad que involucraba al servicio de salud mental y nada más. Desde la queja no, desde la queja siempre! ja. Pero no movimos mucho...". Opina que "fue una buena ley y fue de recontra avanzada. La ley en su letra, seguro que hay cosas para mirar igual, y creo que en eso se está. En revisar si se modifica o no... No es que renegamos de eso. Por ahí lo que da hasta pena es que no se implementó como debía y entonces se perdieron oportunidades, esencialmente para las personas, para los usuarios. Esto de que no hubiera redes, de que los operadores fueran cada vez menos y mal formados, entonces el acompañamiento familiar era relativo. Los operadores terminaron en un rol más bien de entregar la medicación y listo... Bueno, esas cosas como que no dejan de doler un poco". Rescata con un poco de esperanza que está empezando a darse a partir de la implementación de la ley nacional algo de trabajo interdisciplinario: "esto sí está

*naciendo de una discusión interdisciplinaria que es como ¡guau! Que nos sentemos a pensar juntos ya es un montón! Pero bueno, medio frustrante el panorama...”*

*La entrevistada 5 por su parte dice: “...lo que veo como una dificultad en mi practica como psiquiatra es el no tener el dispositivo adecuado de internación. En cierta medida eso es efecto de una cierta negación a cuestiones puntuales de la enfermedad sí? Como que la cuestión de la enfermedad psíquica se corrió totalmente para el lado de la moral, de lo que está bien y lo que está mal”. Refiere que hubo “...muchas dificultades en relación a los diagnósticos, al aporte que podía dar por ejemplo el psicoanálisis se negaba totalmente...” Y continúa: “Lo que yo viví fue eso: vaciamiento de la clínica. Porque la cuestión no estaba regida por el deseo de curar si no por una cosa imaginaria de ser bueno o malo viste? Por eso esos ideales más imaginarios viste?”. “Antes era mucho más... porque cuando yo empecé hasta estaba Cohen en la provincia, era mucho más duro todo, viste? Las cuestiones imaginarias eran tremendas. (...) la provincia era más chica también...Por ejemplo, los psicólogos no atendían... o sea había cosas que estaban muy mal vistas. La atención individual era muy mal vista, muy perseguidos todos los psicoanalistas, eso era muy mal visto... el psicólogo daba lo mismo que... o sea no se generaba el espacio de la escucha entendes? Tenías que resolverle si les faltaban chapas a los pacientes en la casa, era eso lo que tenías que hacer. Es decir, se mezclaban las cuestiones de pobreza con la cuestión clínica”. Rescata que también “hay cosas que tienen sentido”. Dice: “Yo ahora que fui a la reunión provincial, esto de que... ¡eran una joyita, imaginate hace 15 años!. Esto de reunirse toda la provincia con todos los servicios de la provincia. O sea, hay cosas que me parece que obviamente son de avanzada. Esta cuestión como de red de servicio, esto de enfocar...eh... la figura del operador, me parece que es fundamental. Eso fue como un invento que fue bárbaro”. Pero repite que fue muy difícil: “Sí, era como una secta, era como una cuestión de secta donde pertenecías o no pertenecías y eras enemigo. O eras manicomializador. Era una cosa de locos, pero era así! Yo soy bueno y vos sos malo. (...)Era como una cosa de cómo... los buenos somos los que queremos a los pacientes y se daba por hecho que había gente que no los quería. (...)No sé qué decirte, no es muy alentador. Estaba todo muy centrado en la cuestión ideológica viste? (...) Si, y bastardear todo lo que no fuera eso no?” Refiere visiblemente molesta que la reforma se basó mucho en “esas cuestiones que son como muy lindas de propaganda, pero que no tienen basamento. (...)Son esas cosas que como que traen mala prensa. Como el electroshock, que esta ley lo abolió. Es como si vos abolís la descarga cardíaca en un infarto, es lo mismo! Por qué es diferente el corazón que el cerebro? (...) Lo del electroshock me parece una cosa*

*grave, que la ley nacional lo sacó no sé por qué, si no es un elemento de tortura. El otro día pensaba esto. Es como abolir la descarga eléctrica cuando un paciente entra en paro, es lo mismo!"*

La entrevistada 6 cuenta muy entusiasmada cómo llegó a interesarse en la salud comunitaria y en el modelo rionegrino: "...Y me llegó tanto ese congreso que me puse en contacto, o sea quería hacer algo que fuera más allá del consultorio no? algo...trabajar más el tema de la SALUD mental realmente no?(...) Como yo de base soy música digamos, me enganché por el lado de alguna herramienta artística para trabajar en el Borda no? Los primeros encuentros íbamos con Carnota, el folclorista, él llevaba la guitarra y yo tocaba el bombo. Y bueno, me enganché a trabajar los sábados en el Borda, a trabajar desde ese lugar totalmente diferente a lo que yo hacía en mi trabajo en el consultorio y en el hospital. Y empecé a ver que en realidad, primero nunca había tomado contacto con gente internada, institucionalizada de años, cuando realmente se pierde a la persona y pasa a ser algo que no tiene dignidad viste? La gente que está internada por años...es gravísimo, bueno vos lo habrás visto. Es muy serio lo que pasa..." Y cuando se mudó a Bariloche dice: "...yo vine con ese entusiasmo de decir: bueno, acá hay una ley viste? la 2440, cuántas cosas se pueden hacer? cuántas cosas se estarán haciendo? no?.." Cuenta que le propuso al director del hospital: "le conté mi idea, que venía de Buenos Aires, que me gustaría con la ley poder implementar una idea de abrir un centro cultural que sea para usuarios de salud mental pero que este abierto a la comunidad." Afirma: "A mí no me gusta lo de casa de medio camino, la verdad es que no me gusta para nada, porque es casi como una réplica de un manicomio no?" Cuenta del momento en que se dio la oportunidad de abrir el centro cultural: "Y bueno así fue que medio que me asuste también cuando vi todo ese quilombo. Dije: Chan ¿con quién cuento? no, me dice no contas con nadie porque el equipo de salud mental no quiere saber nada. Bueno, dije, que pero me puede pasar que no poder no? Y entonces le dije que sí, que si me nombraban en el hospital me hacía cargo del lugar. Y así fue, entre muy mal al equipo de salud mental porque ellos estaban en contra de todo eso. No me recibieron, no me fue posible articular con ellos". Relata con entusiasmo la experiencia de la fiesta callejera en la lucha contra el estigma: "Hicimos un festejo mixto entre números de Camino y números de artistas de Bariloche. Fue una fiesta.. Realmente fue algo muy muy lindo. Y los vecinos sumarse a la fiesta, los vecinos que habían firmado en contra. En un momento se hizo un silencio y apareció un vecino tocando la gaita. Cosas muy fuertes pasaron en esa fiesta". Y continúa refiriéndose a cosas que le molestan, con las cuales se enoja: "Pero lo real es que hay que destinar un presupuesto y hacer lo que hay que

*hacer viste? yo mis peleas con la coordinación en su momento tienen que ver con que hay que sentarse ahí y exigir viste? Pero bueno, creo que es algo a lo que los gremios le esquivan. Yo nunca vi a ATE sentarse con el gobernador a pelear un presupuesto de salud. La verdad es que no lo vi y es grave. Tampoco vi a los trabajadores totalmente nucleados peleando el presupuesto de salud. Me parece que es más fácil criticar a la ley, criticar lo que no hay... Hay que hacer algo viste? Para mí el trabajo de Camino es demostrar que se puede viste?" . "Lo que pasa es que si vos hablas con Patricia Franco o en su momento también hablas.. Yo no daba más de laburo. Trabajas muchísimo, te ocupas de un montón de cosas... la gente sabe que vos lo haces entonces recae en vos...y esa no es la idea no?". "Para mí es un acto de corrupción con el estado, trabajar en contra de una ley que te están pagando para eso no? Y, bueno, y después falta de parte de la coordinación de salud mental una presencia continua capacitando, supervisando y conduciendo. Falta conducción concretamente, porque cuando lo quisieron hacer lo hicieron a través de una intervención, que fue algo medio... para mí no tuvo sentido eso que hicieron. Venir acá como viste? a aplicar una ley que no... Tienen que trabajar de otra manera. Enfrentaron mucho al equipo, eh...yo tome distancia de esa situación, de personalizar mucho las cuestiones no? Si bien a mí no me trataron bien, porque no me trataron bien porque fui a hacer algo con lo que ellos no estuvieron de acuerdo, pero cada uno que haga su camino viste? yo realmente creo en lo que estoy haciendo y bueno, cada uno será responsable de lo que hace".*

*El entrevistado 7 dice: "En su momento cuando salió fue una ley bastante o muy interesante, en cuanto plantean los postulados. A las definiciones ideológicas que tenía, lo que no tuvo de esa ley fue el acompañamiento en lo presupuestario, que debería haber tenido para, sobre todo para el desafío que era poner una ley de ese porte, de ese tamaño, digamos, de lo conceptual ideológico, en función de que sea una ley que sirva para la comunidad".*

*La entrevistada 8 dice: "a mí toda esa parte no me gusto, toda la desprofesionalización de ese primer momento no me gusto para nada..."; "...nosotros recibíamos ordenes distintas y contrarias desde salud mental y desde, desde la dirección del hospital, y eso claro nos ponía a todos o sea, había muy mal clima dentro del servicio, yo además estuve en la jefatura del servicio, y toda esta batahola estaba en el medio de mi jefatura. Y bueno, en un momento dado yo dije: yo así no puedo trabajar. Porque estamos trabajando con pacientes y por otro lado esa tensión, toda esa división, entonces renuncié a la jefatura..."; "...la única psiquiatra que había en ese momento en servicio era yo, así que yo tome la jefatura en medio de todo este lío, fue muy*

complicado, y creo que se fueron las cosas muy extremo, me parece que trabajar en salud mental... hubiera estado bueno que charlemos más, que nos pongamos de acuerdo, porque en definitiva todos queremos lo mismo. Así que bueno, esa primera parte yo creo que fue complicado, yo me alegro ahora que exista Camino Abierto, me parece muy importante..."; "...pero el hospital en si no está trabajando bien, yo creo que es discurso por un lado y por otro lado, es como que los echan a los pacientes. No los quieren, tienen muchos, no lo sé, no se dan maña no se qué pasa, pero no es muy... que echan a los pacientes, echan a los colegas no sé, no está bueno cómo están trabajando..."; "...digamos en si el servicio como conjunto nunca funciona bien. O sea en los 30 años que hace que yo estoy acá, desde que yo llegué a pesar de que eran poquitos y que daban bastante a basto con la demanda que tenían, pero tenían problemas personales, estaban enojados, estaban peleados, las dos psicólogas y otras que habían en aquel momento en el servicio estaban peleadas entre sí. Así que yo llegue hace 30 años con dos psiquiatras que estaban las dos peleadas, eran 5 en total dos psiquiatras y 3 psicólogas, entonces de las psicólogas una estaba con una psiquiatra y las otras dos estaban con la otra, por eso te digo yo que ya históricamente es problemático, es problemático. Y me da mucha lástima la verdad porque para trabajar estos temas esta bueno cuando uno es compañero digamos..."

La entrevistada 9 habla de las cosas que la motivan, sus desafíos y cómo se sintió trabajando en el hospital estos años: "...para mí el desafío más grande es que de alguna manera se reinserten. Muchos santitos nunca estuvieron muy bien y uno no va pretender que.... Pero... para mí fue un trabajo agotador y muy solitario pero...en lo personal muy contenta porque muchos sí salieron adelante. Y para mi esa es la desmanicomialización. Que salgan adelante, que vuelvan a laburar. Que vuelvan a tener una familia o la posibilidad de una familia. Que puedan vivir solos!"; "Pero todo en esta cosa tan solitaria no? Esa parte fue muy dura y sobre todo... dura por mí, yo me la banqué, pero sobretodo esto de no caer en tierra fértil. No? Es como si hubiéramos trabajado en el medio del desierto sin una gota de agua nunca... Una mirada del otro muy estéril. El otro no puede producir, el otro no puede dar fruto... "; "Bravo fue, muy muy bravo. Me lo llevé pero la verdad es que fue... ese día no me lo voy a olvidar nunca más. De estar con este hombre en un café esperando la hora de salida y mirándolo no lo podía creer lo que estaba viendo, no lo podía creer. Que en tan poco tiempo una persona se deteriorara de tal manera... imaginate toda la medicación, la de este lugar, la del hospital... yo no entiendo cómo pueden hacer esto. Yo he tenido momentos en que he tenido ganas de agarrar a algún psiquiatra abrirle la boca y decirle tomá a ver qué te pasa, cómo es tu experiencia. Este tema de la

*medicación para mí siempre fue un lugarcito muy jodido, muy jodido. Y ahí es de nuevo que te hablo de supervisión. Quien supervisa esto? La cantidad de medicación que le dan! La cantidad de medicación que le dan!!”.*

La entrevistada 10 transmite su pasión por el “proyecto” de salud mental de Rio Negro. Su compromiso inicial, así como las dificultades y el cansancio posterior: “me mandaron a Bolsón y ahí hice una pasantía de seis meses, y ahí, bueno, me terminé de enamorar del proyecto. (...) bueno, en Bolsón lo que más me fascinó era todo este trabajo en equipo”; “...y fue sumamente interesante el trabajo. Fue muy muy muy lindo. Con dificultades, con falta de recursos pero bueno, con mucho apoyo de los distintos equipos de la provincia. Supervisaba los casos con Analía Broide en el Bolsón y también Hugo (Cohen) que permanentemente estaba al teléfono con los casos. Y con los médicos generalistas medicando y... bueno. Muy interesante trabajo. Y en el '95 me vine a Bariloche y ahí cambió bastante mi historia. Venía muy contenta con el trabajo hecho, muy valorizado el trabajo en el pueblo, en las zonas rurales. En los distintos pueblos de la línea sur. Y acá en Bariloche era... siempre fue muuy difícil. Porque bueno, había una parte que acordaba con la ley y otra parte que no acordaba en el servicio. Y después estaba muy politizado. Como la ley se promulgó en el gobierno de Maschesi, cada vez que había elecciones quedábamos dentro de una interna política... y bueno, la verdad que hubo persecuciones, sumarios, cosas muy desagradables. No podíamos atender a pacientes porque el tipo nos inició causas, horrible. Pero empezamos a trabajar en los centros de salud. Como no podíamos atender pacientes empezamos a trabajar toda la parte de prevención en salud y en salud mental en los once centros de salud. Y eso la verdad que fue un proyecto muy muy lindo. Siempre con el DAPA”; “Y en ese momento también creo que éramos unos locos de trabajo no? La mayoría no teníamos hijos entonces vivíamos para laburar. Entrábamos a las 8 al hospital y eran las 7 de la tarde y estábamos trabajando. Poníamos nuestros autos, nuestra nafta, nos reuníamos, teníamos reuniones mensuales para ver cómo íbamos en cada lugar. Era todo todo fue muy a pulmón. Que creo que ideológicamente estuvo muy bueno pero las cosas así se sostienen muy poco tiempo también. Si no hay recursos del estado también...”; “Hubo cosas que yo también creo que bueno... por la inexperiencia, por los miedos de la gente también, viste? Hay que hacer autocrítica también, nosotros también éramos muy cerrados con todo. Y creo que ya ahora después de tantos años creo que hay otras formas. Eh... pero bueno, Bariloche siempre fue muy difícil. Yo lo que vi por mi experiencia, mas que nada Bolsón, Jacobacci y Acá, que en los pueblos chicos es mucho más fácil, porque lo locos están incluidos. Nadie piensa en mandarlos a un

psiquiátrico. Se los atiende entre todos, se los asiste, se lo acompaña. Pero bueno, en la ciudad es como que esto... está mucho más despersonalizado y a lo distinto se lo encierra"; "Eh...pero bueno, a pesar de eso hubo familias con las que hemos trabajado muy bien, muy muy bien. Yo me sigo cruzando pacientes que tuve durante muchos años y que llevan una vida bien. Con su medicación, pero que tienen un trabajo, que están incluidos socialmente, no? Y bueno, donde te reconocen el acompañamiento que hiciste, entonces eso para mí... ya uno que haya... cambia la historia. La verdad es que para mí en lo personal fue una bisagra y un cambio de vida en mi vida, en lo personal. Fue muy movilizante esto no? Ver que una persona que en otro momento estaba encerrada y supermedicada, hoy por hoy está integrada y tiene una conciencia de enfermedad, puede ir y aplicarse una inyección mensual y bueno, creo que hoy me parece que no hay seguimiento. Me parece que hay una falla, un déficit muy grande. Porque no hay acompañamiento de los pacientes,. Ni de las familias. Eso fue un poco acá. Y después en el 2001 tuve la posibilidad de irme a Trieste, y como la cuna de la desmanicomialización fue allá, yo iba con toda la incertidumbre y las ganas, Y cuando llegué allá terminé trabajando en un hostel tipo casa de medio camino como operadora en salud mental, porque tenía que hacer reválida del título y me iba a quedar...al final me quedé dos años. Y allá los psicólogos sonpreciados y enseguida conseguí trabajo en ese momento. Y bueno, fue una decepción, porque en realidad era un servicio tercerizado, con todos los lujos que te podés imaginar. Yo estaba con tres pacientes graves, psicóticos. Pero nada de rehabilitación, era mantenerlos, acompañarlos a hacer cosas de la vida cotidiana pero sin tratamiento psicológico ni nada. Y bueno, se me desmoronó. Estuve en un servicio de... como un centro de salud de acá pero de salud mental. Porque yo primero me fui con una pasantía de estudio y después como no me gustó renuncié y me puse a trabajar. Y bueno, la gente venía al psiquiatra y el psicólogo era secretario del psiquiatra. Cuando vi todo eso renuncié"; "Te decía que a partir del 2003 que volví empecé en privado porque me di cuenta de que al hospital no quería volver porque el último tiempo fue ya muy desgastante. Porque en realidad era cambiar cabezas que no cambian... Y yo me di cuenta también de que me venía muy cargada a casa... viste? Que me la pasaba muy frustrada. Y ahí me di cuenta de que el hospital ya había sido... y ahí empecé a trabajar en el consultorio. Pero después me llamaron, como había trabajado tanto tiempo en los centros de salud, para ser tutora en un posgrado de salud comunitaria. Entonces por 4 años estuve trabajando en eso. Que fue fantástico también porque la gente del DAPA principalmente, en ese momento en que estuvimos exiliados del hospital y todo nos hicimos sumamente compinches y trabajamos muy bien. Así que... hicimos la réplica también del trabajo nuestro, por ejemplo, el trabajo en equipo que teníamos en esa época era excelente. (...) Todos

tenían una modalidad de laburo espectacular, pero ninguno sabía qué hacía el otro. Y depende el barrio tenían una forma de laburo distinta. Como que apuntaban a la particularidad de la gente. Que eso también tenía mucho que ver con lo nuestro. Entonces se nos ocurrió inventar, que hasta ahora está, las reuniones DAPA, eran unas jornadas en las que cada centro de salud en ese momento presentaba lo que hacía, y después fuimos haciendo por temas. Muy interesante fue ese laburo. Muy lindo"; "Que para mí, te soy sincera, me es mucho más fácil comunicarme con los generalistas que con los psiquiatras. No todos, pero la mayoría medican el síntoma, hacen tratamientos paralelos. Yo con la que más trabajo es con la que trabajé en el hospital, que ahora también trabaja en privado. Pero después tengo muchas dificultades, porque yo soy Juana metereta, quiero saber qué medicación le dan, ya a esta altura puedo opinar acerca de que necesita un paciente y bueno, algunos se lo bancan y otros no se lo bancan"; "Eh...pero bien, después de haber estado en el Borda en las admisiones con los horrores que vi... Ver que a un paciente psicótico se lo medicara con un antipsicótico o con un tranquilizante mayor, pero después le iban bajando la dosis en función de cómo estaba y el paciente estaba compensado y podía llevar una vida más o menos normal. Para mí fue maravilloso"; "Vivíamos para eso, no sé si está bien o está mal... la pasión viste... también tiene un límite pero realmente el compromiso era muy grande. Que yo creo eso ha cambiado. Que la disponibilidad de la gente aunque sea recién recibida no es mucha. Y yo creo que para aprender uno tiene que entregarse no? Si no circula el deseo y uno se entrega a eso no hay posibilidad de otra cosa. De aprender o de transitar un proceso.... Y después obviamente con autocrítica. Yo te digo a esta altura tengo varias autocríticas que las he hecho con Hugo y con otros compañeros, pero bueno, con algunos las podemos trabajar y con otros no. Pero en su momento... yo creo que igualmente yo lo sigo eligiendo al proyecto, con todos los déficit que tiene. Pero no solamente la implementación si no el cambio de mentalidad en relación a la locura. Eso es lo que a mí más me impactó. Esto. Que un paciente según la mirada de uno tenga un pronóstico u otro me parece increíble, qué se yo!".

### **Conclusiones Categoría Agentes:**

La persistencia de estos dos modelos de atención en salud mental enfrentados parece haber generado y continuar generando malestar en los trabajadores de salud que expresan sentir decepción, frustración, soledad, persecución, hostigamiento. Esta lucha por imponer un modelo u otro de atención parece desgastar mucho a las personas que sienten el trabajo como algo agotador, emocionalmente muy intenso y en soledad. El enfrentamiento en lo ideológico que se presenta como algo tan

polarizado e irreconciliable influye en que el trabajo en equipo, el trabajo interdisciplinario y en red se vea muy dificultado y eso parecería profundizar los sentimientos de impotencia, de frustración, de decepción y agotamiento.

Estos sentimientos de frustración, decepción e impotencia aparecen también relacionados a la falta de recursos y a la falta de políticas para la implementación de una ley, una experiencia que se promocionaba como modelo a nivel nacional e internacional: “nos resultaba muy doloroso ver que era el modelo para otras provincias o a nivel nacional y cuando nosotros escarbábamos un poco era... ¿de qué modelo están hablando?”

Por otro lado, se puede rescatar de los dichos de los entrevistados aquellos en donde asoma el deseo, las cosas que los motivan, las que los esperan y les dan fuerza para continuar en sus trabajos. Esas cuestiones a partir de las cuales se puede intervenir para expandirlas, potenciarlas, como ese “núcleo sano” desde el que se trabaja con las personas que acuden a los servicios de salud.

“... la satisfacción de un laburo en un centro cultural es muy diferente del laburo que uno puede llegar a tener en un hospital y digamos... solamente las visitas domiciliarias que también tienen otra cuota pero el laburo con los usuarios en talleres que a ellos les satisfacen, que a los trabajadores también...”.

“Ahí en los inicios, que había como mucha expectativa no? Realmente la lectura que se hacía era que era una ley de avanzada, que era un desafío.. Y nos entusiasamos todos desde una posición epistemológica, ideológica...”

“está empezando a darse a partir de la implementación de la ley nacional algo de trabajo interdisciplinario, esto si está naciendo de una discusión interdisciplinaria que es como ¡guau! Que nos sentemos a pensar juntos ya es un montón! “

“ me llegó tanto ese congreso que me puse en contacto, o sea quería hacer algo que fuera más allá del consultorio no? algo...trabajar más el tema de la SALUD mental realmente no?(...) Como yo de base soy música digamos, me enganché por el lado de alguna herramienta artística para trabajar en el Borda no?”

“Hicimos un festejo mixto entre números de Camino y números de artistas de Bariloche. Fue una fiesta.. Realmente fue algo muy muy lindo. Y los vecinos sumarse a la fiesta, los vecinos que habían firmado en contra. En un momento se hizo un silencio y apareció un vecino tocando la gaita”.

“en lo personal muy contenta porque muchos sí salieron adelante. Y para mi esa es la desmanicomialización. Que salgan adelante, que vuelvan a laburar. Que vuelvan a tener una familia o la posibilidad de una familia. Que puedan vivir solos!”

“...me terminé de enamorar del proyecto. (...) bueno, en Bolsón lo que más me fascinó era todo este trabajo en equipo”; “...y fue sumamente interesante el trabajo”.

“Como no podíamos atender pacientes empezamos a trabajar toda la parte de prevención en salud y en salud mental en los once centros de salud. Y eso la verdad que fue un proyecto muy muy lindo. Siempre con el DAPA”

“La verdad es que para mí en lo personal fue una bisagra y un cambio de vida en mi vida (...) Fue muy movilizante esto no? Ver que una persona que en otro momento estaba encerrada y supermedicada, hoy por hoy está integrada y tiene una conciencia de enfermedad, puede ir y aplicarse una inyección mensual”

“el trabajo en equipo que teníamos en esa época era excelente. (...)”

“Ver que a un paciente psicótico se lo medicara con un antipsicótico o con un tranquilizante mayor, pero después le iban bajando la dosis en función de cómo estaba y el paciente estaba compensado y podía llevar una vida más o menos normal. Para mí fue maravilloso”;

“Vivíamos para eso, no sé si está bien o está mal... la pasión viste... también tiene un límite pero realmente el compromiso era muy grande.

“... yo creo que igualmente yo lo sigo eligiendo al proyecto, con todos los déficit que tiene. Pero no solamente la implementación si no el cambio de mentalidad en relación a la locura...”

#### **4.2. Análisis Intercategorías**

En este apartado y en base al trabajo realizado en los apartados anteriores (recopilación y análisis documental, observación y descripción de dispositivos y entrevistas a los agentes de salud como informantes clave) se realiza un análisis que intenta poner en relación la información hasta aquí obtenida.

## **Desmanicomialización: Políticas, Perspectiva de los agentes, Medicalización, Dispositivos y Redes.**

Se pudo observar que la implementación de políticas acordes a la ley 2.440 tuvo momentos marcados de desarrollo y momentos de estancamiento. En sus comienzos, con el retorno de la democracia en 1983, en el país se intenta generar una política en Salud Mental para recuperar los espacios destruidos por la dictadura. Se realizan experiencias desde la perspectiva de Atención Primaria de la Salud, entre las que se encuentra la de Río Negro. En esa época en la provincia logra cerrarse el único hospital psiquiátrico que había, el de la ciudad de Allen y a partir de allí las internaciones de salud mental se realizan en hospitales generales. Inaugurándose servicios de salud mental en varias ciudades. Se crea la figura de operador en salud mental que se implementa en todos estos servicios y para el trabajo en territorio en lo que es APS. Se promulga la ley de desmanicomialización (Ley 2.440). Pero en los noventa se reafirma una política neoliberal capitalista regida por la desregulación, la privatización y la competencia. La salud queda en manos del mercado. Es decir, de los grandes laboratorios y empresas de medicina. En el campo de la Salud Mental esto se expresó en la psiquiatrización del padecimiento subjetivo y como consecuencia un importante aumento del consumo de psicofármacos. Esta época marca un período de estancamiento en el proceso de reforma rionegrino y un acrecentamiento de los enfrentamientos entre grupos opositores y a favor de la reforma.

Respecto del proceso de reforma en la ciudad de Bariloche, los entrevistados hablan de dos grupos de trabajadores enfrentados, una situación que se mantiene a lo largo del período estudiado, con momentos de mayor tensión y otros momentos más moderados. Algunos hitos en el proceso sobre esta situación son las "expulsiones" o "exilios" de profesionales del servicio de salud mental del hospital hacia los centros de atención primaria de la salud. Esto ocurre puntualmente en el año '96 con el ingreso de un nuevo director en el hospital que no acordaba con la reforma.

Sin embargo, luego de esta década de ajustes y del colapso económico y social del 2001, llegará una época en que se inicia un proceso de recuperación y reconstrucción, con el gobierno de Kirchner quien solicita y se le es presentado en mayo de 2004 el *"Plan Federal de Salud 2004-2007"*. *"Los Ministros de Salud consensuaron mejorar el acceso a medicamentos, disminuir la mortalidad materno infantil, apuntando a acortar la brecha existente entre las provincias, acordando proteger los programas prioritarios y fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud"*.

Este nuevo Plan Federal y otros movimientos a nivel de los hechos que se desarrollan en esos años, van configurando un nuevo clima en salud y en salud mental que hacen al contexto de apertura del Centro Cultural "Camino Abierto" en la ciudad y que van a derivar en la nueva normativa nacional, la Ley 26.657 del año 2010. El énfasis en la APS de este plan también ayuda a la inclusión de más psicólogos en los centros de salud. Esta inclusión también se va desarrollando de manera forzada por las relaciones de tensión dentro del servicio de salud del hospital que continúan sin poder resolverse. Con la nueva ley de salud mental a nivel nacional se suscitan también algunos cambios a favor de la implementación de la reforma. Si bien se imponen en alguna medida de manera forzada a través de intimaciones judiciales y no a base de debates y consenso dentro del servicio. Esta modalidad ya sería una característica estructural de la reforma como se viene dando. De manera no muy coherente con los ideales de la misma en cuanto a horizontalización de las relaciones, participación de los diferentes actores involucrados, pero respondiendo a una lucha de poderes que sigue vigente como vigente sigue el poder del mercado y de las grandes empresas que lideran la industria farmacéutica apoyando el modelo de atención biomédico y las políticas de ajuste y privatización en salud.

Se observa en el análisis de las políticas de implementación de la reforma una gran falta de recursos tanto materiales como humanos. El porcentaje del presupuesto de salud otorgado a salud mental, lejos del 10% pactado en la declaración de Caracas, no llega al 3%. Y de ese porcentaje aun mucho se utiliza para internaciones en clínicas privadas en lugar de destinarse a la implementación de dispositivos alternativos a la lógica del encierro. Por otra parte, las políticas implementadas en cuanto a las internaciones en sala general y los tiempos de las mismas y, más recientemente, las políticas de trabajo interdisciplinario e intersectorial han sido impuestas de manera verticalista.

Los entrevistados refieren en sus relatos a esta implementación de políticas insuficientes y a la manera autoritaria, verticalista como imposición desde lo judicial, con intervención de los servicios, persecuciones y hostigamiento al personal que no adhería completamente a los postulados de la ley. La "bajada de línea" desde un lugar como incuestionable sin apertura al debate de las ideas, parece haber provocado enfrentamientos y fuertes resistencias dentro del servicio de salud mental, que se resolvieron escindiéndolo, "exiliando" a quienes estaban a favor de la ley a los centros de salud para trabajar en atención primaria. Los entrevistados acuerdan en el malestar, en el mal clima, la tensión que esta lucha genera y en cómo esto afecta la calidad del trabajo en equipo y los resultados sobre los usuarios del sistema de salud.

Refieren a esto, además, los escritos de profesionales protagonistas de esa época: Contariamente a la propuesta de Franco Basaglia, mencionada en los fundamentos de la ley rionegrina, (que prioriza la circulación del pensamiento durante la experiencia en la comunidad que se organiza en un nuevo trato de la locura, que modifica las prácticas, las formas de relación entre los trabajadores del hospital y los pacientes que implica a otros miembros y hace comunidad), en la experiencia rionegrina “la discusión fue entre expertos y con el poder estatal, dejando de lado la necesaria construcción de un poder político que partiendo de las organizaciones institucionales hiciera comunidad y propiciara la dimensión del cambio requerido” (Sans, D. 2013).

La persistencia de estos dos modelos de atención en salud mental enfrentados parece haber generado y continuar generando malestar en los trabajadores de salud que expresan sentir decepción, frustración, soledad, persecución, hostigamiento. Esta lucha por imponer un modelo u otro de atención parece desgastar mucho a las personas que sienten el trabajo como algo agotador, emocionalmente muy intenso y en soledad. El enfrentamiento en lo ideológico que se presenta como algo tan polarizado e irreconciliable hace que el trabajo en equipo, el trabajo interdisciplinario y en red se vea muy dificultado y eso profundiza los sentimientos de impotencia, de frustración, de decepción y agotamiento.

