

Dispositivos clínicos y de apoyo para consumos problemáticos,

Dr. Alberto Trímboli*

**Doctor en psicología, fundador de la Asociación Argentina de Salud Mental, trabaja en el Hospital Álvarez*

El tema de hoy es muy importante por todos los problemas que genera en el ámbito sanitario. Sabemos que es muy difícil conseguir un lugar en los hospitales, centros de salud, clínicas, sanatorios y uno tiene que conformarse con el lugar que puede conseguir. En el hospital Álvarez cuando recibimos a alguien, la mayoría de las veces nos dice que ha pasado por varios lugares antes, donde le han dicho que no atendían adicciones. Este es un problema más dentro del problema. Como sociedad hemos creado un problema, (los profesionales somos parte de la sociedad) y luego esa sociedad no le da solución. Y si tenemos prejuicios y determinadas ideas, después como profesionales o funcionarios terminamos replicándolas. No tenemos la culpa respecto de la familia en la que nacemos. Si yo nazco en una familia que dice "los adictos son vagos y delincuentes", después cuando soy profesional no puedo replicar esas ideas, las tendré para mi vida personal (aunque está muy mal), pero cuando cumpla la función de terapeuta, de profesional no tendría que estar poniendo esas cosas entre el paciente y yo, porque la verdad es que vamos a terminar tratando las drogas en lugar de tratar a las personas. Más allá de que son todas ideas que existen, este es un problema muy grave, más que nada por cómo lo tomamos. Hoy vamos a hablar acerca de los consumos problemáticos, que son problemas de Salud Mental, no son como algunos grupos quieren que se separen las adicciones de los problemas de Salud Mental. Mi idea y la de muchos profesionales es que no puede existir un consumo problemático, una adicción sin un cuadro psicopatológico. Con lo cual, esta idea de los pacientes duales muchas veces sirve para que lo expulsen: va a un servicio de salud mental y si consume, lo expulsan; o va a un servicio de adicciones y si tiene un cuadro psicopatológico, lo expulsan. Lo que yo digo es que los consumos problemáticos y las adicciones (que no son exactamente lo mismo, aunque a veces se usan como sinónimos), no pueden existir si no existe antes un cuadro psicopatológico, con lo cual el tratamiento no debe ser sobre el consumo, el tratamiento debe ser sobre ese cuadro, y los tratamientos siempre tienen que ser singulares. Esto de la primera, segunda y tercera fase no se entiende, porque la cabeza de una persona es muy diferente de otra, cada uno tiene sus tiempos, sus experiencias, sus motivos, diferente gravedad, diferentes patologías. Y entonces para la primera fase que dura meses vamos a hacer tal cosa, para la segunda fase que dura otro tiempo, se hace otra cosa, y así se genera otro problema más. Y también tenemos que ver qué es esto de separar las drogas legales de las drogas ilegales, y estas otras adicciones o consumos problemáticos en los que no hay sustancias. Con lo cual cae por sí misma esta teoría de que la droga es la que hace mal: la droga es un objeto inanimado, una cosa más que existe sobre la

Tierra, como puede ser un arma de fuego, un auto, el agua o la comida. Hay adicciones o consumos problemáticos donde ni siquiera hay una sustancia, con lo cual no es la cocaína ni la marihuana lo malo, es un objeto que existe para todos y no es ni bueno ni malo. Hoy en día, y también tiene que ver según las épocas, tenemos el consumo problemático en entornos digitales, que es un problema muy grande que están sufriendo hoy los chicos y chicas, y ahí no hay ninguna sustancia de por medio. Y también hay adicciones o problemas de salud por sustancias que, inclusive, son necesarias para la vida, como la comida, por ejemplo. Tenemos bulimia, anorexia, obesidad. Como profesionales debemos preocuparnos por cuál fue el motivo por el que esa persona tiene una relación patológica con ese objeto, inclusive hay personas que son adictas a otra persona (y sabemos lo que eso genera, y a veces uno ve que una persona se relaciona siempre con el mismo tipo de personas y luego se queja, estas también son conductas de riesgo, son algo así como los consumos). Entonces, no son las drogas, no son los objetos, no son las conductas sino que es esa relación que entabla esa persona con ese objeto. Nosotros, los psicólogos llamamos *objeto* a todo, es decir, para entendernos decimos que es el *objeto de deseo*. Lo que tenemos que tener en cuenta, y espero que les sirva cuando ustedes vayan y les digan “acá no atendemos adicciones” es que ustedes respondan: “Yo no quiero que le atienda la adicción, yo lo que quiero es que lo atienda a él como persona, con su psicosis, con su depresión, con su esquizofrenia, con lo que sea.” Porque la Ley de Salud Mental determina que es un delito el hecho de que un profesional o un servicio de salud rechace a alguien, por cualquier causa de Salud Mental, y es causa de Salud Mental. No hay ninguna persona que yo conozca, y seguramente ustedes también, que tenga una adicción (lo que llamamos adicción) que no tenga un cuadro psicopatológico. A veces está bien a la vista, porque hay delirios, pero a veces no está a la vista porque está tapado por esa sustancia, por esa conducta, por eso que pasa. Y la obligación del profesional es hacer por lo menos una consulta, es decir una entrevista, y llegar al diagnóstico. Yo siempre digo que quienes nos dedicamos a atender consumos problemáticos o adicciones no hacemos magia, no tenemos herramientas diferentes a aquellos que atienden a alguien que no tiene consumo, lo que nosotros usamos son las herramientas que aprendimos en la facultad: terapia individual, terapia grupal, terapia familiar, terapia vincular, el psiquiatra con los psicofármacos, la terapeuta ocupacional estudiando los intereses -qué hace con las horas libres-, el trabajador social- el aspecto social-, trabajamos en forma interdisciplinaria porque una persona no es un pedacito de cada uno: es *una* persona.

Espero que esto les sirva, porque todos saben lo difícil que es, a veces, internar a un familiar. Tenemos la mejor herramienta del mundo para defendernos, que es la Ley Nacional de Salud Mental. Ahí está todo, si ustedes la leen, y les ruego que la lean y no que escuchen versiones que lo único que hacen es perjudicarlos a ustedes mismos, ahí tienen todas las herramientas. Yo siempre digo que si algún día tengo que estar internado, o tengo una crisis de salud mental yo quiero que se me cumpla la ley de Salud Mental, yo no quiero que me internen en una clínica psiquiátrica, yo quiero que me internen en un lugar donde internan al resto, no quiero ser discriminado, no estamos en la Edad Media donde se encerraba sin tratamiento en los manicomios. Hoy sí hay tratamientos, pero yo no quiero ser discriminado. En el Hospital Álvarez hace más de 40 años que se interna a personas con problemas de Salud Mental y adicciones, no discriminamos, y nadie mató a nadie, ni esas cosas que dicen que entran y rompen la terapia intensiva, todo eso es mentira. Cuando aparece una noticia en la que se encuentra involucrado alguien con un problema de Salud Mental, en alguna situación grave como matar o lastimar a

alguien, entonces aparecen quienes dicen que la culpa de esto la tiene la Ley de Salud Mental. Lo que tenemos que decir es que estos casos parecen multiplicados por 10.000 porque los medios lo toman y lo pasan, y lo pasan hasta el cansancio, de modo que parece que alguien que tiene un diagnóstico de psicosis mató a 500 personas, cuando en realidad es al revés: las personas que tienen problemas de Salud Mental suelen ser víctimas de violencia física, de violencia económica, de todo tipo de violencia. Pero eso es natural: “Está loquito”. En cambio, cuando pasa algo al revés se dice que hay que encerrar a todos los “locos” porque son peligrosos. Y esto es un riesgo porque en realidad volveríamos atrás décadas.

