

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales

Escuela de Trabajo Social

ANEXOS

Autora: Roa, Maisa Alfonsina

Directora: Lic. Bovino, Betina

Rosario, Junio 2019

ENTREVISTAS

Entrevistad@ 1

1. **Desde el Trabajo Social ¿Cuál es tu concepción sobre la Salud Mental?**

La salud mental es un padecimiento, es un sufrimiento, eso por un lado, yo lo veo y estoy de acuerdo también con la definición de lo que es la ley, lo que plantea la ley de salud mental en relación a la salud mental, si lo entiendo como un sufrimiento, siempre pienso que el padecimiento que es? es sufrir, y después en la práctica uno puede verlo, y puede tener en la medida que va conociendo a las personas que hacen tratamientos y qué bueno que vienen acá, o personas que han estado en internación o que hacen tratamiento ambulatorio un poco lo que observas es eso, el sufrimiento que hay detrás de una enfermedad, que no tiene que ver con una cuestión, no se circunscribe a una cuestión clínica, a un padecimiento mas físico o mental, sino que detrás de todo eso hay un montón de otras cuestiones que se conjugan para que bueno en algún momento de la vida de una persona tenga que atravesar por este estado, por otro lado concibo a la salud mental como un derecho, un derecho que tienen que garantizar, un derecho social, que debe ser garantizado por el Estado, mas en estos contextos en que estamos viviendo, en que lo derechos están corriendo serios riesgos, es cuando más hay que sostener la defensa de la salud pública en general y de la salud mental en particular, sobre todo porque a la hora de haber recortes siempre el recorte por el lado de las políticas estatales, van dirigidos me parece a mí, a los sectores más vulnerables, a los sectores mas desafilados, como es el caso de la salud mental, como es el caso de las personas privadas de su libertad, como es la niñez, en fin, me parece que siempre va dirigido el recorte hacia estos sectores poblacionales que más padecen y en estos momentos de crisis de las políticas y de crisis del estado, hay que tomarlo con mucha preocupación y responsabilidad, porque uno está trabajando en estos lugares que dependen del Estado y es cuando más uno tiene que posicionarse y defender desde su lugar este derecho, como trabajador, como trabajador pero bueno pensando en las poblaciones vulnerable con las que nos toca trabajar, y esto, creo que la salud mental no tiene que ver solo con un derecho solo, sino que responde a un montón de otros componentes, sociales, culturales, que los atraviesan digamos.

2. ¿Cuál es la función o aporte del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental?

Yo pienso que el aporte se puede hacer siempre pensándose dentro de una institución, de acuerdo también a la institución a donde te toque trabajar el aporte imagino que es diferente, en particular el aporte del trabajo social dentro de los que es la salud mental lo pienso siempre en equipo, trato de pensarme o concebir el trabajo en un marco, que lo determina no solo mi especificidad , no lo determina solo la especificidad del trabajo social, sino que es parte de un todo, que tiene que ver con otras disciplinas, el aporte que esas disciplinas tengan para hacer, a lo que es la salud mental y ese aporte va a depender de la individualidad de esa persona, de las características de esa persona, de su historia, de su realidad, y pensándose en un marco de trabajo más amplio, que tiene que ver con el trabajo que uno haga con otros, a veces son aportes que parecen ser simples en un primer momento, por ejemplo bueno una persona que no tiene documento, bueno acompañas a esa persona en la gestión de ese documento, que tiene que ver con su derecho a la identidad, y bueno, se resuelve esa cuestión, pero después a veces lo que pasa es que esa acción concreta de tramitar un documento abre muchas otras puertas por las que uno puede entrar para poder abordar otras cuestiones que no tiene que ver solo con la tramitación del documento. No sé que aporte, creo que el aporte tiene que ver con el aportar a garantizar , igual creo que no es privativo del trabajo social, creo que todos aportamos a lo mismo que tienen que ver o lo vinculo a los derechos, a acercar o facilitar algunos procesos para que la persona acceda a lo que está adquiriendo. (…) en los consultorios externos tiene la modalidad de trabajo adentro del consultorio, por parte del psiquiatra, por parte del psicólogo, muchas veces el trabajo social queda a un costado, bueno de hecho acá estamos en una oficina, un consultorio, pero solo tenemos posibilidad de trabajar con los pacientes si se da esto de armar un trabajo con otro, y eso no los decide el trabajo social, lo define el psiquiatra, porque el paciente cuando llega viene un busca de un psiquiatra, y un poco queda a criterio del psiquiatra si decide pedir o dar intervención a trabajo social y plantearse un trabajo más en equipo, que sucede poco, a ver, yo trabajo con los psiquiatras, puedo hacerlo, pero no con todos se trabaja de la misma manera, hay psiquiatras que deciden no buscar, no acercarse a trabajo social para armar un trabajo más integral, lo ideal es que si, que esto pueda ser posible, que el psiquiatra cuando evalúa que hay alguna situación que se requiere de las intervenciones de otras profesiones, que te venga a buscar, que te plantee

la situación y ahí empezamos a pensar en posibles estrategias con esta persona, pero no siempre ocurre eso. Lo que recuerdo de mis paso por la internación, y de haber trabajado allá me parece que a veces, algunos psiquiatras son más rígidos en dar permisos, lo que me pasaba a mi misma era preguntarme a mi misma quien soy yo, hasta que punto yo tengo cierto poder como para decidir si una persona tiene que salir o no tienen que salir, a ver no le voy a dar permiso a una persona, es evaluar cada situación, hay personas que realmente no pueden salir solas, porque ya están corriendo riesgos desde que salen a la verdad, porque son personas que históricamente están internadas acá, que hace veinte años que están acá adentro, hacer veinte años que no salen a la vereda. Vos de repente te encontras con una persona que hace veinte años no sale a la calle, yo no voy a hacer tan irresponsable de decirle bueno si, anda a dar una vuelta, porque sé que sale a la calle y va a correr riesgos, hacerlo con responsabilidad, pero con un límite, ser flexible también, no por miedo a que o por desconfianza, creo hay que confiar en las personas con las cuales estamos trabajando. A veces me generaba un poco de malestar esto de bueno no te doy un permiso de salida, ¿Por qué no? Por eso digo ser cuidadosos en algunas situaciones pero en otras ser flexibles, y si el trabajador social también puede dar permisos, si tiene criterio para hacerlo, si conoce la situación, porque no podría dar un permiso.

3. En los equipos ¿Se trabaja interdisciplinariamente? ¿Existen dificultades para abordar las situaciones de manera integral?

No es imposible, se puede hacer, es posible poder hacerlo, pero no es en el mayor porcentaje, no ocurre, generalmente lo más común es que el psiquiatra le diga al paciente que si necesitas tramitar un documento o una pensión se acerque a trabajo social, pero no es el modo, pero también esta tan instalado que es muy difícil desterrar esa forma de trabajar, hay paciente que a lo mejor no requiere, porque no toda la población de paciente que viene a este hospital y hacen tratamiento ambulatorio requieren del trabajo social pero cuando es necesario sí, lo mejor es que sea en interdisciplina, ni hablar.

4. ¿Cómo es concebido el usuario, sujeto de intervención? ¿Qué lugar se le da en el tratamiento?

En relación concreta a la medicación me parece que mucha posibilidad de elegir no tiene, una medicación no define un tratamiento pero es parte, acá creo que no hay

ningún paciente que se atienda con un psiquiatra y no reciba una medicación, en mayor medida la reciben, no sé si el paciente elige, yo no veo que el paciente elija que medicación va a tomar, a veces pasa que algún paciente de niega o rechazan la ingesta de la medicación, pero bueno ese será otro tema que lo tiene que abordar el psiquiatra con su paciente, pero si me parece que la idea es que tenga participación, que tenga decisión, que pueda elegir que quiere, y que eso que la persona tiene para decir sea escuchado por parte de los equipos, me parece que es fundamental escuchar la opinión de la persona que viene acá en busca de un tratamiento. Además, en lo especifico del trabajo social, por ejemplo si te viene una persona a plantearte que no tiene trabajo, que no tiene ingresos, si tranquilamente uno si quiere puede, no son muchas las ofertas que uno le puede hacer, por lo que te comentaba al principio, los recortes de presupuesto, de que siempre todo recursos es escaso, insuficiente, eso es un obstáculo, pero digo no decidir por ellos, fundamentalmente tenes que escuchar a esa persona, saber cuáles son sus intereses, sus necesidades, eso lo podes saber a partir de que lo escuchar, de que hablas, de que tenes entrevistas con esa persona y la conoces y en función de eso definir qué estrategia o que recursos podes proponer a esa persona, no es una cuestión automática, hay que escuchar a esa persona, ver para que se siente preparado, para se siente dispuesto a hacer, hasta donde puede, hasta donde no, básicamente tenes que conocer la realidad de esa persona, las posibilidades y en función de eso veras le podes ofrecer algún recursos, pero siempre es a partir de escucharlo y de tenerlo en cuenta, sino cualquier propuesta que una le proponga se cae.

5. ¿Qué importancia tiene para el tratamiento abordar al sujeto en su totalidad, con su familia, barrio, comunidad?

Sí, eso sería lo ideal, también es una situación ideal, que tiene que ver con la forma de trabajar, ósea lo que uno espera es no trabajar solo con la persona, sino que si se hacer necesario lo ideal es poder abrir y permitir, y poder integrar incluir a las familias en los tratamiento, cosa que no sucede en la realidad, en la práctica, al menos con la población con que yo eh trabajado digamos, por supuesto trabajar con el territorio también, que también es muy difícil, que es lo que tenemos que hacer, lo que pasa es que para poder plantearse ese trabajo de esa forma tienen que darse muchas cosas, el equipo entero tiene que querer trabajar de esa forma, y a veces eso no pasa, y a veces lo intentas y no es tan fácil como uno quisiera, todo es complicado, nada es fácil, nada es tan simple, querer incluir a la familia y a veces no hay familia, o la familia que hay no le

interesa, no quieren saber ya nada con estas personas, apoyan muy poco, no cualquiera está preparado para lidiar con la locura del otro, digo hablando y pensando en las familia. Muchas personas terminan sintiéndose sola.

6. ¿Qué estrategias se piensan para fortalecer los lazos con el exterior?

Trabajo interinstitucional, ósea, se hace, yo lo hago, si, en relación a gestión de recursos, en relación a acercarle a esa persona el acceso a una salud mas integral, que pueda a cercarse al centro de salud del barrio, se intenta, se trata de hacer, la redes del barrio generalmente es el centro de salud, no hay tampoco mucho para buscar en un barrio, un centro comunitario a lo sumo, caritas pero es para hacer trabajos muy concretos, muy específicos, pero me parece que hoy por hoy la institución de referencia en los barrios es el centro de salud, o los CCB, pero más vinculado a la salud el trabajo más fuerte es con los centros de salud, se intenta a veces no es fácil, es posible generar un trabajo. El trabajo que se hace acá es de mucho seguimiento, yo lo que veo, lo vivo es también esto, no sé si está bien o está mal, pero acá y esto no es tirar flores, bueno pero uno tampoco puede tirar todo el tiempo pálidas a la institución en donde trabaja, pero creo que acá hacemos un trabajo con mucho esfuerzo, digo las persona no son cosas, no son números para mí por lo menos, creo que para mis compañero tampoco, o la gran mayoría de mis compañeros, acá las personas son personas y se las trata como tales, y a veces se da esta cuestión de familiaridad con los pacientes, que ya te digo no sé si está bien o está mal, pero esas personas que se atienden acá, saben que si golpean la puerta, a veces uno se desbordas, pero saben que no le vas a cerrar la puerta en la cara, existe esta cuestión de la cercanía, que saben que si necesitan un turno o necesitan hablar van a golpear la puerta y vos le vas a dar un turno, y no le vas a dar un turno de acá a un mes, a lo mejor se lo resolves en la misma semana, en el mismo momento o a lo sumo a la semana siguiente, y hay una cuestión ahí de mucho seguimiento, a veces para nada, porque vos decís para que viene Alejando a buscarme una vez por semana, que a veces lo hablo con algunas compañeras de acá, si después cuando charlamos no hay una demanda concreta, pero sabes cuál es la demanda? Sentarse a que alguien lo escuche, y simplemente eso que alguien lo escuche en lo que tenga que decir o pedir y bueno ya esta, y a lo mejor con esa sola intervención que vos haces, recibiendo a esa persona que ya sabes que no te va a venir a hacer una demanda concreta, pero la demanda es que lo escuches, ser escuchado y a lo mejor eso solo ya lo alivia, pero que no se si pasa en los centros de salud, digo en relación a los especifico de los paciente de

salud mental, no hablo del resto en los centros de salud, también me parece que hay como resistencias por parte de los trabajadores del centro de salud a trabajar con los usuarios de salud mental, tal vez no se le puede brindar la atención que estas personas necesitan en un centro de salud, por eso creo que la especificidad de este lugar que no la vas a encontrar en otro espacio dentro de lo es la salud. Es fundamental que la persona no solo acceda a una atención en su salud mental, sino abrir a la salud en general, y a otras cuestiones que aparezcan, relacionadas a lo cultural, a lo laboral, a lo familiar.

7. ¿Cuáles son las herramientas y técnicas que utilizas cotidianamente?

Sí, las entrevistas, es un recursos fundamental, que es lo que te permite poder pensar tu trabajo, siempre a partir del dialogo, de escuchar al otro, de decir también, las reuniones de equipos. (…) Mira visitas domiciliarias no se hacen muchas, lo cotidiano son las entrevistas, elaboración de informes para otras instituciones, el armado del informe te requiere más o menos tiempo en función de a dónde vas a mandar ese informe, para que quieren ese informe, a veces te matas elaborando un informe y tenes que leer la historia clínica, es fundamental conocer la historia de la persona pera elaborar un informe, que a veces te lleva mucho tiempo, a veces poco tiempo, depende si se trata de un pedido de una tarjeta ciudadana, o tenes que pedir un subsidio, las reuniones de quipo, que eso también viene complicado, porque tenes que ponerte de acuerdo con tus compañeros, coincidir los horarios, los días , mucha salida afuera a gestionar cosas, eso también es una práctica que la hago, no tengo organizado un día de salida para ir a determinadas instituciones, lo manejo en función de lo que aparezca, de la demanda, y de lo que surja, trato de ir resolviendo en la semana, salgo bastante afuera, a la oficina de tarjeta ciudadana, es un recurso que uso mucho, eso pido siempre, ir a PAMI, subsidios no pido con mucha frecuencia, pensiones, el trabajador social sale mucho, yo salgo a hacer estas cosas, son pasos previos que es el armado el informe, las entrevistas, y una vez que tenes eso armado vas a presentar estos informes, eso es lo que más hago, mas utilizo.

8. ¿Qué significado tiene para el Trabajo Social la Visita Domiciliaria?

Mira, si es un recurso, es importante, pero no tengo mucha practica de hacer visitas domiciliarias, porque tal vez no ha sido necesario, que se yo, por ahí más que nada yo trabajo con personas que viven en pensiones, que viven en la calle, personas en situación de calle no hay muchas pero hay, personas que viven en pensiones hay,

tenemos muchos pacientes que son usuarios de pensiones, también me parece que la visita se tiene que pensar en función de la necesidad, y en el marco de un trabajo en equipo, de un trabajo con otros, por ejemplo si hay un paciente que falleció la madre en el mes de enero, una persona que dependía, una persona con una autonomía limitada, pero autónoma al fin, tiene sus limitaciones, y mientras vivió su mama el vivió bajo el ala y el cuidado de esa mama, y al quedarse solo en esa casa, claro no sabíamos en qué condiciones estaba esa casa y ahí si fue necesario e importante hacer una visita, con el acompañante terapéutico, y conocer un poco el estado de situación en el que está viviendo, es importante y necesario depende cada situación y depende que momento de la vida de esa persona, que se yo, a veces hay un paciente vino con el pedido de que una compañera del Centro Cultural Gomecito, que es psicóloga, que es parte del equipo y yo, vayamos a hacer una visita a la pensión en donde él vive, y fue un pedido de él, y lo hicimos, fuimos a conocer el lugar en donde vivía, para la persona es importante, pero a lo mejor no para todas las personas o no todos quieren que uno vaya a la casa, pero en la medida es que es necesario se hace, pero como te digo no es una práctica cotidiana de acá, mía en particular, en función de la situación se hace o no se hace.

9. ¿Cuáles son los procedimientos antes, durante y después de una visita? ¿Existen dificultades?

Sí, el acuerdo, no le voy a caer a una persona sin avisarle previamente, generalmente se pacta, por lo menos uno lo acuerdo, esto que vos preguntabas si se tiene en cuenta a la persona, al paciente en el marco del tratamiento y si, esto es parte del tratamiento, pensar en una visita domiciliaria la haces previo acuerdo con la persona el familiar, para que sepa que vas a ir, si me parece que eso es importante el antes, y bueno durante sale como, teniendo en cuanta para que voy a hacer una visita, porque hacer una visita por hacerla, no le veo el sentido, si tiene un sentido perfecto.

-¿Y después se redacta el informe?

Yo lo que hago acá, no redacto informe, excepto que haya tenido que ir a hacer una visita porque de tal lugar te están pidiendo un informe de cuál es la situación en la vivienda de una persona, pero tampoco pasa eso, nadie, ninguna otra institución hace ese tipo de pedido, a lo que es acá, a trabajo social, creo que no es un requerimiento de los tramites, ni de las gestiones que uno hace cotidianamente un pedido de informe de una visita domiciliaria.

-¿Pero se registra en la historia clínica?

Sí, eso te iba a decir, registrar en historia clínica como todas las practicas y las entrevistas que tenes y las gestiones que haces, eso sí se registra en la historia clínica.

10. En el CRSM, ¿la Visita Domiciliaria es una técnica utilizada solo por los Trabajadores Sociales?

No, acá excepto que sea a pedido, que genere el mismo trabajador social, que le proponga al psiquiatra hagamos una vista juntos, sino no es una práctica que vaya a hacer el psiquiatra, excepto que sea un pedido o si un consenso entre el equipo, como para que esa visita se haga conjuntamente, pero siempre me parece que seria a propuesta del trabajador social que sea con otra compañía y no uno solo.

11. ¿Cuáles fueron los cambios más significativos que sucedieron a partir de la nueva ley N°26.657?

Cambios más significativos? Ay a ver, no quiero ser mala, lo que propone la ley es la desmanicomialización, y que las internaciones sean el último recurso y que antes se pruebe con otros, pero, y también que de la mano de la desmanicomialización o del cierre del manicomio haya una garantía de que el estado garantice otros dispositivos alternativos para que esa gente no quede en pampa y la vía, pero esos recursos son escasos, por lo cual no, no contamos con mucho margen para hacer algo diferente. Los cambios, hoy por hoy, no se entiende incluso que está pasando en esta institución, en este Agudo Ávila, estamos todos aparte en estado de asamblea, una vez por semana intentamos juntarnos desde todos los sectores del hospital, preocupados por la realidad del hospital por cambios que se están proponiendo y que tampoco se entienden, tampoco se entiende bien si esos cambios realmente tienen que ver con una mejora de la salud mental, o si tienen que ver con otra cosa que no estamos informados, por eso si vos me preguntas yo te digo: si, dicen desde la dirección que va haber una restructuración de lo que son los consultorios externos, esa restructuración implica que consultorios externos tal como viene funcionando no funcione mas, y se va a crear un centro de salud para atender a la población del radio del hospital, pero todavía seguimos sin entender bien cuales van a ser los alcances y las implicancias de que acá en este hospital se cambien los consultorios externos por esto que va a ser el centro de salud, y cuál es el aporte de este centro de salud a la salud mental, nadie se niega a que la salud

mejores, por supuesto, si quieren poner un centro de salud para garantizarle a la población de la zona una salud pública, perfecto, pero cuál es el aporte a la salud mental.

-Porque aparte van a ser dos instituciones distintas o no?

Tampoco se sabe bien, pero en teoría si va a ser un centro de salud va a depender de APS, de salud pero de la provincia, de APS, ya no salud mental, entonces hay muchas cosas que están poco claras, en relación de cuál va a ser el destino de la institución, de los trabajadores de la institución.

-Y también de los usuarios que están referenciados acá

Ni hablar de los usuarios, esto de derivar a los pacientes, hay pacientes, esto que te contaba más temprano, que realmente hay personas que necesitan una atención muy particular y muy específica en relación a su padecimiento, y acá mal que mal con sus imperfecciones pero se garantiza, acá por más que uno haga críticas a veces y se enoje con compañeros las personas tienen garantía de atención de la salud mental, entonces que va a pasar con esas personas, es todo poco claro, y realmente nos mas gustaría que si va a haber un aporte sea en relación, a que piensen en casas asistidas, casas de medio camino, mas espacios en donde poder incluir a las personas laboralmente, nada de eso esta, saquemos la cuenta cuantos lugares alternativos hay para ofrecer cursos de oficio, de formación en donde estas personas si sean tenidas en cuenta, porque estas personas o ingresan a determinados circuitos que quedan por fuera del sistema, yo lo veo bastante oscuro al panorama en relación a lo que plantea la ley, la ley es piola, pero no nos sirva que sola exista como ley, sino que hay que poder garantizar que eso se ejecute lo que plantea la ley. (…) Ese posible afuera, o esa posible externación después hay que sostenerla, quien la va a sostener? Se complica, porque una vez que la persona estuvo internada acá y fue dada de alta, eh hiciste el trabajo de referenciarlo en el centro de salud, ese centro de salud si toma como paciente a esa persona lo va tener que sostener, hay personas que necesitan una continuidad en el tratamiento, y no lo resolves solo con dándole un turno para que vaya a buscar la medicación una vez por mes, hay un montón de otras cuestiones que hay que atender, ahí me parece que se dan esos desfasajes, o a lo mejor todo el trabajo que se hizo en la internación después cae, porque no hay forma de poder sostenerlo afuera.

-Y también que las redes de apoyo o la familia, o…

No están, o son débiles o son frágiles, o pueden sostener por un tiempo y ante el menor conflicto deciden no hacerse más cargo, y esa persona queda en una situación de soledad.

12. Considerando que la nueva ley plantea el cierre definitivo de los hospitales monovalente a partir del año 2020, ¿Cómo ves el futuro de la Salud Mental? ¿Crees que estos cambios tan profundos van a lograr romper con la institución manicomio?

No, la verdad es que no sé si puedo pensar demasiado en el futuro, estoy bastante preocupada por el presente, ya esté presente te da la pauta de como viene el futuro, por eso te digo estamos trabajando en una institución en donde no sabemos qué va a pasar y que estamos pidiendo como trabajadores saber, que nos den a conocer que está pasando, que va a pasar, si, si te tengo que dar una respuesta viene complicado, la perspectiva, si, el futuro en relación a la salud mental, no sé, hay mucha incertidumbre, mucho malestar por parte de todos, porque desconocemos el proyecto institucional, que es lo que pedimos que nos den a conocer las autoridades, el proyecto institucionales, si es que hay que lo den a conocer, se entrego algo que realmente no cumple con el requisito de proyecto, y por eso te digo que si no sabemos si hay proyecto, no sé que depara el futuro.

Entrevistad@ 2

1. **Desde el Trabajo Social ¿Cuál es tu concepción sobre la Salud Mental?**

Me parece que no hay salud si no pensamos en la salud mental, porque creo que todas las manifestaciones del cuerpo tiene que ver con la salud mental, y además la salud mental me parece que no es solamente el poder pensar en una persona, en un sujeto especifico sino pensar en el contexto, pensar en su historia, pensar en su vida cotidiana a partir de su concepción, de su nacimiento, yo creo que todo hace a la salud mental. No hay una única causa en lo que es por un lado la manifestación de un padecimiento mental, con respecto tampoco hay una sola estrategia, una única estrategia en la intervención de esa problemática, me parece que pensar en la salud mental como que es padecimiento único de una persona o de un individuo separándolo de todo contexto, y cuando digo contexto digo barrial, familiar, económico, de educación, de vivienda, de salud, de clínica salud, a eso me refiero. Me parece que eso seria, englobar la salud mental como parte de problemáticas de un contexto.