### **Concepto de Salud Mental, Concepto de Sujeto, e Internaciones**

Concebir la salud mental como un proceso complejo y cambiante dependiente de variables sociales, históricas, culturales, proceso esencialmente político, resultante de los estilos y condiciones de vida de los pueblos y determinado y condicionado por múltiples factores, implica una apertura en el horizonte de las oportunidades para las personas que tienen un sufrimiento mental que dificulta su vida en comunidad y el establecimiento y mantenimiento de lazos sociales. Así, una persona que ha tenido una crisis y ha debido ser internada para su tratamiento en un hospital, no por ello debe quedar allí encerrada de por vida. La experiencia de desmanicomialización en la provincia de Río Negro demuestra que es posible la inclusión social de personas con sufrimiento mental severo con el debido acompañamiento de la comunidad. Vemos en los dichos de los trabajadores entrevistados que observan resultados muy positivos en los dispositivos implementados aún con todas sus falencias. Las personas se internan menos, las recaídas y los tiempos de las internaciones son menores cuando se cuenta con dispositivos de inclusión social para las personas como lo son los talleres

culturales, de capacitación laboral y deportivos del centro Camino Abierto en Bariloche.

### **Concepto de Salud Mental, Interdisciplina, Medicalización, Dispositivos**

Se pudo observar en el análisis de “la letra” de la reforma (leyes provincial y nacional, acuerdos internacionales que las promovieron y documentos institucionales como los escritos de los precursores de la reforma a nivel local) que el cambio en el concepto de salud implica importantes cambios en las prácticas de atención. Como parte de estos cambios, encontramos el reconocimiento de que un proceso complejo como el de salud-enfermedad-cuidado no puede abordarse desde una simple yuxtaposición de disciplinas especializadas en determinado saber parcial sobre el mismo. Tomando a la salud mental como subcampo de la salud en general y al modelo de salud mental comunitaria como forma de abordarla, se evidencia la necesidad de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales que den respuestas a los problemas de salud desde esta perspectiva integradora más allá de las respuestas que pueda dar la medicina científica. En contra del biologismo, la medicalización de la vida cotidiana, como forma de control social y de la mercantilización de la salud, características estructurales del modelo bio médico, se propone promover el respeto por los derechos de las personas y la inclusión social como ejes para el bienestar de la población. Los dispositivos implementados deben ser acordes a esta lógica y tender a la producción y reproducción de un sujeto de derechos y no de un incapaz, enfermo mental.

A partir del análisis realizado hasta aquí, se pueden observar las relaciones existentes entre los dos modelos en puja aquí estudiados, el modelo médico hegemónico y el modelo de salud mental comunitaria, y las dificultades de implementación de la Ley 2.440, letra de la reforma en salud mental de la provincia de Río Negro. Según refieren los propios profesionales, la persistencia del modelo médico hegemónico a nivel de la formación sería un obstáculo en la implementación de la reforma, que se ve reflejado tanto en las dificultades para la consolidación de la interdisciplina a nivel de las prácticas como en lo medicalizante de los dispositivos vigentes.

Para el modelo biomédico, la interdisciplina es entendida como una red de interconsultas que pueden irse agregando a la historia clínica del paciente. Para el modelo biopsicosocial, en cambio, se requiere de una construcción conceptual común del problema, lo que supone un marco de representaciones común entre disciplinas y una cuidadosa delimitación de los distintos niveles de análisis del mismo y su

interacción. Para que pueda funcionar como tal, un equipo asistencial interdisciplinario requiere la inclusión programada, dentro de las actividades, de los dispositivos necesarios (Stolkiner, 1999).

Se debe contemplar que el equipo interdisciplinario es un grupo y funciona como tal y que, en tanto un saber disciplinario es una forma de poder, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente. La participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, la primera es la renuncia a considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema. (Stolkiner, 1999).

Las responsabilidades interdisciplinarias no ponen en juego las incumbencias pero sí las hegemonías de algunas profesiones; no borran las especificidades ni diluyen responsabilidades, sino que suman aportes con perspectivas integradoras que permiten atender servicios y sostener dispositivos día y noche, en la multiplicidad de formas de atención que se necesitan para lograr recuperaciones sostenibles (Rotelli, 2014).

## **5. Conclusiones de la investigación**

El objetivo general de la presente investigación fue *evaluar la experiencia de desmanicomialización en la Provincia de Río Negro y el proceso de transformación hacia el modelo de Salud Mental Comunitaria, analizando sus alcances y limitaciones, desde su implementación.*

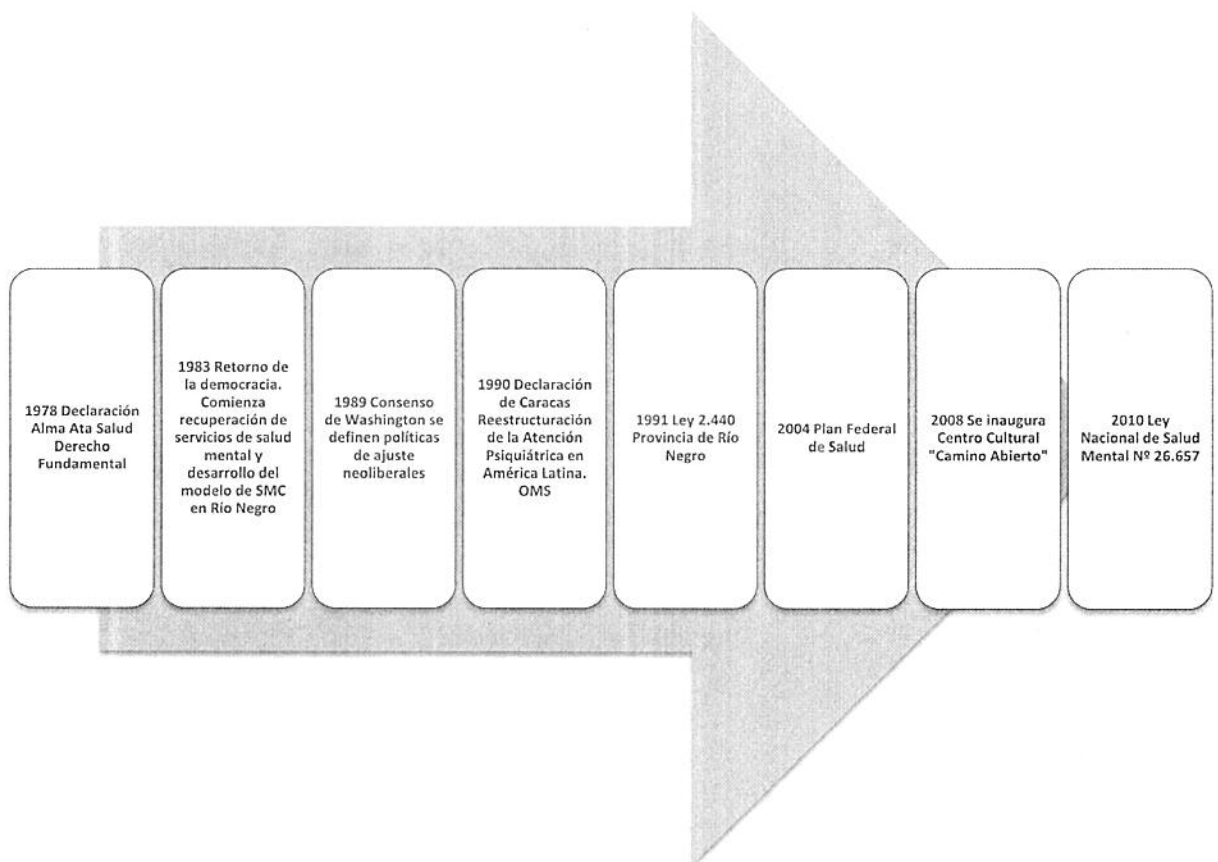
Para una aproximación a tal evaluación se establecieron tres objetivos específicos - que trataremos a continuación- con la descripción del trabajo realizado.

De acuerdo al primer objetivo específico, se realizó una *recolección de documentos y registros institucionales que permitieran la reconstrucción de discursos y prácticas de atención de la salud mental plasmadas en la ley.* Se sobreentiende que se hace referencia a elementos de discursos y prácticas, en el sentido de fragmentos y/o líneas que nos permiten configurar los discursos y prácticas que se pretende describir. Dentro de la documentación de importancia para este análisis se consideró la ley 2.440 de la provincia de Río Negro, sancionada en el año 1991; los textos redactados en ese momento, tanto por los promotores de la reforma como por quienes participaron de la misma desde una perspectiva crítica; Las declaraciones y consensos internacionales a los que el país adhirió durante este proceso, y que se relacionan con el mismo; Y la Ley Nacional 26.657 promulgada en el año 2010. La reconstrucción de

prácticas y discursos también se apoya en la información brindada por los entrevistados y la observación realizada mediante la rotación por los servicios.

Esta reconstrucción documental permitió contextualizar el proceso de transformación analizado, la reforma rionegrina en salud mental, en el marco de las políticas en salud a nivel nacional e internacional, que respondían a un contexto socioeconómico caracterizado por el avance de la globalización y el dominio de los mercados por sobre los estados nacionales. Se puede graficar este contexto con el siguiente eje histórico:

Figura 1: Eje Histórico- Contexto de la Reforma Rionegrina en Salud Mental.



Este recorte de hitos en el período estudiado permitió comprender que la reforma rionegrina con sus momentos marcados de desarrollo -y momentos de estancamiento- respondió en buena parte a las condiciones socioeconómicas nacionales e internacionales que funcionaron, por momentos, como facilitadoras, y, por otros, como limitantes de esta transformación.

Por otro lado, el análisis de las leyes provincial y nacional permitió conceptualizar los puntos principales de la reforma, que serían categorías de análisis para el trabajo de campo.

En lo que respecta al segundo objetivo específico, que consistía en *relevar la perspectiva y/o valoración subjetiva de los agentes principales que experimentaron dicha transformación institucional*, se realizó el análisis de las entrevistas realizadas según las ocho categorías definidas a tal fin.

Según lo referido por los agentes, la polarización entre estos dos grupos es tal que no pueden trabajar juntos, por lo que han sido divididos en diferentes dispositivos, correspondientes a distintos niveles de atención en salud: el servicio de salud mental, que funciona en atención secundaria e internaciones como servicio de psicopatología, con un funcionamiento de marcado corte psiquiátrico, acorde al modelo médico hegemónico, nuclea a los trabajadores de la salud que adhieren a esta ideología y sus prácticas; En el otro lado, se nuclean los trabajadores que adhieren al modelo de atención de salud mental comunitaria con eje en la inclusión social y la promoción de derechos. Este segundo grupo trabaja en atención primaria en territorio, desde los centros de salud de los barrios coordinados por el DAPA (Departamento de Actividades Programadas para el Área).

Según la aproximación realizada, y sin perder de vista que este estudio se basó en una muestra teórica, se pudo observar cierta polarización entre los agentes entrevistados, que respondería a la coexistencia de estos dos modelos de salud. De esta situación se desprenderían prácticas y herramientas conceptuales divergentes a comparación entre los agentes.

Concretamente se pudieron observar las siguientes discrepancias entre agentes que darían cuenta de la coexistencia de ambos modelos:

- En cuanto a la utilización o no de los diagnósticos. Estos son considerados por algunos de los entrevistados discriminatorios, estigmatizantes y por otros necesarios para el trabajo, una condición diferencial que no debe ser perdida de vista.
- En cuanto a los criterios de internación y externación. Se observan perspectivas diferentes en cuanto al trabajo a realizar con las familias y la comunidad.
- En cuanto al concepto de interdisciplina y a la disposición a trabajar de manera interdisciplinaria. Surgen críticas a la reforma en lo referido a la formación de

los profesionales. Los agentes que adhieren más al modelo social refieren que la formación de psiquiatras y de psicólogos es aún funcional al modelo biomédico, ya que tienen muy pocos elementos de abordaje comunitario. Mientras que los psiquiatras piensan que el psicólogo y el psiquiatra no deben abocarse a las cuestiones sociales perdiendo la especificidad de su disciplina.

- En cuanto a los tratamientos, se observan diferencias semánticas entre aquellos agentes que adhieren a prácticas más medicalizantes, que implican control y administración de la medicación, alternando con internaciones en períodos de crisis como principales tratamientos, y dispositivos alternativos al hospital psiquiátrico, pero que mantienen la lógica manicomial de poder del médico psiquiatra; y otro grupo que hace referencia a prácticas de inclusión social y tiene una perspectiva crítica frente a la medicalización de la vida cotidiana. Este grupo valora positivamente y trabaja en pos de la implementación de dispositivos de inclusión social, y que promuevan la producción de subjetividad en relación a una concepción de sujeto de derechos, protagonista de su vida y con énfasis en “un núcleo sano que debe ser potenciado”.

Siendo esta la situación, se comprende que los puntos de correspondencia entre estos dos grupos sean pocos. Uno de ellos es el reconocimiento de que el dispositivo “Camino Abierto” obtiene resultados positivos en la evolución de los pacientes. Se reconoce que aquellas personas incluidas en los dispositivos que brinda el centro cultural tienen menos recaídas, “dejan de tener brotes, o la recurrencia es mucho menor”.

Luego, respondiendo al tercer objetivo específico se analizaron *correspondencias y discrepancias entre discursos, prácticas y perspectiva de los agentes*.

Para este tercer objetivo, se tomó la observación de los dispositivos implementados, como parte de la reconstrucción de las prácticas, junto con el análisis documental y la información brindada por los agentes. Se observó que la polarización de los agentes en estos dos grupos a favor y en contra de la reforma tiende a reproducirse a nivel de las prácticas y herramientas conceptuales para la implementación de los dispositivos y en los tratamientos.

En base a toda la información recopilada y respondiendo al objetivo general de la investigación, se pudo observar como alcances de la reforma:

- Una desinstitucionalización relativa, en tanto las políticas de internación y externación han sido implementadas en buena medida con la supervisión de los tiempos y condiciones a cargo de las dos juezas de familia de la ciudad. Si bien aún se registran casos de “internaciones sociales” y derivaciones a clínicas privadas y hospitales psiquiátricos fuera de la provincia, estos casos serían excepcionales.
- También se pudo implementar la formación de operadores en salud mental que se han integrado a los equipos de salud desde los comienzos de la reforma. Aunque en un principio funcionaron más acorde al modelo social, y avanzando en el periodo estudiado, habrían sido “cooptados” por el servicio de salud mental del hospital, para el suministro y control de medicación y tareas más administrativas, según los dichos de los propios entrevistados.
- Por otro lado, como dispositivos alternativos a la internación, se observó que fueron implementados tardíamente (el centro cultural Camino Abierto se inaugura recién en el año 2008) y con escasos recursos materiales y humanos, lo que habría contribuido a que el acceso a los mismos sea sólo para una parte de la población, quedando muchas personas excluidas de sus servicios.

Como limitaciones más importantes de la reforma, las referencias de los entrevistados convergen en observar:

- La falta de dispositivos de inclusión social;
- La falta de recursos humanos para el seguimiento de los casos y el trabajo en territorio con las familias y con la comunidad en general;
- La escasa o casi nula articulación entre centros de salud y servicio de salud mental del hospital que permita la gestión de un sistema de información homogénea en cuanto a las historias clínicas de los usuarios;
- Falta de formación y capacitación de recursos humanos para el abordaje interdisciplinario y el trabajo en red interinstitucional para que esta información sea más homogénea y los tratamientos acordes a la complejidad de los casos.

Estas limitaciones serían decisivas para que, en la práctica, la atención continúe siendo funcional al modelo biomédico que medicaliza la vida cotidiana. El fuerte de los tratamientos para personas con sufrimiento mental severo parece seguir siendo la medicación y la internación en momentos de crisis. Ya que los dispositivos de inclusión social son escasos, con pocos recursos y, por lo tanto, de alcance limitado.

La hipótesis de la investigación fue: *En el ámbito de la salud mental en la Provincia de Río Negro, coexistirían al menos dos paradigmas: el asistencial tecnocrático y el*

*promocional de salud mental comunitaria. Las discrepancias entre los diferentes agentes de salud y entre los discursos y las prácticas de atención darían cuenta de esta coexistencia.*

Respecto de esta hipótesis, se puede decir que, según se puede desprender de la evidencia empírica, la polarización en los dos modelos de salud parece contribuir decisivamente en la configuración del campo de salud mental en la ciudad de San Carlos de Bariloche. La transformación estudiada y la situación actual evaluada apuntarían a corroborar la afirmación de la que parte este estudio.

### **Discusión o Reflexiones Finales**

Se considera que la investigación realizada aporta evidencia sobre algunas de las limitaciones de la reforma en salud mental en la provincia de Río Negro, aunque reconociendo lo acotado del estudio y la muestra teórica en la que se basó el trabajo de campo. Por ello, se considera relevante continuar investigando el tema, teniendo en cuenta la importancia de este tipo de análisis en el contexto actual de la salud mental en el país. En ese sentido, se desarrollan algunas consideraciones finales:

Parecería ser que la desmanicomialización no se trata sólo de cerrar manicomios. Los muros que encierran no son los únicos manicomios a los que nos enfrentamos. El manicomio, más bien, parece ser un mecanismo instalado en la sociedad para defendernos de aquello a lo que tememos: la locura, la pobreza, la exclusión social, las minorías de todo tipo, que nos interpelan en nuestra propia identidad como personas pertenecientes a una clase social y a una pretendida "normalidad" física y psíquica. Todas cuestiones que de alguna manera nos asignan un lugar dentro de una comunidad, marcada por la globalización de la economía y el dominio del mercado, en constante amenaza de fragmentación, de disolución, con la creciente fragilización de los lazos sociales y la angustia de no asignación relacionada a ello.

Con la solución del encierro, respuesta que la psiquiatría ha dado al tema de la locura, se expulsa al loco de la vida en sociedad, al tiempo que esa expulsión funciona como amenaza para quienes están insertos en lo social, en la red de dispositivos de poder que sí incluyen a las personas en tanto se comporten de una determinada manera. En estas instituciones del afuera del manicomio o la cárcel las personas intentan ser controladas por la amenaza de expulsión y seducidos por la ilusión de pertenencia que otorgan los bienes de consumo y servicios, entre los que destaca la industria farmacológica y la atención médica en todos los aspectos de la vida cotidiana. Vemos

así la medicalización de la vida cotidiana en los manicomios de entre muros y en los de afuera.

El término manicomio, decía Ulloa (1993), nombra al síntoma de una organización institucional enferma que enferma, un dispositivo sociocultural de crueldad. Lo que define al manicomio es lo manicomial. La protoescena manicomial en la que se hace visible la cultura de la mortificación es lo que llama la “encerrona trágica”. Esta es “toda situación en la que alguien que está sufriendo, para dejar de sufrir depende de algo o alguien que lo maltrata”. Esto no se da solamente en el manicomio, se da en la escuela, en la fábrica, en el hospital general, etc. Es el virus de la encerrona el que va creando las condiciones de manicomialización.

Siguiendo a Carpintero (2011), es importante considerar que “la lucha antimanicomial tiene un límite mientras la salud esté en manos del poder privado. Las necesarias experiencias parciales que se realizan y las leyes que se aprueban no podrán implementarse plenamente mientras el Estado no garantice una salud socializada para el conjunto de la población”.

## 6. BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

- Abaca, L. et al (2007). *Trabajar en salud mental: la desmanicomialización en Río Negro*. Ed. Lugar, Buenos Aires.
- Acevedo, M. (2000). *La observación como recurso metodológico en el campo de lo institucional*. Buenos Aires, Artículo Inédito.
- Almiron, L. M. (2008). *Construcción rizomática del concepto de Salud Mental*. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año XVII, Vol. 14, Nº 4, junio de 2008, págs. 56 a 65.
- Ardila Gómez, S. y Stolkiner, A. (2012). *Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*. Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría, 2012 (en prensa).
- Carpintero, E. (Enero de 2011). *La Ley Nacional de Salud Mental: análisis y perspectivas*. Revista Topia.  
Recuperado de <http://www.topia.com.ar/articulos/ley-nacional-salud-mental-an%C3%A1lisis-y-perspectivas>
- Cohen, H. (Comp.) (2009). *Salud mental y derechos humanos: vigencia de los estándares internacionales*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2009. Disponible en:  
[http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS\\_ARG/pub65.pdf](http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub65.pdf)
- Cohen, H. y Natella, G. (2009). *Argentina: El Programa de Salud Mental en Río Negro*. En "Salud Mental en la Comunidad" Cap. 28. OPS, 2009.
- Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La Desmanicomialización. Crónica de la reforma de Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Delgado, L. (s/f). *Reconversión del sistema de salud. Diagnóstico y propuestas para el cambio*. Artículo Inédito.
- Falcone, R. (2010) *Breve historia de las Instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA. (Artículo inédito)
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica I y II*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.

- Foucault, M. (1973) *El Poder Psiquiátrico*. Curso en el College de France, 1973-1974. Edición del Fondo de Cultura Económica.
- Garcia Fanio, L (2011). *¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben*. A Parte Rei. Revista de Filosofía. N° 74 Marzo, 2011. (Disponible en [serbal.pntic.mec.es](http://serbal.pntic.mec.es))
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser*. 1ª ed. Editorial: Lugar: Buenos Aires.
- Galende, E.; Kraut, A.J. (2006). *El Sufrimiento Mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Giannichedda, M.G. (2012) *La experiencia de desmanicomialización en Trieste*. Conferencia Internacional y Abierta Sobre Salud Mental. Fundación Sur Argentina, 8 de mayo de 2012. C.A.B.A. Recuperado de <http://www.kennedy.edu.ar/DocsDep18/Psicolog%C3%ADa%20Institucional%20y%20de%20las%20Organizaciones/Conferencia%20Internacional%20sobre%20Desmanicomializaci%C3%B3n%20en%20Trieste.pdfstra>
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The discovery of Grounded Theory Strategic for qualitative research*. Aldine Publishing Company: New York.
- González, B. y Cabanellas, A. (2008). *Ficción vs Realidad (Los talleres de video, radio y teatro)*. En Hospital de Día. Abordaje interdisciplinario. Polzella, C. Comp. Ed. Letra Viva, Buenos Aires.
- Kesselman, H. y Pavlovsky, E. (2007). *Espacios y Creatividad*. Buenos Aires: Ed. Galerna.
- Lewkowicz (2004). *Pensar sin Estado: la subjetividad en la era de la fluidez*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- Menéndez, E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico. Modelo Alternativo Subordinado. Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales*. Jornadas APS-CONAMER-A.R.H.N.R.G.
- Morín, E. (2003). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, España: Gedisa Editorial.

- Natella, G. (2010) *La creciente medicalización contemporánea: Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental*. En *La medicalización de la vida cotidiana*. B. Geller Comp.
- OMS (1978). *Atención Primaria de la Salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Alma Ata, URSS. 6-12 de septiembre de 1978.
- Rodríguez, J. (Ed.) (2007). *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington, D.C: OPS, 2007
- Rotelli, F (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Colección Fichas para el siglo XXI. Buenos Aires, Topia Editorial.
- Sans, D. (2013). *Tratar la locura. La judicialización de la Salud Mental*. Colección Fichas para el siglo XXI. Buenos Aires, Topia Editorial.
- Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. *Revista Campo Psi* 3(10).
- Stolkiner, A. (2003). *Nuevos enfoques en Salud Mental*. 14° Congreso de Arquitectura e Ingeniería hospitalaria. Buenos Aires.
- República Argentina. Provincia de Río Negro (1991). Ley Provincial No 2.440.
- República Argentina. (2010). Ley Nacional No 26.657.
- Tuzzo, R. (2004). *Abordaje interdisciplinario en la salud y la educación*. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales Número 13. Febrero de 2004.
- Ulloa, F. (1993). La Institución. Jornadas de Debate sobre Desmanicomialización. *Revista Zona Erógena*. Nº 13 Año 1993. Pp. 15-16.
- Ulloa, F. (1995). *La tragedia y las instituciones. Novela clínica psicoanalítica, Historia de una práctica*. Ed. Paidós, Bs. As. Argentina.
- Vásquez, Javier (2004). *La Declaración de Caracas: un instrumento esencial para la promoción y protección de los Derechos Humanos de las personas con discapacidades mentales*. Recuperado de:  
[www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/documento\\_declaracion\\_de\\_caracas\\_j\\_vasquez.d](http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/documento_declaracion_de_caracas_j_vasquez.d)

OC

## **7. ANEXO I. TRABAJO DE CAMPO: ENTREVISTAS DESGRAVADAS.**

Entrevistada 1. Acompañante Terapéutica 27-07-15

Bueno, Yo empecé con 23 años en el hospital. Empecé como operadora de salud mental dando algún taller en Camino abierto, que era el taller de macramé en ese momento, y estaba en el hospital la mayor parte de los días. No? Estaba como... el laburo básicamente era como administrativo al principio viste? Y había...lo que pasaba en ese momento es que había como una puja muy grande entre dos grupos de profesionales que eran los que estaban a favor de una ley mas comunitaria y una... en contra.

E: ¿eso en qué año fue?

En el dos mil.... En... el 2010

E: hace un par de años se había abierto ya Camino Abierto

Si, si, ya hace un par de años... que se había abierto... uno o dos años... Había mucha... una interna muy grande todavía no? Eh... que te puedo decir... bueno, en el laburo, en el hospitalario o sea como que te formaban de una manera bastante administrativa... con poca llegada digamos a la gente... si a los diagnósticos y si una mirada muy clínica digamos, pero de poca formación realmente o sea de cómo... era como que pasabas informes o buscabas medicación...eso... Después empecé a ir a los centros de salud en donde había... me toco algunas con profesional, un psicólogo que estaba encargado de los casos y otras sin psicólogo en las que el operador iba digamos a recorrer las casas. En ese momento como yo sabía de Camino Abierto invitaba a las personas a que participen de algunos talleres y se hacía articulaciones con trabajadores sociales o... depende de la problemática de la persona no? Mas a la de la cuestión de salud mental. Porque a veces la enfermedad está eh estaba acompañada de otras falencias como cuestiones materiales... Lo que pasaba también es que el operador de salud mental como no estaba incorporado del todo como en los equipos tampoco de los centros de salud. Si bien se lo reconoce y todo es como difícil decir en una reunión de equipo que aporta o que no aporta si no está el psicólogo por ejemplo que da como todo el marco teórico del porque se está yendo a ver a esa persona... Como es un trabajo a veces parecido al del agente sanitario no? Como en algunas cosas... pero siempre terminas laburando muy solo porque todos tienen otras prioridades y a veces el paciente de salud mental no es una prioridad.. Si? Como es

algo más crónico quizás y menos visible.. Es como... como sucede eso. Pero bueno, nada... en algunos equipos si se laboraba re bien...digamos y se incorporaba mucho mejor la figura del operador no? y...y también a los pacientes de salud mental que son pacientes que no son tan...son capaz mas intolerados que otros a veces y a veces no, a veces se tiene toda la paciencia necesaria. Eh...

E: A vos te parece que se fue entendiendo un poco más el trabajo del operador en el equipo no? con el psicólogo, el psiquiatra...lo fueron integrando por entender el lugar que ocupan...

Si. Lo que pasa es que también es como eso que ... hazte la fama y échate a dormir... que las personas... el trabajo se hace de diferentes formas... no hay una única forma de hacer las cosas... entonces quizás...algunos equipos tenían una referencia de operadores que no se interesaban o no se comprometían u otros que si lo hacían a veces entonces como no se sabe bien para qué están o cual es el objetivo es difícil también comprender no? La actividad del otros... y a veces pasaba eso como que había que explicar y re explicar... de la ley de salud mental por ejemplo de los médicos no... No se conoce...

E: Y las capacitaciones que hicieron desde que se implementó la ley como son?

Son obsoletas y además que solamente van los interesados viste? solamente los interesados eran personas que estaban en salud mental o muy allegados. Había una enfermera que la hizo que eso era importante porque por ahí a la hora de recibirlos era la persona que... había una cierta recepción positiva porque sino a la mayoría de los pacientes se los bochaba directamente o les daban una inyección y ya esta... no sé si eso cambio igual... Después de ese año empecé a dar unos talleres en camino abierto, abrimos una murga en realidad por pedido de los chicos. Fue una época de carnavales acá en Bariloche y ellos quisieron tener su murga y empezamos con los talleres, a traer gente de afuera. Igual en camino abierto estaban pasando muchas otras cosas no? había taller de literatura, había taller de teatro... estaba bueno porque se armaba un grupo humano entre las personas que trabajábamos y los pacientes que promovía otro acercamiento y otro conocimiento de la vida de los pacientes de salud mental no? Un montón de cosas que quizás no las veías aunque los conocías, yo los conocía mucho del consultorio, verlos después en otro ámbito te daba otra apertura, otras preguntas, otros interrogantes, porque a veces.... eh... después cuando ibas a la casa también porque a veces decís ¿cómo pueden estas personas vivir en estas condiciones? Algunos... había mucha vulnerabilidad no? de muchos derechos. Eh... no sé como que a veces la sensación es que el estado igual... mas allá de que la ley esta

re buena, falta presencia no? como falta realmente recursos, no solamente personas sino también materiales no? que ayuden a que haya una estabilidad mejor, no sé cómo decirlo. También pasaba que es un trabajo estatal que estaba atravesado por cuestiones políticas, cuestiones internas, ideológicas y que muchas veces a l final los que la terminan pagando eran los pacientes no? Como que estamos en esta transición que se hizo bastante larga de la ley que fue primero provincial y que ahora es nacional, que ahora todavía se está aprendiendo, están bajando cosas.

E: Se está evaluando derogar la ley esta y adherir a la nacional

Ah, mirá no sabía.

Bueno entonces eso, Camino Abierto es un espacio que abre la puerta para hacer cosas nuevas, pero que a la vez se lo ha ido vaciando a lo largo de los años, entonces al no mantener un grupo estable, cuando cada vez que la gente llega es como que a veces se recuerda la historia de las personas que si son estables de ahí que son la gente que va, que son usuarios, se les dice ahora de salud mental... Como que se desconoce un trayecto quizás, se llega a un estancamiento... No sé... qué más pienso?...

Bueno, faltan lugares para las personas que trabajan ahí, de tener momentos de capacitación y de reuniones, digamos en las que se puedan discutir todas estas cosas por las que están atravesados porque se generan después muchas... como estas con personas, trabajas con personas... como que se generan muchas rispideces también en el equipo. Que a veces no posibilita ver la tarea y el objetivo de la tarea que realmente es digamos mejorar una calidad de vida. No sé si se puede hablar de una cura pero si de mejorar una calidad de vida, entonces como... y en eso hay un montón de miradas diferentes que en vez de sumarse se van poniendo en contra unas de otras. Y de compromisos diferentes no? también, todo eso ocurre en el laburo mas allá de lo que una ley baje eso está en el día a día y atraviesa a las personas. También que llegue gente nueva que se vaya gente, digamos... no sé que mas.

E: eso sería parte de esa inestabilidad

Sí, que a la vez esta bueno que suceda porque también se adaptan al movimiento que en la vida uno tiene no? amigos que están, amigos que se van...

E: ¿Vos Nadia estuviste trabajando en una casa de medio camino?