Siempre aconsejo que vean un documental que se llama “Yo, Natalia”. Natalia Cohan de Kohen era la viuda del dueño de uno de los laboratorios más grandes de Argentina, era multimillonario. Esto fue antes de la Ley de Salud Mental. En esa época había que buscar un médico que hiciera una evaluación y un informe con su firma en el que dijera que la persona necesitaba una internación. Luego se buscaba un abogado que hiciera un escrito y lo presentara en un juzgado, y el juez ordenaba la internación. La familia de Natalia logró todo esto, y la internaron en una clínica psiquiátrica. Hasta que en un momento ella logró salir, pudo llegar a un teléfono dentro de esa clínica, llamó un amigo que era artista plástico como ella, y le dijo que la tenían secuestrada. Este amigo fue a los medios, y gracias a eso Natalia pudo ser externada. Después ella lo cuenta todo. Pueden leer las noticias de la época. Esto pasaba porque no había una ley de Salud Mental y no había un Órgano de Revisión como hay hoy. En la actualidad, una persona que está internada en forma involuntaria tiene el control del Órgano de Revisión y de la unidad de letrados. Hoy no hubiera podido pasar porque si a mí me internan en forma involuntaria, la clínica tiene la obligación de avisar al juez, al Órgano de Revisión de que tienen a una persona, o sea yo, internada en forma involuntaria. Esto antes pasaba, pero hoy tenemos todas las herramientas para poder utilizar, porque ninguno de nosotros está exento de necesitar en algún momento que se respeten nuestros derechos.

SALUD MENTAL **Contexto histórico**

- Desde hace siglos, las cuestiones vinculadas con la salud mental de las personas, ha sido motivo de grandes controversias.
- Paradigmas contrapuestos, antagónicos, y hasta aparentemente incompatibles.
- En épocas diferentes e incluso que convivían en forma paralela en un mismo tiempo y espacio.



Según la época, los tratamientos eran diferentes. Tuvimos épocas donde las enfermedades mentales eran consideradas como posesiones demoníacas. Y entonces el tratamiento era la hoguera, que no era un

CONCEPCIÓN DE LA LOCURA

POSESIONES DEMONIAICAS

Malos espíritus, castigos de los dioses, hechicería o brujería.



tratamiento sino sacarse de encima el problema.

EDAD MEDIA

Posesiones demoníacas

Tratamiento = **Exorcismo**

Sacerdotes y monjes en los monasterios

Rezos, encantamientos y algunas técnicas de tortura física para extraer el espíritu maligno del cuerpo.



En otros momentos también esas posesiones demoníacas eran consideradas como cuestiones más bien religiosas de los diablos, y los sacerdotes y los monjes hacían el tratamiento.

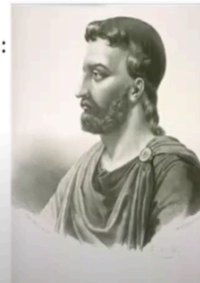
Después empezaron a aparecer algunas psicoterapias, por así llamarlas, no una forma de tratar porque, por ejemplo, en el siglo I, la psicoterapia de Cornelio Celso consistía en amenazas, torturas y azotes.

Cornelio Celso (Siglo I)

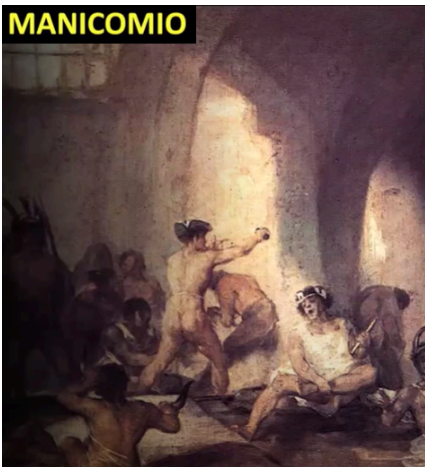
• Dietas y masajes.

• Su psicoterapia incluye también:

- amenazas,
- torturas
- azotes,
- así como las brascas y súbitas inmersiones en agua fría.



MANICOMIO



Esto era el tratamiento que se les daba, hasta que apareció el manicomio, que comparado con los azotes y torturas anteriores no estaba tan mal, es verdad que encerraban a las personas, pero por lo menos no les pegaban ni castigaban.

Lo que sí hacían era encadenarlos.



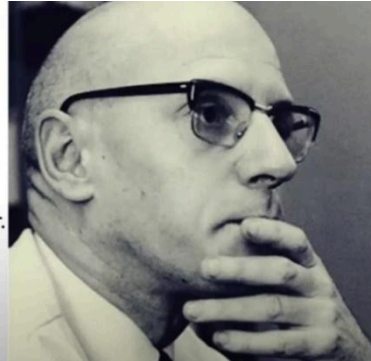
Después apareció Philippe Pinel y liberó de las cadenas a las personas que tenían problemas de Salud Mental. Y como siempre pasó, cada vez que se le quiere dar algún tipo de derecho o un avance en el sistema de Salud Mental, aparecen los que dicen: “No, ¿cómo, estás loco? ¿cómo lo vas a soltar?”. Igual que hoy, por ejemplo, con la ley de Salud Mental. Lo cierto es que la historia de las enfermedades mentales estuvo más bien ligada al encierro, la marginación, el castigo.

MANICOMIOS (Siglo XVIII)

Foucault

Origen de los Manicomios:
Los leprosarios (misma lógica)

- Función: Apartar, segregar, excluir.
- Proteger a los “sanos” y “normales” de los locos.
- Estigmatización



Y Foucault, que era psicólogo y filósofo, aunque se destacó más por filósofo, puso el ejemplo de que los manicomios eran los herederos de los leprosarios, es decir, en la época en que había epidemia de lepra se construyeron edificios enormes para encerrar a esas personas. Cuando esa epidemia pasó esos

edificios se usaron para encerrar a las personas con enfermedades mentales. Y la función, como decía Foucault, era apartar, segregar, excluir, es decir separar a los considerados *normales* de los *locos*.

La cuestión de los consumos problemáticos es bastante nueva, no había tratamiento para los consumos problemáticos y tiene que ver con lo que estuvimos diciendo antes, fueron considerados como cuestiones de los jueces y del delito. Así, el sistema de salud miró por otro lado, cuando lo que tendría que haber hecho era incluirlos, acogerlos en los lugares que ya existían: los hospitales. Pero el sistema de salud no lo hizo, y entonces esto refuerza

todavía más la estigmatización por parte de la sociedad. Y encima tenemos una ley que considera delincuentes a aquellos que consumen drogas ilegales. Y después la consecuencia de toda esta estigmatización y del corrimiento del sistema de salud de los tratamientos, es lógico que el encierro sea el tratamiento más indicado para las personas que tienen adicciones. La mayoría piensa (la sociedad en general y muchos profesionales también piensan lo mismo) que el tratamiento indicado es la internación, cuando en realidad no es tan así. Tenemos que dejar la internación como último recurso, cuando los recursos ambulatorios no funcionaron, para momentos de crisis, para momentos donde se tiene que hacer un tratamiento más efectivo, por ejemplo, para desintoxicación. Tenemos que decir que hay casos que necesitan y otros casos que no necesitan, es igual que cualquier problema de salud.