2. **¿Cuál es la función o aporte del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental?**

Si tomamos la ley de salud mental, donde dice que la intervención en salud mental tiene que ser con equipos interdisciplinarios y ahí juega fuerte el papel de trabajo social, porque yo insisto en que y es un poco lo que le digo a las compañeras, que el trabajador social tiene una escucha diferente a la del psicólogo y a la del psiquiatra, que esa escuchas diferente te la da la intervención, te la da la profesión, te la da el perfil con el cual también uno se para a la hora de intervenir, y que mirada vos tenes de ese sujeto, despojado de prejuicios, despojado de preconceptos que uno puede tener de una persona que padece adicciones, de una persona que se encuentra en conflictos con la ley, que bueno de esos estamos teniendo cada vez más acá adentro del hospital, entonces el aporte que el trabajo social da es esa otra mirada amplia, el psicólogo se para a la hora de preguntar e intervenir en la psiquis, y indaga sobre esa situación, el psiquiatra va más o menos por el mismos lugar y a su vez tiene la especificidad de la medicación, si tuvo tratamiento, no tuvo tratamiento. El trabajador social lo que hace es rescatar la historia de esa persona, ¿cuál es la primera pregunta que hace un trabajador social a la hora de una entrevista, una entrevista interdisciplinaria o no?: ¿Vos tenes familia?¿donde vivís? ¿Tenes papa? ¿Tenes mama?, y de esa manera en principio es deconstruir lo que el

sujeto te va manifestando, de qué manera se siente, de qué manera está padeciendo esta transición con esta problemática de salud mental. Entonces el trabajador social es esa la mirada que tiene, bueno si tenes hermanos, si tenes amigos, si tenes hijos, va deconstruyendo cuál es el contexto en el cual se encuentra inserto esa persona porque a veces se piensa que "bueno lo tenemos un tiempito", digo esto entre comillas, bueno y después tendríamos que ver con el centro de salud, lo derivamos al centro de salud ya está que vuelva a la casa, y no sabes cuales son la historias que atraviesan o las situaciones que atraviesan a ese sujeto, hay sujetos que te dicen yo no quiero ir al centro de salud porque están mis amigos, los familiares de mis amigos, mi ex novia y va al centro de salud y me ve que yo estoy con el psiquiatra y dice: Ah, mira el loco. Entonces hay cuestiones que desde lo barrial, desde lo micro, de qué manera también él se siente interpelado por estas situaciones y que me parece que ese es el papel fuerte del trabajador social, el poder articular con el sujeto y con su entorno la reconstrucción de los lazos, de qué manera lo trabajas eso, y que no es pensando en que hay que sacarlo de ese lugar, porque si no, "y pero mira cómo viven", no, es poder pensar de que manera articulamos con las distintas herramientas que tenemos, la diferentes instituciones que sabemos que no hay mucho para articular, si podemos articular con los colegas pero te dicen "No tenes ni una chapara para darle" pero bueno de alguna manera poder pensar en la reconstrucción de la situación que atraviesa, hay situaciones que bueno son irreconciliables digamos, por determinadas situaciones, parejas ensambladas, la mama con otra persona, que también atraviesan y hacen la eclosión en esto de la salud mental.

3. ¿Crees que para los otros profesionales que trabajan en los equipos es importante la mirada del Trabajador Social?

Yo creo que con los profesionales algunos tienen una apertura en cuanto a la intervención, e incluyen al trabajador social y respetan la trabajador social, y hay otros que no, hay otros que vienen de su formación profesional con esta mirada del consultorio, entonces yo en determinadas situaciones eh hecho hincapié con la gente de residencia de psiquiatría, porque si bien pasan por la internación del hospital y articulan con los equipos, es por un lapso de tiempo corto, tres meses más o menos, se van rotando, tanto psicología como psiquiatría, entonces ahí está la dificultar, yo he tenido dificultades con determinados compañeros de trabajo, que era que el trabajador social no podía intervenir, o no podía hablar, no te decían cállate, pero te lo hacían saber cuando terminaba la entrevista, ahí yo creo que también está la postura del trabajador

social, de qué manera uno se para a la hora de sentarse al lado de un profesional, yo lo llamo par, porque para mí son pares, yo considero y siempre lo he manifestado a los diferentes compañeros de trabajo, no está una profesión por encima de la otra, pero creo que también está el perfil que tenga el trabajador social porque yo sé de compañeros que padecen estas situaciones, este padecimiento lo manifiestan a la hora de poner su estrategia a la par de los demás, entonces le causa angustia, le causa malestar, malestar con los compañeros, entonces se le dificulta a la hora de trabajar de manera interdisciplinaria, por eso me parece que también está en uno, a mi cuando me dicen bueno pero hay que hacerle la pensión, para, si fuera ese mi trabajo solamente hubiera estudiado de gestor, y voy y hago pensiones, y tengo una oficina en donde vengan y yo le hago las pensiones, y cobro para hacer las pensiones, a mi no me vas a venir a decir si hay que hacer una pensión o no y si hay que hacer un certificado de discapacidad o no, o si hay que gestionar algo, sino que es una estrategia de trabajo que me parece que tiene sus etapas que no es toda al mismo tiempo, porque cuando vos tenes un paciente en situación de descompensación, es muy poco por ahí el trabajador social y el psicólogo pueden trabajar a la par de la medicación que es una parte del tratamiento, que no es todo el tratamiento, que eso lo puede hacer el psiquiatra, y el trabajador social por ahí puede trabajar con el psicólogo articulando con la familia, haciendo otro tipo de trabajo cuando el paciente está muy descompensado, pero en la medida en que el paciente se sienta en un consultorio y puede expresar lo que le pasa y lo que siente y se puede entrevistar ahí tienen que estar los tres profesionales y cuando el paciente sale del consultorio armar la estrategia a la par, porque una cosa esta relacionada con la_otra.

4. En los equipos ¿se trabaja interdisciplinariamente? ¿Existen dificultades para abordar las situaciones de manera integral?

Creo que hay equipos que tienen dificultades, y creo que por eso yo manifiesto de que acá los compañeros que han venido a plantearme situaciones, colegas de consultorio externo, de la dificultad que tienen a la hora de poder articular porque vienen con la historia clínica "mira fíjate porque hay que hacerle la pensión" por ejemplo, no para, yo no lo entreviste, no sé qué es lo que pasa, no se cual es la situación, yo primero quiero leer la historia clínica, charlar con el colega o con el otro profesional y poner mi punto de vista, bueno a ver cuál es la situación, así como también que te vienen y te dicen o viene la persona y te golpea la puerta y dice que el psiquiatra no quiere hacerle una pensión, y te dice que tiene situación de pobreza, que no tiene para el colectivo, te

plantea todo su contexto y ahí está la postura del trabajador social, por supuesto que hay que indagar, hay que profundizar en lo que el paciente te va diciendo, porque no es tomar literalmente lo que la persona te dice, si no después indagar, ver, reflexionar, leer la historia clínica, ver, comparar que es lo que el paciente dice, que es lo que pasa, y ahí está la postura del trabajador social de interpelar al psiquiatra, o a la psicóloga.

-Claro, porque en consultorio externo se trabaja más separado, no se trabaja de manera interdisciplinaria.

Claro, porque hay una oficina de servicio social, y después los consultorios, por eso lo de consultorio externo, yo digo no es casual que tengan el nombre de consultorio externo, yo cuando estaba en la parte de la coordinación en la internación yo les decía a los compañeros me parece que no es solamente la intervención en el consultorio sino también hay intervención que se puede hacer en el patio, en el pasillo, todo hace a el tratamiento y a la contención del padecimiento que está teniendo la persona, porque en el pasillo también te cuentan cosas, entonces no es solamente en el consultorio, "ah bueno espere que después vamos a hacer la entrevista", eso es típico del mote de consultorio, vamos al consultorio, y no porque a lo mejor te está contando una situación que vivió, que le paso a la mañana, a la tarde o a la noche cuando no estábamos y bueno vos los recibir y después en la entrevista que le haga el psiquiatra, el psicólogo, el equipo completo vos eso lo podes retomar porque va a aparecer en el discurso de la persona, y vos lo vas comparando, por lo menos es la forma que tengo de intervenir, no todos intervienen de la misma manera.

- ¿La modalidad de trabajo tiene que ver en que se llame Servicio Social y no Trabajo Social?

Y eso viene de… nosotros acá teníamos una que era asistente social que ya se jubilo hace varios años, y no era trabajadora social, era asistente social, creo, después si queres te lo averiguo bien y te lo mando por mensajito. Y esa parte de servicio social quedo puesto no sé porque servicio social, nunca me lo pregunte vos sabes, creo que no se, la verdad que no sé, que tiene que ver con ¿qué es un servicio el trabajo social? Depende, viste… a lo mejor es algo histórico dentro del hospital, de lo que es la constitución de los consultorios ponerle servicio social.

5. ¿Cómo es concebido el usuario, sujeto de intervención? ¿Qué lugar se le da en el tratamiento?

Depende, ¿vos te réferis al equipo en general?

-Claro, si

Depende, por lo menos lo que yo he podido observar y después de tantos años de trabajo y pasar por distintas instancias dentro de la internación, el lugar que se le da al usuarios, yo creo que ha variado bastante a lo que era al principio cuando ingrese a trabajar era más una intervención donde el usuario tenía una pasividad, si bien se hablaba de la desmanicomializacion, era como que bueno no pero que fumen en cualquier lado, total, pero bueno viste déjalo porque están internado, claro yo pensaba son locos déjalo que fume, que cague al lado de la cama, que duerma con la zapatillas puestas por que el otro le va a robar, y que trabajo hacemos para que no pase eso, y que lugar le damos al usuario dentro de la internación, lo hacemos participe, porque a veces es como que pensamos, decimos que este hospital es diferente a otros hospitales, pero tenemos incorporado el hospital tradicional, el hospital polivalente, donde el paciente es paciente porque está en la cama y donde viene la mucama y lo da vuelta y le arma la cama, o le dice levántese y siéntese allá que yo le hago la cama, y son internaciones transitorias de corto plazo, cuando acá las internaciones son de más largo plazo, que a lo sumo el que menos puede estar acá internado puede ser un mes, dos meses con suerte y que tengamos todo armadito ahí afuera, que tengamos una familia que contenga, que tengamos un centro de salud que articule con la familia, y que haya recursos como para que sirvan de contención al tratamiento y de continuidad, entonces porque no hacer partícipe de su lugar, de la limpieza de su lugar, no porque se pongan a baldear ni a limpiar, sino para no mezclar la ropa sucia con la limpia, si el enfermero viene y el mucamo saca las sabanas sucia, el enfermero saca la… vos sabes que eso siempre me queda ahí, nunca lo tengo claro, creo que el mucamo saca las sabanas sucia y el enfermero pone la limpia, es todo viste re complicado a la hora de pensar en la articulación de un trabajo que sea en beneficio del paciente y trabajando para una relativa autonomía del paciente, porque si no se quiere bañar que no se bañe, no quiere hacer esto déjalo, el dejarlo hace a la pasividad, el déjalo o exigirle es como que nosotros le estamos dándole la impronta de lo que tiene que hacer, como los niños y las niñas, hace esto, báñate, no te bañes, hace acá. Y no, es trabajar con el paciente, todo es

trabajo, todo es intervención, porque vos estabas trabajando pensando, que hay que ver si todos lo piensan a la hora de el ingreso de la persona en las internaciones pensar en el afuera, porque si vos no tenes eso como objetivo, vas a intervenir en ese sentido, déjalo, está durmiendo déjalo que duerma, déjalo, no quiere ir al Gomecito, bueno que no vaya, no quiere ir a pomelo, bueno que no vaya, que no haga esto, que no haga aquello, no me parece que en las entrevistas poder trabajar que es lo que le gusta, yo había armado una serie de encuesta para que los equipos pudieran trabajar con los pacientes, indagar desde la escolaridad, desde la constitución de su familia, y si tenían incorporado el habito del trabajo, si alguna vez había trabajado, y si no que le gustaría, que le gustaría como oficio, si hay algún oficio que le gustaría aprender, le gustaría incorporar a sus recursos, pensando en una salida laboral, que sabemos que es complicado porque si no lo pensamos también en esto de la pasividad, que vaya y que enhebre collares, que vaya y pinte y a lo mejor no es lo que le gusta, a lo mejor le gusta aprender un oficio de carpintería, de herrería, no sé, de pintura, hablo de pintura de paredes, y lo pensamos digamos para a la hora de pensar en una exposición en una feria, que no está mal digamos, pero no es para todos, hay quien te dice a mí me gusta, si me gustaría tener la venta de plantines o hacer una huerta y vender mis propias verduras, esta buenísimo pero hacerlo vía un proyecto digamos, porque creo que el proyecto es lo que a vos te va a determinar cuál es el objetivo que vos tenes a la hora de armar algo, que es lo que vas recabando de los distintos sujetos que transitan por la institución, de qué manera vos lo pensas, porque si no es como que yo tengo el saber y yo bajo línea, esto se hace, este es el taller que hay, este, este y este, y a lo mejor no es lo que, los jóvenes no es lo mismo que una persona de mediana edad, con una constitución familia, que a lo mejor tiene hijos, o una persona mayor, de qué manera lo podemos articular con la sociedad. Ayer por ejemplo me tocaron timbre en casa un muchacho joven de remar con un librito que era a voluntad de la persona, lo que quisiera colaborar, entonces me dice “porque estoy hace ya un año que no consumo”, me dice la persona, y estoy saliendo a la calle para poder empezar a conversar con los distintos vecinos y poder contarles mi experiencia, mi parecimiento, para poder insertarme a la sociedad, eso me quedo sonando, digo lpm, es como si alguna vez no hubiera estado inserto, nosotros nos creemos que somos los iluminado, que bueno, “ay ahí viene el pobre, la persona, el loco, lo acomodamos un poco y después lo volvemos a insertar” como si fuera un paquete, porque hay sujetos en los cuales vos pensa el beneficio que le puede aportar a la hora de pensar en la gestión de una pensión, que también ahora también a

eso lo tenemos recortado, pero bueno, poder pensar que beneficio le puede aportar a ese sujeto la gestión de un pase de transporte, o el certificado de discapacidad, que no es para todos, y si está bien, yo me acuerdo que siempre hablábamos con algunas colegas y decían que todo lo que venga del estado hay que manotearlo y volcarlo a la sociedad, esta bueno eso, pero no todas las políticas son beneficiosas a veces para pensarlas en una persona joven, en un joven de veinte y pico de años, que a lo mejor antes de pasar por el tránsito de un hospital de salud mental trabajaba en un oficio, cualquiera, y ahora porque está tomando pastillas y esta con un padecimiento subjetivo vos decís bueno le haces el certificado de discapacidad, y me parece que ahí le colgaste una chapa de loco o de discapacitado, acá había algunos colegas que decían, no colegas sino otros profesionales que decían que era como un beneficio, no certificado de discapacidad sino como un beneficio positivo, yo no sé si en algunas características, por eso no podes generalizar, siempre cada caso es particular no individual pero si particular, inserto en un contexto, son todos diferentes hasta los propios hermanos son diferente. Me acuerdo que una vez yo lo hablaba con una mama, lo perjudicial que es podría ser para su hijo el tener una pensión porque tenía un oficio, entonces ella lo planteaba como un beneficio para ella, una ayuda para ella, y bueno lo discutimos en el quipo y se le hizo la pensión, pero después venia la mama y decía: "y está todo el día acostado, y no quiere hacer nada y sabe el día que tiene que cobrar, y reclama" y estos son los conflictos que aparecen y mas allá de que sea joven y más grande tenemos esos conflictos con el dinero, que aparece en el interior de la familia.

-Y la pensión por discapacidad ¿es de por vida, o se puede en algún momento darla de baja?

Si, si la persona comienza a trabajar y tienen un aporte jubilatorio, se aporte por que tienen un trabajo formal o porque hace monotributo, ahí la pensión automáticamente se cae, lo que si queda registrado que yo lo investigue a raíz de una paciente que tenia inquietudes en saber cuál era el circuito dentro del sistema de su discapacidad, entonces lo averigüe como era el certificado de discapacidad y la pensión, y bueno, eso se le da de baja automáticamente del sistema, porque todo pasa por ANSES, pero queda registrado en el sistema que la persona en su momento tuvo una pensión por discapacidad, también digamos esto de "y con el certificado de discapacidad vos sabes que acá tenemos diferentes sujetos que vienen a pedir que le consigamos trabajo y llevan curriculum y demás, pero hay una bolsa de trabajo en la

secretaria de discapacidad en calle 9 de julio al 300 pero es que sea de salud mental, por lo menos de acá, conozco una persona que está trabajando en la recepción y lo que se había dicho que podían tener lugar en las casillas de venta de tarjetas, la carga de la tarjeta de transporte pero nunca nosotros desde acá pudimos lograr esto, si hay una persona que estuvo internada y que transito el Gomecito y que está trabajando y después otro que estuviera inserto en las garitas, que es lo que piden no, sobre todo la gente joven que te pide que quiere el trabajo, bueno, eso. Y que también es dificultoso a la hora de generar una pensión, yo e tenido algunos pacientes que yo iba a hacer gestiones al centro y me los llevaba vendiendo alfajorcitos, y bueno que te gustaría, y me decían "vender alfajorcitos" y bueno vamos que voy a desarrollo social, y me lo llevaba, Chicas acá les presento a fulanito, no decía que era paciente del hospital, sino que se presente como quiera, y se armo toda una clientela en la muni, en los kioscos de radio-revista, entraba a las galería y le vendía a los negocios, que estuvo fantástico, posibilitar la apertura, pero siempre partiendo del deseo o la demanda de la persona, porque sino… por ejemplo yo no haría, lo eh hecho pero en este momento por ahí estoy de otro lado, pero eh vendido pizza cuando no tenía trabajo. Por ahí vos decir, y… que puedo hacer que no tengo trabajo, pero hay que ver lo que te gusta, porque no es para todos, aquel que dice y vos tenes en la cabeza el trabajo formal pero hay otros tipos de trabajo informales, pero vos lees lo que esa persona tiene incorporado, aquel que toda su vida mamo de sus padres y de sus abuelos, en una familia de trabajo formal, entonces vos tenes incorporado un ideal de trabajo y con un jefe o con significa trabajar en una empresa, que no tenes la posibilidad de poner mucho de tu creatividad, te lo dan todo cocinadito.

6. ¿Consideras importante fortalecer los lazos institucionales con la familia para ampliar la percepción y comprensión de la situación? ¿Por qué?

Sí, considero, bueno no quiero generalizar pero acá es muy común que se piense que la culpable es la madre, siempre la culpable es la madre, en todo la culpa la tiene la madre, y a mí me parece que no es tan así, y ahí es cuando también el trabajador social tiene mucho para hacer ahí, con la familia, con la visita, trabajar, por ejemplo: "No pero mi mama no me quiere, no quiere que yo vaya" y bueno que le gusta a la mami, que podemos hacer para que vos vayas, te quedes a comer un día, de parece que compremos cuando vos cobras la pensión, hacemos un pediditos, un pollo, un fideo, una lata de tomate, y llevamos un postrecito, "ay qué bueno Marta", y así, en principio habíamos

ido y la madre salía con la escoba, “que me la traes”, ese era el grito de la madre, “salí de acá” corriendo con la escoba y subiendo a la trafi así, “ves que no me quiere” y después fue esto, trabajar por este lado, por ahí ofreciendo algo para un acercamiento, entonces de esa manera vos ahí tenes una punta para poder empezar a trabajar, que por ahí no llegas a ningún puerto, pero lo intentaste, si también nos ha pasado de llegar y no vive más, y ya me lo habían advertido, “mira que la madre cuando sabe que vos te acercas, vende su casilla y se va para todo barrio” y bueno, y nos paso, me paso a mi también, le paso a otro colega, y me paso a mi también y después fue buscarla y encontrarla y empezar de nuevo, por eso yo creo que también a la hora de pensar una intervención tenemos el documento público que es la historia clínica y que sobre todo el trabajador social tiene que ir a su fuente, porque no es para decir esto ya lo hicieron no lo voy a hacer, no mira paso esto, paso esto, acá reboto, acá le dio para adelante, acá volvió a rebotar, y bueno podemos ver, a lo mejor ese profesional que está leyendo tiene otra mirada y dice bueno a esto le podemos dar otra vuelta.

-Sí, y también entenderlo como momentos, tal vez lo que no funciono antes puede funcionar ahora

Porque si no, esa también esa es una situación que se da generalmente cuando el paciente reingresa y lo toma otro equipo y no es el que venía trabajando y a lo mejor no es porque el otro equipo diga, porque suele suceder “no, nosotros no lo vamos a tomar porque agotamos todas las instancias, trabajamos años y ya es como que a nosotros ya ve y ya no nos quiere ver” bueno, a ver qué pasa con otro equipo, pero por ahí reingresa el paciente y no le toca al equipo que lo trabajo antes, y lo toma otro, y me parece que esa es la pata que también nos falta, juntarse un equipo y otro equipo y bueno a ver ustedes que trabajaron, antes se hacía, al ingreso de un paciente se leía la historia clínica en general con todos los equipos, y todos los equipos tenían conocimiento del padecimiento de esa persona, no para la intervención pero si a la hora de una demanda de un paciente vos sabes en donde está parado, porque a veces uno también, viene el paciente y te dice quiero una llamada telefónica y no es tuyo, no estás trabajando con esa persona entonces vos decís, bueno si pasa, y no, es contraproducente. Por eso siempre es conveniente que un área de trabajo este interiorizada de que es lo que se está haciendo.

-Lo que yo percibí es que se trabajaba no de manera articulada, como si bien esta la misma institución pareciera que fueran tres instituciones distintas, la guardia, la internación y consultorios externos, como que no hay un trabaja en conjunto

Sigue igual, porque hubo una época que se había los pases en conjunto en donde la guardia venia a hacer el pases a la internación o íbamos la internación a la guardia y hacíamos el pase en conjunto, y después se dejo de hacer, o porque tienen diferentes horarios de ingreso a la institución, se dejo de hacer, y eso es contraproducente, también se hacia la presentación por el equipo de transito o la guardia que no se si pudiste llegar a diferenciar que tenes dos instancias dentro de la guardia general del hospital, tenes el médico de guardia, el psicólogo de guardia, el personal de enfermería, y por otro lado tenes el equipo de transito, entonces a la hora del pase de un paciente a la internación venia la gente de la guardia y presentaba la situación que era lo que se había trabajado, y si era muy corta la estadía en la guardia o por ahí ingreso a la tarde y a la mañana lo pasan a la internación, también venían y explicaban porque no quedaba unos días en el transito

-Porque en el transito también se trabaja con los pacientes...

Claro, se hace un trabajo que ahora está un poco desvirtuado porque ya no es un tránsito que lo que se pensaba un tránsito de 5 a 10 días, ya ahora hay pacientes que están un mes en la guardia y que además se le da el alta desde la guardia y lo siguen controlando ellos, entonces a lo mejor se les estiran, y hacen visitas domiciliarias ellos cuando es un equipo que tiene que estar en la guardia, entonces no se descomprime la guardia en sí, las camas que estarían destinadas para la guardia hoy había 11 y tenemos 7 camas, totalmente desbordada, entonces lo que plantean los compañeros de la guardia, que en ese escrito que te di esta, cual es el malestar, porque ellos a veces hacen ir a un paciente que vuelva a la casa para que vuelva al otro día y ellos lo controles, cuando ellos están con el pensamiento de que ese pensamiento debería haber quedado por lo menos 48hs o 72hs en observación, porque hay riesgos para sí o para terceros.

-¿Crees que esto tienen que ver con el contexto, la gran demanda que hay y numero de ingresos o no?

Yo creo, que por un lado vos tenes que siempre que se aplican las políticas en salud desde el Estado, en este caso el Estado provincial, recuerdo cuando ingreso acá al hospital se produce el cierre de los corralitos que eran como internaciones de salud mental en los distintos penales, estaban los corralitos y eran heavy las personas que estaba adentro, homicidio, bastante complicados, y con hábitos carcelarios, ¿y qué hacen con el cierre de los corralitos? Cierran los corralitos y esas personas van a los hospitales de salud mental, entonces ahora se piensa en el cierre de los hospitales monovalentes, o en la transformación de los hospitales monovalentes, pero no se piensa en el afuera, tenemos pocas casas de medio camino entre comillas, porque yo no sé si son tan de medio camino, sino que son casas para vivir, ahora se está aplicando una política de restricción al pago de habitaciones de pensiones, dicen que no, dicen que se está revisando esa modalidad de externación, ojo yo también tengo mis críticas en cuanto a lo que significan están pensiones, porque las personas no tienen acciones a todas las pensiones, porque no podemos decir que todas las personas tienen acceso a todas las pensiones, y podemos decir "A mira que linda esta pensión, tiene todas las comodidades, son dignas, tienen las necesidades básicas que puede tener una persona" no, son antros, porque tienen factura, nos exigen la factura, tampoco nos dejan que una persona puede alquilar un departamento con dos habitaciones y que puedan ir dos personas, porque se considera que la factura que te puede dar una inmobiliaria no es válida, también quien puede ser el que le salga de garantía, ósea tenes muchos obstáculos a la hora de pensar en otra estrategia que no sea una pensión, entonces le dan vuelta a los informes que hacen los compañeros, los equipos, en cuanto a que piensan en una pensión como la posibilidad de una externación, entonces te dicen que no, que trabajo se hizo, y como se va a trabajar, y como se va a hacer, bueno no esta pensión no, aquella no, pero otra no tenemos, porque las demás están de manera ilegal y las que tienen legalidad en cuento a la inscripción en la AFIP que tengan todos los requisitos que nos exige el ministerio tampoco, esas pensiones no tenemos acceso con los pacientes porque te dicen no estas son para estudiantes solamente o por ahí cuando vos decís que el cheque va a salir desde el Hospital Agudo Ávila ahí te dicen "no teníamos lugar pero lo alquilamos ayer", se te cae, entonces es dificultoso poder pensar en el afuera cuando vos tenes tantas limitaciones. Es como que se te cierran los espacios y las

estrategias que pensas, bueno cerramos el hospital, o lo transformamos en un hospital de día, con una internación reducida que sea para agudos a la hora de pensar en una compensación de la crisis a corto plazo, ¿y después? Y también la contradicción que se te presenta es y estamos cronificando, la ley te dice que por falta de vivienda no podes tener una persona internada y como hacemos? Y quien le da el alta para que esa persona vaya a la calle? Le damos el alta? Va a la calle de qué manera articulamos? Acá hay colegas y compañeros de otras profesiones que trabajan también y piensan en el refugio y piensan en sol de noche, que son estrategias acotadas a la hora del cambio de estación porque eso se piensa más para el invierno, llega el verano y esos espacios se cierran, entonces desde el ministerio te dice: porque el ministerio de salud se tiene que hacer cargo de la vivienda, de la vestimenta, de… y si pensamos en ese momento a la hora de pensar el recorte que se viene de parte de nación en cuento a los recursos para las provincias ahí también vamos a tener recortes en cuanto a los espacio que podamos tener en el hospital.