No, yo no... Bárbara Mariu, ella me parece que estuvo en la primer casa que era Casa Rio Negro que se llamaba Mi Camino, yo esa no la conocí, pero era parecido a esto me parece, solamente que la gente creo que vivía ahí.

E: Si, esa es la idea de la casa de medio camino, que sea un alojamiento asistido.

Bueno, ahora lo que yo estoy, lo que me pasa con el acompañamiento en privado que estoy haciendo es los lugares que faltan para por ejemplo parejas que se quieren ir a vivir juntos, entonces los papas lidian con un montón de cuestiones... y los deseos de ellos de poder concretarse en otros ámbitos y que hoy no están dadas las posibilidades no? La ley lo contempla pero no...

E: si es este dispositivo de casa de medio camino que no hay y demás estructuras que faltan.

Pero las casas de medio camino generando auto valimiento o personas en situación de riesgo? porque ahora se iba a abrir pero era como una internación

E. Como una internación pero en vistas a la reinserción social no? En la medida en que se pueda que entren y salgan, tengan su trabajo afuera de la casa...

Claro, esta bueno, yo no sé ahora si están habiendo capacitaciones... hace un tiempo que no... Sé que esta el concejo de discapacidad que está funcionando bastante, pero que también son lugares de teoría o de mucho... no de laburo con la gente.

E: Y vos me decías que notaste esto de los conflictos de intereses en el hospital desde que llegaste no?

Si, la cerrazón a estas nuevas ideas y formas, directamente digamos... ni siquiera intentarlo creo yo no? como decir no, no quiero cambiar, no quiero modificarlo eso. Y eso era muy fuerte también a la hora de uno compartir intervenciones con esas personas.... porque eran mucho mas dictatoriales o tenían una visión de la persona muy diferente no? de los usuarios como... diferente no? diferente... y también de su laburo como muy esquemático no? y todo lo contrario a lo que yo sentía todo el tiempo como la necesidad de crear cosas nuevas para ir llegando a las personas no? Aparecían millones de problemáticas diferentes a resolver no? y millones que quedaban en el tintero y que deben de quedar no? porque hay cosas que no se pueden... o no se pueden hasta ahora. Pero también es muy difícil el laburo tan atravesado por esto. Como era laburar en un mal clima o... de hecho se llegaban a discusiones bastante violentas o persecuciones bastante grosas no? Había un hostigamiento bastante perverso. Ahora alguna de esa gente renunció, ya no está

más, no sé qué pasó. Pero me parece que tuvieron bastantes denuncias de...empezaron a haber denuncias de pacientes de salud mental que hasta ahora no decían nada y ahora fueron a la defensoría del pueblo, me parece que eso movió algo. Porque hasta lo que pasaba cuando yo estaba era como que muchas cosas de las que se contaban del pasado que habían sucedido y que pasaban en esos cuatro años era como que quedaban silenciadas. O sea... no la atendieron a esa persona que fue 5 veces a la guardia y después tuvo una crisis y eso ¿quien se entera? no quedaba que había ido 5 veces a la guardia. Ya era... dentro de la ley si una persona va 5 veces a la guardia la internás o la ves... Entonces como había mucho eso no? como no son personas demandantes en cualquier lugar, son personas que demandan por un médico o por una medicación... pero no son personas que después denuncian un maltrato quizá no? o algunas si, algunas van conociendo de a poco sus derechos y saben a dónde ir a golpear la puerta.

E: Saben cuáles son las vías...

Bueno, ves? eso esta bueno, se hizo laburo para eso y a veces esto de pensar los derechos de ciudadanía que tienen también. Y para mí eso falta todavía inclusive no? Como personas que den educación sobre los derechos. Pero bueno a veces el laburo.. Hay tanto... cae a veces en tantas cuestiones de urgencia que a veces lo que está programado se va a lo último no? Entonces es difícil mediar entre lo urgente y lo necesario no? y hoy en día no está la cantidad de gente ni el recurso. Y también entre los deseos del los profesionales y los deseos de las personas no? Como decir.. Bueno, eso también. A veces la institución, con camino abierto nos preguntábamos, nos replanteábamos cuan necesario era salir afuera cuando sentíamos que había que construir un montón hacia adentro todavía no? como en rutinas, en respeto, en higiene. Como que hay millones de cosas que laburar con cada persona y adentro de la institución que después... bueno, vamos a salir con la murga, vamos para acá, vamos para allá, vamos a mostrar esto, vamos a hacer. Como que a veces había discusiones en torno a eso también. Eh...

Camino Abierto es un centro que da talleres culturales, deportivos y laborales pero también se ocupa de la parte terapéutica. Entonces se trata de una digamos intervención bastante holística de la persona. O sea de un montón de cosas y lo terapéutico... a veces salen desde esta relación con la persona cosas a la luz que son re "heavies", entonces estamos tratando como... Entonces podemos traer al desarrollo de la cultura y a las cuestiones artísticas como algo sanador pero si no están realmente otras cuestiones más necesarias quizás resueltas es difícil que... bueno las

problemáticas en la casa, los maltratos, la violencia, la falta de medicación, la falta de higiene, la falta de comida. Eh.. Como eso también... y a veces nos pasaba eso, que la misma persona que era operadora daba la medicación, daba talleres, iba de visita a las casas, o sea que éramos como multifunción! Por un lado esta bueno porque ves a la persona en un montón de lugares, pero realmente vas tapando huecos de otras personas que tendrían que estar y que a la vez nada, serian otras miradas, otras intervenciones necesarias. Además es un laburo que es cansador también y que no está retribuido ni ahí energéticamente con lo que uno deja. Y que bueno, pasa esto, que en el hospital tenés que hacer guardias para llegar más o menos a un sueldo que cierre para la cantidad de energía. Pero es una cantidad de energía que... a veces vas a las 8 de la mañana salís a las cuatro, entras a la guardia a las 4 y 10 y te quedas hasta las 11 de la noche. Y ahí estas todo el día, Y al otro día tenés que volver a ir. Y ahí guardias de esas había a veces tres veces por semana, dos veces por semana. Con pacientes complicados, con noches complicadas en el hospital. Con cosas emocionalmente intensas que no tenés tiempo de elaborar. Y esto no? a veces siento como la falta de veedores. No sé si es la palabra.. O sea el laburo que hace la justicia pero un laburo mas real de seguir los tratamientos y a las personas como están tratadas no? como una supervisión de los casos. Por los menos de los casos mas complicados no? y que no sea una.. Porque a veces más que una supervisión es una persecución. En algunos casos tiene que serlo, hay gente que realmente se merece un seguimiento no? a los profesionales digo no? un seguimiento más cercano. Pero... o una devolución de cómo va no? Hay en la ley, había un tercer órgano que era un veedor, que nunca se hizo acá que era de familiares o de profesionales que son como veedores de la ley, pero nunca se implementó. Eso para mí es algo que falta, porque hay un montón de laburo que no va a ningún lado. Y cosas.. Malas praxis se podría decir, que tampoco van a ningún lado, nadie se entera.

Después es como...el laburo... la satisfacción de un laburo en un centro cultural es muy diferente del laburo que uno puede llegar a tener en un hospital y digamos... solamente las visitas domiciliarias que también tienen otra cuota pero el laburo con los usuarios en talleres que a ellos les satisfacen, que a los trabajadores también. Es como que eso te abre, también eso no es menor. Igual todavía hay una parte que... siento que CREARTE tal vez lo ha logrado y Camino Abierto todavía no tanto, es la cultura, el hacer para disfrutar. En camino lo que pasa a veces es que se busca todavía algunos talleres que son para producir económicamente. Eso creo que es una visión más de la dirección, de la coordinación como se está dando ahora. Pero a veces digo, ¿cuán necesario es que todos seamos productores de plata? o si eso

solamente nos puede dar... como sería? la dignidad no? La dignidad buscarla a través de otras cosas también no? yo creo que los artistas... si estaría bueno que tengan un sueldo digno, que se valore el arte... Y que si hay personas que tienen un perfil más laboral, que se pueda como.. Ayudarlos no? Pero no todos tenemos que ser productivos labora.... no? no todos somos artistas o no todos somos... o si, no lo se... pero que cada uno pueda desarrollar su...lado que más le...eso. Bueno lo deportivo también... ah, mirá estoy hablando de lo deportivo y pienso en la cuestión alimenticia... eso también es una cuestión muy grave que yo siento que pasa... si bien hay nutricionistas en el hospital, pasaba que mucho tiempo las personas que se alimetan en Camino Abierto, por ejemplo, pasaban mucho tiempo que eran fideos y fideos y fideos. Y la problemática de la obesidad es algo que es problemático y en salud mental se ve y no hay un cuidado de eso. Y no hay un cuidado sobre todo porque no hay una economía que vea esa necesidad. Yo a lo largo de tres años desde que empecé hasta que terminé ahí todos aumentamos de peso los que fuimos ahí! Lo que pasó es que ellos más la medicación y un montón de cuestiones que van empeorando su salud, hay personas con diabetes. Y eso es un tema que para mí no se está tratando de la mejor forma y que tendría que ser algo que también eduque para llevarlo a la casa no? Es algo importante, además con todos los estudios que hay ahora de la alimentación en relación a las funciones cerebrales. Una buena alimentación ayuda a una mente más clara. Y el deporte también ayuda a luchar contra el estancamiento. También es necesario y en Bariloche no estamos teniendo lugares para acceder. Si ahora se va dos veces por semana a jugar al futbol. Pero faltan más gimnasios más grandes, más calentitos.

Hay talleres de yoga que están buenos, que se incorporo bien la práctica del yoga. Pero bueno, así como que el lugar se va quedando chico y en un momento el lugar expulsa gente nueva pero que ya no entra no? Entonces eso también... Y quizás no tiene que ser un solo lugar, por ahí estaría bueno que haya más centros culturales. Al menos en cuatro lugares este oeste, norte sur. Estaría bueno. Que la gente no tenga que trasladarse tan lejos. Como las escuelas también que proponen uno más dedicado a lo cultural otro a lo laboral, a lo deportivo, que hayan opciones. Pero bueno, por ahora estamos con uno y cuesta sostenerlo...

No sé que mas...

E: y lo que vos recuerdes respecto de la dinámica de internaciones, si notaste cambios, como se realizan.

Y si... digamos... las personas no quedan internadas "forever". Aunque siempre hay alguien que rompe con la regla porque el otro día me entere que hay un chico que sigue internado desde que yo me fui. Y está internado porque no tiene un lugar a donde ir. Hay otra chica que está internada afuera en Roca, porque tampoco acá hay un lugar ni gente capacitada para estas personas no? Son dos casos súper problemáticos con familias súper problemáticas y no hay un lugar hoy en día para ellos. Entonces se los interna, se los aleja, pasa eso. Lo que si yo vi es que por medio de los oficios judiciales y todo esto hay una movilidad, los internos no se quedan un año. Hay estas dos personas que se que están, que suceden digamos, que rompen con la regla y que cambian los números de las internaciones también. Porque mucho se mueve con estadísticas. Eh... para lo que es la política no? los que están en Viedma. Pero hay una movilidad un poco más grande. Lo que pasa es que a veces es una movilidad que es necesaria y otras veces que no es tan necesaria. Por ejemplo ahora me entero de una chica con intento de suicidio que estuvo 15 días y se la sacó y no se habló con el equipo de afuera de un privado o sea como falta comunicaciones y falta ver en qué momento es necesario que ya se vaya o... me parece que tiene que ver con la política de las personas que están ejerciendo ahí y de la dirección del hospital que no ve lo que está sucediendo. Otro tema es el de las obras sociales que se considera que no se atienden en el hospital y hoy ya no es así, el hospital público tiene que atender a todos y puede cobrar a las obras sociales. Es abierto para todos, para los que tiene y para los que no tienen, y a veces las salas no están tan llenas como para no atenderlos no? También lo que pasa es que salud mental no interna en los privados.

También es un tema los de las estadísticas.. Si... y de qué pasa con las personas que no tienen familiares no? Bueno ahí está (X) en el hospital que quedó... (X) también, un nene, que tiene familia pero no se lo manda y está en el hospital y se pasa... ahora está en Aluminé, va a pasar el día en Aluminé, pero bueno Aluminé tiene denuncias, está teniendo denuncias y no sé qué va a pasar con eso viste? Porque tiene denuncias de maltrato viste? faltan órganos de... veedores de estas personas... pero bueno, no sé... Yo la verdad es que hablando del tema me dan ganas de cómo ir y tomar capacitaciones más...estoy medio alejada de eso...

E: Bueno, por ahí viene bien un tiempo fuera para volver con energías renovadas...

Si, ni hablar!



Eh... yo te hablo de Bariloche... porque sé que en otros lugares de la provincia la ley funcionó mucho mejor que en Bariloche. En Bariloche hay que reconocer que... Yo sé que hay mucha gente a la que no le gusta, y si he tenido algunas discrepancias es con alguna gente de los creadores de la ley, porque como que no les gusta que uno diga, pero la ley funcionó mal. Y esto para mí tiene un costo muy alto, que es que la gente diga que la ley es mala. Estoy hablando puntualmente de la 2440, no? Yo creo que la ley es muy buena, creo que hace veintipico de años cuando se dictó era un avance absolutamente vanguardista, pero el problema de la ley de salud mental es que no la implementaron con todos sus recursos. Entonces lo que se generó es mucha gente desprotegida en nombre de una presunta protección que te daba la ley y se generó también una lectura social de que la desmanicomialización era mala, cuando en realidad los que trabajamos en esto sabemos que es bueno. Porque yo creo que sí, por ejemplo una de las cosas que la ley tiene, que hay una impronta que quedo en rio negro que para las demás provincias es nueva y la ciudad de buenos aires incluida, es que nosotros tenemos como naturalizado que la gente no tiene que estar encerrada. Este... y cosa que en el resto del país todavía es un tema que está en discusiones. Me refiero a que aun con sus defectos en la implementación ha generado que la provincia de Rio Negro o los ciudadanos de Rio Negro tienen otra mirada. Pero lamentablemente como no la implementaron como correspondía, no le pusieron la cantidad de plata, porque es una ley que demandaba recurso humano, recurso material las casas de medio camino, lugares de alojamiento, alternativas terapéuticas, alternativas de abordaje sin internación, alternativas de laborterapia. Ahora tenemos Camino Abierto y eso está funcionando bien pero lo que pasa es que Bariloche debería tener 5 caminos abiertos, debería tener uno acá en el centro, en los kilómetros, uno para arriba...eh...falta recurso, falta recurso material y humano. Humano muchísimo, es poquísima la inversión que se hizo. Pero la realidad es que la ley de todos modos yo creo que dejo una buena impronta y eso lo hace distinto al resto del país. Por ejemplo, todo el sistema de internaciones involuntarias que se notificaban judicialmente para el resto del país la novedad la trae la ley nacional y para nosotros eh... Lo que si se hizo es porque me parece que en rio negro se cayó en una cosa de que era un formulismo, notificaban tarde... Es como que ahora con la ley nacional uno esta haciéndolo mas... respetando mas los tiempos. Eso acá lo hizo distinto, porque acá eso esta naturalizado que una persona con internación involuntaria va a un juez y el juez la supervisa. Que se había vuelto mecánica se había

vuelto mecánico, la ley nacional trajo que se rompa esto y se empiece a trabajar seriamente cada internación. Este...entonces bueno, lo que se hace es que se notifica a las 10 horas y nosotros tomamos conocimiento e inmediatamente damos intervención a la defensa como para que se ponga el defensor del artículo 22 y si hay algún representante de la persona que está internada esa representación va a ser una representación medianamente, meramente formal en un principio porque de repente es una persona un cuadro que no está lúcido o bueno...pero tiene un abogado que garantiza que esa internación sea legal y que dure lo menos posible que es lo que la ley busca. Este... y nosotros hacemos la supervisión entonces de la legalidad de la internación. Lo que hoy estamos reclamando nosotros ya hace bastante, porque la ley ya tiene 3 años, es que implementen los organismos de revisión, que bueno si seguiste algunos diarios están discutiéndolo.

E: esta idea de derogar la ley provincial y adherir a la nacional...

Sí, yo no.. yo acuerdo con la gente que cuestiono lo que dijo la procuradora, pero también creo que en realidad la noticia salió mal redactada como a veces pasa con el ámbito del periodismo que a veces toma lo que puede leer y a veces para leer un poquito mas allá hace falta un técnico. Entonces la procuradora no dijo vamos a derogar y adherir a la nacional sino que en realidad la idea era esta: hay que preservar lo que tiene de bueno la ley provincial. La gente que cuestiono yo acuerdo, pero igual me parece que ese enfrentamiento con la procuradora no tenía mucho asidero porque en realidad no es lo que la procuración había querido decir. Este... porque hay algunos implementos de la ley provincial que están bueno y que hay que preservarlos. Ya además uno tiene que pensar que cuando sale una ley nacional de orden público como es la ley de salud mental, vos lo que tenés con esa ley es como una plataforma de mínima. Esto quiere decir que vos I, como provincia tenés que tomar ese mínimo pero vos podés tener mejor. No podés tenés menos que eso pero podés tener más. Entonces bueno, ahí si vendrían las casas de medio camino, los pequeños espacios en los lugares de internación, que son cosas que habría que preservar de la ley provincial porque son buenos. Así que yo lo que haría en realidad es un mix entre las dos. Yo tampoco acuerdo con que a la ley nacional haya que adherir, me parece que a una ley de orden público uno no tiene que adherir. Algunas provincias entienden que sí, Pero yo creo que es más una declaración política adherir, pero yo creo que adherir no hace falta. Pero si creo que hay que hacer una modificación porque algunas cosas de la 2440 con la ley de salud mental nacional se contraponen. Porque la ley nacional es un poco...al ser 20 años mas nueva también tiene un cambio por ejemplo en lo que es el paradigma de la asistencia médica que antes era, bueno todavía la ley 2440 tiene

la preeminencia medica, ahora la ley nacional trae esta cosa como compartida. Que la internación la puede determinar inclusive... te piden dos profesionales interdisciplinarios que pueden ser un asistente social y un psicólogo. Entonces ahí a veces no está la preeminencia psiquiátrica que mantenía todavía la 2440. Y este...y eso me parece que es un avance, mas allá de que después obviamente no se minimiza la intervención del psiquiatra para nada pero en realidad a los fines de disponer la internación lo puede disponer otro profesional. Que además de hecho es lo que estaba pasando no? Porque también sabemos que a veces los planteles de la provincia no tienen tanta cantidad de psiquiatras y la internación la disponía un clínico. Entraba por guardia y lo atendía un clínico y firma el asistente social y el clínico y el psicólogo. Y la internación es válida, asique esa parte esta buena. No sé que más te puedo contar de la ley.

El tema de los tiempos de la internación. Los casos que requieren de internación más prolongada que es lo que pasa?

Los casos que requieren de internación más prolongada a veces no es tan prolongada... la verdad es que la ley sincero bastante los tiempos, porque como todos estamos acuciados por cumplir los plazos achico mucho las internaciones. Con la gente que tiene contención familiar esto no ha sido un problema. El tema son las internaciones sociales que además están prohibidas. De todos modos muchas veces la opción es la de dejar a una persona en la calle. Entonces se termina como consintiendo esto de que haya gente viviendo en los hospitales. Entonces en realidad los conflictos más grandes que nosotros tenemos con el ámbito de salud tienen que ver con las internaciones sociales, porque el ámbito de salud, y volvemos a lo que hablábamos antes de los recursos materiales, tiene que tener, gestionar los dispositivos para que la gente se pueda ir. Entonces la mayoría de la gente que tiene familia, que tiene alguna contención se va, y nos quedan como sin cubrir aquellos que no tienen familia, no tienen contención, porque algunos no tienen familia pero tienen su casa, tienen algún amigo, algún vecino, alguien que los asiste. El problema es la gente que no tiene ni plata ni familia que los contenga ni nada y para eso hay que armar unos dispositivos. Y por lo general lo que nos está pasando es que todos los dispositivos los quieren armar fuera de Bariloche y entonces terminan proponiéndote que mandes a Roca a una persona o esto que...

E: Cuando en realidad uno de los ejes de la ley es esto de mantener los vínculos de la persona...

Claro, nosotros lo que hacemos, de todos modos, para evitar conflictos, vamos a hablar con la persona: "usted se quiere ir?", la mayoría no se quiere ir. Entonces, ahí le decimos: no, genere el dispositivo. Pero en ese interin queda la gente viviendo en el hospital. Esto es súper problemático, a largo plazo hay que buscarle soluciones. Pero la verdad es que hasta que salud no empiece a ponerle recursos a esto...eh...espacios... que tengas espacios... no sé, requerir en cada plan de viviendas que una casa se destine a gente con algún tipo de tema de salud mental y que pueda vivir ahí, que puedan vivir dos o tres personas juntas. Estos dispositivos en otros lados se están implementando.

E: Y poner recursos humanos para que tengan acompañamiento no?

Exacto, acompañamiento, control de la medicación. Esto es otra de las cosas que pasan, en algunos momentos cuando hay pocos operadores que no hacen el control de quienes fueron por la medicación y quienes están controlados clínicamente, aparecen los episodios que terminan en internación. Pero muchas de esas se podrían haber evitado con un seguimiento previo. Este... porque si vos tenés agendado que esa persona tiene una medicación de depósito que dura 30 días, si a tal día no fue podías...lo lógico sería que bueno, vaya un operador, lo vea...esas cosas todavía están pasando. Pero bueno, fundamentalmente, a ver... la gente cree que...alguna gente cree que la ley es mala. En realidad, el problema es la falta de recursos. En realidad la ley es muy buena, tanto la nacional como la 2440.

Bueno, la ley nacional tiene también un problema para mí, sí. Como tienen este tipo de cosas, es que son leyes que se piensan para el país no? entonces, claro, las...cada lugar tiene sus características propias y esto sí es a veces un poco difícil de conciliar no? Mismo para nosotros, nosotras somos dos juezas. Imaginate que vivimos con el teléfono en la mano a ver si nos notifican una internación involuntaria. Eh....La verdad es que a veces estas cosas se largan para...sin pensar demasiado. Los plazos para mí son complicados. Para nosotros, para Bariloche son complicados...de cumplir. Hacemos lo que vamos pudiendo, pero en general...Por el recurso humano, porque es enorme la cantidad de internaciones involuntarias que hay. Muchas duran dos días, pero nosotros igual tenemos que hacer la validación de la internación, digamos. Porque justamente la función de la intervención judicial es evitar que haya gente internada que con otro propósito que no sea su salud digamos. Que a nuestra realidad es bastante ajeno, pero en Buenos Aires, con clínicas privadas y ese tipo de cosas, hay mucha gente así internada contra su voluntad. Y está encerrado, porque hay

mucho espacio cerrado. O sea, no es la realidad local por suerte y esto creo que..Esa semilla la plantó la 2440.

E:Y una vez externados los pacientes tienen algún seguimiento de justicia?

De justicia no, porque justamente una de las cosas que la ley busca es preservar la intimidad. Entonces, lo que nosotros tenemos que hacer es...nosotros tenemos intervención con gente que es usuaria de salud mental, por dos vías: los procesos de capacidad, que eso es una cosa bien específica para declarar si la persona tiene o no capacidad jurídica o si la tiene restringida y la otra es las internaciones. Pero justamente la ley busca preservar la identidad, entonces nosotros no debemos hacer un seguimiento, el seguimiento lo tiene que hacer salud. Pero nosotros no. Nosotros inmediatamente cuando la internación termina nosotros debemos cerrar la intervención. Si. Esa es la idea. La idea justamente es que no haya gente eternamente judicializada porque una vez tuvo un episodio. Y esto viene tanto en la ley nacional como en la convención sobre los derechos de la persona con discapacidad, que además ahora tiene rango constitucional. Así que eso...

Entrevistada 3. Psicóloga Centro de Salud B° San Francisco III y Centro Cultural Camino Abierto. 10-09-15

E: Contame tu experiencia de trabajo en Salud Mental en Bariloche desde que entraste a trabajar en el hospital hasta ahora que cosas ves que se fueron implementando de la 2440. Que cambios viste y lo que sepas de la historia, de cómo funcionaba el servicio en el que trabajas antes de la reforma.

Me siento como más clara de poder pensar desde que entré, porque de lo previo es....

Bueno, en el 2010, cuando yo entré, estaba el servicio de salud mental y eh... que funcionaba en el hospital y se distribuían diferentes miembros, psicólogos todos, desde el hospital tenían asignado un centro de salud. Y cuando yo ingrese hacia muy poco tiempo se había abierto Camino Abierto. Que, bueno, generó mucha resistencia. Primero la resistencia a nivel institucional y a nivel barrial también. En la comunidad generaba mucha resistencia porque bueno, la fantasía era que Camino Abierto iba a ser un lugar que iba a poner en riesgo al barrio, que las personas que iban ahí podían hacerle daño a los chicos del barrio, podían violar a la gente... Había toda esa fantasía y a nivel hospitalario también había resistencias. Sé que hubo un eh... un proyecto previo, de esto no puedo darte más información que esta. Que es que la gente del

servicio había pensado un dispositivo, pero era mucho más hegemónico no? Tenía que haber una enfermera, que la enfermera iba a aplicar la medicación... como un dispositivo mas...con una modalidad no como la de Camino abierto sino una modalidad mas de hospital de día. Y más afín a un modelo hegemónico que a un modelo de inserción comunitario. Eh...asique bueno, ese fue el contexto, que fue en el año 2010. Después con el tiempo como que fue teniendo más aceptación. Al principio no nos derivaban pacientes...eh...del hospital mismo le decían "no vayan allá", los psiquiatras le decían no vayan allá a los pacientes. Había mucha resistencia en ese sentido. Y después al revés, empezaron a derivar u bueno...las instituciones o sea más el reconocimiento empezó siendo más desde afuera que institucional no? como que el primer reconocimiento empezó a ser el de la comunidad, el de otras instituciones con las cuales articulábamos, CAT, escuelas, viste? como que empezaron a ver que había una respuesta que no se daba desde otros lugares no? y que veían resultados desde otras personas. Fueron los familiares primeros que empezaron a apoyar el dispositivo. Y después si empezamos a tener más reconocimiento del servicio, que de hecho los psiquiatras derivan a muchos usuarios a Camino Abierto. Y, me estoy centrando mucho en la historia de Camino no? en relación a la ley, y... bueno después llegamos a hoy, a la actualidad donde ya estamos en una forma semi forzada digamos, porque empezaron desde los juzgados a intimar para que se empiece a trabajar en el marco de la ley, porque tenemos para las situaciones de urgencia y crisis aguda las internaciones en el hospital, para las instancias intermedias o ambulatorias y de reinserción social estaría Camino Abierto mas todos los centros de salud. Pero falta el dispositivo de la casa asistida. Y de hecho hay muchas personas de la ciudad y de la provincia que están internados en otros lados porque no está ese dispositivo acá y a través de un trasfondo político y judicial se empezó como a intimar a todas las entidades que corresponde y eh...ahora de Viedma, de la dirección provincial de Viedma lo que piden es que se realicen reuniones acá en Bariloche entre los equipos de Salud Mental y Servicio Social para que eh... pensar e identificar un lugar acorde y pensar para que se implemente la casa asistida. Y en todos estos años también hubo un cambio que es que... bueno, la ley siempre pide un abordaje interdisciplinario y bueno, una manera de empezar ese abordaje interdisciplinario tiene que ver también con algo así forzado que dio lugar a un cambio que es positivo, que finalmente resultó por suerte positivo y siempre se lo vio como algo positivo por los que estamos a favor de la ley no? pero bueno, costaba mucho articular servicio social con salud mental y como que el juzgado empezó a presionar para que el abordaje fuera interdisciplinario. Esto que menciona la ley de que tiene que haber formas de dos disciplinas. Que uno si o si tiene que ser psicólogo

y/o psiquiatra y que tiene que haber otra especialidad también. Eh... bueno, a partir de ahí Servicio Social empieza a hacer guardias, asique ahora están haciendo guardias pasivas que bueno cuando hay una internación involuntaria ellos tienen que participar de esa internación y de esa externación no? eh...

E: ¿Eso desde cuando es así?

Desde este año, si. Y... por eso es que servicio social está convocado a pensar en la modalidad de la casa asistida. Eh... y después bueno, en todo este tiempo al estar también en los dos dispositivos, tanto camino abierto como centro de salud, eh...se ve una diferencia cuando vos tenés un dispositivo armado y toda una estructura para trabajar en función de la reinserción social de las personas con sufrimiento mental, es mucho más fácil el laburo ahí que tratar de hacer ese trabajo con pacientes con sufrimiento mental crónico acá en el centro de salud. Es como otra barrera que estamos teniendo que traspasar, que es que todo el equipo de salud pueda trabajar con los usuarios de salud mental. Porque como que muchas veces lo mas frecuente es que quede asociado que al paciente de salud mental lo tiene que ver el psicólogo del centro de salud. Y de hecho si vos te fijás en las historias clínicas es raro que tengan atenciones acá. Las personas con sufrimiento mental agudo, severo tienen casi todas su historia clínica allá, es como que están hospitalizados. Y si tienen otro problema de salud van por guardia directamente, ni siquiera tenían el hábito de saber que tenían que tener otros cuidados en torno a la salud. Pasaban por alto lo ambulatorio porque no le prestaban ni atención a ese cuidado. Eh...entonces bueno, el trabajo como de hormiga de los psicólogos de los centros de salud y ahora de los trabajadores sociales es poder insertar a los usuarios de salud mental, a todo el equipo del centro de salud. Eh.. Y bueno, te hablo desde mi lugar, de esto de tratar de que cada paciente se vaya referenciando con algún medico de su centro de salud. De estar atentos a que los pacientes de Camino Abierto, los que viven por acá, yo trato de facilitarles todo lo que es los turnos...eh...los controles ginecológicos, que empiecen a tener el habito de hacerse un PAP y todos los controles de gineco. Eh...trabajamos mucho con usuarios de allá de camino que frente a cualquier cosa van a la guardia, frente a cualquier malestar y no me refiero a malestar psicológico o psiquiátrico sino malestar físico, van a la guardia. Y no..." a ver de qué se trata, espera un momento", llamamos al centro de salud de su barrio, contactamos con el médico de ese centro de salud. Porque eso le garantiza una continuidad. No como una atención por guardia que le va a dar algo para resolver ahí y ya.

E: Como ves el tema de que haya un solo lugar como Camino Abierto en cuanto al tema de la accesibilidad?

Si, obviamente que si se pudiera replicar otro dispositivo similar en otro extremo de Bariloche, así como están pensados varios Centros de Salud no? para cada territorio poder pensar en tal ves otro que obviamente que sumaria, de hecho tenemos problemas de accesibilidad. O sea, hay mucha gente que vive lejos y, si bien tiene el pase para viajar gratis, pero no se trata solo de una cuestión económica sino de la motivación, la voluntad de movilizarse, personas que están además con conductas de aislamiento o depresivas, que les cuesta activar. Y para eso hemos pensado muchas veces un recurso re necesario que es una combi, que desde el concejo de discapacidad nos habiliten una combi para traer a la gente que no puede venir, gente que no tiene tanta voluntad pero que si los vana a buscar vienen. Eso estaría bueno y desde ya que replicar otro dispositivo en el Alto o en algún otro lugar también sería genial, si.

E: Que sabes de cómo eran las internaciones antes o después de instrumentada la reforma?