Hoy existen los *sistemas de apoyo*, que son algo equivalente, por ejemplo, si una persona tiene un accidente y queda parálítico y no puede caminar nunca más en la vida, no lo van a internar hasta que se muera. Entonces la pregunta es: ¿por qué una persona que tiene problemas de Salud

CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL PROBLEMA DE LAS DROGAS

- Creación del enemigo (un lugar donde poner todos los males de la sociedad)
- El discurso de los medios.
- Terminología: “el flagelo”, “Estupefaciente”, “la droga”, “vicio”, “catástrofe”, “Castigo”, “maldición”.
- Asimilación consumidor / adicto / Consumidor problemático
- La asociación delincuente / Pobreza / violencia / juventud
- Leyes actuales que penalizan la tenencia de ciertas drogas.
- Tratamientos actuales = Encierro
- Estigmatización por parte de la sociedad y exclusión del sistema de salud.

Mental tiene que estar internado de por vida? Es porque faltan los sistemas de apoyo, por ejemplo una silla de ruedas, un bastón para que esa persona que no puede caminar pueda tener una vida normal, o más o menos normal, o lo más parecido a lo normal. Es decir, para que viva en comunidad. En cambio, para las personas que tienen problemas de Salud Mental muchas veces el sistema de apoyos es una vivienda, es una Cooperativa de trabajo, es también actividad social artística, es un acompañante terapéutico. Estos son los sistemas de apoyo. Yo hago una diferencia entre *encierro* e *internación*. La internación es una herramienta útil en un momento determinado del proceso terapéutico de una persona, entonces está un tiempo breve internado y sale con los sistemas de apoyo, tendría que salir con los sistemas de apoyo, cosa que estamos bastante lejos en nuestro país de tener masivamente. En cambio, el encierro es cuando esa internación, llamémosla así, se está dando por la falta de esos sistemas de apoyo, de esos recursos. Hoy en día, si una persona tiene un problema de Salud Mental y necesita que la acompañen, y la familia trabaja y no puede estar todo el día con la persona, lo que tiene que tener es un acompañante terapéutico (AT). Si una persona está internada por falta de acompañante terapéutico, está encerrada, es un encierro. La internación es un recurso válido de un momento determinado. Cuando una persona tiene que estar internada porque le falta una vivienda, tampoco es una internación, es un encierro. Lo que tenemos que tener en cuenta son los dispositivos que la ley de Salud Mental obliga al sistema de salud para que los tenga disponibles en caso de necesidad de las personas y las familias usuarias del sistema de Salud Mental. Yo siempre digo que se piensa que la ley de Salud Mental no se cumple en los sectores de bajos recursos, pero tampoco se está cumpliendo para quienes están pagando una prepaga. La ley de Salud Mental dice que todos los hospitales, sanatorios y clínicas generales, por ejemplo: Otamendi, Hospital Alemán, Hospital Británico, estos son los privados; y después los públicos están obligados a tener servicio de Salud Mental, guardia de Salud Mental y sala de internación de Salud Mental, y sin embargo no los tenemos. Entonces nosotros, conociendo la ley de Salud Mental, cuando nuestros derechos o los de nuestra familia no están siendo respetados, tenemos la posibilidad de reclamar de acuerdo al artículo correspondiente. Si eso no funciona, tendremos que hacer un recurso de amparo; y hay muchas personas que han logrado acompañamiento terapéutico, internarse, en un sanatorio general privado. Hay muchas cosas que se consiguen con recursos de amparo, en Salud Mental y en otras especialidades también.

HISTORIA DEL CONSUMO

- Mientras el consumo se mantuvo asociado a sustancias naturales y utilizadas para ciertas prácticas culturales relacionadas con el trabajo y la religión.
- No existía el adicto tal como lo conocemos hoy.



Respecto del tema de los consumos, también se están rechazado pacientes. El consumo de sustancias psicoactivas existió desde que existe la humanidad, con la diferencia que antes estaban asociados más al trabajo, a la religión, a la vida social.

Pero a partir del siglo XIX esas plantas mágicas que estaban incluidas en la sociedad se convirtieron en drogas, porque las tomaron los laboratorios y los convirtieron en químicos, entró el capitalismo y hoy son una mercancía más.



Medicamentos

- la morfina (1806),
- La codeína (1841),
- la cocaína (1860),
- la heroína (1883),
- la mescalina (1896),
- los barbitúricos (1903),
- el cloroformo y el éter,

Pensamos que siempre estuvo prohibido, pero no es así. Por ejemplo, la cocaína fue un medicamento, la heroína, etc., ahí aparece la lista de medicamentos que inclusive fueron prescritos. La prohibición es un problema, a pesar que muchos piensan que hay que prohibir. Y yo pongo de ejemplo la *ley seca* en los Estados Unidos, a principios del siglo pasado

que prohibía el alcohol, la producción, el consumo, la importación, o sea, todo lo que tenía que ver con el alcohol. Es decir, en Estados Unidos durante diez o doce años el alcohol estuvo prohibido, de la misma manera que hoy están prohibidas algunas sustancias. Lo que pasó en ese momento fue que en lugar de beneficios, lo que se logró fue la aparición de bandas armadas que peleaban por el control de los barrios y del tráfico de alcohol, producción clandestina, contrabando, muertos por alcohol, sin ningún tipo de control; es decir, eso es lo que produce la prohibición, que es otro tema que podríamos hablar en otro momento.

El tratamiento de los consumos problemáticos es algo reciente, antes se consideraba que el sistema de salud no tenía nada que ver. Los primeros tratamientos fueron los de desintoxicación, porque se les administraban drogas a los soldados para el hambre, el sueño, el dolor, y cuando volvían, algunos volvían adictos, otros no. Se les daba un tratamiento médico de desintoxicación, pero no se le daba un tratamiento psicológico, entonces esa persona salía y volvía entrar, porque nadie se había dado cuenta de que había aspectos psicológicos que favorecían o no el hecho de que una persona se hiciera o no adicta.

Modelos de abordaje en el tratamiento de las adicciones a sustancias

• 1 - Tratamiento de desintoxicación

- Luego de la 1ª Guerra Mundial: Tratamientos en hospitales.
- Adictos a la Heroína.
- Síndrome de Abstinencia.
- "Tratamientos de puertas giratorias"



Alcohólicos Anónimos
(Grupos de Autoayuda)

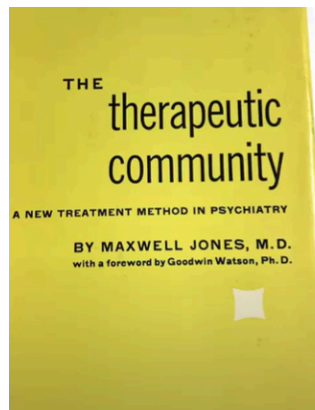
1º Grupo – 1939- Ohio

1956: 5.000 grupos en 60

Y después surgió Alcohólicos Anónimos, ya muy conocido, y Narcóticos Anónimos después.

Quiero hacer una diferencia con el concepto de comunidad terapéutica. En general, si decimos *comunidad terapéutica* enseguida pensamos en los tratamientos para las adicciones, pero a continuación vamos a ver otro concepto.

Maxwell Jones creó en 1950, en Inglaterra, la *comunidad terapéutica* como oposición a los manicomios, un lugar donde las personas con problemas de Salud Mental no tenían voz, no tenían decisión. Jones armó un dispositivo terapéutico que era como una actividad terapéutica y



La Comunidad Terapéutica

- **Maxwell Jones - 1950 - (Inglaterra de Posguerra)**
- Transformar el tradicional hospital psiquiátrico (manicomio) en una estructura abierta y democrática
- **La OMS (en 1953)** la consideró como “la alternativa más adecuada a la crisis de los hospitales psiquiátricos”.

democrática. Ahí aparecen las asambleas, es decir era el lugar donde los pacientes podían quejarse de la comida, del trato, podían quejarse de todo, además allí recibían todos los tratamientos y todos eran iguales, tanto los profesionales como los pacientes tenían ahí un rol.