7. ¿Qué estrategias se piensan para fortalecer los lazos con el exterior?

Lo primero que se tiene en cuenta es la familia, generalmente es lo que carece, de familia que contenga, generalmente son familias expulsivas, yo siempre digo que la persona cuando llega acá ya carece de lazos familiares, barriales, y que esa es la impronta con la cual se empieza a y trabajar, pensando en reconstruir los lazos familiares, de qué manera, entrevistando a la familia, viendo que es lo que tenes para poder trabajar, que es lo que queda para poder trabajar. Porque son familias vulnerables, carentes de recursos, numerosas, habitando barrios periféricos, entonces desde ahí empezas a plantear la estrategia de trabajo, cuando se agota esa estrategia de trabajo, y a su vez ir trabajando, articulando con la familia, amistades y el centro de salud porque es el que te va a dar la impronta del terreno, y que a su vez tenemos la dificultad de que generalmente los centros de salud atienden a alguien de la familia, y generalmente con la misma problemática del que determinan que este internado, por la familia, determinado digamos. Entonces viene ahí la negativa del centro de salud que no pueden abordar esta situación porque ya tienen a un hermano, a la madre o al padre, o tiene al hermano y a su vez atienden por otras situaciones a la mama o al papa, o al resto de la familia, entonces es como que no pueden abordar una situación. Entonces ahí empiezan las primeras complicaciones a la hora de pensar las estrategias del afuera. Carecemos de casas de medio camino si queres llamarles así, casas asistidas como les llaman, porque

las que tenesmos ya están ocupadas, y porque las que por ahí pueden llegar a salir están en zonas totalmente inhóspitas, alejadas, alejadas de todos sus lazos más allá que sabemos que cuando llegan esos lazos están cortados, y que la tarea del trabajador social es esa, fundamentalmente, la impronta del barrio, de la familia, de las amistades, y por ahí apelar a otros integrante de familia, no solo al padre, la madre, por ahí hay un tío o una hermana que está casada, está en indagar cual es el lazo que se encuentra fortalecido, y a veces da un resultado positivo o no, porque también es eso evitar la cronificación del paciente.

8. ¿Cuáles son las herramientas y técnicas que se utilizan cotidianamente?

La entrevista, como primer paso, otra de las herramientas importantes es la lectura de la historia clínica cuando es un paciente que tenes reiteradas internaciones, que es una herramienta que no muchos la utilizan pero que es importante, apelar a los distintos profesionales que atendieron anteriormente a esta persona, y con las herramientas que contamos son los espacios alternativos, los diferentes centros de día, que hay algunos que tenemos como con salida laboral, y hay otros que son espacios recreativos que también son importantes, y también apelar a los distintos espacios que puede haber en el barrio al cual la proximidad del domicilio del paciente, y después lo que hace la salud integral, esa también es otra herramienta si bien acá tenemos dos medicas clínicas dentro del hospital, se apela mucho a lo que es la proximidad del centenario y que podemos apelar a los distintos especialistas, la odontóloga que tenemos acá que también es importante, y después tenemos estudiantes de la Universidad Interamericana del Gran Rosario, que vienen a hacer sus prácticas con coordinadores que son de las cátedras y están los kinesiólogos y también están los terapistas ocupaciones, entonces por ahí una vez al mes se festejan los cumpleaños entonces tratamos de articular con los terapistas ocupacionales para que ellos trabajen con los pacientes el tema de los cumpleaños y del festejos, para adornar el comedor y demás, y también el tema de el cuidado, el aseo, porque es como un poco lo que siempre tengo esta impronta, que no da lo mismo si el paciente fuma en la cama o puede salir al patio a fumar, como una medida de propio cuidado, y del cuidado del otro que comparte la habitación, poder instalar desde el hospital lo que significa el cuidado y lo perjudicial que es el fumar y que a lo mejor hay otro que no fuma, pero no a modo de una regla estricta sino de una toma de conciencia, habían trabajado en un momento con los

Terapistas Ocupacionales el tema de colocar carteles, donde te gustaría que se una espacio libre de humo con los distintos paciente, después no se pudo llevara a cabo, porque acá también tenes diferentes profesiones y diferentes áreas dentro del hospital, tenes mucamos, los enfermeros, y no todos están de acuerdo con las estrategias que se llevan a cabo, como que hay una manera de trabajar que esta instala, instituida y que si él no lo hace porque lo voy a hacer yo, eso hace también que diferentes estrategias que se quieran llevar a cabo no se puedan llevar, el tema del cuidado de las ropa, del baño, la privacidad en el baño, es dificultoso, se te va dificultado, y también lo que es lo cotidiano, la vorágine con la que se trabaja hace de que por ahí no haya continuidad, y hace que las estrategias que se van llevando a cabo se van cayendo, porque no te da los tiempos, o porque hay uno que la lleva adelante y los demás no, no les interesa. ¿Sabes cuál es el obstáculo que también se presenta? El trabajo de los equipos, los equipos interdisciplinarios no trabajan estas improntas en las entrevistas, cuando vos le pedís que lo hagan en una charla con el paciente, por ejemplo decimos siempre que no estamos preparados para intervenir en adicciones, y yo también me pregunto ¿Cuál sería la preparación para intervenir en adicciones? ¿Qué diferencia hay en un adicto que fuma a un adicto que consume sustancias? Para mí no hay diferencia, son adicciones, hay adicciones, adicción al juego, qué diferencia hay. La medicación también, porque al no tener sustancias ilegales vamos a las sustancias legales, porque también es una manera de… bueno, le sacamos las sustancias ilegales, pero le metemos sustancias legales, porque está prescripta por un profesional, por un médico, que yo no cuestiono el saber eh, y me parece que no solamente de espacios alternativos podes llegar a contener a una persona, me parece que la mirada de un profesional, sea un psicólogo, un psiquiatra, un medio generalista, también puede ser, nosotros también con la palabra, pero también tenes que tener el soporte de, porque es terrible ver el sufrimiento de una persona, es terrible, también es terrible ver determinadas personas con el efecto secundario de una medicación, yo eh llegado a cuestionarle al psiquiatra que trabajaba conmigo,_¿Por qué tiembla? ¿Por qué babea? Y me han dado el fundamento, y también me han dado el fundamente de que es temporario, que después la medicación se va reduciendo, que en un principio es más cantidad de medicación, después va bajando de acuerdo de la problemática que tenga la persona, pero yo eh estado en esas preguntas. Siempre es importante saber los efectos secundarios de la medicación. (…)
Yo tenía una paciente por ejemplo que tenia terror, porque ella sostenía que la iban a matar, o en un momento decía que estaban degollando a su hija y a su nieto y que ella

quería el permiso para ir a verlo, entonces yo siempre que trabajaba esta situación con ella, le decía que cuando toque el timbre y la hija le abra la puerta ella pueda reflexionar que estas voces le estaban diciendo esto pero que la realidad era esta. Porque el psiquiatra con el que trabaje me explicaba que hay personas que conviven con las voces eternamente, porque es una problemática que por ahí seden en algún tiempo, están como más suaves, pero siempre están, y conviven con eso, entonces el trabajo es este, poder hacer jugar esto de la realidad con lo que las voces dicen, pero bueno me eh quedado en la puerta del baño para que esta persona se pueda bañar, porque decía que la iban a matar mientras ella se bañaba, y por ejemplo el enfermero no lo hacía, o la enfermera, y yo me quedaba, y le decía "vos bañare que yo mira estoy acá sentado en la puerta del baño" y me sentaba en un banquito, y eso para mí era aliviarle el sufrimiento, para mí era una manera de intervenir, yo me iba de acá con mucha bronca, me sigo yendo con bronca, pero el abrir la puerta y pedirles que por favor le cambien a una persona porque estaba cagada y meada, y te contesten.: "No a cada rato se caga y se mea, ya la vamos a cambiar" para mí era terrible, sigue siendo terrible. Que tengas un servicio de ropería y los pacientes estén caminando agarrándose el pantalón porque se les cae, para mí eso es terrible, es poner a la persona, al sujeto como una cosa, peor que un animal, porque yo creo que al animal, cuando teníamos un perro acá lo cuidaban, lo alimentaban, bañaban, lo alimentaban le comparaban la pipeta para que no tenga pulgas, y porque, y las personas que? ¿Por qué son pacientes de acá lo naturalizamos? Por eso digo, "ha déjalos que fumen, demasiado que están acá" No, porque me parece que hace a la calidad de la estadía, que tengan una sabana limpia. Hay cuestiones que son básicas en el cuidado de las personas. Porque si no siempre se carga sobre el paciente, a porque es un sucio, porque no sabe hacer esto o hacer aquello, y sabemos que quizás, vienen de una instancia de vivienda totalmente precaria, con piso de tierra, y que te dicen por ahí compañeros, "y bueno pero no es capaz de agarrar una escoba" y que escoba vas a agarrar en tu casa con piso de tierra, entonces son hábitos, estilos de vida, que tenes que poder llegar a desglosar eso, poder comprender cuál es el lugar en el que se criaron, cual es la historia familiar, poder trabajar con eso. Aquel que demanda se atiende, el que no demanda se cronifica. Entonces yo realmente es una crítica general que lo eh visto en el paso de un equipo, de otro, de otro, no se caminan los pabellones, "che aquel hace mucho que no viene a la entrevista" cuando el paciente no aparece en escena no hay la misma impronta de trabajo, y hablo de todas las profesiones, a veces porque tenes complicaciones con pacientes que te llevan días y días, y tramites, sobre todos los que

están con custodia policial con conflicto con la ley penal, y tenes que hacer informes, tampoco se trabaja con enfermería como se debería trabajar, entonces el enfermero también, no por justificarlos porque tienen sus mañas ya instituidas, yo te marco, hoy venís vos mañana yo, tienen que venir cuatro y vienen dos, viene uno, y esa es la mera con la que se trabaja.

9. ¿Qué significado tiene para el Trabajo Social la Visita Domiciliaria?

Es de suma importancia la visita domiciliaria, tenes un insumo para trabajar importantísimo, yo creo que aquel que te dice "si hicimos la entrevista con la madre y vino la madre, o vino el padre, o vino la hermana", pero bueno fuiste a hacer una visita en el domicilio, y ahí podes tener información de la historia del paciente, me parece que no podes trabajar con una persona sin conocer su historia, porque es como que trabajas lo que ves, y de qué manera construir, me acuerdo que con una paciente trabajábamos su historia, y yo en ese momento anotaba en mi cuaderno, y ella me decía "anote Marta que yo tengo confianza que esto que anota no se lo va a mostrar a nadie" me conto del padre, de la madre, de sus hermanos, que comían, de qué manera iba a la escuela, cuando volvía de la escuela, que la mama trabajaba y que le daba dinero para que vaya a comprar pollo al horno con papas, y como era el barrio, como era la casa, que iban al club provincial, que después hizo cursos de computación porque lo que más le gustaba era trabajar en una oficina, después como no pudo trabajar en una oficina, empezo a trabajar a una panadería aprendiendo a hacer pizzas, facturas, y trabajo mucho tiempo en una panadería, entonces todo eso hace a la historia de la persona, y de la manera en que vos vas a intervenir con esa persona, no porque eso te vaya a solucionar, o que vos puedas solucionar, porque a veces creemos que podemos apelar a distintos recursos y podemos solucionarle la vida a la persona, y no, lo que hacemos es palear la situación, que si te falta una chapa, que si podes mejorarle de alguna manera la vivienda, que ahora no tenemos nada, tenemos algunos subsidios pero que son pequeños, y ahí después de remarla mucho con la municipalidad porque desde la provincia no tenes nada. Pero siempre en esto del recorrido en la visita domiciliaria, la observación que es muy importante, **la observación y la escucha**, porque a veces vos observas un paciente, y decís como puede ser, esto me trae a recuerdo a un compañero que trabajábamos juntos, que no era trabajador social, era comunicador social, entonces me decía "pero Marta vos viste como tienen los dientes los de la villa, ni siquiera se lavan los dientes" y le digo: "y vos observaste en la visita que hicimos en el domicilio que no tienen agua,

no tienen agua corriente, que tienen que ir a buscar a la canilla publica el agua, caminar unas cuadras para venir con el balde de agua, y vos estas pensando en que no se lavan los dientes y también pensa que un pomo de pasta dental lo que te sale y podes comprar un kilo de harina" digamos, es lo que te da el insumo para laburar y lo que vos podes observar. (…) Esas son las realidades con las cuales nos encontramos y que no nos tienen que resbalar, nos tienen que servir como herramientas, como historia a la hora de pensar una intervención, a que le das prioridad, por eso yo siempre insisto con la visita domiciliaria, porque eso te da la impronta. (…) por ahí tenes historias de personas que han sido violadas, que no tienen registro de lo que es una familia, algunos, otros si por supuesto, todo eso te lo da caminar el barrio, los barrios, la visita domicilio. Vos tenes situaciones de violencias que no te van a aparecen en el consultorio, cuando vos vas a la casa las personas se predisponen de otra manera que podes llegar hasta recaudar informes de abuso a un menor. Los trabajadores sociales tenemos una herramienta muy peligrosa que es el informe social, nosotros con un informe podemos llevar la destrucción de una familia, me parece que vos en una visita podes indagar y podes ir a tu oficina o la institución en la cual trabajes y poner en juego todas las variables, no podes tomar una variable. Vos decís que hago? Doy intervención a niñez? Lo trabajo con Derechos Humanos? A ver a que otras instituciones haces participar a la hora de tomar una decisión, porque sabes que hay cosas que son lapidarias, que vos tomaste la decisión, viene niñez y se para, y no es que toma los cuatro hermanitos y los vas a tener todos juntos, no uno va para acá, otro para allá, las nenas con las nenas y los nenes con los nenes, y separaste una familia e hiciste desastre, porque después la madre no los puede visitar, no se los deja ver, no saben donde están, es terrible lo que pasa con los menores.

10. ¿Cuales serian los procedimientos antes, durante y después de una visita? ¿Existen dificultades?

-Antes de realizar una visita vos tenes que tener el consenso por parte de la familia, o el familiar que este, que te abra la puerta, porque hay que ver cuál es el objetivo de la visita, que es lo que vos queres conseguir o para que la visita, cual es el objetivo de esa visita, tenes que tener un objetivo, un porqué y un para que, y tenes que tener el consenso de la familia, porque vos no sos policía que va a caer en la casa y bueno a ver acá esta la trabajadora social.
Él durante la entrevista y la visita domiciliaria se va a dar de acuerdo a lo que hiciste

previo, al consenso, de qué manera vos te presentas, que preguntas va a hacer, por eso el para qué, porque voy, porque hago una visita domiciliaria, para que hago esto, que quiero conseguir con esto, de qué manera me puede dar insumos para una intervención, y a veces pasa que vas con una impronta y salís con otra, porque descubrís otras situaciones de precariedad, situaciones problemáticas, a veces encontras a un adulto mayor en situación de vulnerabilidad, porque la familia también carente de recursos prioriza algunas cosas, me decía una colega que tiene mucha experiencia en todo esto, siempre tenes una estrategia, y me acuerdo que una vez lo dijo Saibene en una clase, una estrategia de supervivencia de la cantidad de hijos que tienen uno generalmente es desnutrido, yo no lo tomo tan así, pero en palabras de ella, como herramienta para conseguir cosas, conseguir algún beneficio, algún subsidio, siempre uno de los chiquitos, yo no sé si es así, no sé si generalizar, no sé si es tan así empíricamente, tan fehacientemente que la estrategia es que sea uno de los chicos, a lo mejor se da, yo lo eh visto de familia con algún chiquito desnutrido, la mama es desnutrida, ha sido desnutrida. El obstáculo que podes tener, si me ha pasado de tener un integrante la familia en contra, y si ves que hay una situación que genera violencia entre los integrantes de la familia te retiras, ese es el obstáculo que podes tener, otro obstáculo es que no te quieran recibir, pero ya si lo consensuaste previamente, el barrio también pero como siempre digo si vas una zona periférica no lleves nada, anda con un cuadernito, una birome y nada más.

11. En el CRSM, ¿la Visita Domiciliaria es una técnica utilizada solo por los Trabajadores Sociales?

Depende del perfil de cada profesional, yo he llegado a hacer visitas con un enfermero por ejemplo, acá ah habido un psicólogo que iba con Graciela con la médica, él la convocaba para ir a hacer un inyectable, a un paciente que vivía en Granadero Baigorria cuando le tocaba la medicación de depósito, por eso digo depende del perfil de cada profesional, yo eh podido trabajar muy bien con Belén (Psiquiatra) y Belén siempre me dice todo lo que se y lo que aprendí lo aprendí trabajando con vos Marta, de salir, de ir, de venir, siempre yo le decía vos me acompañas? O vos te queda y yo voy, pero consensuar al interior del equipo, y también uno considera si es importante o no que venga otro, porque a veces también ir a una vivienda tres, me acuerdo que una vez fuimos a la casa de un paciente, la abogada, los tres del equipo, y el acompañante terapéutico, éramos cinco, y la mujer amasando pan casero, la mujer del paciente,

amasando una bocha de masa porque lo hacía para vender, yo apoyada en el marco de la puerta de salida que me quería ir porque era la abogada la que llevaba la entrevista adelante, entonces la mujer relatando situaciones de violencia, de haberse escondido adentro del placar, de salir con sus hijos disparada por la ventana de atrás, que el tipo le trababa la puerta y le ponía sobre la mesa todas las herramientas que tenia de albañil como diciéndole te voy a matar, y la abogada diciéndole "pero vos estarías dispuesta a recibirlo nuevamente en la vivienda" y yo tenía ganas de salir despedida, y después cuando salíamos que volvíamos y escuchar los comentarios del acompañante y la psicóloga y decir "claro que viva la gorda esta se quedo con la casa mientras él está internado" y la mujer relato situaciones que había vivido de estar internada con él en el Hospital Provincial, de bancarle millones de cosas. Me parece que una visita domiciliaria no pueden caerle 25 personas, que vos digas que me acompañe un abogado para ver la situación de los papeles de la vivienda, perfecto, cuando vos tenes alguien que ocupo una vivienda, alguien que no tuvo una trayectoria al lado del paciente y se está quedando con la casa, bueno vos ahí convocas a un abogado. (…) Yo creo que el trabajador social es el que pone la impronta de que es necesaria una visita, después con quien va se determina, yo siempre consensue al interior del equipo, porque siempre trabaje de que mi profesión no está por debajo de las otras dos, hay quien se queda y palabras es la del psiquiatra, la palabra es la del psicólogo, y se quedan en la queja, yo no, yo también puede decidir si es necesario un permiso o no, no la medicación, cada uno tiene su función dentro de un equipo. (…) A la hora de poner en juego una estrategia la palabra del trabajador social tiene que estar, o en una entrevista, porque si no es como que nos quedamos en un costado, y le he discutido. Para mí el equipo tiene que estar a disposición del paciente, cuando el paciente esta de permiso, permiso prolongado en la vivienda, que a lo mejor ya está en la etapa que le dan cada 15 días, que vuelve, si el paciente se descompensa y viene el equipo tiene que estar ahí para atenderlo,_porque eh tenido discusiones de médicos que no han querido atender al paciente, no que vayan por la guardia y en la guardia diciéndole no que vaya a buscar al equipo si tiene equipo.

12. ¿El aumento de demandas disminuye el número de visitas realizadas?

Yo creo que tiene que haber equipos territoriales, que el paciente no venga a una entrevista, sea a consultorios externo, sea de internación que vos le diste permiso y no

volvió, y no tiene teléfono. Que tiene que estar la impronta de salir al territorio los que trabajan acá, el paciente no vino, y ¿Por qué no vino a la consulta? No vino una vez, no aviso, ya pasaron veinte días, paso un mes, no tiene medicación, porque vos sabes hasta cuando le diste medicación, entonces hay que salir eso evita, previene una internación, si vos estas pensando en la desmanicomializacion, porque la familia te dice "y no quiere ir", y a lo mejor no disponen del dinero para subirlo a un taxi, para traerlo, o está encerrado en la pieza, esa me parece que es una forma de un trabajo en terreno, también coincidimos en que los centros de salir están llenos de gente , y que algunos centros de salud no tienen trabajador social y que tener un psiquiatra que va cada 15 días, y que se dedican a agarrar una lista y hacer la receta por esa lista, no entrevistan, entonces me parece que los equipos territoriales tienen que estar, no como policías pero si a manera de prevención, una visita en el domicilio cuando el pareciente está en el domicilio previene una internación.

13. ¿Hay aspectos importantes a tener en cuenta al realizar una visita?

Si, vos tenes que tener en cuenta a quien vas a visitar, el por qué, el para qué, de qué manera te presentas, de qué manera hablas, si utilizas la observación a modo de herramienta, porque no es mirar por mirar, o mirar prejuiciosamente, sino observar, y también la observación acompañanando el relató de la persona, de qué manera te sentas, yo creo que la manera de presentarte y de expresarte hace a la confianza que el otro te pueda tener como para generar una entrevista abierta, que no sea solamente las preguntas que vos te anotaste y que las repetís como loro, sino que del relato que la persona te va haciendo vos vas sacando nuevos insumos para repreguntar, y siempre tenes que tener en cuenta que la entrevista la tenes que llevar vos adelante, no que la persona te maneje la entrevista. ¿Qué te quiero decir con esto? Que uno no va como un maestrito a impartir sabiduría, adentro de una casa o a llamar la atención por alguna situación, vos vas a una entrevista que eso después la vas a poner en juego a la hora de pensar la estrategia, de acuerdo a las vivencias, tener en cuenta la historia, la tradición, porque por ahí te toca hacer una entrevista en un barrio toba, donde pones en juego determinadas cuestiones, donde juega lo que es la tradición, sus costumbres.

14. ¿Consideras que el contexto sociopolítico actual influye en el número de ingresos y demandas?

Totalmente, el contexto económico y político que tenemos en este momento hace de que la sociedad, acá tenes para leer a Castel con el desafilado, una persona que queda sin laburo, es terrible, porque es como dice Castel quedas desafilado del mundo, aquel que tenía una rutina de levantarse ir a laburar, todo lo que hace el trabajo como ordenador de la sociedad, no existe, la gente va a laburar va con miedo, con temores, en cuanto a que te puedan echar, a que te bajen las horas de trabajo, que te suspendan, eso hace que también ese malestar lo vuelques al interior de la familia, a tu entorno, a las amistades, vos vas dejando de lado cuestiones que hacían a la vida cotidiana, y peor si te quedas sin laburo, ya con el recorte del sueldo hace que vayas recortando otras cosas que también afectan a otros, porque el que yo no vaya a cenar afuera afecta aquel que trabaja de mozo, que trabaja de cocinero, que yo no vaya al supermercado hace que los que trabajan en el supermercado, los repositores, las cajeras, los administrativos, lo mismo que no me compre ropa, veníamos de una economía, no porque estuviera todo guau, sabíamos que el sueldo te aumentaba, que tenias una estabilidad en el trabajo, que tenias un poder adquisitivo, que podías ir dos veces por año a las minis vacaciones, todo eso se perdió, andamos en bicicleta, más allá que te guste o no te guste andar en bicicleta, los colectivos vos ves que pasan vacios, la cantidad de estudiantes también son menos, porque tienen que aportar a la economía familiar o porque la familia no puede pagar los estudios, todo va entrelazado con las medidas económicas, políticas, el tema de la ley de trabajo, de la reforma laboral, la reforma previsional, de querer reducir la cantidad de pensiones no contributivas que se redujeron, los compañeros que trabajan en desarrollo social que no saben a dónde van a ir a parar, es toda una cadena, entonces me parece que eso afecta a la salud mental, me acuerdo que yo la tesis mía la hice en el 2001 con toda una impronta de trabajo, y me acuerdo que en esa época estaba en pareja y me quedo sin pareja también, el trabajaba en telecom, y hubo desocupación masiva en telecom, en principio se vendió la lancha, después el auto, un día llego a mi casa y veo que se iba un tipo que se iba con uno de los televisores que teníamos dos, que uno era de mi hija y otro de la pareja, y yo dije que paso? Se rompió? Y no lo había vendido, y yo seguía laburando pero laburaba porque primero me había quedado yo sin laburo, y después se queda él, y yo empecé a hacer pizas caceras, y a vender en la facultad, por el barrio, iba vendía a las profesoras, a las compañeras, a todo el mundo, me habían

conseguido gente de la municipalidad, que tenia compañeras que trabajaban en la muni, y me acuerdo que me iba con la bici llena de pizas a repartir, pero bueno mi pareja no lo pudo soportar, porque seguía buscando trabajo de lo mismo, y no podía conseguir, y terminamos separándonos, y yo lo veía que él estaba mal, pero mal en salud mental, se le caía el pelo, las uñas, comía como quejándose con una angustia, y yo le preguntaba y trataba de ayudarlo, y termino yéndose y no puedo con todo esto, y no podía con el, y bueno todo eso es lo que afecta. Además cuando te despiden siempre la culpa es hacia el trabajador, nunca hacia el sistema, entonces el trabajador que piensa? A mí me despidieron porque yo no sirvo, porque yo no doy con el perfil que la empresa necesita, entonces de esa manera sale a buscar nuevos trabajos, sabiendo que o porque estas en una cola donde tenes cantidad de jóvenes, jóvenes con títulos. O vas para un trabajo para de administrativo y te dice pero no usted con este curriculum esta para otra cosa, mejor toman una pibe que recién se inicia y lo pueden precarizar. Y es terrible abrir un diario para ver un trabajo, y yo creo que sale aquel que tiene construida una red de relaciones, es aquel que puede medianamente salir de la situación, pero aquel que no tiene construida una red de relaciones, olvídate, en un contexto como este. Cuanto menos trabajo hay lo que conseguís es cada vez más precario, porque saben que no hay laburo entonces es muy fácil precarizar a las personadas porque no hay trabajo.