Bueno, lo que te puedo contar es que... si bien estaba la 2440 cuando yo ingresé en el hospital en 2010, a pesar de que estaba habían muchas personas que estaban internadas hace años en el hospital por no tener una familia continente o por no tener una vivienda ni auto valimiento. Y en todo este tiempo esas personas empezaron a ser externadas. Pero bueno, porque hay una decisión de un equipo, que fue el que pertenecía a Camino Abierto, porque sino seguían ahí. Donde bueno, se empezaron a contactar a familiares. En el caso de José se contactó con la familia, que tenía una hermana, que lo podía alojar, se empezó a generar eso. Hubieron otros usuarios que... una señora que vivía en el hospital también, que se gestionó una casa para que pueda vivir ella con sus hijos. Como para que bueno, si había voluntad se podía, con mucho trabajo no? Eh...así que bueno, muchas personas se fueron externando eh...a casas de familiares o a casas solos y acompañándolos en este auto valimiento. Eh...la realidad es que también hay muchos otros que no se tiene esa posibilidad ni de familia que los contenga ni de que tienen posibilidades de auto valimiento y que bueno, esos son los que están internados en otros lugares de la provincia. Que por ellos se está presionando a nivel judicial para que se genere el dispositivo y dejen de estar en otros lugares de la provincia. Ah, bueno y todo esto también está impulsado porque como al sancionarse la ley nacional también empezaron a ajustar un poco más el eje de trabajo. Y...eh...en la ley nacional está claro que no puede haber internaciones solo

por motivos sociales entonces bueno, muchas p...eso es lo que pasaba históricamente en el hospital. Que había muchas personas que estaban compensadas psiquiátricamente pero al no tener vivienda, familia ni posibilidad de auto valimiento estaban viviendo en el hospital. Eso hoy ya no se permite más. Entonces bueno, al trabajar de manera interdisciplinaria con servicio social y al estar convocados a trabajar y a enviar informes conjuntos, bueno, hay que resolver de qué manera la internación es del menor lapso posible y después pensar en la externación.

E: Las personas que están internadas en otras ciudades de la provincia en qué lugares están internadas?

En clínicas privadas, hay un lugar que se llama Valle Sereno, que no tiene muy buenas referencias y que hay gente que esta internada ahí. Y no sé donde más pero bueno, ese es uno.

E:Y quien se hace cargo de esas internaciones?

Y, salud pública... Y ahora también hace poco estamos haciendo un curso que es "Salud Mental en Atención Primaria" que es bajado de REMEDIAR que es de Nación. Que es para todo el equipo de los centros de salud. Porque también es como que cada vez se está fomentando más ese tipo de trabajo. La mayoría de los que nos anotamos somos psicólogos y trabajadores sociales pero hay algunos médicos. Pero bueno, falta, pero bueno.

E: Y están abriendo capacitaciones?

Esta es la primer capacitación... bah primera no podría decir la primera pero si es una capacitación de salud mental en atención primaria, o sea es bien específica y dirigida a los equipos de salud. Así que...

E:Y respecto de la Ley han habido capacitaciones?

Hay jornadas provinciales, gestionadas por la dirección provincial de salud mental. Hay dos por año o una pero la realidad es que no tienen mucha continuidad...

E: Y la asistencia es obligatoria u optativa?

No, es optativo y se convoca a representantes de los diferentes hospitales, de los equipos que pueden viajar. Entonces está dirigido a los coordinadores y obviamente a los no coordinadores también. Hay tantos cupos para que vayan representantes de los centros de salud y del servicio, de Camino Abierto. Y la idea es que esos

representantes repliquen en sus servicios. Pero yo no fui nunca asique no podría explicarte más que eso, pero...eso...

E: Y en cuanto a la medicación cuál es la política desde que se implementó la Ley?

No se... en eso no sabría decirte.

E: Y en las formas de tratamiento, los tratamientos más frecuentes?

Y... el objetivo es el tratamiento en la comunidad, o sea pensar que tal vez el centro de salud sea el lugar de mayor presencia no? y que bueno, acudir al hospitalario en momentos agudos. No sé, igual Bariloche es muy particular en relación a la ley porque el servicio está todo escindido, estamos todos divididos. Lo que pasa en Bariloche no pasa en ningún otro lado en Rio Negro. Hay un servicio de salud mental y ese mismo servicio hace atención primaria, van algunos a los centros de salud.. Va todo mucho más fluido. Acá está dividido, los que estamos en los centros de salud ya no pertenecemos a Salud Mental, pero si tenemos que articular con ellos. Esta Camino Abierto y está el hospital.

E: Esta todo muy dividido y difícil de articular...

Si, podría funcionar si estuviésemos así divididos físicamente y en cuestiones administrativas y de dependencia pero pudiésemos laburar de una forma fluida, estaría todo bien pero la realidad es que hay cuestiones ideológicas también que nos atraviesan que hacen que a veces sea difícil.

E: Y por qué es que Bariloche es diferente a las otras ciudades en esto?

Eh... por las caract...yo creo que en parte hay por las características de la gente del servicio en Salud Mental, eh...Bueno, hicieron muy difícil el trabajo y... en el tiempo que estoy yo hubieron un montón de renuncias de gente que veía... bueno, mi caso y el de muchos compañeros que entramos al servicio de salud mental por lo dificultosa que hacían la tarea y por las características de este equipo fuimos viendo cómo salirnos de ahí, no? Y bueno, pertenecemos al DAPA que es atención primaria. Eh...pero bueno...

Si, es ideológico...si...

Entrevistada 4. Trabajadora Social. Coordinadora del servicio de trabajo social del Hospital. 23/09/15.

E: Desde cuando trabajas en el hospital?

En el hospital hace 8 años. Y como trabajadora social hace 20 y estuve en otras instituciones antes.

E: Acá en Bariloche?

Siempre en Bariloche, si, desde que me recibí.

E: O sea que tenés hecho el recorrido desde que se implementó la reforma hasta ahora no?

Si, si.

E: Bueno, lo que me puedas contar un poco de tu experiencia desde que se empezó a implementar esta ley 2440 hasta ahora.

Bueno, mirá, mi registro, porque además hubo un período en que estuve vinculada a salud, hice también una pasantía. Ahí en los inicios, que había como mucha expectativa no? Realmente la lectura que se hacía era que era una ley de avanzada, que era un desafío.. Y nos entusiasamos todos desde una posición epistemológica, ideológica... y después esto decayó mal. Porque se empezaron a ver las fisuras en la práctica no? en la implementación de la ley. Había como todo una discusión desde ya, una resistencia, de los sectores más conservadores en cuanto a la concepción de salud mental. Y después, se sumó que se implementó parcialmente. Y esto representó un costo muy importante para los equipos de salud y para los propios usuarios. Así que fue como una decepción en algún sentido. Ahora con la ley nacional es como que recuperamos un poco un rumbo. Igual con estas mismas falencias no? Pero ya es como otro marco. Porque además nos resultaba muy doloroso ver que era el modelo para otras provincias o a nivel nacional y cuando nosotros escarbábamos un poco era... ¿de qué modelo están hablando? No? Así que bueno, esto no? más que nada como un montón de enunciados de la ley que al no llevarse a cabo, la vaciaron de contenido. Quedó como lo más fuerte en cuanto a la desmanicomialización en sí. Pero todo lo otro que tenía que venir a hacer de soporte y de red no estuvo.

E: Y que cosas viste que sí se pudieron implementar o se fueron implementando y que cosas no?

Mirá por ahí lo que se pudo trabajar a nivel hospitalario con nuestros propios compañeros de trabajo fue esto de que las internaciones fueran en hospital general. Eso también hubo resistencia pero hoy está aceptado. Si bien no en las condiciones que deberían no? porque deberían haber lugares que no hay. Se interna en sala general. Lo bueno es que ahora enfermería, que son los que más conviven, lo van como aceptando. Pero... eso, de una resistencia total a una aceptación. Bueno, después la implementación del centro cultural, que también ahí hubo un tema porque iba a ser una casa de medio camino y terminó siendo un centro cultural. Porque no estaban dadas las condiciones para que funcionara como tal. Y nunca estuvo el recurso que necesitaban. Así que ahí también fue como una frustración importante. Después en su momento el GIA, que era una parte importante y funcionaba quedó en manos de dos personas la coordinación y con un efecto relativo sobre el problema del alcoholismo. Por ahí esta bueno aclarar que nosotros hasta que se implementa la ley nacional o en concreto a partir de este año, recién como servicio social nos involucramos en las cuestiones de salud mental. Mientras estuvo vigente solo la 2440 en la provincia eh... no. No tuvimos ninguna participación y siempre tuvimos mucha diferencia... Esto es una particularidad por ahí de este hospital. Sabemos que en otros lugares de la provincia la relación entre salud mental y servicio social funciono un poco mejor. Acá siempre fue muy conflictivo el vínculo, yo creo que este servicio de salud mental tuvo mucha resistencia al espíritu de la ley, entonces tiene como una característica de abordaje clínico y no comunitario y eso a nosotros nos lleva como a esta cuestión. Nosotros tenemos inserción en los centros de salud y trabajamos territorialmente. Entonces ahí siempre tuvimos como una brecha no? Desde hace 2 años más o menos se desprende un grupo de psicólogos de lo que es el servicio del segundo nivel y pasa a depender directamente del primer nivel, estando en centros de salud y ahí nos resulta un poco más fácil el trabajo en conjunto, porque tienen un poco más de recorrido en el laburo comunitario. Empezamos como a encontrarnos también en la formación. Y desde que la justicia nos obliga a conformar equipo interdisciplinario, que eso fue este año, en enero, ahí nos empezamos a involucrar más con las cuestiones de segundo nivel. Así que lo que yo te transmito de la implementación en sí de la 2440 es como desde afuera. Desde lo que como equipo de salud y como comunidad le reclamábamos a la provincia no? No con una participación activa ahí porque no la teníamos, no teníamos ese lugar. Como que la ley esta era de salud mental, del servicio de salud mental. Nos atravesaba poco y nada al resto. Solo en la pelea de internamos, no internamos, evaluamos no evaluamos...

E: Y todas estas resistencias desde el equipo de salud mental a la implementación de la ley, al abordaje comunitario, desde que lugar lo ves?

Yo te voy a decir algo que te va a despertar ruiditos. Yo creo que hay un problema en la formación de los psicólogos, por lo menos en estas camadas que habían entrado a salud mental. Como que la formación estaba muy centrada en la clínica, pocos elementos de abordaje comunitario y entonces terminaban trasladando la clínica del privado a un ámbito institucional. Más allá de cuestiones ideológicas no? porque me parece que... porque incluso nos pasó que un par de compañeros hicieron la residencia en la provincia, en salud mental comunitaria y después terminan igual repitiendo el esquema de la clínica tradicional. Así que me parece que hay un algo de eso, porque si no no entiendo por qué... Termina predominando... entró gente, no es que son personas que se recibieron hace quichientos años. Todo el tiempo está entrando gente pero...

E: con esa formación no? poco trabajo interdisciplinario, abordaje comunitario...

Si, tal cual. Y desde ahí también poco movimiento para empujar que estos otros dispositivos se abrieran no?

E: Claro, como las casas de medio camino que no hay. Ahora parece que se está moviendo algo para que abran una.

Si, una casa asistida. Si, en realidad acá la justicia es la que va por delante nuestro, para mí es muy fuerte. Es re interesante. Hoy acá en Rio Negro no está implementado el órgano revisor y bueno y otra vez es la procuradora la que empuja. Es la procuradora la que está en la comisión esta legislativa. Y entonces se instala que... cuando es algo que es intrínseco a la ley nacional. Que siempre nosotros nos quejamos del poder judicial que es como un lastre, y en esto la verdad es que está empujando.

E: Y en cuanto a capacitaciones para implementar estos cambios que viste?

La provincia poco, por ahí nosotros vamos como buscando formación así autogestiva. Con los contactos que podemos, como podemos. Hay un par de compañeros que tienen particular interés, compañeros de servicio social, que tienen particular interés, entonces ellos hicieron punta en lo de la nueva ley nacional y bueno ahí ellos mismos nos dieron como una introducción a nosotros. Pero...no está previsto. Ahora nosotros hicimos un contacto con la dirección nacional, entonces va a venir gente a formarnos. Pero no es algo que...eso, depende mucho de la iniciativa nuestra.

E: Y estos movimientos se dan a partir de esta ley nacional, que ustedes se incluyen en el trabajo con salud mental.

Tal cual. Yo creo que la 2440 en su momento todos la leímos, todos fuimos a alguna presentación de los "popes" de la ley. Pero después cayó nuestro interés también, ahí quedó. Y nosotros reforzamos eso de que era una modalidad que involucraba al servicio de salud mental y nada más. Desde la queja no, desde la queja siempre! ja. Pero no movimos mucho...

E: Alguna otra cosa que te parezca importante?

Bueno, esto. Que fue una buena ley y fue de recontra avanzada. La ley en su letra, seguro que hay cosas para mirar igual, y creo que en eso se está. En revisar si se modifica o no.. No es que renegamos de eso. Por ahí lo que da hasta pena es que no se implementó como debía y entonces se perdieron oportunidades, esencialmente para las personas, para los usuarios. Esto de que no hubiera redes, de que los operadores fueran cada vez menos y mal formados, entonces el acompañamiento familiar era relativo. Los operadores terminaron en un rol más bien de entregar la medicación y listo... Bueno, esas cosas como que no dejan de doler un poco.

E: Claro, como que con los operadores empezó así más a moverse algo y después fue decayendo no?

Si, se fueron perdiendo compañeros en el camino...eso, no hubo mucha más formación que el curso inicial. Medio así chapucero viste?

E: Y esos cursos iniciales a quien eran dirigidos?

Abiertos. No te puedo dar mucho detalle porque quedó bajo la responsabilidad de salud mental. Pero si recuerdo que eran convocatorias abiertas. Supongo que algún criterio habrán usado.

E: Y el personal de enfermería que está en las internaciones de salud mental tiene capacitaciones?

No, para nada. Son enfermeras que, bueno cada vez más se está yendo a la profesionalización de la enfermería, también una orientación comunitaria pero no están recibiendo... Quizás los que empiecen a ingresar ahora de la carrera del Comahue tengan un poco más de elementos. Pero no hay capacitación específica y se nota. Y este es un planteo que nos hacemos cuando empezamos a pensar en lo de la casa

asistida. De que hoy no tenemos, por lo menos en el plantel del hospital enfermeras con formación específica como para ir a este dispositivo particular.

E: Y como estaría formado el equipo de este dispositivo?

Estamos en la propuesta, recién la estamos diseñando. Pero si, estamos planteando un equipo interdisciplinario con participación... nosotras estamos haciendo hincapié en un terapeuta ocupacional, psicólogo, trabajador social. Con una dificultad y es que los trabajadores sociales estamos con mucha tarea y no podríamos abocarnos. Pero bueno, eventualmente estamos pidiendo un nombramiento. Eh... operadores para cubrir 24 horas. Estamos ahí con el número a ver cuánto, en función de los turnos y que se yo, pero...Un psiquiatra o referencia y enfermero. Por lo menos para el día. Ah! y personal de servicio general, para la limpieza, para mantener el lugar. Eso sería como el equipo base que estamos planteando.

E: Para cuántas personas sería el dispositivo?

Y estamos pensando 6 más o menos. Estamos ahí en la discusión, si 8, si es mucho, si 4 si... Creo que vamos a terminar armando el proyecto para 6. Igual es la propuesta pero hay que ver el ministerio qué aprueba. Si. Pero bueno, esto si está naciendo de una discusión interdisciplinaria que es como ¡guau! Que nos sentemos a pensar juntos ya es un montón! Pero bueno, medio frustrante el panorama. Por ahí en cuanto a la implementación de la 2440 hay otras experiencias que están buenas viste? No sé, en Bolsón por ejemplo hay más dispositivos.

E: se pudo implementar mejor en bolsón no? También por ser más chico seguramente no?

Sí, pero también el equipo arrancó diferente y rápidamente se armó ya, no sé si es exacto una casa asistida, pero tiene un dispositivo. Tiene mucho trabajo con los usuarios en proyectos productivos. Hay otras movidas por ahí para contrarrestar nuestra mirada tan negra esta bueno. Siempre trabajaron en dupla con los trabajadores sociales, tienen residencia. Hay trabajadores sociales en la residencia de salud mental. Si podes por ahí mirar un poco ahí. Creo que tengo el teléfono de un referente de ahí, lo tengo que buscar.



Entrevistada 5. Psiquiatra del servicio de salud mental del Hospital y del Centro Cultural Camino Abierto; 15/09/15.

Te cuento un caso particular, yo lo viví ese caso y lo veo como una dificultad en mi práctica como psiquiatra es que al no tener el dispositivo adecuado de internación. En cierta medida eso es efecto de una cierta negación a cuestiones puntuales de la enfermedad sí? Como que la cuestión de la enfermedad psíquica se corrió totalmente para el lado de la moral, de lo que está bien y lo que está mal. En esos términos, está mal encerrar, está bien la libertad. Entonces como que se corrió.

E: Como que el foco está puesto en el tema del estigma

Claro, es como si vos quisieras curar con una cuestión moral del bien y del mal. Que ya sabemos que uno no enferma por eso y no podemos curar por eso no? Entonces se perdieron aspectos como importantes clínicos. Y uno es tener un lugar adecuado para la internación. Y qué pasa? Se sobre medica al paciente, porque el paciente tiene que estar en sala general. Entonces al paciente estar en sala general no tenés las medidas adecuadas de control para un caso grave de una descompensación psicótica. O un cuadro de descompensación de una excitación psicomotriz. Entonces en este caso que yo vi, hubo una sobremedicación para poder contener al paciente, un chaleco químico. Entonces es como si abolís todo tipo de chalecos cuando es necesaria una contención. No es mala...para un momento de desborde de una descompensación es necesaria una contención química y una contención física. Como al abolir la contención física porque tenía mala prensa o no sé que se termina cayendo en una sobre medicación que es otra forma peor porque no es la adecuada. En Italia los que se hizo mucho hincapié son en los dispositivos intermedios que acá no se hizo. No tenemos casas asistidas. Mismo Camino Abierto se hizo muy tardíamente. Entonces, por un lado eso y por el otro también recae en la cuestión terapéutica porque en cierta forma niegan lo específico de la patología. Es como que ponele que la psiquiatría no dé lugar al sujeto como uno lo entiende desde el psicoanálisis no? Pero al también llevar todo a una cuestión de pobreza o de bien y de mal también no estás dándole lugar a la patología. Se cae en lo mismo. Yo también tuve problema con la palabra rehabilitación. La palabra rehabilitación no está dentro del encuadre de la ley, no está en la ley. Sí? Como estrategias para la enfermedad.

E: Claro, el eje está en la reinserción social.

Reinserción social! Claro! Entonces a mí lo que me pasaba era que decía... no sé, hagamos un dispositivo de rehabilitación a través del teatro o a través del arte. No, vos

los estás discriminando, los pacientes tiene que ir a anotarse a las escuela de arte por sí solos. Entonces negaban esta dificultad y la especificidad de la patología. Mismo Camino se les escapó. Porque no hay otro dispositivo cuyo eje sea el tema del arte. Eso en la ley tampoco estaba previsto. Entonces se les escapó la tortuga, porque no era uno de los... no apuntaban ese tipo de cosas. Tampoco la cuestión diferencial en relación al tratamiento con niños. Recién ahora que fueron y volvieron hay una psicóloga infantil. No puede ser que en 27 años no haya un equipo infantil de tratamiento. Por qué? Porque era lo mismo, era como discriminar al chico si vos decías que el chico necesitaba un tratamiento adecuado específico no? Esas son las dificultades en relación a la clínica con que nos hemos encontrado. Y no se pudo avanzar en ese sentido como...

Claro se vació de contenido a la clínica. Una cierta indiscriminación con los diagnósticos, porque todo pasaba por como esta cosa de inclusión masiva digamos. Entonces no había pautas de decir una cosa es el psicótico, otra cosa es el perverso otra el que consume.

E: Claro, que no se puede hablar de psicótico o perverso o adicto porque ya lo estas estigmatizando...

Claro, muchas dificultades en relación a los diagnósticos, al aporte que podía dar por ejemplo el psicoanálisis se negaba totalmente... no había una tradic... sobretodo acá en Bariloche se notaba bastante. Yo cuando roté en Viedma, por ejemplo allá se trabajaba, a pesar de que no se trabajaba en terapia individual, se trabajaba en grupo, se supervisaba, había como cosas más armadas en lo terapéutico. Porque Diana que estaba allá era muy formada. Una psicoanalista muy formada entonces le daba mucho... mucho hincapié a eso. Creo que en Bariloche es interesante porque se ve bien, porque en los otros lugares de la línea funcionó lo más bien. Porque al ser menor la complejidad de la patología, naturalmente el loco estaba incluido en la sociedad. No había esos problemas de peligrosidad que tiene la ciudad. En toda la provincia la ciudad más grande es Bariloche. Por eso siempre el foco de más problemáticas en relación a la ley fue Bariloche. Por la cantidad de pacientes y por la complejidad de la ciudad digamos. Son 150.000 habitantes, tenés muchísimos más pacientes. Y menos posibilidad de contención por los riesgos de una ciudad digamos. De seguimiento... Que se yo. Lo que yo viví fue eso: vaciamiento de la clínica. Porque la cuestión no estaba regida por el deseo de curar si no por una cosa imaginaria de ser bueno o malo viste? Por eso esos ideales más imaginarios viste?

E: Si, y vos decís que eso es una cuestión ideológica digamos, ese planteo desde ese lugar? Porque pensás vos que pasa esto?

Porque me parece que fue una maniobra más imaginaria, más política, sí, ideológica. Como que Cohen logró su cometido que es su nombre propio. Fijate que después saltó a la ONU y ahora está como... creció él. Y no es imaginario, creció él. Me parece que fue como encontrar una bandera que le da mucha chapa. Él digamos... si me parece que hay cuestiones políticas... Imaginarias en ese sentido... como muy personalistas... Viste? Como una cosa muy mesiánica, yo lo he escuchado a él compararse con Moisés! En serio! Porque por qué esta cosa tan extremista, esta cuestión como tan loca de... internar en sala general... no, no.... Por fuera de toda lógica! Y esta cosa de la maldad del otro viste? Media paranoica, qué se yo, no sé! Viste?

Hasta el sellito viste? Es una persona y... todo ese sellito... como el dibujo, hay uno ahí... es muy gracioso... Pero no sé, a mi me parece que fue... y que realmente ellos creían en eso no? Creían en esa forma.

Romina: Yo creo que es como una nueva corriente que se instaló a nivel moda. En ese momento era necesario verlo desde la parte más social, que obviamente está. No es ni una ni la otra, están. Pero fue...claro, la negación de lo que es la estructura de la persona y de los cuidados que requiere. Una persona descompensada no es lo mismo que una persona que está sufriendo otra patología o un cuadro de... no sé...apendicitis o... no sé. Como que realmente hay otras cosas que se dejaron...

S: Y también en lucha con un discurso amo de la psiquiatría quizás muy potente no? Que hay cuestiones ahí. Por eso me parece que sirve desde el psicoanálisis entender el tema de los discursos. Porque vos necesitás también el discurso amo en cierta... Porque hay un interdiscursividad que hay que usarla toda. Pero tampoco caer en este otro discurso que me parece que tampoco es efectivo.

E: Parece que hay una lucha de poderes donde por ahí uno niega al otro entonces se genera esto de polos opuestos enfrentados..,

Claro, es que también es verdad que a veces el discurso de la psiquiatría niega al paciente, también puede caer en eso. Digamos, el discurso del DSM...Yo tampoco comulgo con todo el discurso de la ciencia. Pero precisamente en lo nuestro tenés posibilidad de un montón de otras cosas. No estamos dentro de la medicina... Entonces me parece que...

R: Yo lo que creo es que tiene que ver con la formación que tiene cada uno y con la posibilidad que tiene de trabajar sin quedarse en lo que uno se recibe no? Si no justamente seguir formándose. Y esto acá... yo vengo de Buenos Aires no? Pero acá yo vi mucho estancamiento con respecto a los saberes. Realmente aprender, asistir a los lugares donde hay enseñanza y demás, te da otra mirada. Justamente no te hace cerrar en algo que...justamente, sabemos que los saberes no son únicos y está buenísimo que aparezcan otros para ir tomándolos e ir evaluando. La cuestión de las supervisiones, por lo menos acá en Camino se habían hecho muy pocas hasta que yo llegue. Y es como que uno pudo decir: Bueno, aparentemente falta esto y hubo otra apertura cuando alguien lo dijo. Todos adhirieron a: sí, va por este lado, puede ir. Me parece que tiene que ver mucho con la cuestión que es de uno no? El aprendizaje que uno trae y a su vez el interés de seguir formándose. Eso me parece que tiene mucho que ver. No? Como no quedarte en lo estático.

E: Y eso Susana, vos cómo lo viste? Desde que año estas trabajando en salud pública acá?

S: Y ya no me acuerdo pero hace más de...desde el 96...

Antes era mucho más... porque cuando yo pasé hasta estaba Cohen en la provincia, era mucho más duro todo, viste? Las cuestiones imaginarias eran tremendas. Ahora es como que está más... Porque la provincia era más chica también. Entonces como que era todo más... Por ejemplo, los psicólogos no atendían... o sea había cosas que estaban muy mal vistas. La atención individual era muy mal vista, muy perseguidos todos los psicoanalistas, eso era muy mal visto... el psicólogo daba lo mismo que... o sea no se generaba el espacio de la escucha entendes? Tenías que resolverle si les faltaban chapas a los pacientes en la casa, era eso lo que tenías que hacer. Es decir, se mezclaban las cuestiones de pobreza con la cuestión clínica. No se habilitaba el espacio, así como no se habilitaba el espacio de niños, no se habilitaba el espacio a eso...

E: El psicólogo pasaba a funcionar como un trabajador social..

Eso, era como una mezcla así. Entonces vino Axel, con todo un orden psiquiátrico y estableció... por eso el servicio se armó por lo menos desde un discurso que en la clínica funcionara viste? Eh... todo también como...que se yo, hay cosas que tienen sentido. Yo ahora que fui a la reunión provincial, esto de que eran una joyita, imaginate hace 15 años. Esto de reunirse toda la provincia con todos los servicios de la provincia. O sea, hay cosas que me parece que obviamente son de avanzada. Esta

cuestión como de red de servicio, esto de enfocar...eh... la figura del operador, me parece que es fundamental. Eso fue como un invento que fue bárbaro. Porque yo también tengo una mirada clínica, que si... es el testigo el acompañante terapéutico. Eso otro en la psicosis que socializa también el conocimiento. Viste? Pero bueno, no están socializados los sueldos de última. Porque el operador no gana igual que si tenés el título de terapeuta ocupacional. Entonces hubo cosas ahí que... no hay terapeutas ocupacionales en la provincia por ejemplo. No se respaldó esa figura, por ejemplo. Que tiene que ver con la tarea, entonces cómo puede ser? No circulaban las palabras rehabilitación..Esas palabras no... Yo me acuerdo la primera vez que tuve que hacer un trabajo que lo supervisé con Spieguel que me dijo: esto que están haciendo es rehabilitación. No hay alguna cosa que se diera lectura desde la clínica lo que uno hacía con el paciente. Es decir, no había esa mirada... Eh... pero no, cambió muchísimo. Ahora es otra cuestión. Antes eran cuestiones más imaginarias...

E: Era como mucho más radical...

Si, era como una secta, era como una cuestión de secta donde pertenecías o no pertenecías y eras enemigo. O eras manicomializador. Era una cosa de locos, pero era así! Yo soy bueno y vos sos malo.

Era como una cosa de cómo... los buenos somos los que queremos a los pacientes y se daba por hecho que había gente que no lo quería.

(Interrupción operador para control de medicación, sale la psicóloga)

Estas cuestiones que vos decís políticas, pero que dice el libro... Cuando yo vine estaba este Cohen que era del PC y este Pellegrini que fue el que inventó los dispositivos GIA decía que los manicomios no son las paredes, que no tiene nada que ver con las paredes. Que el manicomio es si vos das al otro el lugar de sujeto o no. Por ahí pasa el manicomio. Por qué funciona bien Camino? Porque le damos lugar al discurso psicótico. Es un discurso diferente, pero si vos decís que no es diferente eso es enloquecedor. Entonces es como que hay un solo discurso, el único... ese es el nazismo digamos. No hay diferencias si? Por qué? Porque somos la raza superior! Por qué no va a haber diferencias? Si no hay diferencia es que vos no ves al otro. Que ves todo desde tu propio discurso.

E: Este libro de Sans que me pasaste toma el concepto de encerrona trágica de Ulloa y habla de esto no? Que el manicomio puede estar en muchos lugares y en muchas situaciones extra muros no?

Claro.

E: Necesitaría que me cuentes un poco de historia desde que vos entraste al servicio en el '96, como se fue dando la reforma, como la fueron implementando.

No, lo que pasa es que cuando yo vine ya estaba la ley eh? Si, ya estaba. En realidad fue captar todos los lugares, la figura del operador y nada... porque no se hicieron dispositivos, no sé que decirte de eso porque...es más, el trabajo en los barrios fue muy obligado. Porque en una época en el hospital, que fue cuando yo entré vino este Colonna (Luis Colonna, Director del hospital en el '96), como que enloqueció con la ley, porque hubo momentos como que nos necesitaba a todos la ley. Porque había que copar servicios viste? Entonces... Y se los mandó a los centros de salud como castigo. A lo que adherían... como que el director del hospital se hinchó las pelotas con todo lo de la ley. Y entré yo ahí que era generalista y copamos el servicio psicoanalistas, gente que no era de la ley. Eran disputas así. Y la gente que estaba con la ley se fue a los centros de salud. Así empezó...pero no fue previsto por la ley. Se hizo así, pero no es que dijeron: bueno, a va a ir un psicólogo a cada centro de salud como está ahora. Eso no fue un ordenamiento de la ley. Por eso no sé qué decirte de ordenamiento de la ley, porque Camino Abierto se hizo también posterior. No fue de entrada que se hizo un lugar. En realidad no hicieron... pusieron la chapa y nada más. No hubo.... Bueno, lo del operador, eso sí. Como la asistencia y el seguimiento de las visitas domiciliarias. Pero tampoco se armó un equipo de internación domiciliaria entendes? No sé qué decirte de cambios que hubo.

La pregunta es un poco ¿cómo funcionaba antes, cómo se realizaban las admisiones al servicio, el tema de la internación y externación antes y después de implementada la reforma, tratamientos frecuentes, grado de medicamentación... Bueno, eso me decías que por ahí aumentó no?

Mirá antes en el servicio, yo no estaba ahí, pero había una psicóloga infantil, Diana, que le hicieron la vida imposible. No, había un servicio funcionando... la ley no... ya te digo, no se vio en nada, no... Al contrario, se cortaron los tratamientos individuales, se cerró la atención de niños, eh... se internaba también en sala general, y creo que eso no... es que... porque acá tampoco hubo nunca manicomio así que...Y se siguió derivando pacientes a internación en otros lados. Había dos pacientes crónicos en sala y se siguió con pacientes crónicos en sala, no es que se hizo una externación. Hubo dos que si que los derivaron, después murieron. Pero...no. Sí se organizaron quizás más el tema de la visita domiciliaria y el seguimiento de... se organizó más la parte de seguimiento de psicóticos crónicos. Con la figura del operador de salud

mental. Se armó esa figura con cursos que hacía la provincia digamos, el título... Y que se sacó de la idea de la provincia del agente sanitario, que también fue bastante innovador, la figura del agente sanitario en la provincia. Viste que están en los centros de salud. Tienen agentes sanitarios, que son vecinos del propio barrio que cumplen funciones de un asistente de tratamiento. Para seguimiento de los casos de desnutridos, pueden detectar casos. Hacen visitas domiciliarias. De esa figura se saca la figura del operador de salud mental. Entonces se armó más como el seguimiento de pacientes psicóticos. En ese sentido sí fue como una cuestión diferente viste? No es que esperaban que el paciente viniera sino que había un seguimiento. Si no venían se iba a la casa. El tema de la medicación no cambió en nada. Es más, se sigue con el problema de... (Interrupción). Se empezó a trabajar en grupo? No, antes también se trabajaba en grupo. No, ni siquiera eso. Acá? No es que hubo modificación en eso.