La comunidad terapéutica en Argentina

- **Wilbur Ricardo Grimson** (Hospital Estévez de Lomas de Zamora (Provincia de Buenos Aires);
- **Luis César Guedes Arroyo** (Hospital Neuropsiquiátrico Roballos) de Paraná - Entre Ríos;
- **Julio J. Herrera** en el Hospital Psiquiátrico “El Sauce” (Mendoza);
- **Raúl Camino** en Colonia Federal (Entre Ríos).

En la Argentina tuvimos varios ejemplos que lamentablemente fueron desapareciendo. Pero lo que hoy se conoce como “comunidad terapéutica”, si tuviéramos que definirlo y ponerle un nombre, no son las *comunidades*

Sectores que apoyan la internación en hospitales y clínicas monovalentes

Diferentes motivos

- **Los clínicos (complejidad del cuadro)**
- **El diagnóstico**
- **Los Manicomios no existen:** proponen otras denominaciones (Colonia, Asilo, Hospital psiquiátrico, Hospital Psicoasistencial, Hospital Neuropsiquiátrico, Hospital de salud mental, Hospital especializado, Hospital integral).

Fundamentado sobre la negación de su existencia, proponiendo modificar su antigua y popular denominación de manicomio por la de Hospital monovalente,, entre otras.

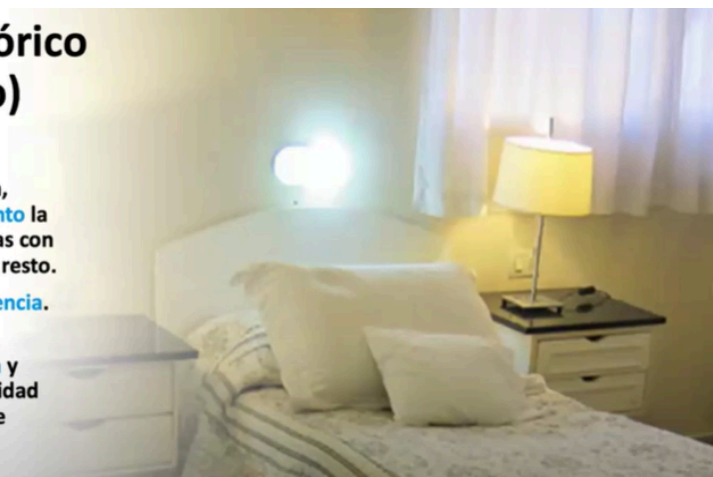
terapéuticas de antes, porque hoy están cambiando, tenemos que decirlo porque esto es una realidad: en la mayoría no tienen profesionales, muchas usan el castigo, en muchas los hacen trabajar y no les pagan. En algunas dicen que tienen que hacer la comida, hacer la limpieza, hacer el mantenimiento del lugar para que aprendan; yo creo que eso es posterior, es decir, una persona tiene un problema de salud, primero se cura y después hace todo eso, es decir, limpiar, cocinar y lo demás, eso no los va a curar. Siempre digo que en el hospital donde yo coordino el Hospital de Día para personas que tienen problemas de consumo, los pacientes no cocinan porque tienen la comida que hace la cocina del hospital, igual que para el resto de los pacientes. Tampoco barren, ni hacen el mantenimiento porque hay servicios contratados por el hospital para esos fines. Lo único que hacen es lo que deberían hacer todos los pacientes cualquiera sea el problema que tengan: es ir a tratarse, y hacer las actividades terapéuticas el tiempo que están ahí, nada más que eso.

Lamentablemente hoy existen muchos que siguen aceptando la existencia del manicomio, lo siguen apoyando de una u otra manera. Basta ver en INFOBAE, por ejemplo, que es un diario digital, en el que se escriben una sarta de mentiras todo el tiempo, lo único que hace es desinformar a la sociedad, a las familias, a los pacientes. Así hay algunos que dicen que las personas con problemas de Salud Mental no pueden ser internados en hospitales generales por el cuadro, y ustedes pueden leer en INFOBAE que hay algunos profesionales que dicen, por ejemplo, que un psicótico puede tener una crisis y puede matar a otro, o puede entrar a la terapia intensiva y romper todos los cables. No lo estoy inventando, ustedes lo pueden leer porque hay cientos de artículos en ese sentido, en ese diario. Algunos dicen que simplemente por el diagnóstico, y yo siempre digo que hoy un cuadro de psicosis, (a veces sí, a veces no, esto es según la persona) no es discapacitante, es decir, muchos de nosotros podemos estar diagnosticados y nadie se da cuenta, podemos tener una vida plena si tenemos las condiciones.

Y algunos dicen que los manicomios no existen, no sé si ustedes conocen otros lugares del país pero hay manicomios en nuestro país, inclusive en Córdoba hay algunos que esposan a los y a las

Maquillaje teórico (Jaulas de Oro)

- Cambiar la denominación, **manteniendo el aislamiento** la separación de las personas con padecimiento mental del resto.
- **Esconde su verdadera esencia.**
- Generan **estigmatización, aislamiento, cronificación** y arrasando con la subjetividad de las personas que allí se alojan.



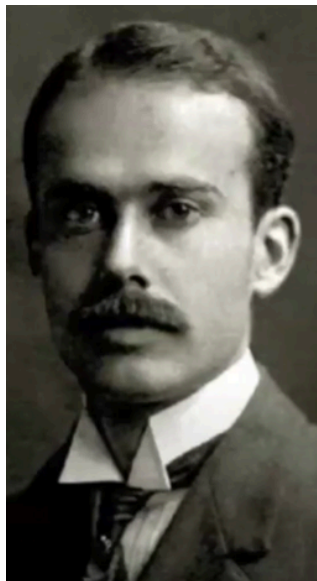
pacientes. Algunos que dicen que no existen, tienden a cambiar el nombre, es decir, si no lo nombro, no existe. Entonces

se los llamó asilo, colonia, hospital psiquiátrico, después lo cambiaron por hospital psicoasistencial, neuropsiquiátrico, y podemos seguir cambiando nombres. Y hoy está bastante de

moda decir *hospital especializado*. Yo busco en el diccionario de la Real Academia Española la palabra *manicomio* y dice “hospital para locos”. Pero más allá del nombre que le pongamos yo no estoy de acuerdo con internar personas fuera de los hospitales, hoy no hay ningún motivo, ni técnico, ni científico, ni de ningún tipo, que indique que una persona con problemas de Salud Mental no pueda estar internado en un hospital general, público o privado. Es importante que ustedes sepan que nuestra ley Nacional de Salud Mental dice los lugares donde el Estado, en lo público y en lo privado, nos tienen que ofrecer sus servicios.

Y esto no es nuevo.

En 1908, Clifford Beers fue internado en una clínica psiquiátrica, en Estados Unidos, era una persona de altos recursos. Cuando salió lo primero que hizo fue escribir un libro titulado *Una mente que se encontró a sí misma* (está en internet, en inglés). Allí describe todo lo que tuvo que vivir mientras estuvo internado. Entonces tuvo la idea de reformar el sistema de Salud Mental, que no se



Clifford Beers

Libro: Una mente que se encontró a sí misma (1908)

- 1910 - Comité Nacional para la Higiene Mental (USA)
- 1919 - Comité internacional de Higiene Mental
- 1948 - Federación Mundial de Salud Mental (en Londres, junto a Margaret Mead, Kurt Lewin, Harry Stack Sullivan, entre otros)
- REFORMA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO

llamaba Salud Mental, antes se llamaba “higiene mental”. Y creó el Comité Nacional para la Higiene Mental, en Estados Unidos. Después creó el Comité Internacional de Higiene Mental, hasta que 1948, en el Congreso de Higiene Mental que se hizo en Inglaterra, por primera se modificó el término “Higiene Mental” por el término “Salud Mental”. Así que en 1948 ahí nació la Federación Mundial de Salud Mental, que cumplió 75 años el año pasado, porque nació junto con la OMS. Y la Federación Mundial tiene relaciones oficiales con la OMS.