15. ¿Cuáles fueron los cambios más significativos que sucedieron a partir de la nueva ley N°26.657?

Acá es un proceso que se viene dando ya hace 10 años, 2007 de la ley provincial, lo que se hizo en su momento, hicieron varias reformas por lo que me han contado, la ley provincial de los 90 de acá se empieza a dar hará cosa de diez años, empieza la ley lo que hacen en un principio es, reformar el hospital, porque acá adelante no estaba la administración, estaba abajo, acá arriba era el presidente, la habitación del médico de guardia, y había tres pabellones, está ahora el que es paidos psiquitria, y los otros dos pabellones, después había un psiquiatra por pabellón, después se fue implementando más cantidad de profesionales, y después comienzan con los equipos interdisciplinarios, ahora es como que de estos diez años que yo estoy acá se han intentado reformas pero es un poco como lo que digo yo y sostenemos algunos compañeros que si vos no pensas primero de que manera vas a trabajar el afuera, que recursos pones en el afuera en la sociedad, si vos no pones recursos económicos, edilicios por fuera del hospital de salud mental no vas a poder nunca reformar, y

también al interior del hospital, porque si vos pensas que en su momento habían puesto tres medicas clínicas, tres medicas clínicas, ahora hay dos, ya ahí lo hiciste polivalente, no, si vos tenes un proyecto de hacer de la salud mental tener una instancia de polivalente, porque si vos no tomas los recursos, que vos acá tenes personal especializado en salud mental, tanto acá como en oliveros, entonces si vos a ese recursos no lo utilizas para capacitar a los compañeros que están en los hospitales polivalentes, para capacitar a los compañeros que están en los centros de salud, en los sanco, de qué manera vas a hacer que un compañero nunca intervino en salud mental recepciones un paciente de salud mental, en un hospital público, y de qué manera vos pensas el achicamiento del hospital monovalente si vos no volcas recursos por fuera del hospital, porque si no pasamos a la desasistencia. Si vos primero no armas la red para después pensar la transformación de un hospital monovalente no vamos a llegar a ningún buen puerto, porque qué hacemos? Cerramos esto y dejamos a la deriva a una cantidad de personas que necesitan y más en este contexto sociopolítico, me parece que vos podes armar una guardia interdisciplinaria, un pabellón y un armar un hospital de días, armar otras actividades que den respuestas al padecimiento en salud mental, porque es como te dije en un principio, la persona que llega a este hospital o a oliveros, el barrio esta estallado, la familia esta estallada, porque vienen y te dicen él empezó desde que era chiquito, tenía problemas en la escuela, y después creció y no quiso estudios, no termino la escuela primaria y por ahí se encerraba en la pieza y no quería hacer nada, y por ahí te dice lo que pasa es que no pone voluntad, y no se trata de eso poner voluntad, se trata de un padecimiento en salud mental.

16. Considerando que la nueva ley plantea el cierre definitivo de los hospitales monovalente a partir del año 2020, ¿Cómo ves el futuro de la Salud Mental? ¿Crees que estos cambios tan profundos van a lograr romper con la institución manicomio?

Yo creo que si se puede romper, si hay una decisión política, que es esta la dirección que se toma se rompe, así como rompieron los corralitos en los servicios penitenciarios, los desarmaron porque bueno debían existir los corralitos, los pacientes de salud mental dentro de las cárceles y donde fueron a parar? A los manicomios, vinieron acá, fueron a Olivero, vinieron de Coronda, con otras improntas con otros códigos. Las practicas yo eh concurrido a los congresos que se han dados de salud mental y vos tenias provincias que todavía tenían salas de aislamiento, tenían

electroshock, sujeción, yo siempre digo que acá para mí hay algunas prácticas que se mantienen como manicomio, con respecto a la ropa, con respecto a dejarlos que fumen, que hagan lo que quieran porque son locos, porque somos progres para pensar en el cierre de los manicomios, pero después en la práctica somos manicomializantes, porque no cuestionamos nada, yo desde que entre a trabajar acá que cuestiono de porque tienen que comer a las doce y diez, doce y veinte tienen que desocupar el comedor, o porque no pueden comer en otro lugar que no sea el comedor, que puedan comer en el patio, pero también está el trabajo de uno, porque así como vos vas por la calle y no vas tirando comida por la vereda bueno acá también está el trabajo de los equipos, el trabajo de la gente, el mucamo no está solo para limpiar sino para que el otro también considera la limpieza que yo hago, pero no de mala manera, trabajando con el paciente, todos tenemos que trabajar con el paciente, pero no se hace eso porque decimos y hablamos de las practicas de las practicas manicomiales, porque hablamos de un inyectable, pero que un paciente tenga que golpear la puerta de enfermería para pedir papel higiénico para ir al baño, eso es una práctica manicomializante, pero que eso, peor denigración que esa, pero ningún enfermero se puso a ver cómo podemos modificar eso, el enfermero tiene el poder sobre el culo del otro, y con suerte que te habrán rápido la puerta, después pudimos lograr que pongan los dispenser. Hay detalles que son mínimos y que en el contexto del hospital hace que sean manicomializantes, desde el aseo, desde el baño, que tiene que ser a la vista de todos, los baños para las duchas no tienen puerta, no sé qué diferencia hay con respecto a una cárcel? Una persona que llega a este lugar, con un desconocimiento total de lo que es un hospital de salud mental, con gente que vos ves que camina que está prácticamente en otro mundo, en su mundo, vos también tenes que sufrir esa situación de tener que estar desnudo delante de los demás o que si te queres secar te den una sabana porque no hay toallas, o secarte con la ropa que te sacaste, no sé, yo para mí la mirada tiene que estar puerta ahí. Yo creo que se tienen que cerrar las prácticas manicomiales en todos lados, porque el maltrato está en todos lados, hasta en los lugares privados. Hablamos de cerrar y que hacemos con los pacientes? Si vos tenes que acá en frente, para una paciente de acá del hospital tuvieron que poner las 24hs que la cuiden, enfermeros pagos, 40 mil pesos se gasto desde el hospital, recursos del hospital para poner enfermeros de acá que lo cuiden allá y que al lado había otra paciente que como era depre estaba solita, también de acá ,que la trajeron con una fractura de cadera, era de columna después, acá pensaba Graciela que era cadera y era columna, y la trajeron de otro hospital que decían que estaba loca que

no tenía nada, y acá Graciela la llevo le hicieron las radiografías, tomografía, todo, y tenía una fractura de columna, estaba en la cama de al lado y la atendían las mismas enfermeras que habían ido de acá que habían ido a cuidar al paciente de acá que habíamos llegado y si no le ponían la chata, todo el día con la chata, los enfermeros del hospital no la atendieron, no la aseaban, ahí estaba en la cama. Ya de por sí han puesto sus requisitos, pacientes con intentos de suicidios no, en crisis no, adicciones no, tiene varios requisitos que no aceptan, no te los reciben, y que ya de por si el juez en una orden que haga te pone: Agudo Ávila, Oliveros u otro efectos, y que hacen? Antes de estar dando vueltas con el paciente y no te lo aceptan en un lado en el otro, lo traen acá, y después de las ocho de la noche mejor, porque oliveros no te lo acepta después de las ocho de las noche, aparte tienen un viajecito, entonces todas esas cosas son lo que hace que de 7 camas tenemos 11 o 12 pacientes, y como decían los compañeros pacientes compartiendo camas, dos mujeres en una misma cama, pacientes en el suelo, con un colchón en el piso, y piensan en cerrar, en lugar de pensar en una transformación, en tener recursos, no en hacer un centro de salud que trape el hospital, mientras tanto corto la cinta gano votos e hice un centro de salud.

Entrevistad@ 3

1. **Desde el Trabajo Social ¿Cuál es tu concepción sobre la Salud Mental?**

Qué bueno de por sí es una problemática de salud, que desde trabajo social tenemos aportes para hacer en cuanto a los conflictos relacionales, modelos culturales de vivir, modelos culturales de sentir, de cómo vivimos nuestra emociones, nuestras posiciones con respecto a cuestiones muy generales de como decidimos vivir en sociedad, porque la salud mental tienen mucho que ver con esto, no lo veo como un espacio muy chiquitito o acotado, ni una especificidad profesional, sino algo muy amplio, que creo que no se puede tampoco dejar de pensar la salud mental en cuanto a cómo se responde ante una problemática de salud mental, las instituciones que hay, cuales son los dispositivos que hablan de la salud mental, que es tener salud mental hoy, y que no es tenerla, como si fuera que no lo hubiese, no hay un no lugar que no haya salud mental, creo que no es un campo solo en si mismo sino que es trasversal a otras problemáticas tradicionales del trabajo social, como niñez, genero, desarrollo social, habitad, cualquiera de la áreas tradicionales del trabajo social también es interesante pensarlo desde la salud mental porque son una de las cosas que también esta vulneradas cuando hay un derecho social afectado.

2. ¿Cuál es la función o aporte del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental?

Creo que el aporte del trabajo social es como el campo de la salud mental no entiende una perspectiva compleja, por lo cual hay un sin número de saberes que aportan al campo de la salud mental, creo que el trabajador social desde las ciencias sociales como un campo muy amplio teórico puede ofrecer una perspectiva teórica en cada situación a intervenir, y creo que también puede ayudar a pensar los modos institucionales, las prácticas sociales, asistenciales tradicionales, como ir cambiando acorde a la situación, de acuerdo a esto que hablábamos antes los modos de vivir, las culturas, los procesos colectivos, económicos, sociales, que atañen a la salud mental de la población, y el trabajador social puede tener un rol en ciertos procesos de intervención que colabore en ciertos conflictos relacionales, esos conflictos relacionales afectados más que nada por una vulneración de derechos y creo que el trabajo social tiene un montón de elementos para aportar.

3- ¿Cuál crees que es la mirada que las demás disciplinas tienen el Trabajador Social?

Y creo que tienen una mirada tradicionalista de la profesión, creo que todavía hay una mirada tradicionalista, esta cuestión de la asistencia, de brindar recursos, de hacer gestiones, una mirada muy acotada, creo que también nosotros tenemos prejuicios o una mirada tradicionalista de la psiquiatría o del abogado, o del psicólogo, creo que muchas veces la formación unidisciplinal de las universidades permite esto que una desconozca los aporte del otro y que minimice o tenga prejuicios sobre el conocimiento y las posibilidades de intervención del otro, creo que eso mismo que nos pasa a nosotros con los demás, pasa con el trabajo social, que piensan que la función del trabajo social no es clínica, no puede aportar a la intervención, hace tramites, gestiona recursos, habla con otras instituciones, creo que es un mirada muy tradicionalista y creo que la profesión tiene otras cosas para ofrecer.

-Y para vos cual sería la importancia de nuestra mirada en la Salud Mental?

Yo creo que no todas las profesiones tienen que intervenir en todas las situaciones, mayormente trabajo social interviene cuando una situación tiene un nivel de complejidad muy elevada, que requiere una dimensión institucional importante en la intervención, nosotros cuando trabajamos intervenimos en un dimensión institucional de la problemática, hay niveles más íntimos que no requiere nuestra intervención, cuando nosotros intervenimos hay un conflicto relacional, un conflicto de derechos, una vulnerabilidad severa, marcada en el tiempo que el sujeto que la está atravesando requiere cierta asistencia, cierto acompañamiento para poder lograrlo, entonces creo que el trabajo social puede colaborar cuando la problemática de la salud mental de ciertas personas afecta a un sin número de derechos sociales de esa persona.

4- ¿Cómo es concebido el usuario, sujeto de intervención? ¿Qué lugar se le da en el tratamiento?

Mira, yo cuando pienso a un paciente, es difícil no pensar en el paciente porque esta instituido en el hospital que son pacientes, la noción de usuario no circula todavía al interior de los equipos, por más que uno lo nombre tradicionalmente pacientes, uno no evoca a ese concepto de que sea una acción pasiva del sujeto que está a la espera de un resultado de la aplicación de una técnica medica, o de un paradigma medico, creo

que no, que un sujeto de intervención del trabajo social, que no es solo del trabajo social, sino del equipo que está interviniendo, yo creo que es muy difícil pensar la intervención del trabajo social sin otros saberes, es fundamental pensarse con otros saberes, con otras profesiones, con otras disciplinas, pensar la intervención solamente el trabajo social en este hospital no podría existir, pero si uno piensa con otras profesiones, que construyan esa problemática con el sujeto, sin duda es una sujeto que uno busca colaborar en el proceso que se vaya potenciando en sus posibilidades, que sea el protagonista de sus cambios, que deconstruya este sujeto el problema constantemente, que sea crítico con la intervención que uno puede brindar y es una construcción que hace el trabajador social con el sujeto de atención, una construcción que se van armando nuevas posibilidades, sea cual sea la situación yo siempre lo planteo que puedo construir con el otro y que el otro puede construir conmigo y ahí uno va construyendo y tejiendo esas posibilidades de intervención.

5- ¿Consideras importante fortalecer los lazos institucionales con la familia para ampliar la percepción y comprensión de la situación?

Yo creo que sí, que el trabajador social tradicionalmente tenía un protagonismo con la intervención familiar, que el trabajo social fue perdiendo ese protagonismo, también que protagonistas acá no hay nadie, pero sí creo que el trabajo social tiene que recuperar ese campo de intervención que tradicionalmente lo tuvo y creo que lo fue perdiendo un poco, esa confianza de intervención con la familia, creo que si, a mi mas allá de la familia es pensar los vínculos que atañen al sujeto con el cual estas trabajando, el sujeto no está aislado, y sin duda en este contexto hospitalario cuando vos pensar una intervención pensar en una persona que fue toda su problemática de salud mental complejizándose con los vínculos que lo constituyen como tal, esos vínculos están afectados o están definido por la problemática y creo que la intervención no puede ser sin ellos, una intervención ahí con los vínculos familiares, social, afectivo, que tenga esa persona hay que poner el ojo ahí, yo creo que como trabajador social que trabajamos con conflictos relacionales y creo que es un capital de potencial intervención que se requiere mucho, mucha formación para hacerlo, mucho trabajo en equipo para también pensarlo, calificarlos, diseñarlo, y para también implementarlo, pero creo que si, en estas circunstancias en las que yo estoy pensando en la intervención creo que es fundamental el abordaje familiar o vincular.

-¿Y qué estrategias se piensan para fortalecer estos lazos?

Que sea parte de la evaluación, que ya parte de la evaluación de la problemática este comprendida la evaluación familiar y vincular porque esa evaluación ya podes evaluar con lo que otros evalúan es muy importante, muchas veces le hablamos al individuo y nada más, y creo que cuando incorporamos en la evaluación a la familia, a los amigos, a los vecinos, a todos, evaluamos a su red vincular surge otra situación, surge otro sujeto de atención, surge otro paciente, otro usuario como queramos decirlo, y pasan otras cosas, entonces el primer punto es que sean parte de la evaluación, para que después puedan ser parte de la intervención, que evalúas vos de ellos, que evalúan ellos que está pasando en esa persona en particular, que nunca es una persona en particular siempre el problema es mucho más complejo, siempre se presenta así en un primer momento pero uno tiene que hacer otro desafío con respecto a eso, y después producto de esa evaluación que uno hace con otros, surgen otras posibilidades de intervención, surgen otras posibilidades de atención y otras alternativas de estrategias, involucrar en todas las etapas del tratamiento, involucrarlos en que son parte del problema para que pueden ser parte de la solución, no es que el problema el que este internado o que está haciendo síntoma, sino que la problemática es otra, que es familiar, que sean parte del "diagnostico" entre comillas problemático, cuando ellos puedan ver que también son parte del problema también van a tener un rol protagónico en el proceso de intervención, que no piensen que la intervención solamente es medica, que la cura es medica, y que todo depende de otras instituciones y que ellos tienen un rol pasivo, evitar esa complicidad que muchas veces ocurre, pensar que el problema es de el individualmente y que la cura la tiene un especialista y nosotros como familia somos espectadores, entonces es fundamental convocarlos en todas las instancias del tratamiento, tanto en la evaluación, en el proceso y en el alta que tenga un rol fuerte.

6- ¿Cuáles son las herramientas y técnicas que utilizas cotidianamente?

Desde acá del hospital donde estoy yo, principalmente la entrevista, la visita domiciliaria, como técnicas de intervención principalmente son esas, después vos haces otras cuestiones más que tengan que ver con acompañar a la persona en el hospital, cosas que son más formales, como encuentros de pasillos, ir al dormitorio, ir al comedor, son encuentros espontáneos también son parte de la intervención, son técnicas también, son entrevistas, pero bueno de otras características, la entrevista familiar

también, la intervención entre pares, entre grupos, vos intervenís con dos o tres pacientes a la vez, son situaciones que ocurren en el hospital, eso es una técnica grupal, cuando trabajas con la familia también es una técnica grupal, porque cuando trabajas con la familia del paciente estas en un grupo tenes que aplicar técnicas grupales, entrevista grupal que es una técnica que tenes que tener manejo de grupo cuando trabajas con las familias, esas son las principales. Herramientas, tiene que ver todo lo que uno hace con la comunicación, con los informes sociales, socioambientales, socioeconómicos, que permiten diferentes gestiones, que permite comunicar con diferentes organismos del estado para acompañar ciertos procesos de intervención que son a nivel institucionales.

7- ¿Qué significado tiene para el Trabajo Social la Visita Domiciliaria?

Yo creo que es muy importante, es muy valiosa, no hay que hacerla indiscriminadamente, hay que planificarla, ver si tiene sentido, en que momentos, no es para todos los casos tampoco, tiene que haber un acuerdo con el otro para hacerlo, y también que buscas con eso, que buscas con ese tipo de intervención, nosotros somos un efector de tercer nivel de complejidad, nuestra georeferencia es muy amplia, es toda la zona sur de la provincia de Santa Fe, entonces tener una georefencia tan amplio no es un recurso que puedas hacerlo siempre, como un centro de salud, si fuera un primer nivel, un primer nivel si porque el territorio es tu campo de intervención, acá no es una región, entonces no podes ir fácilmente a todos los pueblos, entonces es un recurso valioso, y un recurso exquisito, podríamos decir, lo usas en algunas excepciones, hemos ido igual, yo voy mucho a los pueblos, pero es un día de trabajo perdido, va invertido en eso, pero es un recurso que vos usas con mucha, digamos lo administras bien cuando lo podes utilizar, pero si es un recurso valido y muy importante para ciertas intervenciones.

8- ¿Cuáles son los procedimientos antes, durante y después de una visita?

El antes, es primero evaluar cual es el motivo, cual va a ser el sentido, es lo que buscar recuperar, si queres hacer una evaluación habitacional, si queres hacer una evaluación de funcionamiento familiar, si queres hacer una evaluación comunitaria como es la relación con los vecinos, con el entorno, si queres hacer una evaluación mas clínica, a ver como esta diagramada su casa, y como expresaba su subjetividad materialmente en su entorno, lo que son acumuladores, lo que tienen trastornos

delirantes, eso diseñamos mucho con el Psicólogo y el Psiquiatra para ver con que nos encontramos cuando vamos al domicilio, también a veces para generar una confianza con el paciente y la familia, cuando la familia no viene, a veces no quieren venir a este hospital porque tienen miedo o tienen rechazo, o tienen miedo a ver a sus familiar, entonces eso también lo tenes en cuenta para hacer esa visita domiciliaria, son muchos los objetivos que uno puede tener, ir a un centro de salud, conocer el centro de salud, conocer el barrio, estar ahí y pensar desde ahí las situaciones, y se abren muchas otras cosas, conocer nuevos actores que involucran y que puedan acompañar en ciertas intervenciones, eso es el antes. Él durante, bueno hacer todo esto que te dije antes, es acercarse al domicilio, evaluar si vas con o sin el paciente, planificar si le avisas o no le avisas, yo soy partidario de avisar, a veces no se puede porque no tenes contacto, no tenes teléfono, y bueno vas, siempre es una invitación del otro, nunca es una imposición, por lo menos lo que trabajamos en salud, si fuera que bueno trabajamos en niñez, o en otras cuestiones judiciales bueno si, sin duda, pero para nosotros es un recurso terapéutico, no un recurso punitivo. Siempre es un acuerdo, le explicas para que es, qué sentido tienen, para que es, y el otro siempre tiene la última palabra, no es un discurso indispensable, entonces como cualquier recurso en el campo de la salud, en el campo de la salud mental específicamente. Acá somos una institución para cuidar la salud de la gente, entonces no tenemos porque utilizar recursos que amedrenten al otro, al contrario, por eso siempre es un acuerdo. Se planifican, a veces es necesario sacar foto o filmar, entonces yo les pido permiso para sacar foto o filmar, me dicen si están de acuerdo o no

-Y con qué fin?

Y a veces como para que quede como parte de la historia clínica, y también para comunicar a tus compañeros para que puedan tener un registro visual de lo que vos evaluaste, siempre es un acuerdo y después yo le muestro las fotos, y si no están de acuerdo con alguna o la quieren sacar siempre es un acuerdo también, muchas veces cuando voy a ver situaciones habitacionales saco foto, por ejemplo si es la casa de un acumulador saco foto para que vea como estaba, fui a la casa de un acumulador, la casa un desastre, saque muchas fotos y ahora vino ayer y me mostro la foto de como quedo, como estuvo limpiando, y ahora la casa si esta habitable, y podemos utilizar esa vivienda como un recurso para cuando se vaya de acá, antes no, antes vos te podías ir de alta pero a esa casa no porque es inhabitable, entonces acordamos estas cuestiones, y se

enmarcan dentro de las estrategias de trabajo, entonces eso es él durante, entrevistas, si es necesario grabas, tomas apuntes, le pedís permiso y si está de acuerdo hablas con un vecino, a mi me gusta mucho hablar con los vecinos, con el centro de salud, con algún allegado, instituciones de referencia.

Y el después bueno, un informe que uno hace, un informe escrito en la historia clínica, si es necesario uno para comunicar a otro organismo, siempre le hago una devolución al paciente de lo que vi, de lo que me encontré, en una entrevista le hago la devolución, si es en el domicilio también le hago una devolución y lo importante es que a ellos les quede claro que uno no va a ver cómo viven ellos desde un lugar moral, de que no va uno a chusmear, ni a invadir si intimidad con una cuestión prejuiciosa, ni nada de eso, sino que le hace falta a ustedes para que puedan estar bien acá, que le hace falta a ustedes para que fulanito de tal cuando salga de alta puede estar bien acá, o para que ustedes puedan convivir bien, o que recursos es necesario para la casa sea habitable, siempre en esa situación de colaborar, y como podemos acompañar, desde este caso desde el Estado a una visita. Hay intervenciones de dinámica familiar que son muy importante hacer en el contexto familiar, porque es en el contexto más natural de ellos, en donde pueden aflorar muchas más confianza para charlar muchas cosas que en un consultorio que es un ambiente artificial e inhóspito para los familiares, para los pacientes es más común porque está internado, porque va más veces y fue construyendo esa confianza, pero vos citas a una familia entera y es difícil que surja una dinámica cooperativa y comunicativa. (…) En el domicilio juegan de local, puede levantarse de la mesa y se van a su cuarto, en el consultorio es más difícil, se van con el silencio, se inhiben, y cuesta mucho también coordinar para que vengan, es más fácil uno ir y que estén todos, a que todos puedan venir a la hora que yo puedo a la mañana, muchas cuestiones que vos vas evaluando. Entonces el después es muy importante la devolución y que ellos sepan a que fuiste, que no queden cuestiones ahí dando vueltas.

9- ¿Cuáles son las ventajas de realizar una entrevista en el domicilio?