E: Y en cuanto al trabajo interdisciplinario?

No, no.

E: Y Capacitaciones?

Si, se empezó a coordinar, se hacían encuentros de toda la provincia. Yo no participaba mucho, pero... si. Eso tendrías que hablar sabes con quien que era una acérrima de la ley? Con Soraya Criado o con Gabriela Letón. Gabi Letón era una militante de la ley. Y que después también vio toda esta cuestión de... Gabi está en la parte de municipalidad. Fue la que quiso implementar el servicio de niños y después se peleó con todos los que están acá porque... son insoportables. Pero...ellas estaban en esta cuestión así como más militante. Era una época, que eso es para resaltar, que no estaba el trabajo en red, interinstitucional como está ahora, entiendes? Quizás se promulgaba eso en la ley, pero de hecho no estaban armadas las redes. Ya te digo ni los psicólogos iban a los centros de salud, fueron forzados. Tampoco se diagramó que los psicólogos fueran a los centros de salud barriales. Fue así como: ah, les gusta tanto la comunidad? Bueno, vayan! Que estuvo genial, porque en realidad ahí empezó, eso lo dice...ahí en ese momento estaba Lucio acá, era el psiquiatra que después estuvo en Viedma. Lucio fue un psiquiatra que vino, muy militante de la ley. Y después el reconoce que fue bárbaro eso porque... Pero eso fue muy gracioso, porque ni siquiera estaba como estructurado para ir a los centros de salud. Y cambió muchísimo el trabajo de lo que es en red. Pero eso fue un cambio que no tuvo que ver con la ley. No, tuvo que ver con que cambiaron las cuestiones de trabajo en todos los sectores entiendes? Porque no había articulación, seguían siendo como una cuestión aislada. Tampoco se trabajaba interinstitucionalmente. Yo planteé el trabajo con la

Llave, articularlo. No que los pacientes vayan, sino que articular un espacio. Y se empezó, no me acuerdo cuando fue... en 2008, con Vivi Dziewa. Que iba un grupo de pacientes y tenía su espacio con una profesora de la Llave. Pero no estaba eso dispuesto. Depende de voluntades individuales. Y con lo difícil que es que un paciente vaya a un lugar, es imposible ¿viste? El teatro El Brote... no, no se articularon medidas así. Sí hubo mucho debate social que eso fue bueno. Hubo cosas buenas. Todo el mundo hablaba de la ley. Que eso sí está bueno. Eso... instaló un debate en la sociedad en relación a esta problemática, que eso me parece positivo.

Eh... no se trabajaba tampoco con los asistentes sociales... no, no...

E: decís que esos cambios no vinieron con la ley, que se fueron dando.

Si, se fueron dando cuando todo cambió. No, no, no. No, no. Porque estaba todo muy centrado en esta pelea. Es medio loco pensarlos ahora pero... Eran apuestas fuertes también que hacían ¿viste? Entonces, que se yo, estaba todo centrado en eso. La que estaba en ese momento, que te digo que estaba previo y que después sufrió todas las consecuencias es Diana Sánchez que ahora después pidió el pase a justicia. Ahora debe estar jubilada. Y la volvían loca! Ella trabajaba con niños y la volvían loca ¿viste? Porque ella, claro, era una terapeuta clásica de niños que quería trabajar con niños ¿viste? Y... Y no, no, no. Eso no. Y no sé que más decirte. Lo de la medicación tampoco. No, no, no nada, no... Si este seguimiento. Te das una idea de lo que te digo? Como que ya había un lista de pacientes y se hacía un seguimiento en la psicosis. Por eso también se tardó tanto en el tema de las adicciones, Recién ahora es salud mental y adicciones. Porque también la problemática de las adicciones costó, porque estaban como muy abocados con la psicosis ¿viste? Entonces no había otras cuestiones. Y quedó armado lo del GIA que no fue por la ley. Sabes cómo son los de GIA? GIA es grupo institucional de alcoholismo. Lo diferentes que tiene a narcóticos anónimos es que el paciente primero que desde la internación ya puede ir a los grupos. Está internado y puede empezar a participar. Y el grupo es abierto, no es que hay un grupo para familiares y otro para pacientes. Si no va el paciente puede ir el familiar, puede ir el familiar con el paciente. Entonces, ¿viste? Son grupos con una mayor acogida para la problemática. Porque no es tan determinante. Es un dispositivo que no lo inventó la ley. Si lo tomó. O sea, las reuniones eran de GIA y quedó como muy captado. El coordinador era un alcohólico recuperado. Pero ese dispositivo está en el libro de Pellegrini sobre alcoholismo.

Qué más? A ver las preguntas de nuevo, a ver si hay algo que se me ocurre.

E: Y respecto de las patologías prevalentes ves que hayan cambiado?

En ese momento era psicosis y alcoholismo. Después aparecen otras. Ahora hay otro tipo de adicciones a otras sustancias. Y no se las estadísticas, pero como en otros lugares...

Y al la ley bloquear y restringir la actividad privada, no se crearon otros lugares en lo privado para el tratamiento de la psicosis. Se restringió mucho el tema de la internación en los privados y recae todo en el hospital como único prestador en psicosis graves queda lo público. Sí. Eso es una cagada porque...

Y respecto al personal que trabajaba ahí como se fue manejando el tema de la reforma, las resistencias que hubo a la reforma o no, qué debates surgieron en ese momento... las formas de trabajo, si se fueron adecuando a las formas de trabajo...

No, fue muy importante, lo único que te puedo decir, la incorporación del operador de salud mental. Tomaron como el mando del conocimiento de los pacientes. Muy importantes, muy jerarquizados.

E: Y la acogida del operador en salud mental por parte de los otros trabajadores de salud como fue?

Sí, eso sí, no hubo problema. No sé qué decirte, ya te digo, hubo problemas en relación a la atención de niños y a la atención individual de pacientes que no se fortaleció eso. Tampoco se fortaleció decir: armemos grupos viste? Ya te digo, en Viedma se hizo como una sistematización de trabajo en grupos. Grupo de neuróticos, grupo de niños. Acá ni siquiera hay grupos de familiares, nunca se llegó...no... Sí había grupo de pacientes crónicos. Eso era bien... pero lo único.

E: Antes de Camino Abierto me estás hablando no?

Si, sí, eso sí siempre funcionó. El único grupo que se armó fue ese. No sé si estaba de antes, puede ser que no. Pero no se reforzaron otro tipo de... Se suspendió lo que era la atención individual y no se reforzaron otro tipo de cosas que yo sepa. No, no es muy alentador... Te quedó una idea?

Si, o sea que de lo que vos viste, lo poco que se pudo implementar de esta ley fue el operador en salud mental, el tema de sistematizar el seguimiento de los pacientes crónicos... eh...

E: El tema de la internación acá no cambió porque no había manicomio...

No, se siguió internando en sala general. No se armaron grupos de trabajo en urgencia que en otros lugares lo hicimos los grupos para trabajar urgencias. Que yo me acuerde no... Las guardias fueron posteriores, guardias activas de salud mental. Pero posteriores por la demanda, eso fue ponerle... (Interrupción). No se crearon los dispositivos... No sé qué decirte, no es muy alentador. Estaba todo muy centrado en la cuestión ideológica viste?

E: Y vender una experiencia progresista afuera no?

Claro. Si, y bastardear todo lo que no fuera eso no?

Una cosa que si generó conflicto interinstitucional, el malestar, era precisamente que al no tener una internación, al internarse en sala general, no se hizo una enfermería adecuada o mucamas adecuadas para el tratamiento, entonces para la enfermera común es un loco más, no sabe... Es como si para maternidad no hubiera neonatología... Eso generó bastante malestar institucional, en la enfermería.

E: Y que repercute obviamente sobre los pacientes en el trato no?

Si, y fue esto bien imaginario, desde el amor no? Somos buenos, amamos al paciente entonces somos... viste? No sé qué otra cosa...

E: Bueno, después decís que estaba muy enfocado en lo social, en la reinserción laboral. Las empresas sociales. Como lo ves eso?

Yo lo que veo es que ellos apoyan esta línea de empresas sociales, están enganchados en esa, qué se yo. Para que una empresa te rinda con un psicótico necesitas una infraestructura interesante. Nunca funcionaron acá. Si, en Bolsón que por ahí es más chico... la concesión del cerro, de la confitería del cerro. O Cipolletti que tienen la panadería en el hospital viejo, tienen una cocina que hacen pizza. Bueno, acá está maquinando... Pero desde mi punto de vista no es que porque vos lo insertes se va a curar. Ahí está un poco la cosa de que es.... Yo tomo el trabajo este como forma de terapia.

E: Claro, como parte de la rehabilitación

Sí, pero no es que eso te garantiza... entendés? Había mucha dificultad en su momento, ahora me parece ridículo, de darle pensión al paciente. Ahora todos tienen pensión. Pero no...porque entonces ahí estás discriminándolo! A ver! En esas pequeñas cuestiones...

E: Si, es negar que la persona tiene limitaciones...

El estado se tiene que hacer cargo! Eso, como que no se veía la cuestión más de ley. Vos le das al paciente la pensión y tenés que saber por qué se la estás dando. Porque el estado desde esta ley que dice que el psicótico carece.. Se hace cargo de esto y vos estás incluyéndolo, entendés? No sé, eran cosas muy locas las que pasaban... En desfavor a que tramiten las pensiones...

E: Bueno, este Sans lo lee como un achicamiento del estado esto no? Ajustes que hicieron para no tener que hacerse cargo...

Y claro... bueno, en Italia la reforma no es así, yo estuve... en Italia y en Francia también había un lugar donde iban después de la internación un año o dos años... Como todo más armado con dispositivos viste? Ya te digo, por ejemplo, no hay terapeutas ocupacionales. Esos lugares... vos armás un centro de día... Digo, no está armado desde un lugar orgánico. Desde qué es lo que se necesita... Cualquiera hace cualquiera... El psicólogo, todos hacemos todo. Viste?

E: Como muy librado a las voluntades individuales, a lo que cada uno pueda y quiera aportar.

Claro. Si, faltó esa cosa como orgánica de los dispositivos. Para qué el dispositivo, cómo lo pensás... No sé, faltaron dispositivos y faltó también esta cuestión de especializar el cuidado en este momento de crisis. Porque tenés que derivarlo a otro lugar fuera de su núcleo al no tener instituciones adecuadas. Son esas cosas que como que traen mala prensa. Como el electroshock, que esta ley lo abolió. Es como si vos abolís la descarga cardíaca en un infarto, es lo mismo! Por qué es diferente el corazón que el cerebro? Esas cuestiones que son como muy lindas de propaganda, pero que no tienen basamento. Porque un paciente catatónico, un paciente con una depresión gravísima, no lo revertís con nada y se mata el paciente! Entonces si tenés una herramienta para sacarlo, que es un cambio químico como hace la medicación, no es otra cosa diferente, bajo anestesia. Por qué no usar ese cambio químico, si la medicación es cambio químico en las neuronas?

Lo del electroshock me parece una cosa grave, que la ley nacional lo sacó no sé por qué, si no es un elemento de tortura. El otro día pensaba esto. Es como abolir la descarga eléctrica cuando un paciente entra en paro, es lo mismo!

E: Claro, el tema es el uso de ese recurso no? Que se haga un buen uso. Porque se relaciona con un elemento de tortura porque se lo ha usado así también...

Otra cosa era, también crítica... Estas cosas como también, como a veces mucho enojo con la familia. Porque les costó entender que el paciente sale de un familia enferma no? Entonces esa cuestión de que lo mejor es que la familia lo acoja también a veces te da poco flexibilidad. Porque a veces son pacientes con familias patológicas de las que tenés que sacarlo. Entonces la internación es buena para contenerlo y para también sacarlo de un núcleo... Y mucha carga a las familias también, porque son familias enfermas viste? Entonces también es enloquecedor para una familia que le devuelvan el paciente como diciendo: no, hay que aceptarlo! El vecino, la sociedad, todos tienen que aceptarlo, viste? Muchas veces justamente la estrategia tiene que ser sacarlo, no devolverlo entendes? Como David, viste? Lo más sano que decía el padre era sáquenmelo! Y no, viste? Que ah ah! Te está diciendo sáquenmelo... Esa mirada como lineal de las cosas viste? Es un vaciamiento de la clínica, un vaciamiento de la clínica, sí. Porque yo veo que...yo ahora fui a un congreso y veo que hay un montón de centros de día, supervisiones, terapistas ocupacionales que presentaban trabajos en relación a la rehabilitación con la tarea. Hubo como un avance en otras provincias que acá no se dio. Al revés viste? No sé por qué esta negación... Había una... que eso...había unas cosas que hizo Daniel Spieguel que decía que está bárbara la ley pero qué puntos habría que retocar de la ley de acá. Que no sé si ahora estarán incluidos en la nacional. Pero él se tomó el trabajo de estudiar toda la ley, y mismo la palabra usuario. Esto de usuario niega la condición también. Porque qué es? Usuario de teléfono! Se mezcla el tema de la cuestión diagnóstica con la estigmatización. Porque el diagnóstico es necesario para tratar la mejor y para...

E: Claro, por poner el foco en la cuestión del estigma social negar una condición...

Claro, es negar al otro. No sé qué otra cosa pensaste. Ojo que ni siquiera esto está como institucionalizado adecuadamente porque la casa es alquilada, porque los cargos todavía los estamos peleando. O sea no es que... Por eso digo que me parece que si quieres hacer algo así tenés que tener como una movida... A ver... Crearte consiguió un lugar, Asumir también. O sea, Bariloche tiene lugares, hay terrenos...

E: No hay decisión política...

Sí, claro. De apoyar la ley con las medidas que la ley requiere.

Operador (Pablo) Básicamente se necesita recurso humano y no hay recurso humano. Y no hay alguna medida facilitadora para que llegue ese recurso humano. Acá nos manejamos mucho con voluntariado, que es como llegué yo al hospital, pero no se trata de eso porque el voluntario viene un tiempo y se va. Esto que vendría a ser como

dignificar la tarea y pasa esto de la resistencia de la negación... esto que dice Susana. Y es todo medio pelo y nada, al final lo que representamos para el afuera de la provincia y cualquiera que llega ve todo de decadente para abajo acá. Pero por una cuestión que pasa por una medida que se puede tomar y no se toma, que se puede hacer y no se hace. Pero bueno, a mi me parece que todo es político, asique arranca todo desde el vamos...

E: Y esto lo ven ustedes como más propio de Bariloche no? Como que en otros lugares de la provincia se fue dando un poco más, se fue implementando más...

Si, pasa que es más chico. No son 130.000 habitantes más todos los chicos que vienen de vacaciones que siempre alguno se brota entendes?

Pablo: Claro, cuando fuimos a Roca, tenían 5 usuarios. Entonces a ellos les daban una casita y estaban chochos. Nosotros tenemos esto que no sabemos dónde meter la gente. Pero fuera de eso hay un montón de gente, hay un montón de tareas que no podemos hacer. La visita... la gente que está viniendo, recuperar usuarios que la gente está detonada y no sabe qué hacer. Hay gente que los termina internando en Neuquén y vienen peores.,...

Susana: Guarda que también tomaron el modelo del sistema de salud. Acá hubo un sistema de salud revolucionario. Eso tendrías que tener una ojeada de eso. Eso no se qué gobierno fue, fue el ministro del primer gobierno radical que hubo, que sería en el '83. Que yo conocía a la mujer que falleció, él también falleció.... Álvarez Guerrero. Lo que hicieron acá y en Neuquén fue un sistema de salud revolucionario que era el tema de la implementación de los médicos generalistas, de todos los equipos. De esta cosa de estructura del estado en toda la provincia. Que eso obviamente en lugares más viejos, como en Buenos Aires o Santa Fe, no hacían falta, porque no era una provincia a hacer un sistema de salud. Entonces mucho de esta cuestión era de ahí tomada. Lo de los operadores, lo de esta cosa de los equipos en todos los lugares. Eso si fue, porque antes sino era para qué un psicólogo o un equipo en la línea (sur). Eso fue como una idea interesante. Es más, yo te explicaba que Salud Mental se divide el departamento y no queda dentro de la estructura. Tenían autonomía, no dependían de la estructura de salud. Eso fue una cosa importante. El jerarqu...el separarlo de la salud pública, se entiende?

No sé si fue interesante en tanto presupuesto. No sé si era más interesante pelear desde adentro. Pero vos tenías tu coordinador, vos no dependías del ministro de salud o de la directora del hospital. Vos dependías de tu coordinador que está en Viedma.

Se centralizó o se descentralizó, al revés, no sé como sería. Eso era importante, fue algo nuevo que se organizó y se institucionalizó de una manera diferente. Se entiende? No sé qué otra cosa...

Entendes lo que digo? Pensá la provincia como contextuando en lo que pasaba a nivel del sistema de salud. Lo que pasaba en Neuquén y en la provincia. Eso es importante, que se sacó la salud mental de la esfera de lo médico y se hizo una coordinación en Viedma. Es un movimiento interesante. Pensalo como provincia...

Entrevistada 6. Psicóloga, ex coordinadora del centro cultural Camino Abierto en su apertura en el año 2008;. 02/10/15

Yo también vengo de Buenos Aires y me recibí en la UBA y estuve básicamente por fuera de la universidad en muchos grupos de psicoanálisis y me dediqué a trabajar como psicoanalista y psicóloga del Hospital Santollani. Pero para mí fue un antes y un después un año..Creo que en el '84, hubo un congreso en el Borda del movimiento de la Anti psiquiatría, donde participamos todos. Éramos estudiantes a punto de recibirnos y realmente fue un antes y un después viste? fue entender...ahí conocí todo el proceso de desmanicomialización de Trieste y bueno, fueron grosos en ese congreso de esos que uno nunca más pudo tener contacto así directo no? Y me llegó tanto ese congreso que me puse en contacto, o sea quería hacer algo que fuera más allá del consultorio no? algo...trabajar más el tema de la SALUD mental realmente no? Y en Santollani trabajaba dentro de un servicio de psicopatología clásico como el que vos podés conocer de cualquier hospital típico. Entonces me acerqué, en ese momento conocí a Alfredo Moffat, que era como el referente de la locura dentro del Borda y estaba organizando el grupo Cooperanza. Como yo de base soy música digamos, me enganché por el lado de alguna herramienta artística para trabajar en el Borda no? Los primeros encuentros íbamos con Carnota, el folclorista, él llevaba la guitarra y yo tocaba el bombo. Y bueno, me enganché a trabajar los sábados en el Borda, a trabajar desde ese lugar totalmente diferente a lo que yo hacía en mi trabajo en el consultorio y en el hospital. Y empecé a ver que en realidad, primero nunca había tomado contacto con gente internada, institucionalizada de años, cuando realmente se pierde a la persona y pasa a ser algo que no tiene dignidad viste? La gente que está internada por años...es gravísimo, bueno vos lo habrás visto. Es muy serio lo que pasa. Y empezar a despertar a través de diferentes...había gente que

pintaba, poesía, música, con el sólo hecho de tomar mate, dialogar, visitarlos todos los sábados con otro objetivo y después tener permisos de salida para poder llevarlos al "Bancadero", por ejemplo, que era el lugar donde era nuestro centro de reunión. Bueno, yo viví esa experiencia por años y traté de juntar la parte artística con la psicología. Obviamente mi vida...bueno, me casé, tuve tres hijos. Antes de casarme, en el año 87 vine a Bariloche, por algo circunstancial, al Camping Musical, por una beca que me dieron y ahí me quedo con la idea de venir a vivir acá. Por eso cuando decidimos con Mariano mudarnos, para mí fue muy importante ir a un lugar donde ya había una ley. Te cuento esta previa porque yo vine con ese entusiasmo de decir: bueno, acá hay una ley viste? la 2440, cuántas cosas se pueden hacer? cuántas cosas se estarán haciendo? no? Y cuando vine acá, que en realidad le pasa a muchos profesionales, que empezás a recorrer lugares con tu curriculum, para ver dónde trabajar y qué se yo, empecé a leer la ley desde esa experiencia que había tenido en Cooperanza. Y vi que hay un artículo que habla de las estructuras intermedias. Las estructuras intermedias, que si bien ahí las describen como hospital de día, casas de medio camino, yo dije: esto que nosotros vivimos ahí en Cooperanza es una estructura intermedia. Entonces escribí un boceto de un proyecto, un boceto porque después eso... Y... pedí una entrevista con el director del hospital, que me costó bastante...porque viste? qué se yo... tantos profesionales deben pedir... Hice guardia en la puerta del director del hospital, hasta que logré hablar, era Felipe de Rosas en ese momento. Y le conté mi idea, que venía de Buenos Aires, que me gustaría con la ley poder implementar una idea de abrir un centro cultural que sea para usuarios de salud mental pero que este abierto a la comunidad. Porque la ley en lo que hace mucho hincapié es en los derechos sociales, en la inclusión... Y a él le gustó la idea, le gustó pero me dice: "bueno, la realidad acá es que faltan recursos... Yo si necesito pedir hoy, necesito pedir una mucama, una enfermera y si, necesito psicólogos con esta visión pero no creo que la actual ministra te lleve el apunte con esto cuando las necesidades... Bueno, de hecho, me dice, hay un proyecto de casa de medio camino pero nunca salió, viste?" A mí no me gusta lo de casa de medio camino, la verdad es que no me gusta para nada, porque es casi como una réplica de un manicomio no? yo leí un proyecto que inclusive también había presentado no sé si Susana López o el equipo de Salud Mental. Que era una casa, donde la gente que estaba internada en el hospital podía pasar, inclusive podía tener algunas camas y que la coordinaba un psiquiatra con un enfermero viste? con todo un ambiente que en realidad era un pequeño hospital de día no? como replicar esa experiencia. Yo creía que era mejor romper con esto y decir bueno, claro un poquito osado en el sentido de que es como un lugar público que dependa del hospital y abierto a la comunidad. Me decían: mirá

no tenemos antecedentes para poder aprobar una cosa así. Está la casita del artículo 12 en Roca y en Viedma, y está la casa de medio camino en Viedma pero un centro cultural no...No cuadra, me decía. Buah! La cuestión es que medio que me cajonearon el proyecto, obviamente lo entendí y cuando salud alquila el ex jardín del barrio Ñireco con la idea de abrir la casa del inimputable del artículo 12 ... iban a abrir una sede en Bariloche, los vecinos se enteran de esto y juntan 1400 firmas, arman un amparo, salen en los medios, asambleas populares, bueno cosas que realmente eran bastante serias. El equipo de salud mental, como no estaba de acuerdo en abrir esa casa del inimputable se abrió, no quiso participar. Yo en ese momento estaba trabajando en el centro administrativo en la UEL, en violencia familiar y recuerdo el día en que me vinieron a buscar para que viera la asamblea que había ahí abajo en el centro administrativo con jueces, gente de la comunidad, abogados, gente del Bolsón. Todos discutiendo esto. Y entonces el coordinador en ese momento era..Uno de los coordinadores de salud mental me dice bueno, si vos sos capaz de enfrentar esta situación... Salud ya alquila y tiene un contrato por cuatro años y la carta orgánica no permite ahí, abrir ningún centro que tenga que ver con salud, y no iba a ser a ser posible algo hospitalario. Pero si puede cuadrar ese proyecto tuyo del centro cultural. Y dije bueno, acá es la mía porque realmente si desperdicio esta oportunidad... Y bueno así fue que medio que me asuste también cuando vi todo ese quilombo. Dije: Chan ¿con quién cuento? no, me dice no contas con nadie porque el equipo de salud mental no quiere saber nada. Bueno, dije, que pero me puede pasar que no poder no? Y entonces le dije que sí, que si me nombraban en el hospital me hacía cargo del lugar. Y así fue, entre muy mal al equipo de salud mental porque ellos estaban en contra de todo eso. No me recibieron, no me fue posible articular con ellos. Creo que la única persona que si me dirigió la palabra y medio que cuidó la situación fue Susana López en ese momento. Pero yo lo único que pedí es que me nombraran operadores porque imaginate que yo sola en la estructura... Eh... me nombraron operadores de salud mental que después a algunos ya se los llevaron para el hospital asique me quedaron creo que tres nada más y en principio ya te digo fue como tener el lugar vacío con tres operadores que nos juntábamos a charlar un poco sobre cuál era la idea que yo tenía del lugar, de cómo abrirlo, de como... y dije bueno, tengo que salir a buscar recursos viste? asique con la ley en la mochila me fui a educación, a desarrollo social, a todos lados, a fundaciones, al Rotary a...Empecé a buscar aportes porque la ley en realidad dice que la salud mental no está en manos de salud solamente. Vos si lees ahí en la ley nacional dice exactamente lo mismo. Entonces bueno, fui como a informarle a la gente, desde el intendente hasta a los delegados: "vos estas acá, que aportas?" Y bueno, empezar como a... también algunos conocimientos tenia por la

UEL, la unidad ejecutora local, te relaciona con muchos ministerios. Entonces ya fui como cuando vas con un informante clave viste? Y ahí logré que el municipio me pagara tres talleristas de la escuela la Llave, que Desarrollo Social me diera unas becas para cubrir otro, que el Rotary haga un evento y con eso compraba insumos. Voluntarias del hospital me ayudaron muchísimo. Y así fui sumando gente y me acerqué de alguna manera a los que ya estaban. Por ejemplo, había un taller literatura, los invité a que lo pudieran dar en Camino. Igual mantuvieron los dos lugares por un tiempo y así como que se fue dando. Y a todo esto empezar vecino por vecino a contarles la propuesta, porque tenían el pánico de que iba ser peligroso. Me acuerdo que ese año trabajamos mucho con los vecinos. A fin del 2008, le dije a una de las operadoras, a Patricia que está ahora de coordinadora, "tenemos que hacer una fiesta callejera". Tenemos que instalar en la calle misma la lucha contra el estigma. Que es el espíritu de la ley viste? Y ahí conseguimos el permiso del municipio, cortamos la calle, conseguimos escenario. Hicimos un festejo mixto entre números de Camino y números de artistas de Bariloche. Fue una fiesta.. Realmente fue algo muy muy lindo. Y los vecinos sumarse a la fiesta, los vecinos que habían firmado en contra. En un momento se hizo un silencio y apareció un vecino tocando la gaita. Cosas muy fuertes pasaron en esa fiesta. De hecho, la vecina que llevaba el petitorio para que todos firmaran es la que desde el inicio hasta hoy está ahí que es Carmencita. Que la conocerás. Ella siempre dice que no puede creer como se pudo revertir una historia así. Y bueno, eso llevo también a que esa experiencia creciera, que al principio eran talleres culturales y después eran talleres culturales y deportivos. Y después con emprendimientos laborales. Que primero estuvo "mostrando la hilacha" y "artesanos" y ahora está "maquinando" y todo lo que tiene que ver con carpintería y demás. Yo cuando ya estaba en el año 2010 me ofrecen hacer el doctorado en la Universidad de Lanús y me dieron media beca, Y bueno, hice el doctorado porque mi idea es poder contar que es posible, y que además es algo bastante original en tanto que no hay centros culturales que dependan de un hospital y que sean abiertos a la comunidad entendes? porque ahí van usuarios pero también van vecinos y también va gente que son usuarios pero no lo saben...Quiero decir van vecinos y familiares que también pueden tener un problema. Nosotros trabajamos mucho con la campaña esta de "uno cada cuatro" no sé si la tenés. Hay un estudio multicentrico, mundial, que la conclusión es que uno de cada cuatro personas han tenido, tienen o pueden tener algún problema en el campo de la salud mental, que puede ser depresión, adicciones, epilepsia, pánico... bueno. Entonces, nosotros trabajamos esto con los vecinos: a ver, ustedes al interior de sus casas, en sus familiares o en sus amigos, no conocen gente que tenga algún problema? y no había un solo vecino que no te dijera: bueno, mi mamá o mi hijo

es adicto o mi padre... Bueno, y ahí empezamos como a de alguna manera trabajar el estigma no? Y todo esto es posible porque hay una ley que sostiene, sino no lo podemos hacer. Ahora, la gente, que dice: esa famosa ley... Y no es la ley, es la implementación de la ley. Y, por otro lado, nos encontramos con profesionales en el hospital que están en contra de implementar, porque es otra forma de trabajar. Porque si vos venís de trabajar en un servicio de psicopatología, olvidate. O sea, el equipo de salud mental, el servicio de salud mental, no está solamente en la atención sino en la atención y en el cuidado. Y abarca una cantidad de cosas que no todos los profesionales están dispuestos no? Pero bueno, yo creo que tendrían que ser honestos y decir: no trabajo en el ámbito público, por ejemplo. Cosa que no pasa. Y hago hincapié en esto porque cuando uno trabaja con un programa que es acorde a una ley y que es acorde ahora a una ley nacional, tenés que ser honesto con tu trabajo. No podes trabajar desde una visión asistencialista, hegemónica, sin trabajar en forma interdisciplinaria, intersectorial y horizontal, si estás trabajando... y además en salud pública. Y hago hincapié porque es grave, porque la gente que habla en relación a que esta ley deja en descubierto... y deja en descubierto porque no hay decisiones políticas. Que vos me digas que un familiar tiene un problema con hijo que no lo reciben en el hospital... primero: ¿por qué no lo reciben? ¿Qué pasa con los profesionales que no lo reciben y que pasa con los recursos que se necesitan para poder atender a esa persona? Entonces yo quiero diferenciar esto no? Cuando yo hago el doctorado me encuentro con psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, en la cohorte que a mí me toco, que ponderan a la ley 2440 y que "contame, Rio Negro.." , Una cosa que yo no la había vivido, nunca había tomado desde que me vine a Bariloche contacto con profesionales de esa manera. Entonces claro, cosas que ellos estaban como en el recontra comienzo, nosotros ya estábamos...pasaron ya 25 años... Estábamos como en otra frecuencia. De hecho, surgió la posibilidad de una rotación, porque el doctorado es internacional, tenés un docente de España, otro de Portugal, Brasil, Chile. Ellos querían elegir una persona que trabaje dentro de un psiquiátrico y que este externando gente, una persona que esté trabajando con un equipo de gente de salud mental infanto-juvenil y alguien que ya haya vivido una reforma y que tenga esta experiencia. Y me eligieron a mí, por Camino Abierto. Y viajamos las tres. Cecilia por el Estévez, Susana por La Plata y yo. Y viajamos a Asturias, a Granada, a Barcelona, a París y a Lima. Y la 2440 es ponderada por todo el mundo. Yo realmente... viste cuando viajas a la luna para ver la tierra más o menos no? Bueno, es modelo de una de las leyes de España, es modelo de la ley nacional. Y si bien la ley nacional tiene algunas cuestiones que hay que incorporar, como el reconocimiento del otro como sujeto en cuanto al

consentimiento informado, a los derechos civiles y demás, la ley 2440 tiene cosas que la ley nacional no tiene. Como la prohibición del electroshock. Me parece muy importante poder fusionar y poder trabajar acorde a las dos leyes. Eso creo que sería lo óptimo cuando se cree también el órgano de revisión que prevé la ley nacional no? O sea que para mí fue algo muy valioso. Me traje mucha energía. Y cuando volví acá y empecé a hacer las tesinas para el doctorado tuve que, y a pedido un poco de la gente del doctorado, tomar distancia de la coordinación para no personalizar un proyecto de tesis no? Y en eso estoy ahora, como en ese proceso. Y totalmente compenetrada con la gente, no solo la gente con la que nació esta ley no? los pioneros que han luchado porque esto ocurra, sino también ahora con la gente que defiende a la ley nacional no? Traté de resumirte porque es re largo... es complejo.