Y tuve el honor de ser el presidente desde 2017 a 2019 y de participar en las asambleas generales de la OMS. Entonces esto no es no es nuevo, y como decía antes, la *comunidad terapéutica* fue un nuevo modelo, aparecían psicoanalistas, terapeutas de grupos, fue algo que tuvo bastante repercusión en aquel momento porque cambiaba el eje de los tratamientos.



FRANCO BASAGLIA Movimiento Psiquiatría Democrática

- *“El encierro no se trata de una respuesta técnica a un problema de especialistas, sino más bien de una estrategia defensiva, destinada a mantener fuera de la sociedad lo diferente”.*

Franco Basaglia (hay un grupo que lo odia) logró cerrar el manicomio de Trieste, y en el mismo lugar abrió todos los dispositivos de apoyo de los que estamos hablando. Lo

que era el manicomio San Giovanni, hoy es el Parque San Giovanni. Ahí tenemos las cooperativas, por ejemplo, hay una radio, que tiene relación con *La Colifata*, pero cuando uno va ahí ve que esa parece una radio profesional, con todos los recursos; hay hospitales de día, un centro cultural, un restaurante atendido por usuarios del sistema de Salud Mental, donde se come muy bien y los precios son los del mercado y va mucha gente de la ciudad a comer ahí. Es decir, “tirar los muros”. Ellos dicen “el hospital salió a la comunidad y la comunidad entró al hospital”: el hospital hoy no existe, es esto que yo les cuento.

Nosotros deberíamos tender a tener esto. Cuando vamos a uno de los pabellones en Trieste, una de las frases que puede leer es “La libertad es terapéutica”, y esto no significa negar la internación, la internación tiene que ser un recurso de un momento determinado, y por



FRANCO BASAGLIA
Trieste - 1971

Ley 180 de
Salud Mental

supuesto darle todos los apoyos a la familia y a los pacientes para no tener que estar internados. Es decir para que la familia no tenga que dejar sus actividades, su trabajo, sus cosas cuando tiene un familiar con problemas de Salud Mental y necesita apoyo.

Les recomiendo dos películas, que pueden ver en YouTube: *Había una vez una ciudad de locos 1 y 2*. La primera es la historia de Franco Basaglia, fue una película que se dio en los cines y en la televisión, no es un documental, muestra su intento de cierre del manicomio de Gorizia, si bien no lo logró, pudo modificar un montón de cosas. Cuando estuvo a punto de cerrarlo lo echaron justamente por eso. Y la segunda película tiene que ver con todo lo que se hizo en Trieste. También les recomiendo otra película: *Si può fare*, (significa “se puede hacer” en italiano), que

también tiene que ver con esto y les aseguro que les va a dar mucha fuerza para pelear por sus derechos.

MARCO CAVALLO



La imagen de la izquierda es la de la película, y la de la derecha es real. Ahí va Basaglia rompiendo las puertas del manicomio para que saliera este *Marco Cavallo*, el caballo Marco, los pacientes lo habían hecho en papel maché y pensaban pasearlo por el centro de toda la ciudad de Trieste, habían puesto dentro todos sus deseos y sus inquietudes. Todavía hoy se lo puede ver en la ciudad de Trieste.



El caballo Marco existió, era un caballo con el que los pacientes se habían encariñado.



Y ese es el momento en que lo están paseando por la ciudad. Fue algo muy importante que se recuerda todos los años.





Mauricio Goldenberg

1956 - Se hizo cargo de la dirección del Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús. Actual "Hospital Evita". Conocido como "El Lanús".

Características:

Sectores de internación abiertos en el hospital general

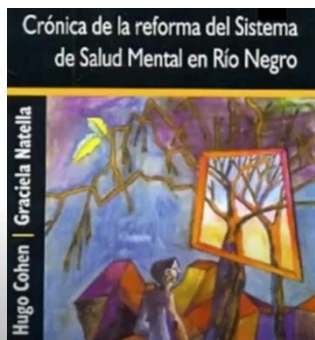
- Del Manicomio al Hospital General.
- De la internación a lo Ambulatorio.
- Trabajo interdisciplinario y comunitario

1967 – Jefe de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires y abre servicios de Salud Mental en Hospitales General – Funda 5 centros de Salud Mental.

1971 – Jefe del Servicio de Salud Mental del Hosp. Italiano (Privado)

Y acá tenemos a Mauricio Goldenberg, psiquiatra jefe del servicio de Salud Mental del hospital de Lanús, el "Hospital Evita". Ese fue el primer hospital general que tuvo un servicio de Salud Mental con internación dentro del hospital. Lamentablemente tuvo que exiliarse a Venezuela, murió hace unos 10 años aproximadamente en Washington; tuvo dos hijos desaparecidos durante la dictadura, simplemente por tener una mirada diferente, porque fue el primero que empezó a hablar justamente de la integración de los problemas de Salud Mental en el hospital general. Y además todo lo que necesita una persona para vivir en la comunidad, es decir él y su equipo iban al barrio que tenía bastantes necesidades y se ocupaban del tema de la comida, de la vivienda, si tenían agua corriente, etc. El Hospital Italiano, que es un hospital privado, tiene un servicio de Salud Mental bastante conocido, dentro del hospital tiene una sala de internación y no es casualidad que sea el único hospital privado que tenga una sala de internación porque fue jefe Mauricio Goldenberg. También *Hacerlo todo* es una película (Carlos Gindzberg- documental 2019) donde hablan los discípulos de Goldenberg y cuentan todo lo que hicieron.

**LEY DE SALUD MENTAL
2440 de Río Negro
Hugo Cohen
(Río Negro. 1991)**



En Río Negro hubo una verdadera Revolución con Hugo Cohen.

También Jorge Pellegrini en San Luis hizo un trabajo muy bueno. *Rotas cadenas* es un documental dirigido por Miguel Rodríguez Arias (año 2011) y allí se habla de esta experiencia.



Jorge Pellegrini.
1993. SAN LUIS

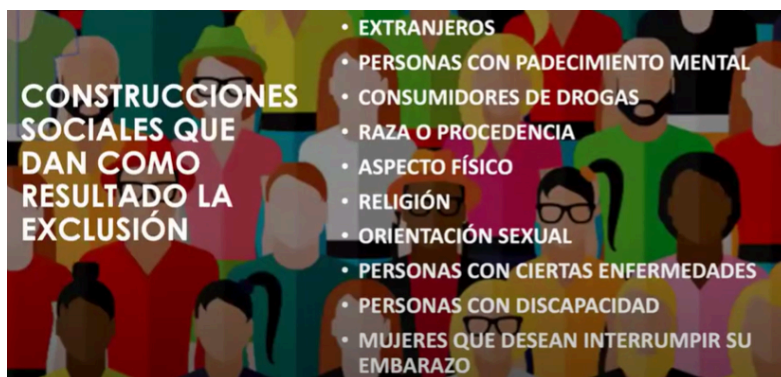
HOSPITAL ESCUELA DE SALUD MENTAL

Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Alvarez

- Sala de Internación para personas con padecimiento mental (desde 1979)
- Actualmente:
- Consultorios externos
- Equipo de Interconsulta
- 4 hospitales de día de Salud Mental
- Guardia de psicología, psiquiatría y trabajo social
- Equipo de Derechos Humanos



Y yo incluyo el Hospital Álvarez de la ciudad de Buenos Aires porque, siendo un hospital general, tiene guardia las 24 horas con psiquiatra, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, tiene consultorios externos para adultos e infantojuvenil, tiene cuatro hospitales de día para personas con problemas de Salud Mental, uno funciona a la mañana, otro a la tarde, otro coordinado yo para problemas de consumo, y otro que funciona más tarde, que es para niños y niñas con diagnóstico de autismo. Somos un equipo interdisciplinario, y además lo importante de estar dentro de un hospital general es que si los pacientes necesitan, tienen clínica médica, cardiología, laboratorio, kinesiología, o sea, todo lo que necesiten para la atención integral de la salud.