Yo creo que muchas veces fortalece la confianza, la empatía, la confianza con la institución y la familia, un puente ahí, porque si te abren la puerta de la casa es importante, no cualquier le abre a cualquiera las puertas de la casa, creo que ahí hay una posibilidad de confianza, creo que para la gente también es importante porque es persona se molesto de venir hasta acá, eso no es poco, la gente que se encuentra por ahí

muy abandonada por el estado que sufren problemáticas de salud mental y están durante años estuvieron buscando que alguien haga algo y se encontraron solos, y que de repente venga alguien a la casa, se tome un mate, charle, comparta, este ahí un rato con ellos, creo que se abre un canal posible de comunicación y de laburo, ya desde el momento en que tocaste el timbre estas interviniendo, porque estas metiéndote en la vida de los demás, porque creo que en ese sentido es una de las ventajas, otra ventaja analítica, sacas mucha información, porque cuando vos entrevistas vas construyendo imaginarios de como es la vida de esa persona, pero cuando vas y la ves pasan muchas otras cosas, y sin dudas conoces mucho más a la persona con la cual estas trabajando que solamente haciéndole una entrevista, entonces cuando vos vas al domicilio y al barrio en donde viven te sentís mucho más cerca de esa persona y la persona te siente más cerca a vos, entonces en ese sentido habilita mucho para lograr nuevas cosas, entonces creo que la entrevista domiciliaria permite más cosas en la intervención. También cuando vas al domicilio, no solo vas al domicilio, vas al centro de salud de referencia, haces un pequeño circuito entonces la referencia queda más fuerte armada, eso creo que es importante, ir a trabajas con equipos y conocer donde se va a atender, eso me parece que es un dato importante, conocer más actores del barrio, de la casa, de la familia, chicos, que no vienen acá, ver a los niños, que los niños te vean, creo que eso son muchas ventajas. Y desventajas creo que si se hace mal es invasivo, si no es necesario es invasivo, si no tiene esa confianza también puede llegar a hacer innecesario, creo que las desventajas también puede ser que vos vayas con la mejor buena onda y todo, y después no tengas nada para ofrecer, después de una evaluación tienen que venir una intervención, si vos haces una evaluación y después no haces nada al respecto, no está bueno, vos vas y ves que la gente vive en condiciones muy precarias y que después vos no tengas nada para decirle, me parece que eso estigmatizada, hay que tener mucho cuidado, que avalúas y para que evalúas, para que yo voy a ponerme a evaluar las condiciones habitacionales de la gente si después no le puedo conseguir nada, no puede conseguirle ni una garrafa yo, ahí de ultima triangulo con los organismos que si tienen para hacer algo, llamo al centro de salud, mira tenga esta situación, esta familia, queres que vayamos juntos y vas con un organismo que si pueda hacer algo, sino para que vas a ir, esas cuestiones tiene que ver con definir para que lo vas a hacer, ahí se pueden definir las desventajas, si la haces mal o que queres hacer con eso, como toda intervención, cualquier técnica mal aplicada o aplicada sin necesidad está mal, tiene desventajas.

-¿Crees que hay aspectos importante tener en cuenta al momento de hacer una Visita Domiciliaria?

Sí, creo que todo esto que hablábamos antes, creo que cualquier técnica, ser respetuoso, prudente, anticipar siempre, explicar lo que uno va a hacer y lo que está haciendo, como recursos técnicos, filmar, fotografiar, lo podes utilizar porque es válido, pero para qué? Que buscas? Si es necesario hacerlo sino no, bajo ciertas circunstancias es necesario, en otras no, el registro visual es necesario tener ciertos elementos que a que buscar, bueno voy a buscar si tiene inodoro o no, bueno tiene inodoro pero anda? Nosotros no somos arquitectos, eso va a un desagüe cloacal o va a un pozo y el pozo ciego está funcionando? Todas estas cuestiones nosotros no somos arquitectos, la casa se va a caer? Y que se yo, hay muchas cuestiones que tenemos que ver que podemos evaluar y que no podemos evaluar, hay hacinamiento, sí, bueno como evaluar el hacinamiento, como manejas la técnica domiciliaria, la entrevista es una técnica que no va sola, no es únicamente una observación, vos entrevistas en el domicilio, usas grupo, usas si queres muchos recursos de intervención, hasta psicodrama, porque tenes un montón de habilidades para manejarte en un escenario móvil, donde entra gente, sale gente, llegan chicos, te saluda, te invitan a comer, te invitan a tomar unos mates, que te sentas, un montón de habilidades que tenes que tener para manejarte en un escenario que es inhóspito para uno en un primer momento, entonces hay muchas habilidades que tenes que tenes para operan profesionalmente, no solamente voy miro y chau, está sucio o limpio, no porque ahí uno puede caer en una mirada ingenua, estaba todo limpio, todo presentable y no sabes.

-¿Y esto te lo da además de la formación la experiencia?

Te lo de la práctica, te lo da la capacidad de pesquisa, de exploración, vos ves un inodoro, como sabes si funciona o no, me paso hace un mes, fui a la casa de una paciente en un pueblo a las afueras por cuestiones habitacionales fuertes, tenia inodoro, tenía todo, pero nunca voy a saber si andaba o no, ella dice que sí, pero yo dudaba que ande, por lo vecinos se sabía que hacían en el pasto, bueno, ahí hasta dónde puede llegar tu intervención, porque una paciente que fuimos justamente con la comuna de lo habitacional, que está viviendo como puede ahí en un carpa, hace años, entonces ver, y aparte estaba muy expuesta la paciente, a muchas cosas, entonces ver eso, eso si te da la exploración, la confianza con el paciente, el tiempo, no es lo mismo estar 15min que

estar una hora, si llegas y al ratito te vas es poco lo que podes recabar, esos si te da mucho la experiencia, y también con que otros saberes vas, a veces vas a una entrevista domiciliaria, yo he ido mucho en su momento para hacer externaciones pos trasplantes, entonces el médico me decía que eran las condiciones de higiene que requería la persona para que una transplantada pueda estar en la casa, y bueno por ejemplo era que no entren perros a la casa, o gatos ni animales, entonces vos según la situación es lo que tenes que evaluar, que sean azulejados los baños, hay un montón de elementos que hay que evaluar para que una persona post trasplantada pueda estar en esa casa, que haya calefacción asistida, eso también depende la evaluación que es lo que vos vas a evaluar según la situación.

10- ¿Qué sentimos cuando hacemos la Visita Domiciliaria?

Es igual y tal vez un poquito más grave porque entramos en la vida de otras personas, en una entrevista, entras a explorar y te pasan muchas cosas, que uno las conserva en su interior y no las utilizas directamente en la intervención, a veces sentís cosas que te preocupa, como va a estar esta persona cuando salga y vuelva aca, condiciones habitaciones, a veces vas y son personas que no están en condiciones de pobreza pero esta la violencia materializada, o su malestar y su padecimiento materializada en la propiedad, de muchas maneras, todo roto o abandono general, y económicamente no hay problema, son muchas cosas lo que uno siente cuando por lo general interviene en la vida de los demás, como cualquier técnica de intervención, hay muchas personas que no se animan a entrar a las casas, se quedan afuera, los horroriza lo que ven, yo como trabajador social entro, no tengo problema y bueno, creo eso es importante estar preparados para eso, porque para el otro es natural, pero hay personas que se quedan afuera, y es medio difícil después continuar el trabajo, entonces estar preparado para acompañar al otro pase lo que pase, nunca es incondicional del todo, pero ver hasta donde uno pueda conocer lo que le pasa al otro y ver en que le puede ayudar.

11- ¿Consideras que la visita en el domicilio es una característica específica del Trabajo Social?

Yo creo que no, creo que no hay nada especifico del trabajo social, no, por ahí somos los que tradicionalmente nos metemos en la casa de los demás sí, pero que los psicólogos le cueste mucho hacerlo si, porque tienen otro encuadre con el paciente, que

los psiquiatras a veces consideren necesario hacerlo puede ser, hablando de salud mental, pero no creo que sea algo especifico, creo que es una tarea que se debe hacer en un momento del proceso terapéutico y creo que esta bueno que el trabajo social pueda aportar a eso, solamente el trabajo social no, esta bueno ir con otros, a mi me gusta ir con el psicólogo, o con el psiquiatra, ir yo solo solo, es raro que lo haga, porque me gusta a mi representar a la institución, representar al equipo, ir solo es raro, salvo que sea algo muy puntual

-¿Y crees que es parte del capital acumulado del Trabajo Social?

Y no sé, no creo, creo que con el trabajo social estamos descapitalizándonos en este momento, creo que no se si llega a ser capital acumulado del trabajo social, esto de las miradas de otros profesionales al trabajo social, una mirada más tradicionalista, muchos dirían bueno si, hay que hacer una visita domiciliaria que vaya el trabajador social, y no, yo no estoy de acuerdo con eso, esa fragmentación de las tareas, técnicas, no creo, que un psicólogo me diga, mira yo no quiero ir porque yo soy el psicólogo me parece que está bien que muchas veces lo hagan, creo que es bueno que haya algunas veces esas diferenciaciones, que a veces hay y a veces no, es raro que un trabajador social te diga no voy a ir al domicilio que vaya otro, si no va a un trabajador social quien va a ir? No va nadie, entonces por decantación creo que cae más, y en ese sentido se puede entender como un capital acumulado, pero más que nada por ese lado.

12- En el CRSM, ¿la Visita Domiciliaria es una técnica utilizada solo por los Trabajadores Sociales?

No, yo creo que se tiene que trabajar en equipo, y la actividades son del equipo, es muy tradicionalista decir que hay que hacer una visita domicilia y anda vos, no somos equipo y lo hacemos juntos, no hace falta que todos hagamos todo juntos, pero como que yo después como trabajador social le diga la psicólogo no yo no lo quiero escuchar cuando habla de la madre porque yo soy trabajador social, no lo voy a escuchar hablando de la madre, esa es tarea del psicólogo, esa fragmentación uno evita hacer cuando una interviene interdisciplinarmente.

-¿Pero suele pasar o no? En tu equipo

Me ha pasado que me han venido con esas cuestiones, pero se resuelve, porque la intervención es interdisciplinaria, el trabajo es interdisciplinario, no hay fragmentación

en las tareas, si planificar y diferenciar ciertas cuestiones, pero no hay especificidades marcadas a raja tabla.

13- ¿Cuáles fueron los cambios más significativos que sucedieron a partir de la nueva ley N°26.657?

Y creo que tiene que ver con esto de la interdisciplina, de la intersectorialidad, de pensar la internación como un recurso extremo, no como un lugar para estar, lo derechos de los usuarios que están asistidos, el lugar que exige que la salud atienda problemáticas de salud mental, tanto hospitales generales como centros de salud, que sea un problema de salud fuertemente y no tanto como era antes mas judicial o cosas de locos. Creo que eso son los cambios más importantes de la nueva ley.

14- Considerando que la nueva ley plantea el cierre definitivo de los hospitales monovalente a partir del año 2020, ¿Cómo ves el futuro de la Salud Mental? ¿Crees que estos cambios tan profundos van a lograr romper con la institución manicomio?

Yo creo que el cierre de los monovalentes no es la solución a los problemas, me da miedo inclusive porque puede replicar una desasistencia, lo monosustitutivos no están dando abasto, los hospitales generales no estar recibiendo muchos pacientes o si, pero no alcanza, la demanda en los monovalentes es muy alta, por más que yo estoy de acuerdo con el cierre, hay que cerrar obviamente, me preocupa que eso replique en que terminen perdiendo los pacientes, al tener menos estructuras asistenciales y tener menos lugares donde atenderse, porque esta gente esta acá porque de alguna manera lo necesitan, por más que uno no quisiera que estén acá, están acá por una necesidad terapéutica y eso hay que pensarlo bien como se va a remplazar, sino esta gente donde cae, y también los nuevo, acá todos los días se interna uno nuevo, todos los días hay ingresos, de lunes a lunes, hay más de treinta y pico de ingresos por mes, y mas todos los que se derivan a la colonia y a otros lugares, hay mucha demanda, mucha problemática de salud mental, y la internación no es un recurso, la internación es elementar, y un recurso muy importante para atender las situaciones graves, no se no pensar la internación en salud mental, que no sean monovalente estaría bárbaro, que estén en hospitales generales estaría aun mejor, el tema es que se haga ese proceso, sino esta gente va a quedar sin asistencia, y se van a morir en la calle o van a matar a alguien, entonces es complicado, esta re bueno el cierre de los monovalentes, hay que

apuntar a eso pero de los públicos y los privados, porque están cerrando los públicos, y los privados se están abriendo, los privados están todos llenos, entonces es un peligro que se termine privatizando la salud mental, porque que estamos haciendo? Sacando paciente de los públicos y los mandamos a los privados con PROFE o con PAMI, entonces estamos achicando lo público, ampliando lo privado y se termina privatizando la internación, todos los monovalentes de argentina son todos privados, los públicos son muy poquitos, todas las comunidades terapéuticas de adicciones son privadas, hay una sola en argentina que es la Cenareso en buenos aires, todos los hogares para discapacidad todos son monovalentes, y son privados, acá en Rosario hay 13 psiquiátricos monovalentes privados, y uno solo público, y esos? Los geriátricos que están recibiendo pacientes psiquiátricos, creo que no está saldado el problema, la ley salió en el 2010, ya hace ochos años, se pensaba que en 2010 esto resolvía, en 10 años había tiempo para resolverlo, ya pasaron ocho de esos diez años y que paso? No hubo grandes cambios, entonces eso me preocupa realmente ese 2020, porque yo prefiero que este esto antes que no esté nada, porque esta gente que va a hacer? A donde va a ir? Esta gente requiere de mucha atención, y son problemáticas muy complejas entonces tiene que haber gente formada para poder acompañarlos. Ojala que en el 2020 se cierren pero no a costa de la atención de la gente.

Entrevistad@ 4

1. Desde el Trabajo Social ¿Cuál es tu concepción sobre la Salud Mental?

¿La concepción? La salud mental es un campo de intervención muy amplio. Por eso como pienso, de movida eso, lo pienso como un campo de intervención, después tendríamos que entrar a puntualizar cuestiones en relación a como se conforma ese campo, y yo lo entiendo como un campo que si bien tiene lo especifico está integrando en el campo sanitario, más amplio, para mí no es posible pensarlo por fuera del campo sanitario, y también en intersección con otros campos, lo cultural, el social en términos más amplios, lo político, esta todo dentro de ese campo, y puntualmente me cuesta pensar en relación a la pregunta, si es para desplegar en relación al contenido de la salud mental, en lo especifico o hacia donde queres llegar con la pregunta esa vos?

- Cual es tu concepción, o como pensas vos la Salud Mental.

Pero el estado actual, lo ideal, porque es como difícil sino definir eso.

-Lo actual.

Para empezar me parece que es un campo de tensiones, donde en la actualidad, con mayor fuerza quizás hay una puja para ponerlo en dos posiciones entre la persistencia del manicomio como modo de dar respuesta a lo asistencial en términos a la demanda de salud mental, y el otro polo seria todas las perspectivas que intentan introducir transformaciones respecto de ese campo mas manicomial, que pueden ser todas las vertiente que intentan pensar la transformación, hay variadas en el mundo y en lo local (…) Te decía esto, los dos polos, dos vertientes, dos líneas, que en algunos momentos se chocan, se misturan, pero para tratar de clarificar y ser lo más grafica posible, entiendo que en este momento, la línea de la persistencia del manicomio como modo de dar respuesta a la problemática de salud mental, es una línea fuerte y que persiste, al día de hoy no podemos decir que en la Argentina se le haya puesto un punto final al manicomio, y por el otro lado todo lo que se viene haciendo desde hace muchos años en relación a un intento de transformación de esa perspectiva de abordaje en salud mental, todas instituyentes en un punto, que hasta el día de hoy no logran establecerse como la modalidad de trabajo, para que eso suceda entiendo que tienen que suceder varias cuestiones, por un lado la política social tiene que estar pensada desde una lógica

no manicomial, cosa que hasta el momento no ha sucedido, la dirección provincial de salud mental no tiene plan de salud mental, desde que existen hasta ahora no hay plan de salud mental en la provincia de Santa Fe, el plan que tiene la Nación va bastante contrapelo con lo que podría pensarse como una política transformadora, en relación a las practicas en salud mental y muy por el contrario sigue insistiendo con la mecánica de instalación de la CUS por ejemplo, que en ese punto claramente intenta instalar cada vez el menos grado de intervención del Estado y el mayor grado de intervención de lo privado y ahí confluye esta mistura que yo digo que en muchos casos se da, el estado provincial también apela a las instituciones privadas, a las ONGs en determinadas áreas que tiene vacancias importantes, y todo lo que tiene que ver con las políticas de sustitución de la lógica manicomial en relación a la provincia de Santa Fe tiene un enunciado que se utiliza a mi gusto mucho más fuertemente como enunciado y no acompaña con el correlato de la definición de políticas concretas para llevar eso adelante o queda a medio camino, y eso hace que las instituciones que nacieron, se crearon, o avanzaron hacia una perspectiva de transformación también queden a mitad de de camino, porque en tanto y en cuanto quedan como experiencias aisladas, no se termina de armar ningún tipo de lógica seriamente sustitutiva y terminamos también cayendo en esta lógica mixta o de ser de algún modo estas prácticas que intentan ser instituyentes al no tener la posibilidad de sustituir efectivamente al manicomio porque también entiendo que lo que es lo sustitutivo es la lógica termina siendo subsidiarias al manicomio, entonces en ese punto la dirección de Salud Mental tienen en este momento, o dice tener 130 dispositivos sustitutivos en la provincia, cuando se le hace la pregunta de cuáles son, de que van esos espacios, como se conforman, a que población atienden, no lo saben, entonces bueno, digo, ese es el engranaje que falta, no hay epidemiologia seria en la provincia en la nación tampoco, sin esa epidemiologia que implica pensar tener en claro cuál es la cantidad de población que se asiste, cual es la cantidad de trabajadores con los que se cuenta, cuales son los efectores posibles, sin eso es muy difícil pensar una política sustitutiva, y de qué presupuesto se va a contar para incluso llevar adelante eso, entonces el escenario actual de la salud mental, muy a grandes rasgos entiendo que tiene que ver con este escenario que tiene que ver con un, a la espera de que algo suceda para poder llevar adelante la transformación pero con muchas resistencias también, resistencias en el doble sentido, quienes resisten la permanencia del manicomio y quienes resistimos desde estos pequeños espacios que

intentamos se tornen sustitutivos pero que también quedamos a medio camino, en la resistencia pero a medio camino en un punto.

-Y lo ideal que sería?

Y lo ideal es que haya plan, en principio provincial, mucho mejor si fuera nacional que imponga otra lógica de abordaje en salud mental, digo ya lo dice la ley, lo ideal es que se haga lugar a la ley, en un punto, si vos me decís eso sería lo ideal? Como un ideal a corto plazo hagámosle lugar a la ley que tenemos, digo, para mí fue un avance interesante en términos no solo de la ley como herramienta jurídica sino en lo que implica la ley en relación al establecimiento de las políticas en consonancia con esa ley que debían llevarse adelante, pasaron ocho años de la sanción de la ley y hasta el momento, entonces es como un primer ideal, al menos hagamos lo que la ley dice que hay que hacer, con todas las dificultades que uno le puede ir encontrando a esa ley pero bueno mas allá de eso, porque si no, no es que uno no reconoce que no haya habido intentos y que existan experiencias que van en ese camino, si eso queda solamente en las buenas voluntades y en la chiquita eso no logra sustituir al manicomio como lógica de atención, porque el manicomio no es solamente la institución hospitalaria monovalente, el manicomio es la lógica, es el modo en cómo se piensa la práctica, es la mecánica, es el modo de instalar una perspectiva en relación a como asistir a ese otro que padece, que lugar, digo, el hospital general, la ley nacional que dice: en el 2020 hay que cerrar el manicomio, desde la sanción de la ley a esta parte no debían permitirse el armado, ni la estructuración ninguna institución en esos términos y la atención tiene que como redirigirse hacia el hospital general, ahora cabe la pregunta respecto de que se hizo en ese tiempo respeto al hospital general, no solo como estructura sino en términos de perspectiva para alojar a la locura como parte de su esquema asistencial. Reformas edilicias no se hicieron, la gente que trabaja no necesariamente ha transitado la formación necesaria para poder alojar, si manicomializar desde el hospital general, porque el hospital general también puede manicomializar, porque si el hospital va a alojar con una cama dedicada, alejada de todo y en el encierro absoluto de una internación, eso es tan manicomial como el manicomio digamos, entonces en ese sentido por eso digo que lo sustitutivo debe ser la lógica.

2. ¿Cuál es la función o aporte del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental?

Me parece que pueden ser muchos, no es una, me parece que el Trabajo social como profesión, en la medida en la que se inserta en el campo de la salud mental puede aportar desde diversos lugares, ya sea en la integración de equipos interdisciplinarios aportando perspectivas de derechos, pero que no nos son exclusivamente propios, uno viene con una formación que estructura de algún modo algunas orientaciones respecto de la practicas, pero ser trabajador social en sí mismo no implica que ese sea el aporte que el trabajador social haga, eso depende también de cada trabajador social, digo porque yo me eh encontrado con colegas que no necesariamente acuerdan con algunas de estas cuestiones, entonces no es el trabajo social sino la práctica del trabajo social dependiendo de donde se piense, desde donde uno como profesional se para, para llevar adelante esa práctica: va a ser el aporte, porque sino también caemos en que hay una perspectiva del trabajo social y hay un trabajo social y eso no es así, de ninguna manera, yo puedo hablar desde la perspectiva desde la cual yo me ubico, y desde la que yo vengo intentando aportar desde hace 17 años, di casi 10 años en el área de internación del hospital, mi aporte claramente fue a instalar, concretamente creo que los trabajadores sociales que ingresamos entre el 2000 y el 2005 que fue un momento en donde el hospital empezó a abrir el juego al trabajo social y empezamos a hacer mas y creo que hubo toda una intencionalidad respecto de eso y aportar la perspectiva de lo comunitario, poder pensar el vinculo con los familiares, los vínculos con los lazos territoriales, de procedencia, todo lo que tenía que ver con la perspectiva de derechos en términos de políticas sociales, la posibilidad de acceder a las políticas sociales a través de las gestiones que se podían pensar, la generación de proyectos para pensar lo colectivo, y esto que decía antes que es una perspectiva de derecho que implica pensar al otro como un sujeto, y que tenga una lugar, un nombre, sobre todo en el campo de la salud mental y desde un hospital monovalente con una historia bastante manicomial, en su haber en donde empezar a interrogar la práctica de otros sumándose desde la práctica, haciendo con otros en relación a lo interdisciplinario, intentando lo interdisciplinario porque el modelo medico hegemónico tiene una voz muy fuerte, en psiquiatría mucho más todavía, entonces instalar pregunta, yo creo que éramos grandes, no grandes por las grande intervenciones sino que generábamos grandes ruidos en relación a los interrogantes que instalábamos en el marco de una práctica que venía

totalmente estandarizada, naturalizada, donde nadie se hacia una sola pegunta, y daba lo mismo que alguien este descalzo, que tenga cepillo de dientes o no lo tenga, digo desde las cuestiones básicas de dignidad humana en adelante poder pensar a ese otro como un sujeto para mí eso fue un aporte en relación a una mirada que venía no estando presente en la institución, prácticamente no había trabajo social, había una sola trabajadora social para toda la institución y eso permitió una apertura, claramente fue una apertura de la gestión de la institución, que fue una gestión que vino de algún modo a llevar adelante un proceso de transformación e hizo lugar a la posibilidad del ingreso de otras miradas desde lo profesional, en relación a la posibilidad yo creo de interrogar estas cuestiones que estaban naturalizadas y junto con otros que no eran solamente trabajadores sociales pudimos establecer algunos de estos mecanismo, de instalar preguntas y armar mecanismos diferenciados en relación a la atención, no sin el permanente avance de lo manicomial en relación a eso, porque lo manicomial también está instalado en los cuerpos de las personas que trabajan en el manicomio y no es tan sencillo desmontarlo en ese punto, entonces digo yo no logro pensar al trabajo social por fuera de un esquema mas general de trabajo, porque si bien entiendo que hay algo de esta mirada que está vinculada digamos a la perspectiva de derecho, a la política social, a la política pública, pensar el estado, a sentirnos parte y responsable de ese estado desde el cual trabajamos, son miradas que el resto de las profesiones por lo menos con las que nos fuimos encontrando como las clásicas profesiones, psicología, psiquiatría no venían, no vienen de una trayectoria de formación, hace muy poco que incluso han introducido algunas de estas cosas en su esquema de formación, entonces era un aporte interesante a realizar para poder desnaturalizar algunas cosas, hasta preguntar porque el presupuesto del hospital se componía como se componía, donde el 70% hasta hace unos años atrás era para medicación, digo, eso permite introducir preguntas en relación a como se piensa la salud mental y su atención, me parece que no es poco ese aporte, pero entiendo que también viene de la mano de una perspectiva particular desde donde pensar el trabajo social, en ese punto creo y estoy casi convencida que no hay un trabajo social, ni hay una perspectiva única desde la cual el trabajo social se pare para pensar la intervención, menos el campo que si bien hay historia, hay muchos otros que han estado antes que los que estamos ahora en el campo, por supuesto, pero no tiene tanta historia como el resto de las profesiones en relación a su lugar directamente vinculado al campo de la salud mental, entonces es también hacerse un lugar para poder tener voz en relación a esta voz dominante de la psiquiatría y de la psicología en relación a la clínica, hasta hemos

llegado a trabajar la idea de la clínica transdisciplinaria con todo lo que eso implica, respecto al desmonte que le significa al resto de las profesiones, hacer un lugar a otro y perder un poquito de poder en relación a ese saber respecto de lo que hay que hacer.