El Trabajo interdisciplinario e intersectorial, es lo que permite que la ley se pueda implementar. No depende del equipo solamente de salud mental del hospital, te lo aseguro. Vos tenés que trabajar con todos los ministerios y tenés que trabajar con todos los profesionales, porque cuando una persona tiene un problema, no tiene solo un problema porque tiene un delirio. No tiene solamente síntomas positivos me entendés? o negativos en el peor de los casos que siempre lo hay. Sino que tiene una cantidad de problemas que vos no podés como único profesional atender. Problemas habitacionales, problemas de salud, problemas laborales, problemas intrafamiliares, problemas de esa persona con su entorno, con su comunidad. Y tampoco es que vos tenés la varita mágica viste? que porque le das medicación y porque bajo sus niveles de síntoma ya está. No, hay que trabajar ahí. Y si vos trabajas en equipo, lo bueno de trabajar en equipo es que no siempre es la misma persona la que va a intervenir o que va a cuidar que esa persona no tenga recaídas o que las recaídas sean más leves o que las internaciones sean más cortas o que no haya re internaciones. Como pasa con la gente que va a Camino, que valoran eso: "Yo antes me internaba constantemente o tenía...ahora me doy cuenta cuando voy a tener una crisis, puedo pedir ayuda, no tengo necesidad de internarme". Eso es notable, eso para mí sería para otro estudio por ahí un poco mas cuantitativo no? de poder medir eso, porque es notable. No sé si me querías preguntar...

E: Sí, en que cosas concretamente ves que se pudo implementar la ley y en qué cosas todavía no?

Mirá, la implementación de la ley creo que tiene que ver con una decisión política. Mas allá de lo ideológico no? Porque si vos ves que la recomendación a nivel mundial es que...si nosotros queremos para el 2020 digamos no? salud mental para todos, y

queremos acortar la brecha, la brecha se está extendiendo... o sea, los problemas de adicciones y de depresión van a ser cada vez mayores y nosotros con las estrategias y con las herramientas que estamos teniendo, empobrecidas, no vamos a poder abarcar. Por lo tanto, tenemos que cumplir con una de las normas fundamentales que es el 10% del presupuesto de salud destinado a salud mental. Porque si partimos de que de ese 10% tenemos un 3 por ciento, y el 90% es recurso humano... entonces de qué implementación me hablas? Por más que uno le ponga onda, trabajo extra y demás... pero falta la decisión de decir ahí: no, voy a tomar una decisión para que esto no ocurra o... porque es la base de todo. Cemento, abris hospitales, haces caminos, todo bárbaro, pero si la gente está cada vez peor, me parece que tiene que ver con tomar conciencia de eso no? De la decisión política, que uno como trabajador, y uno muchas veces en cargos que le permiten traccionar ahí, tiene pequeños logros. Pero lo real es que hay que destinar un presupuesto y hacer lo que hay que hacer viste? yo mis peleas con la coordinación en su momento tienen que ver con que hay que sentarse ahí y exigir viste? Pero bueno, creo que es algo a lo que los gremios le esquivan. Yo nunca vi a ATE sentarse con el gobernador a pelear un presupuesto de salud. La verdad es que no lo vi y es grave. Tampoco vi a los trabajadores totalmente nucleados peleando el presupuesto de salud. Me parece que es más fácil criticar a la ley, criticar lo que no hay... Hay que hacer algo viste? Para mí el trabajo de Camino es demostrar que se puede viste? Lo que pasa es que si vos hablas con Patricia Franco o en su momento también hablas.. Yo no daba más de laburo. Trabajas muchísimo, te ocupas de un montón de cosas... la gente sabe que vos lo haces entonces recae en vos...y esa no es la idea no?

E: Y esta falta de presupuesto en que cosas en concreto lo ves? Bueno, cantidad de recurso humano...

Mirá si vos ves...yo lo que he visto en Europa básicamente, y también lo puedes ver en cualquier documental que vos veas: Para cada usuario que puede vivir lejos del hospital siempre hay dos personas viste? le llaman monitores ellos o acompañantes o lo que sea. La cantidad de recurso económico que tienen! Lo que pasa es que no tienen nuestra trayectoria y nuestra experiencia. Viste que dicen que el argentino lo ata con alambre? tenemos una cantidad de recursos que no valoramos. Formales y no formales, porque a veces nosotros no sabemos qué hacer, no tenemos el recurso formal y encontramos algún recurso no formal que finalmente fue una salida mucha más saludable no? Pero desde la cantidad de recurso humano, desde la cuestión edilicia o sea, todo bien con Camino, queremos el espacio, pero debería tener otro espacio con otras condiciones viste? lo edilicio, la cantidad de recursos! por ley

deberían existir una cantidad de dispositivos de alojamientos algunos asistidos, otros monitoreados! Eso no está. Yo recuerdo que apenas entré en el hospital había tres mujeres en la sala de mujeres, como ellos le dicen "casos sociales". Cuando alguien dice "eso es un caso social", cagaste porque todo el mundo le suelta la mano. Los de salud mental: no es nuestro. Los de servicio social: es de salud mental. Y la gente queda instalada porque no tiene un referente con quien vivir, ni tiene recursos y demás. Da la casualidad que yo escucho en el noticiero, estaba Gascón de intendente, y escucho que él dice que en el hospital de Bariloche ha crecido la población y que el hospital no tiene la cantidad de camas suficientes para la población que tiene. Y yo digo: pero tenemos tres mujeres que están alojadas en la sala de mujeres! que si yo en ese momento me daban mil pesos por mes, yo alquilo una casa, le libero tres camas, que él había dicho que salían ocho mil pesos por mes cada cama... Y además gana quince mil pesos ponele. Entonces pedí una entrevista con él y no me la daban obviamente. Y a través de la Red Solidaria logro una entrevista. El intendente creía que le daba la entrevista a la red solidaria y fui yo en realidad. Y le dije que lo había visto que decía esto y que yo le podía liberar tres camas y bueno, como que negocié con el intendente: uh pero eso es posible? como puede ser? que se yo... listo. Tramitamos el subsidio para el alquiler. Lo que nos costó mucho es encontrar un alquiler por dos motivos: que pague el municipio y que vayan tres usuarias de salud mental! Entonces logramos, encontramos una casita donde la mujer tenía un hijo con un problema de adicciones y entendía esta situación. Y nos alquila. Bueno, fue todo un hecho la verdad que muy lindo. Pero te cuento un hecho artístico relacionado a eso: nos decían que si y cada vez que ellas iban a buscar la plata ahí a Mitre no estaba la plata. Y un día yo estaba en el doctorado en Buenos Aires y por quinta vez va Teresa a buscar la plata con la hija y no estaba la plata. Y en ese momento me llama Patricia y me dice: Mirta, otra vez no está la plata, nos están tomando el pelo! Y le digo: sabes? que están haciendo? Estamos en el taller de literatura. Bueno, que levanten el taller, que vayan a hacienda con el taller. Por otro lado, contábamos con la coordinación del taller de Marcela Saracho que es una persona que hace intervenciones artísticas y que tiene como mucha polenta y mucha cancha para hacer esto. Y se fueron ahí, se fueron a Mitre a repartir poemas y hacer el taller y bueno, te lo resumo, apareció el dinero del alquiler. Y a partir de ahí como que se dieron... se dio la posibilidad de encontrar un recurso para que la gente pudiera vivir fuera del hospital entendes? o sea se puede, pero vos tenés que laburar... Cuando en realidad tendría que ser algo que la coordinación de salud mental con este ministerio de salud tendría que tener organizado el tema de los alojamientos viste? La gente no puede estar en el hospital porque no tiene como vivir. En otras partes del mundo eso no ocurre, hay

alojamientos asistidos con operadores. Algunos que viven ahí y rotan y otros que no. Que monitorean. Que viven las personas pero reciben la medicación, cuestiones cotidianas...Pero bueno, ojalá lleguemos a eso acá no?

E: Y cómo viste, cómo se fue dando el proceso de reforma, cómo se fue dando y cómo lo fue tomando el personal?

Hay de todo, porque no te olvides que viene mucha gente de Buenos Aires que viene con otra cabeza viste? Por ahí...yo reconozco que a mí esa experiencia en el Borda y con Cooperanza y con el movimiento de la Anti psiquiatría me marcó. Pero la verdad es que no se si no hubiese vivido eso y yo venía de atender en el Hospital Santollani y de trabajar en psicoanálisis, venía acá con una ley que... viste? Yo no culpo a las personas, creo que uno necesita cuando va a vivir a un lugar empaparse bien de cuál es la modalidad no? Pero, después hay otras personas que se niegan a trabajar porque les resulta...que no están de acuerdo, porque es mucho más trabajo.. Y bueno, yo lo que no entiendo es por qué... Para mí es un acto de corrupción con el estado, trabajar en contra de una ley que te están pagando para eso no? Y, bueno, y después falta de parte de la coordinación de salud mental una presencia continua capacitando, supervisando y conduciendo. Falta conducción concretamente, porque cuando lo quisieron hacer lo hicieron a través de una intervención, que fue algo medio... para mí no tuvo sentido eso que hicieron. Venir acá como viste? a aplicar una ley que no... Tienen que trabajar de otra manera. Enfrentaron mucho al equipo, eh...yo tome distancia de esa situación, de personalizar mucho las cuestiones no? Si bien a mí no me trataron bien, porque no me trataron bien porque fui a hacer algo con lo que ellos no estuvieron de acuerdo, pero cada uno que haga su camino viste? yo realmente creo en lo que estoy haciendo y bueno, cada uno será responsable de lo que hace. Yo hice mucho hincapié en trabajar con los medios de comunicación y ahí noté el apoyo que tuve. Porque empezar a informar a los medios de comunicación lo que vos estás haciendo, que la comunidad está tranquila, que los vecinos participan, que los artistas, que el ministerio, que... Ah bueno! entonces como que la verdad es que yo no conozco gente que hable mal de Camino Abierto, todo lo contrario. Y por algo es. Y fijate que yo me corrí ya hace años y eso perdura. Que para mí eso es importante.

E: Es todo un trabajo de generar conciencia y de educar a la población de un lado y del otro no? por ahí dentro del equipo de salud mental hay un montón de gente que le pasa eso no? que su formación no lo lleva a sentirse seguros trabajando en eso por ahí la negación viene por ese lado no? Si se capacitara más...

Si, igual al día de hoy creo que ya todos reconocen el dispositivo Camino Abierto, no hay alguien que...como en sus comienzos.. Pero la verdad es que no fue fácil. No, y esto mismo si lo llevas al tema de adicciones...cuando vi que querían abrir la casa en el CEPLA y vi lo que los vecinos y digo uh! esto es lo mismo! viste? Lo que a nosotros nos pasó con los usuarios de salud mental ahora está pasando con las adicciones no? "No quiero en el barrio adictos...que mi hijo, que mi hija...". Pero bueno la adicción es un tema que hay que encararlo porque nos atraviesa a todos en algún punto viste? En el lugar de trabajo vemos que hay compañeros con algún tipo de adicción, en nuestro barrio, nuestros conocidos. No es algo que podemos no mirar. Lo peor que podemos hacer es no mirar y negarlo no? Pero bueno, hay una tendencia a eso no?

E: Y todo lo que implica compromisos...

Si, por eso te recomiendo que mires la campaña publicitaria que se hizo en España de uno cada cuatro. Porque la intención de la lucha contra el estigma es despertarle a la otra persona la conciencia de que no estás ajeno a ese problema entiendes? Y desde ahí poder trabajar. Porque si vos no sensibilizas al otro, el otro te escucha como... "ah si.. Mirá lo que le pasa a este...total a mi no me pasa". Vos tenés que sensibilizar al otro. Y todo el trabajo del 2008 y del 2009 que yo me propuse conscientemente fue salir a la comunidad a sensibilizar a la gente. Y creo que se logró. De pronto conseguir un stand ahí están los artesanos municipales, por primera vez tuvimos un stand ahí. De formar parte... o sea de no hacer cosas... yo por ejemplo lo que hace El Brote a mi me genera un poquito de... porque a mí no me gusta la victimización del usuario de salud mental. Y estar todo el tiempo mostrando eso no? el loco. Este..."luchamos porque somos locos". Yo creo que hay que rescatar el núcleo sano de la persona que tiene un problema y expandirlo. Entonces vos y tenés que sumarte a cosas que no sean exclusivamente para locos viste? y sino tratar de incluirlos en la comunidad. Un trabajo, una escuela, una feria, un...y obviamente uno va a tratar de hacer lo que puede no? pero...Si no estamos discriminando positivamente y es necesaria la discriminación positiva en algún punto pero también si vos podes formar parte por ejemplo, ahora en la fiesta de la palabra Camino va a estar en la Escuela la Llave con una obra. Y no es dentro del marco de la salud mental. Es algo que esta bueno me parece. Y esta bueno hablar de cosas que son saludables, no siempre el loco, el loco ,el loco, viste? No se... Y bueno y después estar en contacto, trabajar en red. No solo la red interna, ponele Bariloche, sino con otros servicios. El de Bolsón, el de Roca, Cipolletti, Viedma. Son muy importantes los encuentros provinciales, porque vos vivís la situación de ponerte en contacto con residentes, con médicos con enfermeros y vivir otra realidad, otras estrategias, ateneos.

E: Y esos encuentros se hacen? y con que frecuencia? y quienes van?

Si, mirá hace unos años se hacían muy frecuentemente, porque había como un convenio con la legislatura, la legislatura ponía el dinero para esos encuentros. Y ahora es un tema de presupuesto viste? eso implica un movimiento de todo el recurso, el encuentro en un lugar. Había una diplomatura que la dictaba la OPS en su momento. Eran cosas como muy importantes viste? Estaba Hugo Cohen también en ese momento como capacitador. Pero bueno, yo creo que ahora hay una chatura... esperemos que se despierte el gobierno porque muy chato todo, muy chato. No veo intenciones de mejorar. Eso que, bueno, no se... que hay un impulso nacional. Digamos, yo creo que los que toman las decisiones en salud en la provincia sabiendo que la provincia de Rio Negro es de alguna manera la perla mirada por otras... yo le pondría mas onda viste? que se yo! Y más que nada porque la población, si vos no pones el recurso económico, la población va a decaer. Nosotros tenemos un alto porcentaje de población de pueblos originarios viste? También respetar la interculturalidad, es muy importante trabajar en esto de la interculturalidad, en cómo la gente de los pueblos originarios o de los parajes vive esto que nosotros por ahí consideramos como una patología. Eso hay que tenerlo en cuenta. Bueno, pero hay que trabajar eso! Hay muchos profesionales que trabajan en los centros de salud que tengo entendido que sí lo trabajan pero bueno, falta equipo.

E: Si, y también es una apertura no?

De hecho si vos me preguntas a mi tendría que haber un solo equipo de salud mental con profesionales que vayan a los centros de salud, otros que trabajen en el hospital, que pueda haber un intercambio, Camino, los dispositivos y todos con una coordinación. Y hoy en día eso está desmembrado.

E: Y eso es Bariloche? en las otras localidades de la provincia cómo es?

No, eso es Bariloche. Si vos vas al Bolsón todos trabajan en el mismo servicio. Tengo entendido que en algunos otros lugares...hoy no sé porque yo no estoy, pero en Roca y en Cipolletti algunas cositas pasan...no tengo puntualmente qué pero... y en Viedma también. Un día voy a Viedma por otro tema y voy al lugar que se llama creo que el galpón, que trabajan con todos enfermos de sida y con.. Y hay una psicóloga y le digo: No te tenía, nunca te vi en los encuentros. Y me dice: no, pero yo nada que ver con el servicio de salud mental, me dijo. Entonces, dije chan... conducción falta.

E: Claro y esto en ciudades más grandes es más difícil. El Bolsón es más manejable...

Claro! No, el Bolsón... yo una vez fui a hacer guardias al Bolsón y no lo podía creer. No me llamaron nunca! Acá haces guardia y no podes dormir viste? Estaba en el hospital y me decían: no, no te quedes en el hospital porque son guardias pasivas, andate a la hostería porque si no vas a malcriar a los médicos que después van a querer que todos estemos en el hospital. No pasa nada viste? Es otra... cada localidad tiene sus temas viste? Capaz que ellos tienen otros problemas que nosotros no tenemos, no sé. Es otra cosa. Bariloche es muy complejo, muy complejo. Y salud mental la verdad es que no está bien visto. Revertir esta idea del equipo de salud mental va a llevar mucho tiempo no? Yo creo que a la gente del hospital ya no le importa esto, porque ya están acostumbrados a que todo el mundo critique. Los propios profesionales están acostumbrados a que todo el mundo los critique. También hay algo injusto viste? que es que todos los oficios llegan a salud mental y vos tenés psicólogos en todos lados, en el municipio, en desarrollo social, en educación, pero nadie hace tratamiento. Entonces todos intervienen pero el oficio para que atienda a esa persona le llega a salud mental viste? Yo creo que si vos haces un relevamiento de la cantidad de psicólogos que hay en Bariloche es tremendo, hasta en el privado mismo. Pero todo está cargado en el servicio del hospital y no me parece eso viste? Igual que cualquier tipo de crisis de internación va al hospital. Pero ¿por qué? si la ley abarca también a los privados! ¿Por qué no lo atiende la San Carlos o El Hospital Privado si tiene obra social la persona? Pero habría que hacer algo con eso. De alguna manera a través del ministro de salud y de la coordinación obligar a la gente a que cumpla con la ley viste? algo hay que hacer. Y de hecho estando de guardia me ha tocado atender a gente de mucha guita con una obra social del carajo y yo insistir con el auditor de la obra social y de la clínica para que bueno, todo bien pero mañana te lo mandamos viste? porque ¿qué es esto? es un hotel? Pero bueno, son temas como un poquito más periféricos pero que hacen a la bronca del servicio viste? Así que bueno... hay tantas cosas...

E: Bueno, pero ya tengo un buen pantallazo..

De todas maneras me parece importante que si vos te recibís y decidís quedarte en la provincia hacer la residencia viste?

E: En Bolsón

Si, hoy es en Bolsón, siempre se pidió en Bariloche pero...

Entrevistado 7. Director de CREARTE, Centro Cultural y Educativo para Personas con Discapacidad;

E: ¿Que trabajo hacen ustedes acá y lo que sabes y lo que te toca de eso?

Nosotros trabajamos con personas con discapacidad intelectual básicamente, hemos trabajado también con pacientes psiquiátricos. Algunas de las personas que vienen tienen alguna patología psiquiátrica anexa, digamos, no sé si anexa es la palabra, o la mejor de las palabras. Pero también tienen ese tipo de patología. Y nosotros no hemos tenido mucha vinculación con la ley de salud mental de la provincia; más que, bueno, en algún momento leerla.

En su momento cuando salió fue una ley bastante o muy interesante, en cuanto plantean los postulados. A las definiciones ideológicas que tenía, lo que no tuvo de esa ley fue el acompañamiento en lo presupuestario, que debería haber tenido para, sobre todo para el desafío que era poner una ley de ese porte, de ese tamaño, digamos, de lo conceptual ideológico, en función de que sea una ley que sirva para la comunidad.

Muchas veces la gente, sobre todo los pacientes de salud mental, lo que no tienen, o las familias, es ningún tipo o pocos (pocos sería demasiado halagador) . Yo creo que uno no tiene posibilidades ni de respuesta por parte del estado de qué tipo de cosa pueden hacer. Y a donde pueden recurrir, de qué forma, que pasa en los momentos de epicrisis sobre todo. Eso es lo más complejo, porque ahí no hay nada. En general, hemos tenido varias situaciones de, este, familiares de algún alumno nuestros, que frente a un intento de suicidio no tenían más que un par de horas en el hospital, y después volver a la casa, y no me dan ningún otro tratamiento. Y con el consabido estrés que eso generaba en la familia de que iba a pasar con el familiar, no? Ni saber una mísera orientación, nada. En ese sentido, la ley, fue en lo que menos, o lo que más dejó pendiente fue ese tipo de cosas. No es que antes las sabía eh, guarda, (yo creo que eso también hay que dejarlo en claro), no es que antes existía un sistema de contención, lo gano, quiso hacer más de lo mismo. El sistema de contención era internación y nada más, no había mucho más que eso.

Igualmente, muchas personas, nosotros en algún momento tuvimos algún tipo de vinculación, en diferentes momentos, en los 20 años de Crearte, con gente de salud mental, y con pacientes que están internados en el hospital. No sé si la palabra es internados, pero viven hace millones de años. Todavía hay algunos que se han muerto ahí, por lo menos nosotros en algún momento le dimos, que venían, de salud mental

con discapacidad intelectual, que venían del hospital. Uno de ellos que murió, pero después no podías siquiera estar en sistema de salud. Un servicio extra hospital, que era gratuito, en el nuestro sigue siéndolo, pero no significaba ningún tipo de relación al Estado, lo único que tenían que hacer era traerlo y no lograban ni siquiera eso.

E: ¿El acompañamiento necesario como para que pudieran venir?

Si, si, meterlo adentro de un vehículo y traerlo, porque la persona no podía venir sola. Eso no se podía sostener, te digo hace 18 años, más o menos. Este, no se si cambian algunas cuestiones, ahora tienen otros dispositivos. Pero también, que se yo, el dispositivo Camino Abierto, para mi tiene muchísimas falencias. En ciertas formas funciona como una ONG, tiene que salir a buscar recursos a ministerios, que no tienen nada que ver con salud, hasta en algún momento "han tenido que competir" con las organizaciones en búsqueda de recursos en el Ministerio de Desarrollo porque salud no les daba recursos. O mandando proyectos a organismos financiadores, como si fuéramos nosotros que no tenemos ningún tipo de recurso del Estado, siendo un organismo que depende de Salud pública de la Provincia. En general el acompañamiento de todo este proceso, de lo que fue la ley de salud mental, no fue deficiente, sino negligente. Porque deficiente puede ser.

E: Deficiencias puede haber, pero políticas para acompañar..

Claro, por falta de recursos, por un montón de cosas, lo que sea, pero es negligente. En el mejor de los casos sino lo hacen expreso para que la cosa fracase, no sé, no me atrevería a decirlo, pero si que no ha habido acompañamiento.

De hecho muchas personas que vienen a crearte, que son pacientes de salud mental, también, por ahí, el único espacio que tienen en salud mental es ir una vez por mes a que le pongan o le renueven la medicación o le den una inyección,. Y no mediaba ningún tratamiento de por medio, ninguna pregunta de: cómo estás?, pero una onda póngase en la fila que recibe lo que vino a buscar. Tampoco hubo mucho interés de trabajo institucional, eh las pocas veces que hubo algo así, llega un momento en que el Hospital no acompaña más, deja que del quilombo se haga cargo otro.

E: Esas articulaciones dependen muy de la voluntad individual de la gente que está.

Si, demasiado, pero así y todo, hasta cierto punto, y en cierto punto desaparece. Nosotros estamos más acostumbrados a hacer un acompañamiento sistemático prolongado, y estable, yo supongo también porque es una cuestión que tiene que ver

con las personas. Sin la voluntad de las personas, es difícil mantenerlo sobre mucho tiempo, ¿no?.

E: Claro.

Básicamente eso. No tengo mucho más registro. Pero después, el otro gran tema es qué pasa con la ley, al plantear la desmanicomialización dejó de lado el tema de qué pasa con las personas con discapacidad intelectual, sobre todo cuando quedan solas, no? Porque no hay estrategias de sostenimiento de apoyo de vida autónoma, por ejemplo, sería una alternativa. O algún tipo de vivienda tutelar, sería otra alternativa; no hay nada.

Las personas cuando quedan solas, las familias se murieron, eh, quedan en una situación de abandono terrible. En muchos casos se la van rebuscando, viviendo con familiares, y en otros casos, emigran, los mandan a otro lugar. Terminan internados en otro lugar. Cosa que es bastante terrible. Hay cosas con las que ideológicamente uno adhiere, como es esto cerrar los manicomios, no es una alternativa válida tener un manicomio. Pero no se hizo ningún tipo de alternativa para gente que realmente lo necesita, porque hay muchas personas que por lo que sea, no se ha podido intervenir en el momento que se tenía que intervenir, por lo que pase. Indudablemente, algunas situaciones se hubiese habido los servicios que tenían que intervenir, en el momento que tenían que intervenir, capaz la persona no termina como termina. Pero eso no paso, y cuando tenés la situación de la persona sola, con un grado de dependencia muy grande, no tenes respuesta, terminan en el hospital, deambulando en cuidados intermedios.

E: O terminan siendo derivados a otra provincia en contra de los postulados de la ley.

Si, y se termina la cuestión, no es muy lógico que digamos. Como sostenemos una idea en una ley, en principio, ideológico, que en la práctica hacemos agua y pisoteamos la misma ley que queremos sostener. ¿No? Quizás los mecanismos es buscarle la vuelta. Además hoy en el contexto actual, sería imposible, por suerte. No se puede volver a los modelos de manicomio, ni nada por el estilo. Eso si hay gente que precisa cuidados diferentes y más cuidados. Sin embargo, no hay ningún lugar donde se pueda ir.

E: Y con la nueva Ley de Salud Mental Nacional, ¿ves que se mueva algo? ¿Cambia algo?

No, es básicamente más de la misma cuestión, o sea, es como la convención de derechos de las personas con discapacidad. Por el momento es ley, que esta, de por si no tiene otro peso que una letra en un papel. Las acciones políticas hacen que la ley sea lo que tiene que ser. Las acciones políticas son muy tibias, casi inexistentes. No hay mucho avanzado al respecto, está bueno, no hay que hacer una crítica desde el lado de decir está mal, ni hay que festejar las leyes, porque las leyes plantean un norte, no? Ahora, lo no está planteando es la acción política que va a acompañar esas leyes. Ahí es como quedan todas las definiciones.

No es el único caso la ley de discapacidad, ojala fuese el único caso. Básicamente, todas las políticas sociales tienen ese tipo de problemas. El acceso a la vivienda, es lo mismo. La Argentina firmo la adhesión al pacto de derechos económicos, sociales y culturales ( los DESC) sin embargo el acceso a la vivienda no está garantizado. No es una práctica cotidiana. O el acceso al agua, en estos días, hace dos días que hay vecinos de Bariloche, no el centro de la Patagonia, Bariloche que hay agua de caída por todos lados, hay vecinos que no tienen agua, por lo que sea.

En función de eso, también, las leyes tendrían la acción política, que está muy lejos de lo que sería la intención de las leyes. Y yo creo que ahí hay dos cuestiones que hay que tener en cuenta, no hay una masa crítica de organizaciones que por el derecho a las personas con discapacidad hagan fuerza, es un colectivo bastante difícil de organizar y difícil de representar. Porque no es un colectivo que sale a la calle, no es un colectivo crítico que te puede cortar el acceso a una ciudad. Es mucho más complejo movilizarlo, la complejidad de las personas con discapacidad son tan múltiples, que a veces salir a hacer una acción directa política es casi una utopía. Por un lado eso, y por otro lado los que muchas veces terminan armando las leyes, hay que tener en cuenta, aunque es bueno que lo hagan, muchas veces, son un grupo que es crítico al momento de decir las leyes. Pero, termina siendo no siendo crítico, y siendo funcional al momento de exigir la organización política necesaria para que estas leyes ...

E: ¿Se implementen?

Claro, tengan los financiamientos que corresponden. Nos quedamos celebrando una ley y nada más, y las leyes de por si, yo creo que después de la convención de los derechos de las personas con discapacidad, toda ley nueva es festejable, esta bien, pero ya no hay que seguir inventando leyes. Lo que hay que hacer es una acción política concreta, de lograr que los derechos de las personas con discapacidad no

sigan siendo vulnerados. Porque los derechos están planteados. Pero bueno, por otro lado no está mal la ley, esta buenísima.

El tema es que vamos a hacer con eso, creo que el mejor ejemplo es Rio Negro: una ley muy buena, ideológicamente, muy interesante que planteo cosas muy positivas y muy diferentes. Pero a la hora de demostrar que hay una posibilidad diferente para personas, pacientes de salud mental, no me mostro nada. Las cosas siguen pasando, igual o peor, porque hay más abandono y desidia. Pero en el medio todos dan charlas.

E: Se sigue mostrando como un modelo, no digo de la experiencia de Rio Negro.

Modelo que yo no lo veo, o sea, si nosotros pensamos que las leyes están en función de las personas y los ciudadanos, siguen padeciendo lo mismo que padecían antes. La única diferencia, es que no corren ningún riesgo de que lo encierren, ahora, pero es la única diferencia. Antes, por lo menos, el encierro, les garantizaba comida. Ahora, ni siquiera les podemos garantizar una comida, y en algunos casos, es hasta tan perversa la situación política actual, que se encierra igual, de organizaciones del mismo estado.

E: Si me quieres contar más específicamente, o en detalle, que es lo que hacen ustedes acá.

Nosotros somos un centro cultural, básicamente es un servicio educativo, no formal. La forma que nosotros definimos es que es un Centro Cultural, donde trabajamos, por un lado la posibilidad de generarles a las personas que concurren, herramientas que les sirvan para el auto-valimiento, la posibilidad de ser auto-determinados y auto-válidos. Que puedan generarse un proyecto de vida propio y que lo puedan llevar a cabo, a partir del arte. Nosotros creemos que, algunas disciplinas en el arte sirven como para encontrar la posibilidad de generar otros discursos, otras posibilidades de comunicación; y otra posibilidad de aprender. Que desde el punto de vista formal, aunque no esta buena la dicotomía formal, y no formal, porque parece que lo no formal, es informal, que no lo es. Tampoco lo formal está mal, por ser formal, sino más que nada por darle una categoría.

E: Si, por ahí lo que se da desde una oferta académica, o desde otros lugares.

Sí, que por ahí, institucionalmente se cree, no se cree, sino que se han ensayado posibilidades educativas, desde un mismo lenguaje, no?, desde un lenguaje lógico matemático. Y nosotros creemos que no es el único lenguaje, desde el cual la persona puede involucrarse con el conocimiento. En función de eso, tenemos ese trabajo, que

desde hace unos años, nosotros hace 20 años que estamos, y hace unos 18, empezamos a ver que lo que se generaba artísticamente, tenía sentido, tenía belleza, no lo vimos nosotros porque seamos...fue el reflejo de los demás. Entonces, de ahí, empezamos a ver las posibilidades del arte, para algunas personas que concurren a Crearte como posibilidad de formación profesional. Y en eso estamos. No hemos sido suficientemente efectivos, pero en algunos casos, digo, porque no todos están pudiendo vivir del arte. Que es una opción bastante difícil para cualquier artista, en Argentina, pero si, es una meta institucional marcada, que algún día se podrá lograr.