Y tenemos todo lo que tiene que tener un servicio de Salud Mental, todos tendrían que tenerlo, pero sabemos que hay colectivos excluidos, estigmatizados, como los pobres, los jóvenes, los extranjeros, las personas con padecimiento mental.

Y las barreras existen y son administrativas, simbólicas, geográficas económicas y culturales. Cuando una persona tiene un horario de trabajo y el hospital funciona a la mañana solamente, ahí le están poniendo una barrera; o hay provincias en las que para ir a hacer una consulta de Salud Mental al hospital hay que hacer 200 km, y reitero la Ley de Salud Mental dice que los tratamientos deben realizarse en la comunidad donde la persona vive.

Tipos de BARRERAS

Barreras son:

- administrativas,
- simbólicas,
- geográficas,
- económicas
- y culturales.



Sistema de salud actual

- Cobertura desigual
- Especialización en lugar de la atención primaria
- Fragmentación e ineficiencia del uso de los recursos
- Pocos recursos destinados a prevención
- Desigualdad en el acceso
- Servicios aislados en lugar de redes

Esto es el sistema de salud en la Argentina: tenemos el sistema Público de salud nacional provincial y municipal; las obras sociales municipales, sindicales, las provinciales; la medicina prepaga, el PAMI, la obra social de las fuerzas armadas, y las obras sociales y las fuerzas de seguridad. Se podría decir que el que más hizo por avanzar en la reforma del sistema de Salud Mental fue el sector público, tenemos poco; pero en el otro sector, no tenemos nada. Es decir, si uno lo piensa simplemente como una internación en una clínica psiquiátrica, eso sí existe, pero tenemos otras necesidades. Y los sistemas de apoyo tienen que existir. Por ejemplo los factores determinantes de la salud son fundamentales tanto en la salud física como en la mental.

Sistema de salud en Argentina



Factores determinantes de la salud

- Son las circunstancias en que las personas
- nacen,
- crecen,
- viven,
- trabajan
- y envejecen,
- incluido el sistema de salud.



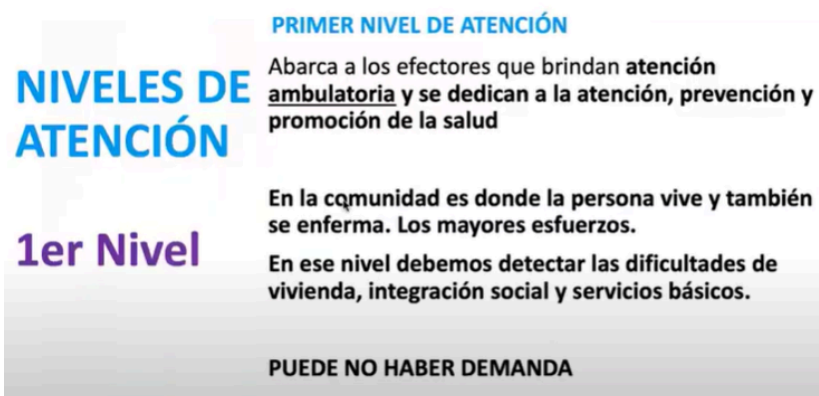
Entonces, ¿qué son los factores determinantes de la salud? Son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. El sistema de salud es solo una parte de las necesidades.

En este cuadro se muestra que el 50% de los factores se pueden explicar por el código postal, es decir, los factores socioeconómicos como educación, trabajo, familia, ingreso, seguridad y entorno ambiental. Esto del código postal significa que los lugares donde hay



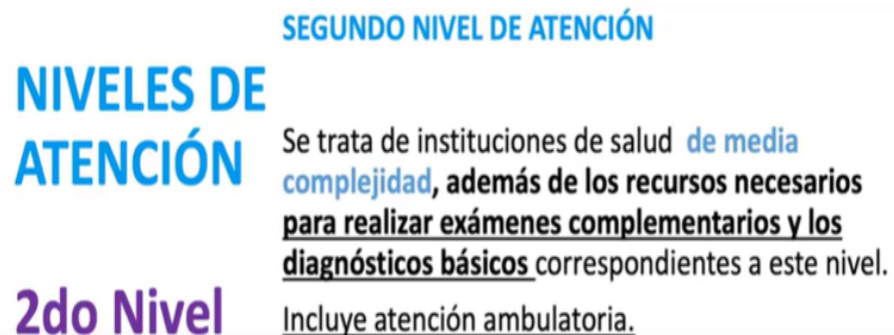
más pobreza son los que más sufren. Esto representa el 40% de la salud de una persona. Después tenemos el entorno ambiental, que es el 10%, la genética, los hábitos de vida, y los usos de tabaco, dieta y todo esto que estamos hablando, significan el 30%, y lo que tiene que ver con la salud propiamente dicha es el 20%. Si a mí me internan, me dan el alta y yo no tengo una vivienda, no me sirve para nada. Como pasa hoy en muchas provincias que están viviendo como en el siglo pasado, donde hay una persona en situación de calle, la internan por un brote, por ejemplo, la tratan, la compensan y sale. Eso es verdaderamente algo descabellado, esa persona vuelve a la calle.

Tenemos que saber que hay primero, segundo y tercer nivel de atención, nuestro sistema de salud debería estar formado así, pero sabemos que no funciona.

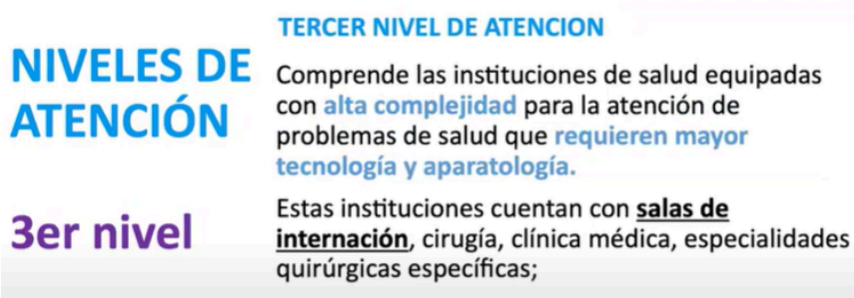


El primer nivel de atención es el que brinda la prevención, primeros contactos con el sistema de salud, los centros barriales, el sistema de promoción de la salud.

Debería funcionar para que la persona después no tenga que ir al segundo nivel que es más complejo. En el nivel intermedio que es el segundo nivel lo que tenemos por ejemplo son los hospitales de día.



Y en el tercer nivel tenemos, por ejemplo, la sala de internación.