3. ¿Cómo es concebido el usuario, sujeto de intervención? ¿Qué lugar se le da en el tratamiento?

Bueno ahí vuelvo al punto de que depende quien lo asuma a eso no, yo creo que el intento permanente es que ese otro, que es el usuario, el paciente, o como queramos llamarlo, hay muchos modos de nombrarlos, en muchos casos se nombran como sobrevivientes de la psiquiatría, lo más interesante es hacer lugar a ese otro como sujeto con dificultades, como lo somos todos en ese punto, no es sencillo, no es un lugar sencillo, un lugar a construir, es permitir que ese otro aparezca, como pueda pero que aparezca, en la medida que pueda decidir sobre algunas cuestiones que decida, en la medida que pueda elegir que elija, algo que es la posibilidad de un sujeto y no un objeto donde yo determino que es lo que el otro tiene que hacer, decir o dejar de hacer, pero para eso claramente hay un trabajo a hacer con ese otro, porque en muchas situaciones sobe todo lo puedo pensar en lo que sucede en el psicosis en donde ese sujeto esta borrado, hay algo ahí que esta anulado, entonces trabajar para que eso aparezca y que se pueda hacer con eso que es lo que padece alguna otra cosa posible que no es ese lugar de despojo, ese lugar en donde otros lo manipulen en el sentido más amplio, de la palabra, me parece que ese es el lugar interesante a construir con ese otro de la intervención, que tenga voz, digo pero que es un lugar que cuestiona las posiciones de normalidad-normalidad también, uno se para desde otro lugar, intentando permanentemente, haciendo un esfuerzo porque creo que en ese punto todos estamos atravesados por estas concepciones de anormalidad y de normalidad entonces ahí hay que hacer un esfuerzo para deconstruir eso y poder pensar que esta lectura diferente de la realidad no necesariamente está del lado de la normalidad, sino que está del lado de la lectura de la realidad, porque sino el patrón es muy sencillamente termina siendo anulador de ese otro, porque uno está ubicado desde la verdad y el otro desde la locura, desde la no razón entonces hay que hacer un esfuerzo de construcción ahí, donde si uno pretende sostenerse en el lugar de construcción de este otro como sujeto, darle la posibilidad de que ese sujeto aparezca es aceptar eso que el otro tenga para decir, venga de donde venga en relación a su construcción, entonces en ese sentido es un trabajo permanente el que hay que hacer porque todo el tiempo estamos socialmente forzados a

la razón y a la sin razón, a la normalidad, a lo patológico, eso esta socialmente establecido y es como todo el tiempo ir en contra de eso.

4. ¿Consideras importante fortalecer los lazos institucionales con la familia para ampliar la percepción y comprensión de la situación?

Sí, siempre y cuando se considere que eso es lo que aporta, en ese punto no hay nada establecido, sean instituciones, sea lo familiar, sea lo territorial, digo, es cada vez en la singularidad en donde eso aparece como necesario, lo cierto es que la apuesta es enlazar a ese otro con lo que sea posible, con lo que sea deseable para ese otro, porque también nuestros modos de suponer que la familia es el lugar de contención puede ser muy riesgoso, porque alguien que enloquece viene de un marco familiar que ah tendido una base para ese enloquecimiento de algún modo, entonces nadie enloquece solo en ese punto, entonces es ver que sucedió con eso, y porque eso llego hasta donde llego y qué lugar tiene este otro, y si es la familia, no es la familia, si lo que hay que construir es otro lugar porque ese lugar es al que no se puede volver, si es lo territorial, si es en ese marco institucional o si es otro, claramente es fundamenta tener en cuenta que debe haber o que la apuesta es a reconstruir lazos sociales, sea por donde sea que esos lazos sean posibles de construir, no está dado que tienen que ser ni la familia, ni las instituciones locales, digo, eso es el recorrido a armar con cada uno.

5. ¿Qué estrategias se piensan para fortalecer los lazos con el exterior?

Desde el centro cultura en particular?

-Sí, o desde la internación

Las estrategias son de las más variadas, porque justamente como hay una red asistencial existente, no necesariamente la deseable ni la necesaria, ni la suficiente, justamente porque lo que no está armado es eso, en términos de la estructuración de una política claramente hacia un lugar que sea fuera del marco de las internaciones como propósito, y por fuera el armado de espacios comunitarios pensados para alojar a quien padece respecto de su salud mental, a pesar de esa inexistencia por lo menos planificada, siempre hay lugares que alojan entonces las estrategias son vez a vez de las más variadas digo porque son a través de un contacto o algún conocido, la posibilidad de establecer el lazo con una referencia territorial si fuese el caso y trabajar con el centro de salud con apoyo permanente, digo en ese punto es esto mismo, ese recorrido

no hay como establecerlo de ante mano se construye vez a vez, estrategias son apelar a las políticas sociales existentes, aparece un recurso posible e intentar armar algo para que se alcance ese objetivo y que alguien pueda alcanzar algo para que pueda acceder a alguna prestación que le habilita otra cosa, que se armen los circuitos en las instancias de formación, los circuitos culturales, que aparezca la diversidad, en relación a las posibilidades, no es que nosotros tenemos este es el esquema sanitario y entonces la estrategia va a estar centrada por lo que el sistema sanitario permite, no, es ampliar los horizontes en ese sentido, por lo menos así lo pienso yo, en relación a la vida de cualquiera no está solamente atravesada por el proceso de medicalización de la vida, entonces hay que correrse de ese circuito para permitir que alguien pueda hacer en la vida más allá de su tratamiento, sino el único esquema posible es el de la medicalización digamos, medicalización en el sentido amplio, en la medicalización de la vida no solo de lo farmacológico, porque alguien que padece o que sufre con respeto a su salud mental no solo necesita tratamiento psicofarmacológico, necesita restablecer lazos, necesita enlazarse con la cultura, necesita tener espacios de recreación, necesita tener un montón de otras cosas, donde vivir, si es posible trabajar, muchos elementos puesto en juego en relación a eso, entonces si nosotros solamente apelamos a estrategias que tengan que ver con cómo dar continuidad a los procesos terapéuticos en el sentido clásico nos quedamos cortos en relación a eso, en ese sentido voy cuando digo que lo que falta en la planificación de la política, el entrecruzamiento entre el ministerio, porque claramente el sector salud no va a poder dar respuesta a todos esos elementos que sean necesarios para que alguien pueda restablecer una vida fuera de la institución, necesita de todos estos otros soportes para poder avanzar como sujeto, sino también nos quedamos en enunciaciones. No podemos hablar de una sola perspectiva, ni de un solo trabajo social, ni de una solo estrategias de intervención, en eso hay que pensar en que no hay como definir la estrategia de intervención si no es desde la singularidad porque si no le erramos digamos, sino armamos recetas, que van a fallar seguramente, y no hay como pensarlo como receta en ese sentido, si es necesario contar con los soportes en términos de planificación de la política para decir bueno cual es mi horizonte para armar porque sino lo que sucede con este armado mas artesanal, no en el sentido de lo precario, sino en el sentido del vez a vez donde también se complejiza mucho porque si todo hay que armarlo todo el tiempo es muy costoso, los tiempos son otros, por eso una apela ahí a que la política social aparezca como un orientado fuerte en relación a por donde, cual serie el lineamiento desde donde uno, ese gran paraguas para poder pensar

las instituciones, las intervenciones, las modalidades, las practicas, pero bueno, es lo que no se termina de armar.

6. ¿Cuáles son las herramientas y técnicas que utilizas cotidianamente?

Actualmente soy coordinadora de este lugar por ende mi función esta mas enlazada a la gestión que a lo tradicionalmente nombrado como lo asistencial, no sé si hablar de técnicas pero si son mecanismos que llevo adelante como coordinadora de este lugar que tiene más que ver con todo lo que está orientado a la gestión hacia afuera de recursos, el lazo con las autoridades superiormente inmediatas, dirección de salud mental y en el caso que fuera necesario el ministerio de salud, pero también con todo lo que tiene que ver con salir a buscar esos recursos, esos lazos en la cultura, en lo social, para permitir que este lugar ni quede como una isla digamos, y después la entrevista es una herramienta que sigue estando presenta más allá del lugar de gestión, porque para muchos no sé si nombrado como entrevista en términos de herramienta si que el espacio de escucha es un espacio, sería un espacio casi cotidiano, la escucha entendida no como la escucha psicoanalítica exclusivamente, pero si una escucha atravesado por el orden de la clínica también, digo donde algo de la trayectoria que uno ha hecho hasta acá no deja de estar atravesado también por algo de la clínica aunque claramente los lugares son diferentes, no es lo mismo que escuche yo que escuche "X" que es la otra coordinadora que es la psicoanalista, pero también quienes ubican la necesidad de ser escuchados también reconocen esas diferencias y saben a veces a quien pedirle determinadas cosas, pero en general esas escuchas a veces tienen que ver con malestares del momento, siempre enlazadas con cuestiones que se pueden llevar adelante desde este espacio, cierta ubicación ahí de que uno no se queda escuchando cualquier cosa, intenta alojar lo que posible abordar desde este lugar y cuando no es posible armamos los lazos necesarios para sean escuchados en otro lugar, y después todo lo que tiene que ver con la coordinación del equipo, con los recursos materiales del lugar en este caso digamos, y somos también, tenemos la pata de la responsabilidad respecto de algunas cuestiones que hacen que también tengamos nuestra herramienta política de instalación de cuestiones a nivel de la política que parece que es necesario hacerlo, que no de lo mismo si los trabajadores cobran o no cobran, que de lo mismo que tengamos x presupuesto u otro, todo el tiempo uno está ahí como teniendo que definir cuestiones en relación a desde el momento de la apertura, hasta si hay agua, si no hay agua, lo que

implica gestionar un espacio institucional, mi tarea en este momento esta mas atravesada por eso.

7. ¿Qué significado tiene para el Trabajo Social la Visita Domiciliaria?

Ni más ni menos que cualquier otro, digo la visita cuando uno piensa la estrategia de intervención en ese orden que yo decía antes, de la singularidad de la situación, si la visita domiciliaria como mecanismo de acercamiento, de reconocimiento, de reconocimiento de la territorialidad, de la localidad, del espacio físico de alguien, es necesaria en la medida en que eso esta avaluado como parte de la estrategia de intervención es fundamental hacerlo pero no indispensable, de todas maneras creo yo por lo menos en este lugar, yo hace ya casi 7 años que no estoy en la internación mas allá de eso eh ido como parte de la coordinación de acá a hacer visitas, porque creíamos que era necesario hacerlo, o porque para algún usuario es importante acercarse a su domicilio por lo que fuere pero ahí la definición esta puesta en pensar ¿Para qué estamos llevando adelante esa movida, para que salimos a ver la casa de alguien? ¿Para ver cómo vive? ¿En función de qué? ¿Para conocer el espacio? ¿En función de qué? Digamos, a mi me ha pasado que para algún usuario era importante por x motivo y aparecía algo de tener que charlar con la dueña de la pensión, porque muchas personas viven en pensiones, entonces se ubica que si es importante, eso permitiría destrabar conflictos internos, ahora eso es lo que motiva la visita domiciliaria, no que por el solo hecho de ser trabajadores sociales hay que hacer una visita domiciliaria, lo que si reconozco que, o por lo menos me llama la atención, cuando yo trabajaba en internación éramos muchos trabajadores sociales, uno por equipo, en un momento fuimos cinco equipos, en otros cuatro, nos peleábamos por usar la movilidad, ahora nadie se pelea por la movilidad, no digo que tenga que ver con que se ha dejado de hacer visitas, digo como que me parece que hay algo de también, de cierto, no sé, no sé ni cómo nombrarlo para no avanzar sobre algo que no tengo avanzado como lectura, pero que al menos llama la atención, pero es como una tensión entre el deber ser y lo necesario, eso no quiere decir que ahora no se peleen por el uso de la movilidad no quiere decir ni que no fuese necesario hacer las visitas, ni que fuese un indispensable, lo que digo es que siendo que lo que quienes están alojados en la institución, también puede tener que ver con que se han acotado los tiempos de permanencia de las personas acá, y eso haga que los procesos sean mucho más rápidos, en el momento en que yo entre había casi 50% un poco mas de pacientes crónicos de más de 5 años de

internación, entonces eso hacía que fuera necesario recuperar los lazos fuera del territorio de donde provenía o fuera en otros ámbitos, entonces yo eh salido hasta otras provincias a hacer visitas, porque había que reconectar un paciente que hacía 10 años que estaba acá con su familia en corral de busto por ejemplo, o en buenos aires, o gente que se ha ido a bahía Blanca, era necesario recuperar lazos históricamente totalmente cortados, entonces ahí iba el sentido de la salida era como pensar ese afuera hospitalario de tanto encierro y aportar a eso que era lo comunitario, pero eso era una perspectiva, no podemos dejar de pensar cuál es el sentido de la constitución del manicomio como tal, como herramienta de encierro, como herramienta de segregación, como herramienta de separación de lo que funciona de lo que no funciona, digamos, se actuó muchos años en ese sentido y para mí la visita en ese punto desde el sector de internación tenía más que ver con eso, con abrir el juego, con el retorno a lo comunitario como un retorno a otro espacio posible, para alguien y poder pensar de esa manera la posibilidad de salir de acá.

8. ¿Cuáles son los procedimientos antes, durante y después de una visita? ¿Existen dificultades?

¿Procedimientos en qué sentido?

-Por ejemplo antes de ir avisar, tener el consentimiento de la familia, o no?

Y vuelvo al depende, depende cual sea el objetivo de la visita, si lo que no viene apareciendo es el contacto familiar por ejemplo, y uno insiste, me vuelvo a centrar en el hospital, con convocar a la familia para restablecer algún lazo con la persona que está internada y no hay respuesta y uno empieza a indagar, y a lo mejor la visita tiene que ser sorpresiva, ahora que hay un mecanismos que hace que uno piense esa intervención, y que esa intervención que piensa sea o de modo irruptivo para generar algún efecto, o de modo planificado para generar algún efecto, claramente hay digamos un armado de esa estrategia de intervención, sea cual sea la alternativa, sea de sorpresa o sea planificada, y posteriormente también porque hay un efecto después de eso, sea negativo o positivo, se pueda avanzar, no se pueda avanzar, se logren los objetivos, no se logren los objetivos, creo que uno va y vuelve permanentemente sobre la estrategia de intervención, en ese sentido, en ese armado de la estrategia de intervención hay una permanente planificación de eso, y por ende una puesta en juego de lo que uno va pensando y elaborando a partir de eso, si es a eso a lo que apuntas me parece que sí.

9. ¿Qué le aporta la Visita Domiciliaria al tratamiento?

Siempre y cuando haya primero que visitar, acá ha pasado de trabajar con personas que estaban internadas de hacía más de 40 años y no había a quien visitar, entonces aporta en la medida en que haya un objetivo respecto de eso, que haya donde ir, digo, en este caso uno puede, porque sino la visita domiciliaria como tal, enunciada de ese modo limita la posibilidad de pensar ese afuera comunitario, a lo mejor lo que uno intenta en ese recorrido más comunitario, mas localizado en lo territorial más inmediato es intentar reconstruir o armar algún lazo posible para que alguien pueda o volver o llegar a un determinada espacio comunitario, entonces en ese siendo porque la visita domiciliaria está muy centrada en lo que es el domicilio, es el lugar de vivienda de alguien, en muchas de las situaciones con las que se trabaja acá no hay a quien visitar porque no hay domicilio de referencia, entonces es una herramienta que uno la puede pensar ampliando el criterio en términos de herramientas, pero es visitar más allá del domicilio, es transitar lo comunitario, armar los lazos ahí, por lo menos, digo a ver yo eh trabajado en otros lugares, eh trabajado en lo comunitario y ir a visitar a alguien era ir a hablar con las mujeres de la comunidad, a su casa, o porque no venia al centro comunitario, pero dependiendo del lugar que uno se ubique y cuál es la población con la que se trabaja y cuál es la realidad de esa población es también en función de eso, digo, en este caso la visita domicilia es una herramienta que como tal en el esquema digamos, mas de manual de lo que se entiende por visita domiciliaria limita todo lo otro que es abrir el juego a el trabajo en lo comunitario como una escena posible a donde alguien puede retornar o donde alguien puede llegar, se entiende la diferencia?

-Si si. Y hay ventajas o desventadas al momento de realizar una visita?

Sí, tendría que recuperar ahí otros momentos, no sé si decir que en la mayoría de las situaciones fueron ventajas, desventajas podría contar una situación de alguien que estuvo muchos años y que todavía sigue internado acá, que vivía antes de su llegada a la institución con su madre y tenían una foliades, que es una locura de a dos, había ya fallecido su padre y estaban encerrado en su casa, en una zona bastante privilegiada de la ciudad, lo cual hacia mucho más ruido a nivel comunitario porque era la cuadra con algunas intervenciones de esta persona que había avanzado hacia la territorialidad de sus vecinos, en ese encierro en el que vivían el queda internado, su madre queda ahí muy grande ya su madre, en el transcurso de un tiempo su madre muere, en varias

oportunidades intentamos ir, llamar por teléfono desde la puerta, no atendían el teléfono, y bueno después de mucho tiempo como había una insistencia muy grande de esta persona de retornar a su domicilio, parecía que no había otro lugar posible, y bueno hicimos un intento de llegar y tuvimos un momento bastante desagradable, fuimos con la movilidad del hospital y cuando los vecinos vieron que estamos ahí se acercaron a algunos de nosotros incluso al chofer a decirnos que si volvíamos lo iban a matar, bueno ahí empezamos a hacernos preguntas respecto a cuales era el efecto o posibilidad de retorno de esta persona a ese domicilio particular, en esa casa, empezar a pensar si había chances de trabajar con esos vecinos que estaban demasiados seguros de cual iba a ser su intervención respecto de un posible retorno de esta persona a su casa, o había que empezar a pensar la posibilidad de otro lugar, por eso digo ahí había un recurso, cosa que no sucede con mucha frecuencia acá, había un domicilio, había una casa, había una prima que se había hecho cargo de arreglar la casa, ponerla en condiciones y bueno, y había un aspecto ahí, de los cercanos, de los vecinos que fue muy fuerte en ese sentido, digo, eso no sé si es un obstáculo en sí mismo, creo que fue también un posibilitador de leer, permitió al equipo leer o preguntarnos respecto de si era adecuado o no pensar en ese lugar como un lugar posible, por lo menos se nos pusieron a poner preguntas respecto de eso, y bueno al día de hoy el paciente sigue internado acá. Digo, posibilitadores y obstaculizadores a la vez, en ese punto a la vez, y otras situaciones que no, que por supuesto pudieron permitir cosas, porque también hay una imaginario que hace que se espere esa visita en muchos casos, pareciera que en esta función mas de control que está bastante arraigada hay una espera del otro de que eso suceda, de que se vaya a ver, o lo que el otro hizo en la casa como modo de decir por eso tiene que seguir ahí, o de lo que se puede en el caso que sea de cómo se vive, de porque se pide lo que se pide, hay cierta necesidad del otro lado que muchas veces es una intervención esperada, y más de parte del trabajo social se espera en muchos casos.

-¿De la familia o de los otros profesionales?

Muchas veces de la propia familia, y ya me voy pensando en otras situaciones por fuera del hospital. Te piden, te dicen "cuando me vas a venir visitar" porque hay algo también de la respuesta de la política social que ha sido la necesidad de certificar la pobreza, entonces es como que va de la mano, por eso digo que para mí cuando la visita domiciliaria se torna un deber ser queda anudada a eso que es lo que se espera que se haga, lo que se requiere como mecanismo de control y como certificación como para

poder acceder a cualquier tipo de derecho básico, indispensable de constatación de la pobreza, entonces si uno logra pensarlo como herramienta que permitiría integrar cualquier estrategia de intervención en la singularidad de la situación es mucho mas habilitadora que como mecanismo de control a secas, en términos de control de modos de vida o de certificación de pobreza o de constatación de precariedades que muchas veces se utilizan. También es entender que el otro también tiene intereses puestos en juego en relación a esa visita, que no somos los únicos que estamos interesados.

10. ¿Qué aspectos son importantes tener en cuenta al momento de su desarrollo?

Dependiendo si es planificada, irruptiva, siempre hay elementos que se ponen en juego a la hora de planificar esa visita, en el caso de que sea planificada es necesario tomar contacto con la persona que se va a visitar, buscar los modos, encontrar los momentos, digo, es todo lo que implica esa planificación lo que hay que tener en cuenta, no sé si hay receta respecto de cual son esos elementos a tener en cuenta, me parece que el primer elemento a tener en cuenta es saber "para qué" uno va a hacer una visita domiciliaria, hacerse la pregunta de qué quiere conseguir con eso, cual es el objetivo que uno quiere alcanzar con esa intervención, para mi es mucho más saludables esas preguntas que lo otro va de suyo, si uno va a visitar a alguien y le interesa encontrarlo tiene que poder pautar ese encuentro, que sea esperable, si la intención tiene que ver con hacer cierta irrupción en la vida cotidiana del otro, por el motivo que fuera necesario no le va a avisar, si lo que el otro no quiere es encontrarse con uno, no va a estar, como que no hay una mecánica establecida respecto de eso.

11. ¿Qué sentimientos se ponen en juego cuando hacemos la Visita Domiciliaria?

Eso depende de cada uno, a mi me ha pasado de encontrarme en situaciones haciendo visitas digamos, situaciones de horrorizarme de lo que estaba viendo, de preocuparme de las condiciones en las que estaba el lugar, sentimiento lo que es sentimiento es también muy del vez a vez, porque es como esta uno en ese momento, que cuestiones lo atraviesan de un modo o de otro dependiendo de cómo uno, digamos, si uno logra establecer ahí como un, no sé, de algún modo del orden de la separación de la situación con uno, es muy difícil, y más si, a mi acá me pasaba que me encontraba estableciendo lazos con los pacientes, entonces había algo del afecto que se pone en

juego, por ende cualquier encuentro con sus lugares, con sus escenas primarias, de referencia, con sus vínculos, encontrarse con el rechazo de los familiares, son no sé si sentimientos, son emociones que son muy del momento, que pueden dar bronca en un momento, que pueden generar tranquilidad dependiendo de cómo se lo recepciones, encontrarse con esto, temores diría que no necesariamente pero si sorpresas, asco en algún momento, no sé, dependiendo de cuál sea la situación, extrañeza no sé si podría ser, serian muchas, son muchos años de haber transitado por muchos lugares y haberme encontrado en situaciones complejas incluso, que se yo, de una visita salí me mire los pies y mis piernas estaban negras de pulgas, fue así como encontrarse afectado en lo físico incluso por esas escenas, es difícil hacer una enumeración ahí, y sentirse a veces contrariado por lo que uno siente en ese momento, pero es lo que a uno le pasa, punto, hacer lugar a eso me parece que también es saludable.

12. ¿Consideras que la visita en el domicilio es parte del capital acumulado del trabajo social?

Sí, pero no exclusivo.

13. En el CRSM, ¿la Visita Domiciliaria es una técnica utilizada solo por los Trabajadores Sociales?

Mira, mi experiencia en primer momento parecía que no había otro que pudiera hacer la visita domiciliaria, y parte de los aportes que nosotros hicimos, digo nosotros porque en ese momento éramos cuatro o cinco que coincidíamos, trabajábamos medio colectivamente también para instalar estas cuestiones y cierta perspectiva de ampliar esa mirada digamos, y empezamos a instalar la necesidad de que es visita domiciliaria en este marco institucional con la población con la que trabajábamos, con la problemática con la que trabajábamos era necesario que la visita la hiciéramos no solo los trabajadores sociales, en muchos casos yo logre que se yo, teníamos que ir a ver a un paciente al medio de un campo, en donde vivían, en el medio de un rancho en donde vivían en un lugar en donde se hacen los ladrillo, en un horno, detrás de donde estaba el horno entre medio de unas precarias chapas vivía su familia y de donde el procedía, logre que venga el psicólogo conmigo por ejemplo, y a la casa de esta persona que te comentaba antes también, el psicólogo, la psiquiatra, digo porque no es lo mismo lo que mira uno, que lo que mira el otro con un atravesamiento totalmente diferente que pueda entender que no es lo mismo que yo se los venga a contar a que ustedes vivencien, ahora

eso siempre es necesario? No, lo que me parece que es no debiéramos sentir que somos los dueños de la visita domiciliaria, ni tampoco que no es una herramienta indispensable en determinados momentos.

14. ¿Cuáles fueron los cambios más significativos que sucedieron a partir de la nueva .ley N°26.657?