Y además, hay algunos talleres que no tienen específicamente que ver con lo artístico, sino con cuestiones de la cultura, que es la posibilidad de acceder a las herramientas que tenemos todos y que de alguna manera, nos dan la posibilidad de tener un proyecto de vida sostenible en el tiempo; aprender a cocinar o por ahí, tener una idea de construcciones, entonces por ahí lo manejamos en un taller de carpintería, decimos como armarte algo o si quieres armártelo; tenemos un taller de ciudadanía, donde trabajamos sobre la constitución de los derechos y todo ese tipo de cosas; otro taller donde trabajan las angustias que tienen adentro y afuera de la institución; un taller de computación, que nos parecía que era una herramienta a la cual la persona con discapacidad intelectual, en general no accede, porque no tiene, o porque si tiene no se la dejan usar, entonces hoy son herramientas de lo cotidiano, entorno a las redes sociales y todo ese tipo de cosas. Y a esos nosotros los denominamos más como talleres culturales, van desde jardinería hasta ciudadanía. Un abanico bastante amplio. En total son 26 disciplinas las que tenemos en este momento. Y son las que van desde artísticas a las culturales, artísticas estamos abarcando tanto plásticas como escénicas, musicales y literarias y después, todavía lo que no estamos tocando todavía es imagen y sonido. Pero por las complejidades técnicas, y presupuestarias. Lo que nosotros queremos, es que en la medida en la que podamos darles un abanico de lenguajes a las personas, vamos a descubrir sus capacidades; las capacidades están ahí, lo que no somos buenos es descubriéndolas. Y a veces, no es que la persona no es capaz, sino que nosotros no sabemos descubrir esas capacidades. En la medida que tenes un abanico más grande, tenes más chances, es como la red más grande no? , capaz encontras algo; una red más chiquita no. Básicamente es eso lo que hacemos, una vez que la encontramos, potenciarla. Darle puerta para que pueda salir, básicamente es eso, una síntesis de laburo.

E: Muchísimas gracias.

Entrevistada 8. Psiquiatra del Hospital "Ramon Carrillo" con 30 años de antigüedad en la institución. 08/10/15.

E: Básicamente que me cuentes un poco vos cómo viviste la reforma?

Con todos los, con los distintos aspectos digamos?...

E: Si, tu registro de eso.

Bueno yo te cuento un poco, porque hace 30 años que estoy en Bariloche, cuando vine había hecho digamos parte de la especialidad en el Borda. Y cuando yo llegue a Bariloche éramos muy poquitos, yo fui la cuarta psiquiatra acá.

Si, cuando yo llegue estaban o sea de los 3 psiquiatras que habían, dos estaban en el hospital y al poquito tiempo de estar acá entramos como concurrentes con el otro psiquiatra y yo, o sea que ya los 4 psiquiatras que estábamos en Bariloche estábamos en el hospital. Después, bueno estuvimos como concurrentes un tiempo, yo después estuve nombrada también. Y en realidad lo que pasa es que había mucha menos demanda en el hospital en ese momento, entonces bueno más o menos con la poca gente que era alcanzaba. Después ya cada vez era como que había más demanda no cierto? o sea empezó aparecer más pacientes, muchos pacientes psicóticos también, muchos pacientes por consultorio externo. Y se hacían visitas domiciliarias, las hacía una enfermera, Adela, las hacía en su fitito, el hospital le daba vales para nafta y ella hacía las visitas domiciliarias. Y cuando llegó esto, en realidad, o sea ya había más gente en el servicio también, cuando se hizo el cambio de ley, pero lo malo es que se hizo toda una cuestión como política alrededor de esto, en un sentido había como un mal entendimiento de la ley, había una desprofesionalización de la práctica, este... entonces era bastante complicado porque de repente los diagnósticos eran sufrimiento mental. Entonces ya viste? ya no se trabajaba en neurosis, psicosis, perversiones, borderline sino que se diagnosticaba sufrimiento mental, incluso en lo que... nosotros trabajábamos mucho con justicia que traía pacientes que tenían entrada judicial o cuestiones judiciales. Entonces ahí siempre los jueces pedían el diagnóstico, el diagnóstico era fundamental, diagnóstico y pronóstico, no cierto? y bueno si la persona era un sufriente mental era como que no le estábamos diciendo demasiado, a mi toda esa parte no me gusto, toda la desprofesionalización de ese primer momento no me gusto para nada, y después justamente como estaba pasando esto, se armo una, se dividió la provincia, los que estaban a favor y los que estaban en contra de la ley. Y también las cúpulas directivas de salud se dividieron en la provincia, entonces vos tenias por ejemplo, el director de salud pública, de la provincia estaba en contra pero



el director de salud mental era el que había traído esto, y da la casualidad que salud mental está alineado digamos paralelo a salud pública o sea no es que los de salud pública pudieran bajar línea sino que eran dos directrices paralelas, entonces se empezó a armar como una especie de lucha que venía de arriba para abajo y por ejemplo, el director del hospital en ese momento también estaba en contra estaba alineado con el director de salud pública.

E: Quién era en ese momento el director del hospital?

Ay! cómo se llamaba?... Deja después te lo digo. El director de salud pública era Bilosio, y no me acuerdo como se llamaba, lo tengo presente pero no me acuerdo el apellido del que estaba como director. Con lo cual nosotros recibíamos ordenes distintas y contrarias desde salud mental y desde, desde la dirección del hospital, y eso claro nos ponía a todos o sea, había muy mal clima dentro del servicio, yo además estuve en la jefatura del servicio, y toda esta batahola estaba en el medio de mi jefatura. Y bueno, en un momento dado yo dije: yo así no puedo trabajar. Porque estamos trabajando con pacientes y por otro lado esa tensión, toda esa división, entonces renuncié a la jefatura, y a los poquitos días justo llego alguien digamos en nombre de salud mental, venia como a intervenir el servicio una cosa por estilo, pero fue de casualidad olvidate simplemente a mi me parecía que no era, esa parte fue muy complicada, muy complicada, después claro yo creo que ya se estabilizó un poco y lo que a mí me parece interesante es por un lado yo creo que hay que ponerle plata, falta más plata digamos, falta recursos, porque habiendo dispositivos, los pacientes funcionan distintos, entre los pacientes de acá de Camino Abierto por ejemplo hay muchos que yo los conozco de la época que trabaja en el hospital, y verdaderamente a partir de que tienen un dispositivo, es completamente diferente la evolución. También fue un dispositivo que ese nació en salud mental de mi jefatura El Brote, el grupo de teatro El Brote, y de hecho hay pacientes de que a partir que empezaron con El Brote, y después otros que empezaron con camino, y otros que a partir de que se creó camino dejaron de tener brotes o la recurrencias o los brotes han sido mucho menores. Entonces bueno es ahí que el trabajo, este, da sus resultados. Eso por un lado, que mas... te puedo decir, bueno básicamente eso, te diría yo, después hay otras cosas que a mí me parecen que están bien en relación a la ley, por ejemplo no es tanto la 2440 es mas la ley nacional que habla de la curatela como, ayudando a la persona decidir más que diciendo por ella, si bien es un tema que hay que terminar de aceptarlo bien creo yo, porque no es tan fácil, porque a veces les pueden meter el perro y por ahí la persona, bueno no se da cuenta, y por mas que le aconsejen, necesita alguien que directamente decida por ella, lo mismo las internaciones no? que

ahora también con la ley nacional la persona puede decidir, o sea ya no es como antes que nosotros podíamos hacer una internación forzada, no es tan fácil ahora. Justamente la psicosis y todas las enfermedades más graves se caracterizan por falta de conciencia de la enfermedad. Entonces tiene que haber si, una instancia en la cual, bueno llegado a un determinado punto, se tiene que internar y se tiene que internar este de acuerdo o no esté de acuerdo. Así que bueno un poco eso, me parece que habría que revisar ese punto no? que se fue o sea quizás para prevenir el abuso que hubo en el otro sentido, desde los curadores o el abuso en el sentido de de internar más de lo necesario, me parece que nos fuimos al otro extremo.

E: Al otro extremo, claro. Debe dificultar el trabajo no se puede..

No además si no hay conciencia de enfermedad, hay mucha gente que no acepta el tratamiento o que no acepta que necesita una internación, entonces digamos que está dentro de la definición de lo que es esta patología. así que bueno ahí, en esos casos tendría que hacerse de alguna forma por ahí que se hagan falta dos firmas por ejemplo, no sé pero habría que hacer, tener un recurso último en el que uno si la internación hace falta la internación la pueda hacer si o si.

Eso por un lado, otro tema, que yo veo en la implementación también acá en el hospital, a mi me parece que no está funcionando del todo bien en el sentido de que, dicen si no tiene obra social no lo atendemos, este es un hospital público o sea que tiene la obligación de atender a todo el mundo, y por otro lado se puede facturar a la obra social, porque además nosotros estamos bastante restringidos en donde internar, y los sanatorios tampoco los quieren, a los pacientes nuestros, y si tuviera que internar en un sanatorio tampoco me quedo tranquila porque qué se yo un paciente que se yo suicida por ejemplo con intento de suicidio, internarlo en un sanatorio, es muy complicado alguien tendría que poner una persona al lado todo el tiempo porque tampoco tienen digamos las habitaciones o todos los mecanismos necesarios para este tipo de pacientes, así que por empezar los sanatorios muy difícilmente nos aceptan los pacientes, pero si los aceptan estamos todos en riesgo, el paciente, el sanatorio y nosotros, entonces el hospital tendría que ver de qué manera facturarle a las obras sociales y trabajar con la comunidad porque justamente es parte de la idea que trabajen con toda la comunidad no solamente con los que no tienen obra social. Bueno, no sé... básicamente eso.

-E: y contame cuando se implemento la 2440. Mas o menos que registros tenés de como se encaro el tema, como se hablo con la gente que estaba trabajando en el servicio de salud mental, que capacitaciones tuvieron, o cómo fue que..

Sí, bastante pocas las capacitaciones en realidad. El tema era que nosotros teníamos un jefe de servicio en ese momento, vino justamente por esta movida un jefe de servicio, que era de esa tendencia como yo te digo a la desprofesionalización, y no estaba bueno o sea esto de decir que la salud mental, que sé yo si una persona se le había volado las chapas del techo que salud mental tenía que ver por qué se le habían volado las chapas del techo, parece un chiste no? se le volaron las chapas, pero a ver lo decían literal, capaz la cuestión era gestionar conseguirle chapas para el techo o sea la verdad que no es así son cosas diferentes. La enfermedad mental tiene que ver no con eso sino con muchas otras cosas que se estaban desatendiendo, entonces como fue esto digamos bajo una bandera comunitaria no sé que... entonces esa entrada digamos de la ley de salud mental no estuvo bueno, incluso fue lo que hizo que justamente el director que teníamos en ese momento del hospital que como yo te decía estaba en contra de todo esto, lo sacó al jefe de servicio con las dos psicólogas que estaban más cerca de él y los mandó a centros periféricos, lo cual en realidad no está mal, si ellos estaban con este discurso tan comunitario esta bárbaro que estén en centros periféricos pero digamos la idea fue sacarlos del medio además de sacarle la jefatura. Y bueno, la única psiquiatra que había en ese momento en servicio era yo, así que yo tome la jefatura en medio de todo este lío, fue muy complicado, y creo que se fueron las cosas muy extremo, me parece que trabajar en salud mental... hubiera estado bueno que charlemos más, que nos pongamos de acuerdo, porque en definitiva todos queremos lo mismo. Así que bueno, esa primera parte yo creo que fue complicado, yo me alegro ahora que exista Camino Abierto, me parece muy importante.

E: sí, y después a medida que fue avanzando el tiempo qué cosas viste que se fueron implementando de la ley o no, respecto del medicamento, la medicación, qué cambios notaste que tuvieron?

Yo con el hospital, terminé renunciando unos añitos después porque... sí, yo creo que no trabajan bien. Si estos dispositivos no? pero el hospital en si no está trabajando bien, yo creo que es discurso por un lado y por otro lado, es como que los echan a los pacientes. No los quieren, tienen muchos, no lo sé, no se dan maña no se qué pasa, pero no es muy... que echan a los pacientes, echan a los colegas no sé, no está bueno cómo están trabajando.

E: Y muy desarticulado esto, Camino Abierto, con el hospital...

Completamente desarticulado.

E: Ni tampoco con los centros de salud

Eso no sé, pero acá a lo sumo derivan pacientes por ejemplo, eso sí. Pero no es que trabajen en conjunto. Y viene una médica que es Susana López, que ella si realmente la valoro un montonazo porque no se, nosotras ya éramos compañeras desde esa época. y si Susana, esta nombrada por salud pública y viene varios días acá, a Camino está viniendo antes venia solo un día por semana ahora viene varios. Ella si es súper valorable, labura muy bien tanto acá como con el hospital pero digamos en si el servicio como conjunto nunca funciona bien. O sea en los 30 años que hace que yo estoy acá, desde que yo llegué a pesar de que eran poquitos y que daban bastante a basto con la demanda que tenían, pero tenían problemas personales, estaban enojados, estaban peleados, las dos psicólogas y otras que habían en aquel momento en el servicio estaban peleadas entre sí. Así que yo llegue hace 30 años con dos psiquiatras que estaban las dos peleadas, eran 5 en total dos psiquiatras y 3 psicólogas, entonces de las psicólogas una estaba con una psiquiatra y las otras dos estaban con la otra, por eso te digo yo que ya históricamente es problemático, es problemático. Y me da mucha lástima la verdad porque para trabajar estos temas esta bueno cuando uno es compañero digamos.

E: Que se pueda trabajar en equipo, que se pueda apoyarse, construir juntos

Así que bueno, no sé

E: Bueno, más o menos era eso, registrar tu percepción de cómo funciona

Si creo que tienen que poner más fondos, creo. Lo que se está haciendo acá por lo menos en Camino. Se está haciendo bien pero me parece que hacen falta más recursos.

E: Gracias!

No, de nada.

Entrevistada 9. Danzaterapeuta, profesora de yoga y expresión corporal que trabajó muchos años en el hospital y en el centro cultural Camino Abierto.

A mí me encanta la fotografía. Es más, me fascina. En camino abierto hicimos un taller de fotografía nada menos que con Gustavo... no me acuerdo el apellido... que

es un fotógrafo muy capo de acá. Porque la idea era ver qué ven ellos a través una lente, no?

Es muy copado porque ahí ves en un taller de fotografía qué es lo que el otro ve. El pretexto fue la fotografía, el contacto con otro, con un artista que además él se enganchó muchísimo desde lo afectivo a parte les enseñó revelado. Bueno muchos lo disfrutaron y disfrutaban ver su propia producción. Pero lo mío, el pretexto de la fotografía era el ver que ven. Cuál es el foco, qué es lo que les llama la atención, cómo enfocan.

Estuvo buenísimo. La verdad es que lo disfrutamos mucho.

Lo que a mí me llamó mucho la atención cuando comenzaron a trabajar en Camino Abierto los chicos del hospi era como usaban la metáfora de "camino abierto" que decían que más que un camino abierto es un camino cerrado, es una encrucijada. Me llamó mucho la atención cómo esa expresión del nombre "camino abierto" los llevó a pensar en otra cosa ¿no? En la descripción de su situación. Como un camino cerrado, como una "encrucijada". Bueno, creo que tu pregunta venía más por el lado de la desmanicomialización ¿no?

E: sí, sí Desde que empezaste a trabajar en el hospital ¿qué cambios notaste que hubo a partir de la ley 2440? ¿Qué cosas viste que se pudieron implementar, que cosas no?

Yo creo que es un tema difícil en todos lados no? Creo que en la Argentina... creo que para el hombre es un tema muy difícil porque entre cordura y locura además de haber un par de letras nada más es muy delgado el hilo y creo que todos le temen mucho como que todos saben que están ahí al borde del precipicio. Entonces hay una estigmatización sobre esta gente que los aparta. Entonces implementar un sistema que para mí lo que se debería trabajar es en la reinserción de ésta persona y es en lo que trabaje continuamente acá, los chicos de acá los conocen a todos y no por que el barco vaya al hospital si no porque los chicos siempre vinieron acá, a Tante Frida... y la verdad del aporte social de muchos sectores de Bariloche, desde lo social recibí un apoyo incondicional que estaré eternamente agradecida. Lejos de mirarnos con mala cara cuando entrábamos porque además entrábamos con los pacientes como venían del hospi medios sucios y nunca nunca sentí una mirada que pudiera uno sentir que nos apartaban o nos disgregaban. Creo que es eso es lo que los ayuda a ellos. Creo que La 2.440 la desmanicomialización trabaja si hay reinserción, si está "camino abierto" y los chicos no se pueden de alguna manera salir, pero no salir pero no ser

mirados como pacientes no que yo haga una obra de la que fuere me pongo a cantar me pongo a bailar como paciente de salud mental. No. Yo soy un otro o una otra igual que el otro. Entonces yo siempre mi laburo con ellos fue de igual a igual. No vos estas así y yo estoy así. No. Estamos todos y es más, siempre les dije: todos tenemos un grado de locura. Y eso fue lo que me permitió siempre exigirles desde la danza. Ahora quiero hacer un taller de tango con ellos, porque creo absolutamente en este contacto desde el abrazo. Pero creo que en el... no es fácil laburar, porque tenés que... esto de la empatía con el otro... bueno, vos como psicóloga, si no podés tener empatía con tu paciente...es mejor que.... Y creo que siempre es así, el trabajo de tener otro espacio a propósito de la ley y es muy importante el laburo interdisciplinario. Pero la disciplina a propósito del laburo interdisciplinario tiene que ver con un trabajo, con un estudio, con un talento, con algo que tenés. Nadie te puede enseñar a laburar con un paciente de salud mental. Vos podés aprender el discurso lacaniano pero si no tenés algo ahí adentro que te haga vibrar... no, mejor limate las uñas. Y a mí me pareció muchas veces eso no? Como que no hay capacitación para poder hablar de desmanicomialización. O sea, bárbaro, y? que hacemos? Una vez que los sacamos del hospital, después que? No solamente el recurso del espacio sino el recurso humano. Y me parece que no tenemos ni lo uno ni lo otro. Y bueno, en el hospital, a mí en lo particular, siempre fui muy separada porque trabajé muy diferente, o sea, para mí el paciente... yo me llevaba pacientes a mi casa. Y yo creo que además, trabajé 15 años y les debe haber llamado mucho la atención, que pacientes que se brotaban en el hospital con los psiquiatras y con todo el "background" hospitalario, yo me los llevaba y a mí jamás se me brotó un paciente, jamás! Y no s que sea ni bruja ni nada. El paciente se siente seguro, se siente tranquilo y eso es todo. Porque no hay... Asi que por eso... no, para mí no funcionó nada de... en síntesis. No está mal, eh...pero para mí el desafío más grande es que de alguna manera se reinserten. Muchos santitos nunca estuvieron muy bien y uno no va pretender que.... Pero... para mí fue un trabajo agotador y muy solitario pero...en lo personal muy contenta porque muchos sí salieron adelante. Y para mi esa es la desmanicomialización. Que salgan adelante, que vuelvan a laburar. Que vuelvan a tener una familia o la posibilidad de una familia. Que puedan vivir solos! Con un tratamiento, obviamente darle en el clavo con el tema de la pastilla, la cantidad, la droga exacta. Bueno, ya sabemos que no es fácil, pero si todo eso se lograra... No es tan complicado. Creo que lo complicado es, por lo menos la experiencia que yo tengo acá en Bariloche, es la intolerancia del trabajo interdisciplinario. Ya directamente hablamos en esos términos: intolerancia. Y eso significa que hay mucha inseguridad, cada uno está por su...cuidando su mínimo espacio. Y entonces bueno.... El que pagó y el que sigue pagando el pato de todo es

el paciente. Que es un pa-de-ciente. Y también paciente, porque han tenido una paciencia!! Jajja. Y la siguen teniendo, asique sí, son pacientes. Pero padecientes de un sistema. Pero bueno, también hubo muchísima gente que trabajó muy bien. A mí lo que me llamó mucho siempre la atención y que yo a muchos se lo reclamaba era la falta de supervisión. No se supervisa o se supervisa muy allá a las mil y quinientas viste? Supervisar el laburo, claro, supervisar el laburo! Se suicida un paciente.... no vamos a echarnos culpas, pero bueno. No puede hacer una reunión para decir: che, qué pasó el día anterior, cómo lo vimos... Acá no pasó nada, "es parte de la estadística" me han contestado. Che, ayer se ahorco fulano... "No te preocupes, es parte de la estadística". Bueno, a vos te dejaré tranquila esa respuesta pero a mí no! Necesito saber qué pasó. Pero... la verdad.... A mí me gustaría volver, pero en este momento estoy muy cansada, todavía sigo cansada.

E: Desde cuando hasta cuando trabajaste en el hospital?

Yo laburé hasta hace...no, yo me fui hace bastante, me fui hace como 5 años. Y laburé durante 14, 15 años.

E: En qué año entraste a trabajar en el hospital?

Y hace 20 años más o menos. Y... el CEF, el Centro de Educación Física N° 8, yo... había cedido un espacio gratuito dos veces por semana para trabajar con los pacientes. Eh... Y luego, cuando empecé a ver que había un grupo de pacientes que podían trabajar con el grupo mío de yoga, pedí una... como... el parecer de mi grupo de yoga para ver si querían, qué les parecería si algunos pacientes del hospi que estaban bien.... Asique empezaron a ir y eso fue un golazo! Estuvo muy bueno. Y ya cuando vi que estaban todos tranquilos y que era un grupo, verdaderamente un equipo y también siempre con la aceptación de todo el grupo, si podíamos empezar también a incorporar pacientes que no estaban tan estables. Dos o tres pacientes o tal vez cuatro... y así lo hicimos. Asique también un aprendizaje para todos, y ahí no hay una persona que me encuentre en la calle y no tenga un recuerdo tan intenso y tan bello. Esto de poder estar en la vida de los otros no? De una participación sana. Que ese lazo sano anda a saber a esa persona a que rincones de su propia vida lo lleva. Asique éramos un grupo...yo tenía dos, uno a la mañana y otro a la tarde... eso fue una experiencia bellísima. Y muchas veces iba Susana López y Teresa... o sea, los acompañantes no? Los operadores. Teresa y Lidia. Y con eso estuvimos funcionando unos cuantos años, como 7 años más o menos. Yo en el CEF cada vez iba tomando más espacios porque por suerte el CEF tiene un espacio muy grande, muy lindo, tiene un quincho. Asique ahí celebrábamos cumpleaños. Y ahora que me acuerdo, dentro

del hospital y del marco del hospital... había una licenciada María Ester Marteler, la ubicas? Es una psicóloga y escritora. Dio un taller de literatura durante un par de años, alucinante! Yo pensé que iba a ser una amansadora acompañarlo, porque pensé: vamos a leer caperucita roja. Y no, no. Cortázar, Borges y no sabés como tomaban los párrafos y los analizaban y ella como psicóloga la devolución que hacía...era una vez por semana un taller de dos horas, dos horas y media. Espectacular. Y cerramos ese taller con cuentos, producción de los pacientes, con esta devolución de ella como psicóloga. Y además hicimos un trabajo lindísimo que un laburo en la estación de cada uno tenía que elegir ser o periodista o escritor o historiador y elegir lugares para hacer investigación en Bariloche. Entonces algunos pacientes investigaron sobre la historia y las construcciones. No sabes las fotos que sacaban de las construcciones viejas de Bariloche! Yo con otros chicos me fui a hacer un laburo en la estación de tren. Tengo unos recuerdos de ese momento...

E: Y esto es antes de que abriera Camino Abierto?

Si! Mucho antes! Mucho mucho antes. Mucho antes se trabajaba bastante intenso desde la expresión corporal, desde la fotografía, este taller de literatura fascinante! Porque imaginate que es una psicóloga muy importante, muy buena y con esta mirada desde la escritura. Entonces era muy rico! Y cada uno desde el lugar en que estaba y con los recursos que tenía para poder aplicar esto, pero cada... No, fue muy muy top. Después yo estuve laburando dos años en la perrera, que también estuvo bueno ese laburo. Porque en la perrera no es un como si, en la perrera es la verdad! Si no alimentas al cachorro se muere, si no lo curás el perro sufre. Ahí trabaje con cuatro pacientes graves, de esquizofrenia. Una chica que no podía tocar por ejemplo, le llevó segundos poder tocar. Es impresionante esos laburos. Y también quiero volver ahí, a la perrera me gustaría. Pero bueno, no es un laburo que lo descubrí yo, en otras partes del mundo hace siglos que se viene laburando. Pero vos acá hablás de la perrera y te miran como si estuvieras hablándole en chino y qué locura me estas proponiendo!?! Yo la verdad es que cuando a mí se me ocurre llevarlos a la perrera no había leído de antecedentes y experiencias previas en otras partes del mundo. Pero cuando pude y tuve la oportunidad de hacerlo, me encontré tantas experiencias y tan buenas. Pero todo obviamente muy bien implementado. Este bueno... yo a ellos les hice dar a todos no la antirrábica pero... este... como se llama la otra... o sea tuve precauciones para ir. Pero todo en esta cosa tan solitaria no? Esa parte fue muy dura y sobre todo... dura por mí, yo me la banqué, pero sobretodo esto de no caer en tierra fértil. No? Es como si hubiéramos trabajado en el medio del desierto sin una gota de agua nunca... Una mirada del otro muy estéril. El otro no puede producir, el otro no

puede dar fruto... Desde el hospital fue así. Siempre. Y yo sigo teniendo contacto con los chicos porque vamos a la montaña, desde que me fui empezamos a ir a los cerros. Hemos pernoctado en el Frey. Y bueno, se por ellos que van a Camino Abierto porque tienen la posibilidad de la medicación, como que si no van a Camino abierto no tienen la medicación. Pero no es que van: qué bueno porque tengo este espacio, porque tengo un laburo... a ellos les interesaría mucho el tema de la salida laboral. Pero sabés que tengo la sensación por lo que me pasa con ellos... como que se dan cuenta de que no hay algo mas, que no hay algo como una proyección... y ya el paciente la movida no la tiene. Si el otro no lo contagia de algo... Y bueno, todo así... chato... muy....

E: Y contame un poquito de historia si te acordás cuando recién se empezó a hablar de la 2440, como se fue abriendo el juego con la gente, con el personal que ya venía trabajando en el hospital.

Mirá yo te iba a traer un libro que lo compré la otra vez, sobre la desmanicomialización en Rio Negro...

E: El de Cohen.

Si, y la verdad es que me llama mucho la atención, porque yo digo: qué película vio este hombre? Donde estaba? Donde vio todo esto? Porque yo estaba ahí adentro y no lo vi!

Tengo muchas ganas de cruzarme... vive este tipo?

E: Cohen? Si, está en la OPS mostrando como modelo la experiencia rionegrina para el mundo!

Ah! Mirá que topete! Ah, mirá que bien! Estaría buenísimo que nos encontráramos con Cohen, a quien nunca vi, nunca jamás!

Yo después te voy a traer exactamente la fecha, porque llamé a Viedma a propósito de todo lo que estaba sucediendo, vos te enteraste? Hace unos cuantos años, vos no estabas pero no sé si alguien te contó. Hice una no sé si llamarla intervención, pero si hice una denuncia, que obviamente hice saltar la térmica, volaron todos, se pelaron todos los cables de salud mental. A propósito de este tratamiento a los pacientes no? Yo llegué a un momento en que no sabía bien quien estaba más... de qué lado... Y fue una etapa muy muy dura... Cuando se empieza a hablar de desmanicomialización yo obviamente quiero creer que la intención fue buena, pero jamás hablaron de que recursos, en dónde iban a estar. Bueno, listo, los mandaron a los pacientes para

afuera. Eh... por ejemplo, claro, menos mal, muchos recibieron una pensión. Y yo tengo el caso concreto de un paciente que estuvo internado en el hospital, yo lo conocí en el hospital y durante 11 años o más nadie lo fue a visitar, nadie eh? Nadie. Y el paciente empieza a cobrar la pensión y obviamente aparece la hermana a cobrarle la pensión. Y el paciente mismo me dice: mi hermana se la juega en el casino... eh... está mucho mejor él en la casa de la hermana que en el hospital. Hay un... yo creo que la hermana no es una mala persona ni nada pero...esto de nuevo no? No hay un seguimiento de ir a la casa aunque sea una vez por mes no? No digo que fueran todas las semanas. Pero bueno, a ver que está sucediendo con el paciente, que sigue pidiendo plata en la calle.... Y nada, falta de recursos. Y yo te voy a traer algo, de cuando aparece la 2440 una propuesta mía personal, junto con otros psicólogos de acá de Bariloche. Marcela Amor por ejemplo. La ubicas a Marcela? Es una psicóloga que está trabajando muy bien por fuera del hospital pero en su momento ella llega a Bariloche y se interesa mucho por este laburo. Porque además ella es profesora de educación física. Entonces mi laburo le interesó. Entonces trabajamos juntas un par de años y cuando aparece la 2440 presentamos un proyecto. Que por supuesto no dieron pelota porque significaba laburar, significaba un compromiso muy alto en todo sentido y bueno, de plata la retribución no sé como hubiera sido. Bueno, yo siempre laburé ad honorem por ejemplo, siempre. Y... no... ahora por ejemplo el año pasado fui a buscar a un paciente que habían internado en Roca. Y... vos conoces? Como se llamaría eso...? El loquero de Roca? No, no es una vergüenza! Una vergüenza! Todos los pacientes están juntos, no importa qué grado de gravedad. Entonces el que está más o menos ahí adentro termina de enloquecer...porque lo que yo ahí vi... por eso yo digo que yo todavía no cerré la puerta... Porque a mí me quedó pendiente, porque yo fui testigo y no quiero quedarme como testigo muda y por lo tanto cómplice de este sistema. Pero bueno, nada... para hacer algo y qué bueno que estamos hablando de esto... porque por fuera de esto si te interesa podríamos hablar de eso. Pero bueno, nada, yo me llevé al paciente, que se negaban a que me lo llevara... y yo te puedo decir sin exagerar que este paciente en el término de una semana parecía que había envejecido, parecía no, había envejecido 80 años. El deterioro físico y mental fue escalofriante. Cuando él me llama y me dice vení a buscarme porque estoy muy mal yo pensé que como paciente estaba exagerando... Y a él lo dejaban ir a comprar cigarrillos así que cuando llego lo veo salir del kiosco y no lo podía creer. Ahí tomé la decisión más allá de la familia y digo después veo, pero el paciente tiene que irse de acá. Y no lo querían dejar, y le digo no, el paciente entró por voluntad propia asique por voluntad propia se va y... le dije bueno, miren que yo no puedo tomar el micro sino hasta la noche. Si te quieres ir te vas y te vas sin medicación y sin nada. Bravo fue,

muy muy bravo. Me lo lleve pero la verdad es que fue... ese día no me lo voy a olvidar nunca más. De estar con este hombre en un café esperando la hora de salida y mirándolo no lo podía creer lo que estaba viendo, no lo podía creer. Que en tan poco tiempo una persona se deteriorara de tal manera... imaginate toda la medicación, la de este lugar, la del hospital... yo no entiendo cómo pueden hacer esto. Yo he tenido momentos en que he tenido ganas de agarrar a algún psiquiatra abrirle la boca y decirle tomá a ver qué te pasa, cómo es tu experiencia. Este tema de la medicación para mí siempre fue un lugarcito muy jodido, muy jodido. Y ahí es de nuevo que te hablo de supervisión. Quien supervisa esto? La cantidad de medicación que le dan! La cantidad de medicación que le dan!!

E: Y eso ves que haya cambiado en algo con la 2440?