Servicios, dispositivos y prestaciones de una Red Comunitaria de Salud Mental



Y lo que tenemos que reclamar son dispositivos y prestaciones en una red comunitaria de Salud Mental, es decir los centros de atención primaria, los equipos territoriales, los hospitales generales con internación, los sistemas de atención de la urgencia. En algunos lugares hay guardia pasiva, es decir, va una persona o una familia con su urgencia y hay que llamar al psiquiatra para que llegue: eso no debería existir. Centros de día, hospitales de día, atención ambulatoria, dispositivos habitacionales de inclusión sociolaboral y artísticos.

PERO TAMBIÉN SE NECESITAN:

Organizaciones sociales y barriales,
Organizaciones Religiosas
Clubes
Instituciones
Universidades
ONGs
Sindicatos
Escuelas
Referentes barriales
Organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud
Y todos los actores que tienen una función en la comunidad

En un sistema de salud comunitario también tienen que intervenir las organizaciones religiosas, los clubes, las instituciones, las organizaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, tienen que ser parte, no tienen que ir a pedir favores o limosna. O sea: “Nada de nosotros, sin nosotros”.

Objetivo de los procesos de reforma de salud mental



¿Cuáles serían las reformas que habría que hacer en el sistema de salud? Transformar los hospitales psiquiátricos en dispositivos de inclusión, porque la Ley de Salud Mental no dice nada de cerrar los manicomios o las clínicas psiquiátricas, eso lo difunden quienes están en contra de la Ley de Salud Mental. La Ley habla de *adecuación* a la ley de Salud Mental, es decir que las

internaciones se hagan en hospitales generales; y esas estructuras de los hospitales psiquiátricos deben reconvertirse en todos esos dispositivos que no tenemos (hospitales de día, atención ambulatoria, guardias, dispositivos culturales, artísticos, laborales). En el *Parco San Giovanni*, en Trieste se reúnen todos los martes a discutir entre ellos todo lo que necesitan y eso se lo pasan a la dirección de Salud Mental y los atienden, son parte del sistema y tienen derechos.

Después la creación de redes de asistencia en la comunidad, es decir *redes*, que uno no tenga que volverse loco no sabiendo dónde ir. Yo realmente les digo que, por ejemplo, en la ciudad de Buenos Aires no existen redes aceptadas, si yo mando un paciente con una notita para un subsidio habitacional, nunca lo consigue. En cambio, después de 40 años de hospital y de conocer gente, llamo por teléfono y mando al paciente que necesita a la persona correspondiente. Entonces sí le dan lo que precisa. Es decir, las redes deben ser aceptadas y tienen que ser conocidas por la población y por los profesionales. Porque si no, lo único que se consigue es enredar todo y no se consigue nada.

Después la integración de la atención de Salud Mental en la atención general. Hoy en día todavía tenemos guardias de hospitales generales que dicen: “A mí no me gustan los enfermos mentales, no me gustan los adictos”, entonces no los atienden. Muchas veces, y quizá ustedes han padecido esta situación, van no los atienden, o los hacen esperar una, dos y hasta tres horas; y pueden pasar dos cosas: se levantan y se van, o se levantan y rompen todo. Entonces es la profecía autocumplida: son *violentos*, de repente uno está provocando una situación y más frente a una persona que tiene un problema de Salud Mental, y con la urgencia que tiene la familia.

La modificación de la legislación: la Argentina es parte de la OMS, parte de la ONU, parte de los organismos internacionales, y está obligada a cumplir todo lo que firma.



De acuerdo con mi criterio estamos al revés, es decir, lo que estamos teniendo hoy en nuestro país es la imagen de la derecha. Y la imagen de la izquierda es como debería estar la pirámide, es decir, la mayor cantidad de recursos, de profesionales y de herramientas tiene que estar en la base, tiene que ser lo más grande, o sea, atención primaria de la salud, promoción y prevención,

asistencia, centros barriales, centros comunitarios vivienda, todo eso que necesita cualquier persona para evitar que enferme, que se agrave su cuadro. Después está el sistema de los dispositivos intermedios clínicos y de apoyo, tenemos los clínicos que son los hospitales de día, residencias asistidas con diferentes niveles de apoyo y los dispositivos sociolaborales y culturales, ahí en el medio, más chico pero con una cantidad importante. Y arriba es el lugar donde tendríamos que tratar de evitar que llegue todo el mundo, porque cuando llegó su cuadro es el más grave: son los hospitales generales, con las internaciones. Pero, lamentablemente, lo que tenemos es esto de la derecha: muy poquito abordaje comunitario y territorial, casi nada de dispositivos intermedios y de apoyo, casi no hay hospitales de día (algunos dicen “tenemos hospital de día”, pero es algo como para que pasen el tiempo ahí y quizá tienen alguna actividad artística o algo similar, pero prácticamente no existe) y lo que tenemos es que somos un país *internador*, donde la mayoría de las situaciones de crisis se resuelven ahí, internando. Hay un censo del año 2019 donde muestra que hay 8 años de promedio de internaciones de una persona, hay personas que hace uno, dos o tres años que están internadas, o 40 años también. Y tenemos también 12.000 personas internadas en este momento, es decir, que evidentemente, los sistemas de apoyo no existen. La pregunta es cómo puede ser que en Trieste tienen los hospitales generales un promedio de hasta 15 días de internación y después no hay hospitales psiquiátricos, esto pasa por la forma de abordar que tiene el sistema de salud. Por ejemplo, si una persona no tiene vivienda, le dan una casa o un departamento para dos personas; por ejemplo, si necesitan trabajo está lleno de cooperativas. Esto es lo que hay que cambiar y es lo que todos necesitamos.



Este es un sistema de salud de una red sociosanitaria integrada de Salud Mental y adicciones, donde tenemos desde lo verde a lo rojo: en lo verde tenemos la atención primaria (lo que está cerca de las personas con todo el apoyo intersectorial de familiares, usuarios, justicia, trabajo, derechos humanos, deportes). Tenemos los centros de Salud Mental (color azul) que en algunas provincias no hay, acá tenemos dos, Goldenberg abrió cinco, hoy tenemos solo dos en la ciudad de Buenos Aires. Y los dispositivos clínicos (color naranja) que son hospitales de día y las residencias asistidas, con bajo, medio y alto nivel de apoyo. Los hospitales de día son dispositivos donde la persona pasa bastantes horas en tratamiento y después vuelve a la casa. Ahí lo que necesitamos, muchas veces, es acompañamiento terapéutico. También tenemos residencias asistidas con bajo, medio y alto nivel de apoyo. Por ejemplo, hay personas que no tienen vivienda, entonces hay que

darle una que es de bajo nivel de apoyo. Las de medio nivel de apoyo son aquellas que necesitan un poco más, entonces esa residencia va a tener enfermeros, algunos operadores. Y en las de alto nivel de apoyo esas personas que no tienen vivienda y que necesitan estar asistidas en forma continua, con lo cual ahí van a tener, aparte de lo dicho anteriormente, psiquiatras y psicólogos. Después tenemos los dispositivos intermedios y de apoyo que son los artísticos, cooperativas, empresas sociales, capacitación laboral. Y por último tenemos el hospital general que tiene trabajo social, hospital de día, internación, consultorios externos y guardia las 24 horas y, por supuesto, con todos los saberes, es decir, todo lo interdisciplinario y lo intersectorial.