Para mí el más significativo es el cambio de paradigma, pasar de la incapacidad a la capacidad, entender que la ley establece que toda persona por más que padezca salud mental debe ser considerado capaz, nadie puede ser considerado incapaz de ante mano, eso es un cambio de paradigma fundamental y fundante de muchas cuestiones en relación a la ley, y después vuelvo al principio, la ley aporta una perspectiva que puede ser interesante pero que si la política social no acompaña queda a medio camino, queda en un enunciado, en una herramienta jurídica que si bien no da lo mismo tenerla que no tenerla, pensar que es una ley nacional de orden público, aunque no haya tenido el efecto necesario a pesar de ser de orden público es de cumplimiento obligatorio quiere decir, efectivamente eso no ha sucedido a grandes rasgos, entonces siguen siendo como declaración de intenciones por el momento, entonces aporta en la medida que no da lo mismo que esa ley a nivel nacional exista o no, porque pone en un piso de igualdad a provincias que tienen mucho menos capacidad de desarrollar esas líneas de trabajo, nosotros teníamos ley, pero así como teníamos ley desde el año 91 estamos donde estamos en este aspecto, tampoco llego a grandes acontecimientos de transformación la existencia de la ley provincial, pero para mí el cambio de paradigma, el piso de igualdad en todo el territorio nacional, la posibilidad de poder empezar a pensar los órganos de revisión a nivel provinciales instala mecanismos que permiten pensar que algo en algún momento se puede llegar a armar

15. Considerando que la nueva ley plantea el cierre definitivo de los hospitales monovalente a partir del año 2020, ¿Cómo ves el futuro de la Salud Mental? ¿Crees que estos cambios tan profundos van a lograr romper con la institución manicomio?

Yo vuelvo con lo que ya dije, en el 2020 no va haber fin del manicomio, aunque queramos, aunque lo estemos peleando desde hace mucho tiempo, por como están las cosas. Y el futuro lo veo negro pero por otras razones, no solo por el manicomio, lo veo negro porque las políticas de gobierno nacional vienen determinando modos muy poco

saludables para pensar que algo de esto pueda ocurrir, si cada vez hay más desempleo, si cada vez hay más desocupación, si cada vez hay más inflación, si cada vez las políticas son más restrictivas, si cada vez el estado se transforma en un estado cada vez menos intervencionista, si cada vez vamos a tener menos de lo público, la verdad que el panorama no es muy alentador que digamos, sea para la salud mental o no, mas pobreza, mas desocupación más demanda en salud mental, es como directamente proporcional.

-Que ya se ve reflejado.

Y hay un avance sobre la perdida de trabajo que ha hecho que mucha gente que tenia cobertura social se vuelque hacia los hospitales públicos en términos generales es un dato que circulo a nivel municipal han abierto 40 mil historias clínicas nuevas en lo que va del año. Digo, eso, asociado a un recorte en el presupuesto sanitario, en el presupuesto general y en lo que tiene que ver con la salud, ósea con menos tenes que atender más… bastante negro el panorama te digo.

Entrevistad@ 5

1- Desde el Trabajo Social ¿Cuál es tu concepción sobre la Salud Mental?

La salud mental me parece una dimensión dentro de lo que es la salud en general, que nos permite cierta estabilidad para poder circular como sujetos sociales y en la construcción de nuestras historias como sujetos sociales, cuando la dimensión de la salud mental pierde ese cierto equilibrio que nos permite en un punto discernir entre lo real y lo no real , de lo que no es, genera sufrimiento psíquico y nos impide el avance como sujetos sociales, como seres sociales por eso me parece una dimensión nodal dentro de lo que es la salud en general, la concepción de la salud tiene que ver con eso con entender al ser en distintas dimensiones, yo considero a la salud como un ente con distintas dimensiones, la dimensión histórica, la dimensión biológica, la dimensión social, por eso me parece que la salud mental es una dimensión que genera equilibrio en lo que es el ser, el sujeto social.

2. ¿Cuál es la función o aporte del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental?

A ver, yo te puedo hablar, es muy amplio hablar de un aporte desde el trabajo social al campo, si te puedo hablar, circunscribirlo a lo que es el hospital y los pacientes con los que trabajo, me parece que el aporte del trabajo social dentro de este hospital es poder acompañar junto con los otros profesionales, pero justamente es poder acompañar en la resolución de algunas situaciones que aparecen como problemáticas para los usuarios que tienen que ver con mi manera de entender lo que es la intervención, para mí la intervención es una herramienta que permite generar recursos para la resolución de una situación problemática, que puede ser múltiples en nuestras áreas, puede ser desde brindar un espacio de escucha hasta cuestiones más asistencial, que tienen que ver con lo asistencial que es ayudar a contribuir en la resolución de o en la generación de nuevos recursos para los pacientes, y me parece que el trabajo social le permitió a los usuarios otra circulación dentro del hospital y fuera, permitió trascender a través de actividades como muy puntuales como son las salidas terapéuticas, las entrevistas por fuera, la vinculación con otros espacios, permitió a los usuarios, sobre todo a los que están alojados aquí otra movilidad y otra circulación, poder trascender las paredes y pensar otro retorno, pensar la internación o como paréntesis en vida, no definitivo, un

paréntesis como una instancia de circulación, de no entender la internación, el pasaje de este lugar como un retroceso en lo que es la salud, sino como una instancia de reposicionamiento digamos para un regreso a la comunidad con otros recursos, que eso tiene que ver con nuestro trabajo también, con el trabajo con el afuera, con el permitir reflexionar acerca de que es el padecimiento psíquico al resto de los actores, al resto de las instituciones, al resto de los familiares, a veces al resto de los profesionales, me parece que eso tiene que ver con un aporte del trabajo social. Que no tiene que ver únicamente con la generación de recursos económicos, con la generación de una tarjeta, una pensión no contributiva, me parece que tienen que ver con esto con repensar la profesión y no circunscribirla únicamente a lo asistencial.

3. ¿Por qué es importante la mirada del Trabajo Social en Salud Mental?

Por todo lo que te dije anteriormente. Me parece que lo que hacíamos mucho hincapié y mucha diferencia en relación por lo menos a lo que es la ciencia médica en relación al sentido estricto, es rescatar la historia de los usuarios, no circunscribirnos únicamente en la enfermedad, en el padecimiento como una instancia que imposibilita sino intentar siempre rescatar, buscar, potenciar las fortalezas que tienen esos pacientes, no percibirlos únicamente como una persona que no puede por estar cursando una crisis, por tener un padecimiento que a veces tergiversa el registro que tienen de lo real o lo que tienen de las cosas, sino poder trabajar con lo que si tiene ese paciente, me parece que eso si tienen que ver con nuestra profesión. (…) Buscar todo aquello, los recursos con los que cuenta el paciente para hacerlo participe activo de su proceso terapéutico, potenciar eso, que su palabra vale, aun cruzando una situación que en ciertas circunstancia le impida tener un registro más certero de lo real, en este caso te hablo de pacientes con un compromiso psíquico más complejo, con un diagnostico tal vez de esquizofrenia que esta vez eso se ve velado digamos en el registro de lo real, puntualmente.

4. ¿Consideras importante fortalecer los lazos institucionales con la familia para ampliar la percepción y comprensión de la situación?

Si, es mucho más fácil, es mucho más fácil trabajar con otros, cuando digo otros digo contar con algún referente que acompañe nuestras intervenciones en el afuera, no siempre podemos contar con la familia y no siempre es saludable, depende de cada

situación, y eso hay que poder leerlo, no todos los pacientes quieren revincularse con la familia, por eso hay veces que es importante poder historizar y ver que rol a tenido la familia o los referentes más cercanos en el proceso de salud y enfermedad de los paciente, pero es mucho más fácil, más ágil, contar con alguien en el afuera, ya te resalto no siempre es la familia, puede ser una institución, es como muchas simple pensar con otros y armar un afuera de los muros con otros, es más fácil que se pueda sostener el tratamiento cuando hay alguien que acompañe el sufrimiento del paciente, pero cuando eso no es posible en nuestro equipo puntualmente no todos los pacientes tienen familiares, y aun así hemos podido trabajar y en ese caso el compromiso o el esfuerzo para el equipo es doble, porque tenemos que acompañar nosotros el afuera y el sostenimiento del tratamiento, pero si me parece importante siempre y cuando sea en beneficio del paciente, no siempre la familia, hay familias que pueden ser muy toxicas y han tenido un papel nodal y protagónico en lo que es el proceso de salud-enfermedad de los pacientes, y nosotros tenemos que poder leer eso.

5. ¿Cuáles son las herramientas y técnicas que utilizas cotidianamente?

La escucha, que hago una salvedad, porque cuando uno dice la escucha es privativa del psicólogo, no hablo de escucha psicoanalítica, hablo esto de poder dedicar tiempo, poder escucha para no inducir una demanda que por ahí no existe de un paciente, fundamentalmente la escucha es la herramienta que a mí me permite pensar las intervenciones para cada usuario, eso puntualmente, la escucha me permite pensar si es pertinente o no, convocar a algún otro referente, si es pertinente o no pensar en una salida, si es pertinente o no la gestión de un recurso que tal vez no sea necesario para ese momento, o que pueda ser contraproducente para el paciente en ese momento, la escucha me permite esto puntalmente.

6. ¿Qué significado tiene para el Trabajo Social la Visita Domiciliaria?

A ver, depende de cada situación puede ser una instancia que permita ir acercando al paciente y haciendo participe al paciente y la familia en el proceso salud-enfermedad en algunas situaciones, me parece que es una herramienta más, de acercamiento, de hacer fundamentalmente esto de formar parte en el proceso, en el tratamiento, de que la familia acompañe sobre todo cuando hay ciertas reticencias o hay ciertas prenociones en relación al padecimiento psíquico, o hay temores, las visitas domiciliares son instancias que permiten como un acercamiento progresivo y una

revinculación progresiva de esa persona que tuvo que interrumpir la convivencia por una situación de crisis o por su padecimiento puntualmente, me parece que la visita es esto, y las visitas terapéuticas que van en el mismo orden porque nosotros las visitas las hacemos con los pacientes generalmente, pero me parece que una instancia de acercamiento, en el proceso de acercamiento cuando la convivencia se ve interrumpida y sobre todo cuando entran en juego estas prenociones o temores, miedos en relación a esa persona que tuvo que alejarse y transitar una internación psiquiátrica.

7. ¿Cuale serian las ventajas de realizar una visita en el domicilio?

Es una herramienta que permite ir haciendo un testeo de como se mueve, un testeo mínimo porque son muy acotadas en el tiempo las visitas, pero permite ir testeando la receptividad de la familia, el impacto del paciente en este retorno al hogar, estos pequeños encuentros, me parece que es como un testeo en el marco de una estrategia mayor que es la extenación o el egreso, puntualmente eso.

8. ¿Cuáles son los procedimientos antes, durante y después de una visita? ¿Existen dificultades?

En realidad no se piden permiso, no es que uno pide permiso, las estrategias se van construyendo, y en esto te resalto lo que es importe de lo que es la escucha, o leer entre líneas algunas cosas, nunca se piensa una visita sin la construcción previa de otras instancias como por ejemplo entrevistas a las familias, ver de qué manera, que visión tienen cada familiar o referente de esa persona, del paciente, no me gusta utilizar la palabra paciente pero es la que circula aquí, entonces se construye en forma conjunta, tomando a los referentes familiares como parte activa del tratamiento, no es que se pide autorización, se acuerdan, se construye, se pauta con el paciente, se piensa si es pertinente, en qué momento, que tiempo, si debe ser con el acompañamiento del equipo completo, si es solo con el acompañamiento de trabajador social, si basta con el acompañamiento del acompañante terapéutico, si tiene que estar toda la familia presente, si es pertinente que haya un solo miembro de la familia en ese momento, nosotros en mi equipo puntualmente lo pensamos de ese modo, lo vamos construyendo en el transcurso del tratamiento.

9. En el CRSM, ¿la Visita Domiciliaria es una técnica utilizada solo por los Trabajadores Sociales?

En mi equipo lo hacemos casi en forma conjunta, lo pautamos de ese modo, a veces no siempre con la psiquiatra pero con la psicóloga sí, siempre, trabajamos de ese modo las intervenciones, las salidas, los acompañamientos, las hacemos en forma conjunta, si.

10. ¿Cuáles fueron los cambios más significativos que sucedieron a partir de la nueva ley N°26.657?

Por lo menos los que tuvieron efecto inmediato tiene que ver con la mayor receptividad de los hospitales generales, no sé si mayor receptividad, con la habilitación, porque no todos los efectores han tenido esta receptividad que resalto, con la habilitación de la ley a los hospitales generales a alojar situaciones de crisis, digo alojas en el marco de una internación, la ley habilito a que todos los efectores dispongan de espacios y herramientas para alojar situaciones de sufrimiento psíquico que requieran internación, eso ya no es absorbido únicamente por el monovalente, hice esta salvedad porque no fue algo que los hospitales no hayan resistido en algún momento alojar situaciones, pero bueno se fue construyendo, se fue armando institucionalmente y se han logrado avances en ese sentido, situaciones que antes si o si terminaban en la guardia del Centro Regional hoy pueden llegar a la guardia pero pueden ser derivadas para una internación en las camas de hospitales generales, eso es uno de los puntos. Después otra cuestión importante tiene que ver con situaciones, internaciones que antes definía el poder judicial la nueva ley le da esa capacidad de decisión a los equipos de salud, no a un juez, por eso se evalúan las órdenes judiciales y quien define la internación de un paciente es el equipo de salud y ya no un juez, si bien los jueces supervisan que esa es otra particularidad cuando las internaciones que superan los 90 días, los 30 en primer instancia y se prorrogan, el juzgado pide informe, acompaña de otra manera la definición de una internación por una crisis, un padecimiento psíquico en una institución de salud mental, en un hospital general la define el equipo de salud, esa es una de las diferencias a excepción de las órdenes judiciales penales, esa situaciones se ingresan, pero las órdenes judiciales derivados de los colegiados de familia la definición la tiene el equipo de salud, si considera que esa persona está atravesando una

situación de riesgo cierto o eminente, esas son por lo menos las dos cuestiones que yo resalto como cambios.

11. Considerando que la nueva ley plantea el cierre definitivo de los hospitales monovalente a partir del año 2020, ¿Cómo ves el futuro de la salud mental? ¿Crees que estos cambios tan profundos van a lograr romper con la institución manicomio?

Si, no va a suceder. No, no hay recursos, falta mucho trabajo, falta mucha inversión, yo formo parte de un equipo de externación de pacientes de larga data o de larga internación, no hemos podido realizar derivaciones a otros lugares que no sean otras instituciones, porque no hay dispositivos alternativos que contemplen las características de los pacientes con las que nosotros estamos trabajando, ósea ya sea casas de medio caminos, hospitales de días, centros de producción, viviendas asistidas, existen, no se han creado nuevas, las que existen ya están destinadas a otros usuarios, los hospitales generales todavía falta también invertir mucha infraestructura para que puedan absorben la cantidad de pacientes que tiene nuestra ciudad, vos tenes en cuenta que este hospital absorbe, en el único hospital público en salud mental para todo lo que es la ciudad de Rosario, localidades aledañas y sur de la provincia, no se ha invertido en equipar a los hospitales generales para que puedan absorber lo que falta, creo que falta mucha inversión, que estamos a años luz de poder concretar eso que está en la letra de la ley, yo di creo y abogo, y trabajo en pos del cierre de los manicomios pero para eso hace falta mucha inversión en recursos físicos y humanos, asique no creo que pueda ser algo que se pueda concretar en los dos años que queda, en los años que establece la ley.

Entrevistad@ 6

1. Desde el Trabajo Social ¿Cuál es tu concepción sobre la Salud Mental?

Bueno, bastante amplia la pregunta, en realidad desde el trabajo social no, creo que es una posición que tengo, que tiene que ver con este estado general, de bienestar que no solo es psíquico, sino es Bio-Psico-Social, digo, que tienen que ver con la integralidad de todas esas vertientes, no solo entendiendo la salud mental como una cuestión subjetiva solamente sino de algún modo, atravesado por sus relaciones interpersonales, por su situación socio-económica, por su relación con los otros, por su relación con el medio, creo que se puede entender en la salud mental, eso, y hablar de salud mental no es pensar en ausencia o presencia de una enfermedad, la salud mental entendiéndola como todos tenemos salud mental.

2. ¿Cuál es la función o aporte del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental?

Principalmente, lo que nos permite desde el trabajo social es ver un poco a la personal, al usuario con su padecimiento subjetivo por ejemplo, desde el tránsito de manera integral, pensándolo a esa persona en su contexto en su medio de vida, en sus relaciones con sus familias, con sus vínculos, sus trayectorias de vida, sus trayectorias laborales, en sus historias de amor con otros, cuestiones que se yo de la maternidad, en problemáticas de consumos, entonces desde el trabajo social lo que nos permite es hacer esa lectura integral, porque cuando el paciente viene y por ejemplo acá en el transito te plantea, que se yo, en las entrevistas y en las evaluaciones, uno no solo se queda con su discurso o con lo que dice y con el síntoma de alguna manera sino hace una lectura un poco más amplia, me parece que podemos aportar a contextualizar, creo que eso es lo que brinda el trabajo social, el contexto, no porque otras profesiones no lo puedan hacer pero, o creo que el trabajo social tienen ese ejercicio de poder pensarlo y repensarlo, y analizarlo como algo mas automático, como a medida que uno escucha el discurso del paciente, automáticamente o te diría casi inherente es poder pensar ese contexto, el análisis de situación, pensar el paciente en sus vínculos, en sus trabajos, en su barrio, es casi imposible no poder pensarlos, y eso me parece una mirada súper interesante que le da la interdisciplina.

3. ¿Crees que para los otros profesionales que trabajan en los equipos es importante la mirada del trabajador social?

Sí, pare mi si, la lectura que hacemos de la situación del paciente claramente por lo menos en mi experiencia acá en el transito sí, es súper valorada, es mas entendiendo que las actuales situaciones se presentan como mucho más complejas, me parece que permitimos hacer ese ejercicio de pensar la situación no solo como con el padecimiento subjetivo, con la crisis, con el síntoma, sino hacer otra lectura y es muy valorado.

4. ¿Cómo es concebido el usuario, sujeto de intervención? ¿Qué lugar se le da en el tratamiento?

En el transito es pensado como sujeto de derecho, que tiene una participación activa en su tratamiento, se trabaja acerca de la conciencia de enfermedad, acerca de la adherencia al tratamiento, de hacerse responsable del tratamiento, del conocimiento de la medicación, eso es algo que hacemos bastante hincapié esto de que el paciente sepa que toma y hacerse responsable de el mismo entendiendo las particularidades obviamente pero comprometiéndolo al tratamiento, siempre cuando firman el alta sobre todo aparece esta figura del compromiso al tratamiento, a poder pensar y a construir la consciencia de enfermedad, dependiente el usuario, dependiendo el padecimiento subjetivo hasta donde uno llega en realidad, pero tienen participación activa y la idea es trabajar en común acuerdo en las decisiones de cómo pensar también el tratamiento, y en donde porque muchas veces hay dificultades en las transferencias, en lo territorial o en los lugares que han transitado por eso la idea es construirlo con el paciente.

5. ¿Consideras importante fortalecer los lazos institucionales con la familia para ampliar la percepción y comprensión de la situación?

No sé si lo veo importante o no, me parece que es parte, por lo menos acá en el sector del tránsito la relación con la familia es de manera, no se la poner la palabra estrecha, pero de confianza, donde la familia obviamente con toda la angustia que le genera que un familiar este internado con todo lo que implica, muchas familias les cuesta entender que es un padecimiento subjetivo, que es un problema de salud mental, tratamos por lo menos desde acá acompañarlo en ese proceso, que el familiar pueda levantar el teléfono y sacarse las dudas, tenemos las entrevistas, la verdad que es importante, se trabaja con la familia, se trabaja la conciencia de enfermedad en relación

al grupo familiar, el acompañamiento familiar como algo súper importante, no solo en lo cotidiano sino en el tratamiento, es impensado pensar un tratamiento si no es con la familia, sea quien sea quien cumple esa función, no tiene que ser papa, mama, o su pareja, sino quien cumple la función es tomado como parte de la estrategia y del tratamiento.

6. ¿Qué estrategias se piensan para fortalecer los lazos con el exterior?

Y, el transito tienen una característica muy especial en donde el paciente circula todo el tiempo, y sus estadías al no ser tan largas, no logramos hacer algún tipo de intervención que llegue a fortalecer de algún modo eso, si lo que intentamos es poder trabajar con las instituciones territoriales para lograr eso, de algún modo acompañar en la estrategia y poder pensar con las instituciones territoriales los modos. Uno entiende que quizás las relaciones con el exterior, ya sea en el barrio o con su grupo familiar, o con las instituciones a veces sin un poco más vulnerables, más débiles, más laxas, desde acá no lo vamos a poder resolver, por lo menos desde el transito, cuesta mucho, pero por la particularidad que tienen el transito, si lo que se intenta es trabajar con la gente del territorio que pueda estar acompañando si nosotros hacemos también otra lectura, a veces entendemos que un pibe que esta complicado con el barrio no puede volver porque está en riesgo su vida, y uno intenta trabajar eso, no va uno e insiste a que vuelva al barrio, no, intenta trabajar otras cosas, pero la realidad es que el tiempo del tránsito imposibilita un poco el laburo concreto.

7. **¿Cuáles son las herramientas y técnicas que utilizas cotidianamente?**

Y, acá, creo que la principal es la entrevista, la entrevista ya sea con el usuario, con el grupo familiar, después muy pocas veces el informe social, muy pocas veces, pero sobre toda la entrevista, y en pocas ocasiones la visita domiciliaria.

8. ¿Qué significado tiene para el Trabajo Social la Visita Domiciliaria?

La visita domiciliaria para el trabajo social que significado, en realidad tiene que ver con una herramienta que tenemos, que nos permite visualizar lo cotidiano desde otro lugar, no es lo mismo que la persona pueda contarte como vive, con quien vive, como está construida su casa, que vecinos tiene, como es el barrio, a que uno vaya al lugar, creo que irrumpir de algún modo la vida cotidiana en la visita domiciliaria te da otra lectura, creo que la observación por lo menos desde nuestra disciplina hace una lectura

distinta, te da otra perspectiva, otra visión de lo cotidiano, digo, ser parte de ese cotidiano aunque sea un ratito te da otra perspectiva, me parece que justamente la visita domiciliaria es fundamental, para el trabajo social, ni hablar.

-Hacen desde el transito visitas domiciliarias?

Muy pocas, pero si hemos hecho para las situaciones más concretas, o que pensábamos que a lo mejor esta visita domiciliaria podía ordenar algo en lo cotidiano, o tener otra perspectiva nosotros en realidad, porque muchas veces tenemos por ejemplo como para darte un ejemplo, una paciente que vive en un pueblo, donde el pueblo la expulsa constantemente, donde bueno cuenta cosas horrible de la paciente, nosotros hicimos la visita domiciliaria y en realidad cuando llegamos la lectura fue totalmente distinta a lo que te venía diciendo los vecinos, ósea, los vecinos planteaban algunas cuestiones con respecto a la magia negra y a cómo vivía, y en realidad cuando uno llega y ve, hicimos otra interpretación de la realidad, y que te la da solo la observación, después en otra situación que era muy conflictiva la relación entre hermanas y había ahí una cuestión de la organización familiar, hicimos la visita domiciliaria y eso permitió ordenar, la llegada nuestra opero como un marco de legalidad, esto de que "uy, viene la gente del hospital, viene la psicóloga y la trabajadora social" genero un marco de legalidad, no como una cuestión de control social, sino esto de irrumpir el lugar donde vos te sentís cómodo, que es tu casa, que es de tu propiedad, donde esta todo tu sentido de pertenencia, bueno, ordeno, permitió organizar algunas cosas, permitió quizás hasta generar cierta bienestar en este caso en la paciente, la llegada nuestra, ver el escenario familiar, la dinámica que se daba, creo que sí, que sirve, es imposible desde el transito poder hacerlo para todas las situaciones, pero si es necesario lo hacemos.

9. ¿Cuáles son los procedimientos antes, durante y después de una visita? ¿Existen dificultades?

En realidad, es depende, las visitas que hemos hecho acá, hemos llegado tipo paracaídas, fuimos y llegamos, fue bien irrupción del cotidiano, creo que sirvió bastante, para las dos situaciones que te digo que fueron de estos últimos meses, no, hemos ido, llegamos y viendo si llegábamos y estaba la familia, siempre durante la visita domiciliaria nunca hubo mala predisposición, al contrario, fuimos muy bien recibidos, pero bueno no más que eso, y posterior poder transmitir al equipo, digo, a la visita nunca la hice sola siempre fui acompañada en las dos oportunidades, en varias

oportunidades con la psicóloga, con la psiquiatra, después podes transmitir al equipo la experiencia de la visita, lo que pudimos observar, lo que genero durante la visita, eso es lo más interesante, el poder hacer un análisis después de la visita, y obviamente que escribir la visita domiciliaria en la historia clínica también es de mucha importancia.

10. ¿Qué le aporta la Visita Domiciliaria al tratamiento?