No, eso sigue igual, sigue igual! Sigue exactamente igual o peor! No, no.

Sí, totalmente son chalecos químicos. Pero bueno, esto es acá, en Buenos Aires, andá a saber... en todo el país! Estamos muy lejos de otra cosa. Ahora se encara la ley nacional de la misma manera... sin recursos, totalmente. Y además para mí es re importante que el paciente vea esto que no le sucedió en su familia, nadie lo defendió. No llegó ahí... además de que debe haber tenido pobre mala estrella, que sé yo si creemos en la reencarnación, que se yo no sé... el karma que estará pagando... Anda a saber! Pero yo siempre digo si esta persona tiene que pagar algo, lo está pagando acá en Bariloche pero... con creces! A mí lo que más me llamaba la atención era esta forma tan desmedida e inconsciente de la medicación. Si, fue un tema que a mí... bueno, a mí me cuesta tomar una aspirina no? Pero decía como puede ser que les den tantas cosas? Y nadie se interrogue? Y la cabecita como lo procesa no? Como se desintoxica esta persona? Como dormida como esta, atontada como esta, como puede hacer una terapia si no ha quien ahí?? Como puedo hacerlo mover de ese lugar si lo tengo absolutamente drogado? Absolutamente drogado. Han pasado cosas muy graves en el hospi eh? A propósito de eso... que por fuera... y bueno, todo el mundo tan tranquilo porque imaginate que se tienen que tapar unos a otros... quién tira la primera piedra? Bueno, como todo acá en la Argentina... Y además si tirás la p... bueno, esto que te contaba de mi caso que hice la denuncia en Viedma. No sabes cómo se me vinieron encima! Menos mal que están todos estos del Barco, de Tante Frida... porque aparte negaron que yo tenía algún contacto con los pacientes. Entonces ahí salió Marcelo Parra a decir qué?? A esta mina la veo trabajando hace 15 años con los pacientes! Marcelo Parra el periodista. Y a partir de ahí gente de los diarios... el cordillerano, el mismísimo de Tante Frida, el dueño dice: si los trae acá.

Aparte después pensé yo, peor para ustedes! Que quiere decir? Que Juana de los palotes los secuestra y se los lleva? Entonces el hospital en donde esta que no ve que alguien se lleva pacientes del hospital? Y ahí todo el mundo... o sea que era peor? Que reconocieran que yo si laburaba o que no era nadie y alguien se los llevaba? Donde estaba el hospital entonces?

Y si... si hubo muy buena gente entre los enfermeros del hospital, muy buena gente.

Hicimos otro laburo muy lindo con cuatro... eh... pero bueno, no salió bien... eh.... Alcohólicos, pero ese laburo no salió bien... Con algunos trabajamos bien, tengo lindos recuerdos y me gustaría volver. Pero bueno la 2440 la verdad que no... Si quieres cuando quieras vamos a Roca y vemos la 2440 en funcionamiento! Vemos como NO funciona!

Es tan fuerte la verdad... como viene como una cachetada y uno se siente... bah no es que me sienta... estaba tan sola! No es una sensación...es una verdad así... Y bueno, pero por suerte... este paciente... bueno no salió adelante, está muy grave, porque bueno, está muy grave la familia. Encima claro, es eso no? No se labura con la familia... porque hay que laburar con la familia. Y ya te digo, con mucha gente que es evidente que no... no se hacen terapia muchos psicólogos y psiquiatras que están laburando ahí... Harán mínimamente terapia? No hablo de supervisión eh? Mínimamente... De lo que yo recibía era que me tenían miedo! Y bueno... bravo... todo muy muy muy... menos mal que ya algunos no laburan mas... pero bueno.

E: Mucho de esto no? O estas con ellos o sos el enemigo no?

Si, totalmente. River – Boca! Era así. Sí, mucho miedo. Esa es la síntesis que tengo. Me tenían miedo, les representaba se ve que un enigma. Esta como hace que trabaja con 30 pacientes y labura con los 30... Pero es eso, no hay secretos, somos todos iguales y nos ponemos y laburamos como en una clase de danza, igual. Para mí era igual, y cada uno iba a dar lo que podía pero nunca decir que está loco... Este... y muchísimas cosas... recibí tantos palazos... la verdad es que fue una participación en algunos momentos muy intensa. Entonces queda entre los que participamos, pero con unas experiencias maravillosas. Trabajó Silvia Ricotti, "Pipa", una psiquiatra. Muy buena, también muy arriesgada. Pero tomaba ese riesgo sano no? De ver... si probamos por otro lado? Si reducimos la medicación al máximo y esta reducción la complementamos con una presencia? Y nos íbamos turnando por ejemplo, unas horas una, otras horas otra. A la noche con los enfermeros. Fue un momento que se laburó... fue al principio. Cuando yo entré. Después hubo un problema gravísimo con

uno de los psiquiatras, con Farfán, que estuvo acusado de haber pasado de medicación a un paciente, y tengo entendido que para que no quedara pegado se cambio toda la historia clínica del paciente. Pero bueno, no! La denuncia era... lo que se denunció fue verdad! Y bueno como hubo muchos problemas, ahí en ese momento hubieron muchos que renunciaron. Y bueno, yo recién estaba entrando, no hacía mucho, asique no puedo hablar mucho de ese momento. Pero sí de este trabajo con ella, con Pipa. Después ella se va, yo quedé y seguimos adelante. Pero bueno, nada, no... Una lástima que hubo mucho trabajo que quedó así...

Ah! Y hubo una murga! Mirta trabajó mucho ahí, Mirta y un par de chicas más que no laburan más, que se fueron de Camino Abierto.

E: Nadia Fleitas...

Nadia sí. Y estuvo bueno ese laburo de la murga. El cuerpo es el asiento de la mente, asique si laburás el cuerpo laburás todo.

E: Si, yo vi el trabajo ese con la murga cuando estuve haciendo la rotación en Camino Abierto.

Estuvo bueno ese momento, aparte la murga todo lo que significa de descarga, trabajo social, los tambores, muy tierra, está buenísimo todo ese laburo. Pero bueno, tuvo sus desencuentros y.... Otro que también estaba buenísimo el laburo de él era Matías Ojeda. Un operador muy bueno, muy bueno. Hubieron buenos operadores. Con un trabajo comprometido. Y además un trabajo comprometido, que tenían algo viste? Esto que hablábamos de la empatía, que si no hay... eso es fundamental! Si no está eso no hay nada. Y Teresa también otra operadora muy buena. Como todos, hemos tenido nuestros desencuentros, pero creo que todos nos dábamos cuenta de que estábamos por el paciente y que cada uno laburando lo propio también. Lo suyo no? No es que estábamos ahí de casualidad. Y verlo también exige un grado de conciencia que no todo el mundo lo tiene. Y eso también repercute en el laburo. Así que eso, no mucho más que eso.

E: Bueno, muchas gracias!

Entrevistada 10. Psicóloga de la Provincia de Río Negro desde los inicios de la reforma. 09/10/15

Cuando me vine, que me vine, porque me llamaron a trabajar a mi pueblo, que es Jacobacci, en la parte de educación, me avisan que había una vacante en el hospital de Jacobacci. Que nunca me imagine, porque era un pueblito en ese momento de seis mil habitantes. Así que bueno, presenté mis papeles y me llamaron, en ese momento Hugo Cohen y me cuenta del proyecto y a mi me pareció fascinante. Después de haber visto todo lo que vi en el Borda, yo estaba más que nada en la parte de admisión, donde a los pacientes se los ataba y se los hiper medicaba, se los mandaba a los pabellones y quedaban eternamente internados ahí. Era más un alojamiento que otra cosa. Muy cronificados. Se trabajaba muy poco la parte psicológica y lo familiar nada. Y me gustó, pero le dije: yo esto si no lo veo no lo creo. Así que me mandaron a Bolsón y ahí hice una pasantía de seis meses, y ahí, bueno, me terminé de enamorar del proyecto. Estaba Analía Broide, no sé si la has sentido nombrar?

E: Si, y eso fue en qué año en el Bolsón?

En el año 1992, el último semestre. Porque ya en el '93 empecé a trabajar en el hospital de Jacobacci, que armamos el servicio porque no había nada en Jacobacci y toda la línea. En ese momento se mandaba a todos los pacientes a Allen, al psiquiátrico. Quedaban ahí alojados a la buena de Dios. Y bueno, en Bolsón lo que más me fascinó era todo este trabajo en equipo. Vi todo el proceso de pacientes psicóticos, algunos "linye" armando su casa. Pudiendo trabajar, pudiendo ir a socializarse. Eh... uno era un artista, otra que sabía tejer. Y bueno, vi todo ese proceso y me fascinó. Más el tema de los alcohólicos que bueno, los GIA, no sé si los habrás sentido nombrar, los grupos institucionales de alcoholismo. Qué bueno, estuve también en la conformación del grupo en Lago Puelo y en Bolsón y me gustó mucho la dinámica del no anonimato, de poder hablar del alcoholismo como una enfermedad. Me pareció muy... y en ambientes así...no médicos digamos. Donde se medicaba, si. Pero en realidad iba mucho más allá de la medicación no? La idea es medicar para poder trabajar el síntoma. Pero no para tapanlo y quedarnos tranquilos. Claro. Bueno, estuve seis meses allá y después me mandaron a Jacobacci, donde armamos el servicio. Que estaba yo y un enfermero que me ayudaba y una trabajadora social que trabajábamos juntas y bueno, estuve hasta el '95 y fue sumamente interesante el trabajo. Fue muy muy muy lindo. Con dificultades, con falta de recursos pero bueno, con mucho apoyo de los distintos equipos de la provincia. Supervisaba los casos con

Analía Broide en el Bolsón y también Hugo (Cohen) que permanentemente estaba al teléfono con los casos. Y con los médicos generalistas medicando y... bueno. Muy interesante trabajo. Y en el '95 me vine a Bariloche y ahí cambió bastante mi historia. Venía muy contenta con el trabajo hecho, muy valorizado el trabajo en el pueblo, en las zonas rurales. En los distintos pueblos de la línea sur. Y acá en Bariloche era... siempre fue muuuy difícil. Porque bueno, había una parte que acordaba con la ley y otra parte que no acordaba en el servicio. Y después estaba muy politizado. Como la ley se promulgó en el gobierno de Masachesi, cada vez que había elecciones quedábamos dentro de una interna política... y bueno, la verdad que hubo persecuciones, sumarios, cosas muy muy desagradables. Y bueno, también implementar la ley por las características de Bariloche también era muy difícil. Por lo grande de Bariloche, por lo diverso, en relación también a lo ideológico. Y porque hay intereses creados en relación a los laboratorios, por ejemplo, los primeros congresos que tuvimos, el Nacional de Salud Mental lo auspiciaba La Anónima, para que te des una idea. Ningún laboratorio. Y bueno, falta después de recursos, materiales, humanos, falta de gente formada. Porque bueno, es un proyecto donde uno tiene que poner mucho el cuerpo, porque no es solo la crisis. Si no es qué pasa después de la crisis. Cómo trabajamos con la familia, cómo trabajamos con el barrio. Cómo lo acompañamos para que saque un DNI, como para que consiga un trabajo. Y acá se dificultaba bastante. Igualmente en el '95 asumió un director que estaba totalmente en desacuerdo con el proyecto y a los tres más comprometidos nos exilió, no pudimos entrar al hospital por mucho tiempo. Y ahí empezamos a hacer todo un trabajo... No podíamos atender a pacientes porque el tipo nos inició causas, horrible. Pero empezamos a trabajar en los centros de salud. Como no podíamos atender pacientes empezamos a trabajar toda la parte de prevención en salud y en salud mental en los once centros de salud. Y eso la verdad que fue un proyecto muy muy lindo. Siempre con el DAPA. Con los generalistas trabajamos mucho mejor que con el resto. Había muchas resistencias internas para internación en sala general. En algunas cosas tenían razón y en otras no. Y también se tergiversó mucho toda la interpretación de la ley no? Por ejemplo se decía: no se puede internar en lugares privados. En realidad sí se puede internar pero salud tenía que supervisar el tiempo de internación, para que no sean depósitos. Pero bueno, también yo creo que...yo estuve hasta el 2001 en el proyecto. Después estuve en Italia, en Trieste, donde se originó y ahí también te puedo contar la otra parte que vi. Eh... vos preguntame eh?

E: Dale, seguime contando, yo cualquier cosa te pregunto.

Dale. Y también yo lo que creo es que a partir de los años las patologías cambiaron. Este tema de las adicciones...entonces también me parece que se necesita algunos cambios en relación a eso no? En ese momento lo que más atendíamos era... la ley estaba más dirigida a la parte de psicosis y a la parte de alcoholismo no? esas eran las patologías más graves. Ahora me parece que se ha complejizado bastante. Porque en realidad yo ahora estoy solo en privado pero los casos que llegan son bastante complicados digamos. Han cambiado mucho las patologías sociales, las adicciones. Parece que también... creo Y en ese momento también creo que éramos unos locos de trabajo no? La mayoría no teníamos hijos entonces vivíamos para laburar. Entrábamos a las 8 al hospital y eran las 7 de la tarde y estábamos trabajando. Poníamos nuestros autos, nuestra nafta, nos reuníamos, teníamos reuniones mensuales para ver cómo íbamos en cada lugar. Era todo todo fue muy a pulmón. Que creo que ideológicamente estuvo muy bueno pero las cosas así se sostienen muy poco tiempo también. Si no hay recursos del estado también...

E: Claro, en algún momento tienen que haber políticas fuertes del Estado para que se pueda sostener...

Exactamente, si si. Que no sea solo de salud mental si no de política pública en general no? Porque acá tenemos mucho apoyo de la parte de salud mental y del gobierno de turno también. Pero bueno, después cuando hubo que empezar a financiar el proyecto, poner las casas de medio camino... a ver qué hacíamos con los pacientes judicializados, porque también eso, había muchas internas con la justicia, todo un... unas pulseadas... Entonces pacientes que tendrían que estar en la cárcel, por ejemplo un psicópata...que la única opción es la cárcel, lo mandaban para una internación judicial. Entonces empezamos a tener un montón de alojados, la policía... viste? Hubo cosas que yo también creo que bueno... por la inexperiencia, por los miedos de la gente también, viste? Hay que hacer autocrítica también, nosotros también éramos muy cerrados con todo. Y creo que ya ahora después de tantos años creo que hay otras formas. Eh... pero bueno, Bariloche siempre fue muy difícil. Yo lo que vi por mi experiencia, mas que nada Bolsón, Jacobacci y Acá, que en los pueblos chicos es mucho más fácil, porque lo locos están incluidos. Nadie piensa en mandarlos a un psiquiátrico. Se los atiende entre todos, se los asiste, se lo acompaña. Pero bueno, en la ciudad es como que esto... está mucho más despersonalizado y a lo distinto se lo encierra. Eh...pero bueno, a pesar de eso hubo familias con las que hemos trabajado muy bien, muy muy bien. Yo me sigo cruzando pacientes que tuve durante muchos años y que llevan una vida bien. Con su medicación, pero que tienen un trabajo, que están incluidos socialmente, no? Y bueno, donde te reconocen el



acompañamiento que hiciste, entonces eso para mí... ya uno que haya... cambia la historia. La verdad es que para mí en lo personal fue una bisagra y un cambio de vida en mi vida, en lo personal. Fue muy movilizante esto no? Ver que una persona que en otro momento estaba encerrada y supermedicada, hoy por hoy está integrada u tiene una conciencia de enfermedad, puede ir y aplicarse una inyección mensual y bueno, creo que hoy me parece que no hay seguimiento. Me parece que hay una falla, un déficit muy grande. Porque no hay acompañamiento de los pacientes,. Ni de las familias. Eso fue un poco acá. Y después en el 2001 tuve la posibilidad de irme a Trieste, y como la cuna de la desmanicomialización fue allá, yo iba con toda la incertidumbre y las ganas, Y cuando llegué allá terminé trabajando en un hostel tipo casa de medio camino como operadora en salud mental, porque tenía que hacer reválida del título y me iba a quedar...al final me quedé dos años. Y allá los psicólogos sonpreciados y enseguida conseguí trabajo en ese momento. Y bueno, fue una decepción, porque en realidad era un servicio tercerizado, con todos los lujos que te podés imaginar. Yo estaba con tres pacientes graves, psicóticos. Pero nada de rehabilitación, era mantenerlos, acompañarlos a hacer cosas de la vida cotidiana pero sin tratamiento psicológico ni nada. Y bueno, se me desmoronó. Estuve en un servicio de... como un centro de salud de acá pero de salud mental. Porque yo primero me fui con una pasantía de estudio y después como no me gustó renuncié y me puse a trabajar. Y bueno, la gente venía al psiquiatra y el psicólogo era secretario del psiquiatra. Cuando vi todo eso renuncié. Y también viste? La falta de recursos, de políticas públicas fuertes. Yo creo también de falta de capacitación en los tratamientos. Esto yo también pienso que es comodidad del psicólogo. Esto de decir que los psicóticos los atiende el psiquiatra, que se los medique, esta cosa hegemónica del médico y también cómoda del psicólogo no? Cómoda o desvalorizada. A mí me parece que en esto el trabajo del psicólogo es sumamente importante, todos son importantes pero el psicólogo en relación al trabajo con la familia, conciencia de enfermedad. Las dos cosas el trabajo con el paciente, pero que primero hay que trabajar en conciencia de enfermedad para poder sostener el tratamiento con medicación y terapia. Y con la familia, que es un paquete que si no lo acompañamos no entiende nada. Le decimos: téngalo en su casa, todo el discurso bonito pero si en lo cotidiano no acompañamos.... Así que bueno, ese fue más o menos mí... y desde el 2001 que yo ya en el 2002 volví al país. Y yo ya ahí empecé a trabajar en privado. Lo que sí siempre estuve en contacto porque estuve en un momento como tutora de un... (Interrupción, atiende teléfono a un paciente)...

Este paciente estuvo internado mucho tiempo en La Plata, alcohólico, adicto a la cocaína. Y bueno, estamos haciendo un tratamiento hace 3 años. Con la madre y con algunos amigos. Está pudiendo vivir solo en su casa, laburando. Pero viste? La forma es estar y atenderle el teléfono las veces que necesita, armando la red. No es en el consultorio solo esperando que llegue e interpretando. Esa es la diferencia de modelo, sí? Más allá de que uno en el encuadre, mi formación es psicoanalítica, en la universidad hice una maestría en psicoanálisis también e hice sistémica en Trieste. Más allá de la interpretación que uno tenga pero el acompañamiento es este. No es detrás de un escritorio en el consultorio.

E: Claro, es estar ahí, poner el cuerpo.

Sí, que yo creo que muchas veces no se da. Porque viste que la universidad nos forma para esto, para la interpretación... y con algunos pacientes lo podés hacer. Con estos no. Hay que poner el cuerpo.

E: No, claro. Ahí hay un tema en la formación del psicólogo.

Te decía que a partir del 2003 que volví empecé en privado porque me di cuenta de que al hospital no quería volver porque el último tiempo fue ya muy desgastante. Porque en realidad era cambiar cabezas que no cambian... Y yo me di cuenta también de que me venía muy cargada a casa... viste? Que me la pasaba muy frustrada. Y ahí me di cuenta de que el hospital ya había sido... y ahí empecé a trabajar en el consultorio. Pero después me llamaron, como había trabajado tanto tiempo en los centros de salud, para ser tutora en un posgrado de salud comunitaria. Entonces por 4 años estuve trabajando en eso. Que fue fantástico también porque la gente del DAPA principalmente, en ese momento en que estuvimos exiliados del hospital y todo nos hicimos sumamente compinches y trabajamos muy bien. Así que... hicimos la réplica también del trabajo nuestro, por ejemplo, el trabajo en equipo que teníamos en esa época era excelente. Porque en realidad teníamos reuniones mensuales o cada dos meses y trabajábamos viste? Los psicólogos, los operadores en salud mental, los psiquiatras, los coordinadores GIA... Trabajábamos sobre intervención en crisis y los roles independientes también. Y cuando fuimos a los centros de salud nosotros nos dimos cuenta que de los 11 centros de salud que había en ese momento, que ahora hay bastantes más. Todos tenían una modalidad de laburo espectacular, pero ninguno sabía qué hacía el otro. Y depende el barrio tenían una forma de laburo distinta. Como que apuntaban a la particularidad de la gente. Que eso también tenía mucho que ver con lo nuestro. Entonces se nos ocurrió inventar, que hasta ahora está, las reuniones DAPA, eran unas jornadas en las que cada centro de salud en ese momento

presentaba lo que hacía, y después fuimos haciendo por temas. Muy interesante fue ese laburo. Muy lindo. Pero preguntame, porque te hice una mezcla bárbara!

E: No, buenísimo, la parte que más me interesaba era esta. El recorrido histórico. Muchas de las personas que entrevisté eran más nuevas en el hospital entonces me contaron más de cómo funciona ahora y el último tiempo... me faltaba un poco más este recorrido por los inicios y el proceso de reforma.

E: El tema de la medicación, ves que haya cambiado desde que se implementó la 2440 hasta ahora?

No sé ahora que está pasando en realidad. Pero en ese momento había muy pocos psiquiatras, ahora también, y en realidad nos manejábamos mucho con los médicos generalistas. Que para mí, te soy sincera, me es mucho más fácil comunicarme con los generalistas que con los psiquiatras. No todos, pero la mayoría medican el síntoma, hacen tratamientos paralelos. Yo con la que más trabajo es con la que trabajé en el hospital, que ahora también trabaja en privado. Pero después tengo muchas dificultades, porque yo soy Juana metereta, quiero saber qué medicación le dan, ya a esta altura puedo opinar acerca de que necesita un paciente y bueno, algunos se lo bancan y otros no se lo bancan. En ese momento teníamos como un esquema de medicación de intervención en crisis. Cuando aparecía un paciente con una crisis psicótica teníamos un esquema, en toda la provincia. Y la verdad es que fusionaba bien, lo que pasa es que con la falta de psiquiatra muchas veces nos llamaban e íbamos bajando la medicación en función de lo que nos decía el médico. Viste? Pero, nunca pasó nada. Salvo la vez que nos quisieron hacer bolsa: No, los psicólogos medican... Eh...pero bien, después de haber estado en el Borda en las admisiones con los horrores que vi... Ver que a un paciente psicótico se lo medicara con un antipsicótico o con un tranquilizante mayor, pero después le iban bajando la dosis en función de cómo estaba y el paciente estaba compensado y podía llevar una vida más o menos normal. Para mí fue maravilloso. Pero bueno, obviamente, después algunos no querían medicar, de los médicos generalistas... No, en general los generalistas tenían buena onda... los clínicos... viste? En lugares más grandes donde todo está mucho más compartimentizado y también la medicina, que tenés servicio de clínica médica, ginecología viste? Todas las partecitas... es más complicado. En los lugares chicos, el generalista como tiene que hacer de todo, si o si lo hacía, y si necesitaba que alguien lo supervise llamábamos a la psiquiatra, Analía, que ahora no está, falleció hace unos años... ella fue...a ella si la hubieses entrevistado hubiera sido magnífico. Porque ella empezó a hacer salud mental en la época del gobierno militar

haciéndose pasar por ginecóloga, interesantísimo todo el laburo que ha hecho. Una psicoanalista de Buenos Aires que se vino al Bolsón. Todo su recorrido fue maravilloso y se murió dando un curso de salud mental. Para mí fue mi gran maestra. Y bueno, la llamábamos a ella, ella nos daba indicaciones y así nos manejábamos. Y nunca se nos murió ningún paciente, nunca... viste? Igual estábamos re atentos, teníamos un paciente y lo íbamos a ver cuatro veces al día, estando en Jacobacci. Porque... había que verlo! Vivíamos para eso, no sé si está bien o está mal... la pasión viste... también tiene un límite pero realmente el compromiso era muy grande. Que yo creo eso ha cambiado. Que la disponibilidad de la gente aunque sea recién recibida no es mucha. Y yo creo que para aprender uno tiene que entregarse no? Si no circula el deseo y uno se entrega a eso no hay posibilidad de otra cosa. De aprender o de transitar un proceso.... Y después obviamente con autocrítica. Yo te digo a esta altura tengo varias autocríticas que las he hecho con Hugo y con otros compañeros, pero bueno, con algunos las podemos trabajar y con otros no. Pero en su momento... yo creo que igualmente yo lo sigo eligiendo al proyecto, con todos los déficit que tiene. Pero no solamente la implementación si no el cambio de mentalidad en relación a la locura. Eso es lo que a mí más me impactó. Esto. Que un paciente según la mirada de uno tenga un pronóstico u otro me parece increíble, qué se yo! No sé... Yo ahora tengo un paciente bipolar que lo veo desde el '95 en el hospital y desde el '96 en el consultorio. Son pacientes para toda la vida... Y hace una vida normal y tiene un trabajo de análisis espectacular y hace actividad de riesgo.. Porque es guía de montaña y bueno y lo veo como cualquier persona, haciendo una vida común. Con conciencia de enfermedad, tomando su medicación. Antes se quedaban internados de por vida! No?

Y cuando uno sale de la facultad primero decía no, paciente psicótico ni loca! Y en el consultorio también pensaba en los trastornos del ánimo y... depende de la mirada de uno... hay que trabajar en red, hay que trabajar con la familia, con los amigos. Hay que tener señales de alerta, hay que tener disponibilidad. Pero bueno, en ese sentido para mí fue muy importante, porque ya te digo, no es solamente el proyecto y la parte institucional, sino el cambio de paradigma no?

E: Claro, y respecto al tema de la capacitación de personal, como se fue dando en la reforma...

Si, en ese momento tuvimos reuniones de equipo. Y si, eran supervisiones y capacitaciones. Venía gente de Buenos Aires. Por ejemplo todo el tema de la ley estuvo inspirado por Zafaronni y él nos acompañó mucho en lo legal. Emiliano Galende, hubo gente así viste... Otra obviamente que no, porque bueno, qué se yo,

los psicoanalistas ortodoxos no acordaban... Y también creo que tiene que ver mucho... en ese momento si tuvimos mucho acompañamiento porque era todo nuevo, pero yo creo que tiene que ver mucho con lo personal. El estado no nos puede dar todo, las capacitaciones siempre costaron, cuestan y me parece que tiene mucho que ver con lo personal no? Y esto, darte cuenta de que hay que formarse en todo no? En la clínica, en esto de lo comunitario, social, no? Yo por ejemplo aprendí muchísimo en toda la parte de intervención comunitaria con los trabajadores sociales. Es más mis mejores amigas son trabajadoras sociales. Son increíbles en todo el tema de abordaje, llegada a un domicilio... Pero eso también es muy personal. Si uno se cierra y viene con el librito de Amorrortu de Lacan abajo del brazo y cree que uno tiene el saber, obviamente que no va a alcanzar. Pero yo creo que esto, el trabajar con otros, lecturas, bueno posgrados... Yo también estudié psicología social, que en ese momento estaba re criticada. Pero a mí en toda la parte grupal me sirvió. Hice unos años nomás, no me recibí. Pero creo que es la búsqueda de cada uno. Si vos te cerrás a que el saber está dado por el psicoanálisis, descartas todo lo otro y te puedo asegurar que con la formación que tenemos en la facultad no durás dos días en el hospital. O vivís criticando el proyecto o vivís en un consultorio con tres pacientes viste? Es así. Eh... Y también si vos te metés en el proyecto y decís: "todo lo otro no sirve", me parece una aberración porque... yo creo que la mirada de un paciente desde el psicoanálisis es muy interesante, pero bueno, depende como uno lo practique al psicoanálisis, hay muchos psicoanalistas muy ortodoxos y hay otros... Porque yo todo mi análisis siempre fue psicoanalítico. Diez años allá y acá llevo como trece, pero son tipos que vos le hablas de esto y entienden, no se cierran, que pueden tener una mirada así que yo me doy cuenta de que hay cosas que no las saben, pero que no sancionan. Se pueden dar cuenta de que ellos no transitaron por eso no? Entonces digo también es depende de las miradas y depende de cada persona.

E: Si, la apertura a aprender de otros...

Exactamente! Y darte cuenta de que el psicoanálisis como nos lo enseñaron no resuelve! Hay pacientes que tenés que ir más allá, que te tenés que animar a otra cosa! Que te tenés que correr del escritorio o el diván. Y hay otros que podés hacer diván y es fantástico. Yo tengo diván y tengo dos sillones y si tengo que acompañar a un paciente... Ahora tengo este que quiere ir a un grupo de alcohólicos pero no se anima, a lo mejor lo voy a acompañar y no pasa nada! No? Y el encuadre es el mismo, o sea... no tiene que ver con una teoría, tiene que ver con una posición en relación a la mirada del sufrimiento del otro. Desde dónde uno puede acompañar para que el otro pueda tener mejor calidad de vida. De eso se trata!

E: Bueno, que interesante todo lo que contás.

Se nota que soy una apasionada no?

E: Si, y contagias un poco esa pasión!

Esto a mi es una pasión el consultorio, los pacientes, es así. Gratificante también. Gente que está tomada por un montón de imposibilidades y de síntomas y ver que los podés ayudar a abrir alguna ventanita para que tenga otra calidad de vida... es fantástico! Pero bueno, tiene mucho que ver la posición personal y desde dónde ya te digo... uno lleva adelante el trabajo. Esto te puede pasar en una institución, te puede pasar en el privado. Yo siempre pensé que iba a terminar en lugares públicos porque siempre me gustó trabajar con los sectores más desiguales, más... Pero... Y ahora con el paso de los años y uno va creciendo por suerte y se da cuenta de otras cosas... me di cuenta de que el sufrimiento está en todos lados y que uno puede tener un abordaje muy piola con pacientes que pueden pagar una obra social y con otros que también te pagan pero te pagan cuando pueden. Entonces yo en el consultorio tengo muy muy variado. Y es maravilloso. Depende de la mirada que uno tenga se puede trabajar en el privado y también con las instituciones. Y es el día de hoy que los casos de violencia de género que también laburamos mucho acá armamos grupos y fue sumamente interesante ese grupo.. Eh durante bastantes años y que hasta hace poco estaba. Yo trabajo con la gente del poder judicial, levanto el teléfono: chicas miren, tengo un caso... Desde el consultorio privado. Y ellas también cuando necesitan saben que yo estoy... Y sigo viajando a Jacobacci porque hago consultorio allá también hace 10 años y también hay un grupo de mujeres que las apoyo. La forma de laburo mío siempre es en función a poder también hacer movidas afuera digamos no? Y esto... a que la sociedad también se implique en la problemática de ese momento. Qué sé yo si es la violencia de género que tenga una visión no feminista y no de que las mujeres somos todas víctimas sino de esto, de que es un problema, de que hay que sancionar, que si no trabajamos la posición de la mujer en relación a la violencia nada cambia. No? Y que para llegar a una denuncia muchas veces se tarda mucho tiempo y que la mujer decide cuándo. No nosotros. Esta cosa también que en las instituciones yo también me enojaba... de ser tan paternalistas viste? Tan paternalistas que terminamos dejando a la gente sin derechos. La gente elige cuando. Nosotros no somos quienes para ir y decirles: No, porque usted tiene que denunciar. Sí, pero lo va a hacer cuando pueda y cuando usted decida. Y te puedo asegurar que te lleva mucho más tiempo, te frustra. Pero cuando lo hace, las decisiones que toma

son mucho más sólidas porque son decisiones que están trabajadas. No es mi decir, es el decir del otro no?

E: Bueno, muchísimas gracias.