Al equipo nos aporta otra lectura de la situación, siempre uno tiene que pensar que no todos vivimos del modo en que se piensa, ni que las dinámicas familiares son como uno las piensa acá, o como te lo transmite la familia, si no el llegar y observar, y estar te da otra perspectiva y por ahí otra lectura de la situación, y al tratamiento no sé si incide directamente, a lo mejor haciendo la visita domiciliaria y haciendo la lectura del escenario familiar te puede dar perspectiva de quien puede ser un aliado en el tratamiento, quien no, quien dificulta, o quien en la dinámica familiar es un potencial o alguien que obstaculice, creo que eso en la dinámica y en la observación se ve, aporta mucho la visita para eso, no creo que sea transcendental en lo que tenga que ver meramente con el tratamiento.

11. ¿Crees que hay ventajas y desventajas de hacer una entrevista en el domicilio?

Y depende para que paciente, por ahí tenes pacientes acumuladores, o más bien paranoicos, llegar a su casa a veces no es tomado del mejor modo, pero porque tiene que ver con su subjetividad, que uno llegue a su casa a observar con todo lo que implica abrir las puertas de tu casa, a veces tienen todo el efecto contrario, no siempre es positivo, como para otro la llegada puede ser alguien que de alivio, que rompa con el malestar de lo cotidiano, al menos por una semana, pero digo, bueno genera, es depende la situación, no solo del padecimiento subjetivo del paciente sino del contexto familiar.

12. En el CRSM, ¿la Visita Domiciliaria es una técnica utilizada solo por los Trabajadores Sociales?

No sé en todos los sectores del hospital, pero me parece que no, creo que lo puede hacer cualquier profesional, no es algo inherente al trabajo social, me parece que el trabajador social tiene como ese ejercicio distinto, creo que es un ejercicio que lo llevamos nosotros a cabo, es algo de la práctica profesional, muy distinta a lo mejor a otra disciplina, que se yo, el psiquiatra no esta tan acostumbrado a hacer la visita

domiciliaria, el psicólogo tampoco, si bien ellos consideran como una práctica muy interesante, me parece que el ejercicio profesional nuestro hace que la visita domiciliaria sea mucho mas tomada en cuenta, sea un ejercicio mas cotidiano, por ahí para otras disciplinas les cuesta más, pero no significa que no lo hagan o que no les parezca interesante.

13. ¿Cuáles fueron los cambios más significativos que sucedieron a partir de la nueva ley N°26.657?

Por lo menos acá en el transito, me parece que el periodo de internación, el tiempo de internación, revisar un poco los motivo, seria las causas por las cuales sea interna o no se interna, pensar que si, que la internación tiene que ser el ultimo recursos para estabilizar una crisis, creo que también acota un poco a la familia, sobre todo en las problemáticas de adicciones, permite pensar de otro modo como abordar e intervenir en la problemática de consumo, porque rápidamente piensan que la solución es el encierro, y rápidamente piensan que se cura de la adicción por estar encerrado en un monovalente, y la idea justamente de la ley, viene a pensar a deconstruir todo esto que en realidad lo ideal es pensar eso en nivel territorial, en el barrio, con las instituciones del barrio, con los lazos, y no internado acá o encerrado acá, digo encerrado entendiendo que la guardia del Agudo Ávila es a puerta cerradas, a puertas cerradas digo a diferencia del pabellón que está el patio, que es distinto, acá el paciente esta como mas resguardado, y sobre todo lo que más cuesta y que tienen que ver con ciertas prácticas, en realidad lo que viene a cambiar la ley no es a sustituir demasiado la desaparición o no del manicomio sino de las practicas manicomiales, que el recurso no sea siempre la medicación, que el recurso no sea siempre el encierro, que se puedan trabajar otras estrategias, es un desafío, a veces están latente las practicas manicomiales.

14. Considerando que la nueva ley plantea el cierre definitivo de los hospitales monovalente a partir del año 2020, ¿Cómo ves el futuro de la Salud Mental? ¿Crees que estos cambios tan profundos van a lograr romper con la institución manicomio?

Yo dudo del cierre del manicomio al 2020, lo dudo porque en realidad no están puestos los recursos que tiene que haber en un hospital general, mientras no haya recursos ahí el monovalente va a existir, y porque aparte que la realidad que un paciente de salud mental con una crisis subjetiva no puede convivir con la maternidad,

ya pensándolo en un general, por las característica de ambos pacientes, por la mujer que esta por parir y por el paciente que está en crisis, que el paciente que está en crisis es un paciente que deambula, vos no lo tenes acostado en una cama con un suero como si fuese un paciente que necesita una cirugía, me parece que lo que hay que repensar son las practicas, no tanto lo institucional, si bien las instituciones hacen obvio, me parece que eso está claro, el muro hace al manicomio, me parece que sobre todo hay que pensar las practicas y hay que adecuar los lugares para que la transición de una internación sea lo más cuidado, enmarcado en los derechos humanos, y en las practicas más saludables para el paciente, lo ideal sería en un general, y si, en el mientras tanto no sé si será posible al 2020, no es que para cerrar la puerta con llave vamos a desaparecer todos los profesionales del hospital y el hospital como tal, sigue siendo un requisito del general la internación del monovalente, hasta que desde las practicas medicas sobre todo se siga pensando como un opción la internación en el monovalente, no sé si el 2020 van a cerrar el hospital. Acá es permanente el ingreso, la realidad es que no están dadas las condiciones, esta es la única guardia de salud mental 24 horas del sur de Santa Fe y Rosario con todas las características que tiene la ciudad de Rosario con todos los habitantes, pensar que habiliten eso en los hospitales generales lo dudo, por lo menos por ahora, entendiendo el contexto actual, la crisis económica, el recorte que hay, la verdad no es viable. Y los pacientes necesitan de la atención, y si es en el monovalente seguirá siendo en el monovalente si no tiene que darle la atención en salud.

SALUD PÚBLICA

Ley 26.657

Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley Nº 22.914.

Sancionada: Noviembre 25 de 2010

Promulgada: Diciembre 2 de 2010

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Capítulo I

Derechos y garantías

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

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

Capítulo II

Definición

ARTICULO 3° — En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y

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

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;

b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;

c) Elección o identidad sexual;

d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

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

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

Capítulo III

Ambito de aplicación

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

Capítulo IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

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

a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;

b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;

c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;

d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;

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

f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;

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

h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;

i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;

j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;

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

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

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

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

o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;

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

Capítulo V

Modalidad de abordaje

ARTICULO 8° — Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

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

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

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

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

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

Capítulo VI

Del equipo interdisciplinario

ARTICULO 13. — Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales

tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

Capítulo VII

Internaciones

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

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

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

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

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

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

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

ARTICULO 18. — La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

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

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

a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

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

a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;

b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;

c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

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

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

ARTICULO 23. — El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

ARTICULO 24. — Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

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

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

ARTICULO 27. — Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben

adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

ARTICULO 28. — Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

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

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

Capítulo VIII

Derivaciones

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

Capítulo IX

Autoridad de Aplicación

ARTICULO 31. — El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a

tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

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

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

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

ARTICULO 35. — Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

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

ARTICULO 37. — La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

Capítulo X

Organo de Revisión

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

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

ARTICULO 40. — Son funciones del Organo de Revisión:

a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;

b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;

c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;

d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;

e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;

f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;

g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;

h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;

i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;

j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;

k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;

l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

Capítulo XI

Convenios de cooperación con las provincias

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

a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;

b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;

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

Capítulo XII

Disposiciones complementarias

ARTICULO 42. — Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:

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

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

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

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

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

ARTICULO 44. — Derógase la Ley 22.914.

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

ARTICULO 46. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

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

— REGISTRADA BAJO EL Nº 26.657 —

JULIO C. C. COBOS. — EDUARDO A. FELLNER. — Enrique Hidalgo. — Juan H. Estrada.

LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA SANCIONA CON FUERZA DE LEY:
LEY PROVINCIAL DE SALUD MENTAL Nº 10.772/91

ARTÍCULO 1. - Derecho al tratamiento. Condiciones

Toda persona que padeciera sufrimiento por, o en su salud mental tiene derecho a solicitar y recibir tratamiento. El mismo deberá ser prescripto y conducido por profesionales de la salud mental legalmente habilitados, y estará orientado hacia la curación, la recuperación y rehabilitación.

Entre las alternativas más idóneas, se evitarán aquellas que pudieran ocasionar algún daño a la salud, privilegiándose las que menos restrinjan la libertad y alejen del núcleo familiar y social. Las personas tienen derecho a rehusarse a recibir tratamiento o a interrumpirlo, salvo los casos en que así lo disponga la autoridad judicial en la forma prevista en la Ley.

ARTÍCULO 2. - Derecho a ser escuchado, informado y a su intimidad

La persona que padeciere sufrimiento por, o en su salud mental, y esté en tratamiento, deberá ser escuchada y tenida en cuenta en sus opiniones.

Deberá ser informada a su vez, por el profesional, sobre el tipo de tratamiento a realizar, sus características, condiciones de desarrollo y posibilidades de recuperación. Asimismo será preservada de actos que mortifiquen sus sentimientos o hieran sus convicciones, de la divulgación de su conducta y de la revelación de los sufrimientos que padece, resguardándose su intimidad de toda intromisión innecesaria

ARTÍCULO 3. - Requisitos de la internación

Sólo se permitirá la internación en establecimientos de salud mental públicos o privados bajo los siguientes requisitos:

a) Que el propósito no sea otro que el tratamiento de la persona que padeciera sufrimientos por, o en su salud mental.

b) Que las circunstancias del caso no permitan el uso de otra alternativa menos restrictiva de la libertad.

c) Que el establecimiento donde tenga lugar la internación disponga y brinde un programa de tratamiento adecuado.

d) Que esté orientada a la recuperación de la salud del internado y a su egreso en el tiempo más breve posible.

e) Que sea solicitada o dispuesta por las personas previstas en el artículo 4 de esta Ley y en las condiciones fijadas en cada caso.

ARTÍCULO 4. - Personas autorizadas para proponer, solicitar o disponer la internación

a) Podrán proponer la internación, en los establecimientos de salud mental, como parte del tratamiento, los profesionales de la salud bajo los recaudos establecidos en esta Ley.

b) Podrán solicitar la internación:

1. El propio interesado y/o su representante legal.

2. En caso de urgencia, las personas enumeradas en los incs. 1° al 4° del artículo 144 del Código Civil.

c) Podrán disponer la internación:

1. La autoridad judicial, en los supuestos y con los recaudos establecidos por la Ley.

2. La autoridad policial, bajo idénticas condiciones.

ARTÍCULO 5. - Internación propuesta por el profesional en salud mental

En caso de considerarlo imprescindible para el tratamiento el profesional podrá proponer la internación de la persona afectada contando al efecto con otro dictamen profesional que indique la internación necesaria en los términos de la presente Ley. La internación quedará sujeta a la resolución que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de iniciada adopte la Dirección del establecimiento.

ARTÍCULO 6. - Internación a solicitud del propio interesado o su representante legal

En los casos de internación voluntaria, el interesado a su ingreso suscribirá la solicitud de tratamiento junto con el profesional consultado. Además se deberá contar con dictamen escrito de otro profesional que indique la internación como necesaria en los términos de la presente Ley.

La internación quedará sujeta a la resolución que dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de iniciada, adopte el Director del establecimiento.

ARTÍCULO 7. - Internación dispuesta por autoridad judicial

Las internaciones dispuestas por la autoridad judicial deberán ser implementadas por escrito. La solicitud de tratamiento deberá ser confeccionada y suscripta por el profesional pertinente en el momento del ingreso. El Director informará por escrito al Juez sobre la situación del internado a cabo de los primeros siete días y posteriormente, respecto a su evolución, con una periodicidad no mayor de treinta (30) días.

ARTÍCULO 8. - Internación dispuesta por la autoridad policial

Sólo excepcionalmente la autoridad policial podrá promover la internación satisfaciendo en tal caso todos los recaudos establecidos por la Ley y acompañando copia de las actuaciones producidas, debiendo continuar prestando colaboración a los efectos de la identificación de la persona y sus familiares para el oportuno aviso a éstos. Al producirse el ingreso, el profesional que corresponda confeccionará y suscribirá la

solicitud de tratamiento pertinente. El Director del establecimiento informará sobre la situación del

internado por escrito a la autoridad judicial del caso, dentro de la veinticuatro (24) horas posteriores al ingreso, con copia de las actuaciones policiales, dictamen profesional producido y tratamiento aconsejado. De no mediar orden judicial disponiendo mantener la internación, el Director reiterará la comunicación y si dentro de los tres (3) días siguientes no recibiera notificación alguna al respecto, podrá disponer el inmediato cese de la internación, poniendo en conocimiento de ello al internado y a la autoridad judicial.

ARTÍCULO 9. - Solicitud de tratamiento, Historia Clínica

La Dirección del establecimiento confeccionará una historia clínica de cada Internado en la constará, al igual que en la solicitud de tratamiento, sus datos personales y los de su representante ante la Institución, el motivo de la consulta o internación, aproximación diagnóstica, programa de tratamiento propuesto, técnicas a emplear, tiempo de internación previsto, y fecha de internación y posibilidad de egreso.

En la historia clínica deberán constar además, evaluaciones periódicas del tratamiento, interconsultas, visitas, salidas y traslados, las copias de las disposiciones judiciales y policiales y de las comunicaciones y notificaciones a que refiere esta Ley, con la constancia de su recepción por los destinatarios y las solicitudes de tratamiento. Al producirse el egreso deberá dejarse constancia de:

a) Fecha del mismo.

b) Motivo de la externación.

c) Propuesta terapéutica si fuera necesario.

ARTÍCULO 10. - Designación de representante del internado

El Director del establecimiento, al comienzo de la internación proveerá lo necesario para que el internado proceda a designar de entre sus familiares, amigos o allegados a una persona mayor de edad que habrá de actuar frente a la Institución como su representante. Tratándose de personas menores de edad o de personas interdictas o declaradas insanas, la función del representante será ejercida por el tutor o curador designado.

ARTÍCULO 11. - Deberes del representante

El representante deberá velar por los intereses de su representado, promoviendo todas las medidas conducentes para la más propia recuperación y reinserción social del mismo.

ARTÍCULO 12. - Comunicación de la Internación

El Director del establecimiento, deberá comunicar la internación a los parientes, representantes legales y/o personas que el internado indique, así como a la autoridad judicial cuando se trate de personas menores de edad o posibles Interdictos o incapaces de derecho.

ARTÍCULO 13. - Derechos de visita, comunicación, salida y trabajo

El Director del establecimiento deberá permitir y facilitar las visitas y comunicación del internado con personas ajenas al mismo: las del representante no podrán sufrir limitación irrazonable. A su vez, promoverá y facilitará los paseos y salidas terapéuticas, así como el trabajo voluntario de los internados, que se regirá por las leyes correspondientes.

ARTÍCULO 14. - Resguardo de integridad física y psíquica

Prohibición de castigos y coacción. Los establecimientos de internación de salud mental deberán brindar tratamiento en condiciones que resguarden la integridad psíquica y física de las personas, su dignidad personal y afecten en la medida absolutamente indispensable su libertad, conforme las disposiciones de la presente Ley. Están prohibidas todas las medidas, procedimientos o métodos de castigo físico o psíquico.

ARTÍCULO 15. - Salidas terapéuticas

El director del establecimiento podrá aconsejar y disponer, con los recaudos que considere debidos, los paseos o salidas terapéuticas que se estimen necesarios para el tratamiento.

En caso de tratarse de internados a disposición judicial deberá comunicarse por escrito lo dispuesto, dentro de las veinticuatro (24) horas de producidas. Podrá también disponer los traslados que fueran urgentes, comunicándose de igual forma.

ARTÍCULO 16. - Egreso de los internados

El director del establecimiento deberá disponer el egreso de aquellas personas internadas en los términos de los artículos 5, 6 y 8 de la presente ley, tan pronto su estado psíquico permita su alta definitiva o la continuación del tratamiento en forma ambulatoria.

En caso de internaciones por disposición judicial, tan pronto el estado psíquico del internado permita su alta definitiva o la continuación del tratamiento en forma ambulatoria, deberá comunicar tal circunstancia al Juez de la causa, representante legal y/o asesor de menores a fin de que adopten medidas pertinentes a tal efecto. Si se tratara de la cesación de una medida de seguridad se observará lo dispuesto en el código de Procedimientos Penales.

ARTÍCULO 17. - Condiciones de funcionamiento de los establecimientos públicos y privados de salud mental

Los establecimientos públicos y privados de internación en salud mental deberán ajustar sus recursos humanos asistenciales y su estructura física funcional a las normativas que en materia de habilitación, acreditación y categorización establece la Ley Provincial N° 9.847 y decretos reglamentarios, como así también contar con las certificaciones de organismos competentes. También deberá disponer de un proyecto general asistencial y de programas de tratamiento, debidamente explicitados, comprendidos en las normas antedichas y autorizados anualmente por el Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia.

ARTÍCULO 18. - Transformación de establecimientos de internación

Se establece un plazo máximo de tres (3) años a partir de la promulgación de la presente Ley, para la transformación de los establecimientos de internación en salud mental, según lo establece la presente Ley. El Estado arbitrará los medios conducentes al objetivo fijado y promoverá la implementación de medidas asistenciales alternativas, entre ellas, servicios de salud mental en hospitales generales, con, sin internación, atención domiciliaria en salud mental en la comunidad, servicios de emergencia en salud mental, centros de salud mental en la comunidad, hospitales de día, casas de medio camino, talleres protegidos, etc.

Deberá asimismo reconocer como propuestas válidas los recursos propios de la comunidad.

ARTÍCULO 19. - Impulso de oficio

Los jueces deberán impulsar de oficio y con la mayor celeridad posible las actuaciones relacionadas con personas comprendidas en la presente Ley, especialmente en los procesos de rehabilitación legal y en los pedidos de egreso que deberán ser resueltos con preferente despacho.

ARTÍCULO 20. - Funciones de los defensores generales

Los defensores de menores e incapaces deberán:

a) Visitar los establecimientos de Internación de las personas que se encuentran bajo su representación, toda vez que sea necesario y al menos cada seis (6) meses, verificando la evolución de su salud, el régimen de atención, las condiciones de alojamiento, el cuidado personal y la atención médica que reciben, informando al juez interviniente.

b) Promover según corresponda, el proceso de declaración de incapacidad por demencia o la información sumaria prevista por la Ley, así como la rehabilitación de incapaces.

c) Controlar el régimen de las actuaciones en que interviene, requiriendo las mediadas conducentes al mejor tratamiento y cuidado de los internados, así como la administración y custodia de sus bienes y tan pronto sea pertinente, solicitar el cese de las internaciones.

ARTÍCULO 21. - Inspección judicial

Los jueces a cuya disposición se hallen personas internadas, inspeccionarán cada vez que, o consideren conveniente y por lo menos dos (2) veces al año los establecimientos de internación en salud mental, verificando las condiciones de alojamiento, cuidado personal y atención profesional, condiciones de desarrollo de los programas de tratamiento y observancia de los derechos de los internados.

ARTÍCULO 22. - Junta Especial: conformación y facultades

El Ministerio de Salud y Medio Ambiente conformará organismos cuyo reglamento Especial, desenvolviéndose en el ámbito de la Dirección General de Salud Mental.

La misma tendrá carácter interdisciplinario y estará integrada por profesionales de la salud mental y del derecho.

Asimismo tendrán representación en la Junta, Los Colegios Profesionales de la Salud y los Establecimientos Privados en Salud Mental.

Las funciones de la Junta Especial serán:

a) Recibir los Oficios y pedidos judiciales.

b) Dictaminar sobre el lugar más adecuado y aconsejable para el desarrollo del tratamiento, teniendo en cuenta las condiciones del sujeto afectado.

c) Dictaminar acerca de la presunta inimputabilidad e incapacidad para actuar en procesos penales.

d) Dictaminar acerca de la cesación de medidas de seguridad.

ARTÍCULO 23. - Departamentos de Salud Mental en el ámbito penitenciario

El Ministerio de Gobierno, Justicia y Culto creará, en un plazo máximo de veinticuatro (24) meses, a partir de la promulgación de la presente Ley, Departamentos de Salud Mental en el ámbito penitenciario, para la asistencia integral de personas con trastornos o alteraciones en su salud que se encuentren condenadas o detenidas bajo proceso penal.

Para permitir una integración conceptual asistencial, el personal profesional y no profesional, tendrá dependencia programática y administrativa del Ministerio de salud y Medio Ambiente.

ARTÍCULO 24. - Creación de Departamentos de Asesoramiento Jurídico

El Ministerio de salud y Medio Ambiente constituirá, en igual plazo que el establecido en el artículo anterior, departamentos de Asesoramiento Jurídico, integrados por abogados, en la Dirección General de Salud Mental y en los establecimientos públicos de internación en salud mental, los que tendrán por función velar por el cumplimiento de esta Ley, asesorando a la Dirección del establecimiento y a los pacientes en cuanto fuere necesario.

ARTÍCULO 25. - Inobservancia e incumplimiento de la Ley

La inobservancia de los deberes o derechos que la presente ley establece deberán denunciarse de inmediato poniendo la situación en conocimiento de la autoridad a la que competa el ejercicio del poder de policía sanitaria y en su caso de la autoridad judicial correspondiente.

ARTÍCULO 26. - Modifícanse los artículos 73, 568 y 570 del Código Procesal Penal de la Provincia de Santa Fe - Ley N° 6740 (t.o. Decreto N° 1009/81), los que quedarán redactados de la siguiente manera:

"Artículo 73. - Presunto inimputable e incapacidad para actuar en el proceso

En los casos en que haya motivo para dudar del estado mental del imputado, se ordenará su examen por peritos médicos oficiales o una Junta Psiquiátrica Especial dependientes de la Dirección General de Salud Mental de la provincia,

sin perjuicio de los médicos que él o su defensor quisieran proponer. El Juez o Tribunal podrá ordenar la internación de aquel en un establecimiento adecuado para su estudio, o si su estado lo revelase peligroso para sí o para terceros.

Si se estimare que el imputado carece de capacidad para actuar en el proceso, el Juez o Tribunal le dará intervención al curador, si lo hubiere o, en su defecto, al Defensor General, para que ejerciten en sus derechos de parte y en su caso, este último proveen a su representación legal."

"Artículo 568. - Instrucciones

Cuando disponga la ejecución de una medida de seguridad, el juez o tribunal impartirá las instrucciones necesarias a la autoridad o encargado de ejecutarla, fijando los plazos en que deba informársele acerca del estado de la persona sometida a la medida o sobre cualquier otra circunstancia de interés.

Dichas instrucciones podrán ser modificadas durante el curso de la ejecución, según sea necesario, incluso a requerimiento de la autoridad administrativa.

Contra estas resoluciones procederá el recurso de apelación o el de reposición, según trámite en primera o en única instancia."

"Artículo 570. - Cesación

Para ordenar la cesación de cualquier medida de seguridad, se escuchará previamente al Ministerio Fiscal, al interesado y a quién ejerza su representación legal. Si se tratare de la internación prevista en el artículo 34, inciso 1° del Código penal deberá además requiriese el informe técnico oficial del establecimiento donde la medida se cumple y el dictamen de por lo menos dos peritos. Si los informes discreparan, se dará intervención a la junta psiquiátrica Especial creada por la presente Ley:"

ARTÍCULO 27. - Modifíquese los artículos 70 y 85 del código de faltas de la Provincia de Santa Fe - Ley N° 3.473 -, los que quedarán redactados de la siguiente manera:

"Artículo 70.- Cuando se tratare de un ebrio habitual o de un toxicómano, el Juez solicitará su tratamiento en un establecimiento adecuado, a los fines de su debida asistencia."

"Artículo 85.- El encargado de la atención de una persona que padeciere sufrimiento mental, deberá comunicar de inmediato a la autoridad correspondiente en el caso que la misma se sustrajere de su cuidado.

Si así no lo hiciere será reprimido con arresto de hasta quince (15) días o multa de hasta diez (10) jus, si es empleado público o de un establecimiento autorizado. Si se tratare de un particular sólo se aplicará multa de hasta cinco (5) jus."

ARTÍCULO 28. - Derógase el artículo 86 del Código de faltas de la Provincia de Santa Fe - Ley N° 3.473

ARTÍCULO 29. - Comuníquese al Poder Ejecutivo

DADA EN LA SALA DE SESIONES DE LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, A LOS VEINTINUEVE DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y UNO

Enrique Manuel Estévez Presidente CÁMARA DE DIPUTADOS

Dr. Omar Julio El Halli Obeid Secretario Administrativo CÁMARA DE DIPUTADOS

Dr. Augusto A. Fischer Senador Provincial Presidente Provisional CÁMARA DE SENADORES

Dr. Ricardo A. Principe Secretario Legislativo CÁMARA DE SENADORES

Adela D. de Oblan Coordinadora General Administrativa Dirección General de Administración Ministerio de Salud y Medio Ambiente

Recibido a las 07:00 Ministerio de Gobierno Registro General de Leyes

SANTA FE, 26 de diciembre de 1991.

De conformidad a lo prescrito en el artículo 57 de la Constitución Provincial téngasela como ley del estado, insértese en el Registro General de leyes con el sello oficial y publíquese en el Boletín Oficial.

Dr. Juan Carlos Lombardi Subsecretario de Asuntos Legislativos Ministerio de Gobierno Justicia y Culto.