**NORMAS PARA HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y
SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y CONSUMOS PROBLEMÁTICOS
- Resolución 4107/2023**

Las modalidades de establecimientos comprendidas en el presente anexo son:

- CONSULTORIO/S DE SALUD MENTAL - CENTRO DE SALUD MENTAL
- HOSPITAL DE DÍA
- CENTRO DE DÍA
- DISPOSITIVO/EMPENDIMIENTO DE INCLUSIÓN SOCIO LABORAL
- SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA
- DISPOSITIVO HABITACIONAL CON DIFERENTES GRADOS DE APOYO
- SERVICIO DE SALUD MENTAL EN HOSPITAL/CLÍNICA GENERAL O POLIVALENTE

- <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/300329/2023/1207>

No vamos a tener tiempo de verlo uno por uno, pero les recomiendo que lean estas normas que les van a ayudar muchísimo para reclamar. Porque es así: tenemos la ley de Salud Mental, tenemos todas las herramientas, pero no se está cumpliendo

demasiado. Entonces si yo no conozco la ley y no conozco lo que la ley me da, muy difícilmente pueda reclamar por mis derechos, si yo no sé que la ley dice que los problemas de adicciones son un problema de Salud Mental y me tienen que atender en el hospital si yo voy con mi hijo, con mi familiar, con un amigo y pido un turno y me dicen que allí no atienden adicciones, y yo me levanto y me voy a buscar a otro lado, y a otro, y a otro más, y no sé que yo puedo denunciar a ese hospital por no atenderme, por no darme un turno, cómo lo voy a hacer si yo no conozco eso.

Entonces estas son las normas de habilitación de establecimientos y servicios de Salud Mental y consumos problemáticos, es la resolución 4107 del 2003 que es heredera de las directrices de habilitación que había. Ustedes van a leer ahí dispositivos que no hay. Si nosotros no empezamos a reclamar, nunca van a existir, ustedes saben que los derechos se exigen, los derechos se luchan, nadie va a venir y va a decir: "Ah la ley de Salud Mental dice que en el sanatorio Otamendi tengo que poner guardia de Salud Mental, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, abrir una sala de internación". Nadie va a venir hay a hacerlo por voluntad propia, hay que exigirlo. Esta resolución es de diciembre de 2023, y todavía no se dieron cuenta de que existe porque si no, la darían de baja. Léanla y van a ver que ahí está todo lo que cualquiera de nosotros necesita si tiene un problema de Salud Mental.

Otras normas nacionales e internacionales.

- [Constitución Nacional](#)
- [Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.](#)
- [Declaración Universal de Derechos Humanos.](#)
- [Convención Americana sobre Derechos Humanos.](#)
- [Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.](#)
- [Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo.](#)
- [Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.](#)
- [Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.](#)
- [Convención Contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes.](#)
- [Convención sobre los Derechos del Niño.](#)
- [Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales \(Protocolo de San Salvador\). Ley 24.658. \(15 de julio de 1996\).](#)
- [Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscripta en Guatemala. Ley 25.280. \(31 de julio de 2000\).](#)
- [Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. Asamblea General ONU. \(13 de diciembre de 2006\). Ley 26.378 \(06 de junio de 2008\).](#)
- [Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su Resolución 46/119 del 17 de Diciembre de 1991.](#)

Todo lo que dice la ley de Salud Mental está en los tratados internacionales de la ONU.

TRATADOS INTERNACIONALES GENERALES DE LA ONU

- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966. ONU)
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966. ONU).
- La Convención de los Derechos del Niño (1989. ONU).
- Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984. ONU)
- La Convención para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer (1979. ONU)



Y también en las diferentes normas nacionales e internacionales, acá hay muchas.

Estos son los 10 principios básicos sobre legislación de atención en Salud Mental que la Argentina firmó y tiene que cumplir.

Diez Principios Básicos sobre

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)

- 1. Promoción de la salud mental y prevención de los padecimientos mentales
- 2. Acceso a atención básica en salud mental
- 3. Evaluación de salud mental de conformidad con principios aceptados internacionalmente

Principio 1 (Libertades fundamentales y derechos básicos)

- 1. Todas las personas tienen derecho a la **mejor atención disponible** en materia de salud mental
- 2. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental serán tratadas con **respeto a la dignidad**.
- 3. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tienen derecho a la protección contra la **explotación económica, sexual, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante**.
- 4. No habrá **discriminación por motivo de enfermedad mental**. Por "discriminación" se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad.
- 5. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental tendrán derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

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)

- **Principio 19** - Acceso a la información de su HC
- **Principio 20** – Personas en conflicto con la ley
- **Principio 21** – Todo paciente o ex paciente tendrá derecho a presentar una queja conforme a los procedimientos que especifique la legislación nacional.
- **Principio 22** - Vigilancia y recursos. Los Estados velarán por que existan mecanismos adecuados para promover el cumplimiento de los presentes Principios y establecer procedimientos disciplinarios o judiciales apropiados para casos de conducta profesional indebida o de violación de los derechos de los pacientes.
- **Principio 23** - Aplicación. Los Estados deberán aplicar los presentes Principios adoptando las medidas pertinentes de carácter legislativo, judicial, administrativo, educativo y de otra índole.
- **Principio 24** - Alcance de los principios relativos a las instituciones psiquiátricas Los presentes Principios se aplican a todas las personas que se internen por causas de salud mental.
- **Principio 25** Mantenimiento de los derechos reconocidos. No se impondrá ninguna restricción ni se admitirá ninguna derogación de los derechos de los pacientes.

Estos últimos son los principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental. Cuando alguien dice que esto es un invento argentino, que esto es una “ley de escritorio”, no es así. Es una ley basada en lo que la Argentina se comprometió a cumplir en su país.

Les quiero mostrar algo con respecto a la ley de Salud Mental. Hay algunos que tienen intereses corporativos y económicos, es decir, el que tiene una clínica o un sanatorio no quiere poner recursos ahí, tiene que haber un Estado que lo obligue a hacerlo, de lo contrario va a tratar de ganar más, lo que está bien, pero no a costa de la salud de las personas. Pero hay otros que verdaderamente no saben, no leyeron nunca la ley de Salud Mental, con lo cual, yo digo cometen el delito, y encima lo firman.

[El Dr. Trímboli muestra una diapositiva del extracto de una historia clínica. Se ve con bastante dificultad, el Dr. explica a continuación el caso. Para quien quiera ver la diapositiva, consultar en el video de YouTube 01:16:01]

Por ejemplo, este era un paciente nuestro que estaba viniendo al hospital de día que yo coordino. Nosotros atendíamos también a la familia. El paciente dejó de venir, no quiso venir más, pero la madre siguió viniendo a los grupos. Nosotros la asesorábamos. Ella nos decía “está en riesgo, consume, sale en moto a toda velocidad, y está toda la noche...”. Y entonces nosotros le decíamos que cuando llegara a la casa, llamara a la urgencia de su prepaga y cuando la urgencia viniera lo iba a llevar a un sanatorio para evaluar que estaba en situación de riesgo y lo iban a internar. Eso no pasaba, porque en la urgencia le decían que no, porque para la ley de Salud Mental él era mayor y si él no daba su consentimiento no lo podían internar. Esto es una mentira, porque si hay situación de riesgo no se le pregunta al familiar, al juez, al policía, al amigo, a nadie se le pregunta, se lo interna en forma obligatoria. Entonces un día este paciente tuvo una sobredosis, menos mal que fue cerca, un vecino lo vio, llamó a la madre, llamaron a la urgencia, lo llevaron al sanatorio de la Trinidad, lo tuvieron dos días, lo compensaron de su cuadro. La madre le decía que no quería que le dieran el alta porque estaba en riesgo. La respuesta fue que como él era mayor y no quería internarse ellos no podían hacer nada. Y le dieron a la madre este informe para que volviera al hospital Álvarez con este papel. Es decir, externaron a una persona en

situación de riesgo, se lo dieron a la madre y el chico, por supuesto, no volvió al hospital porque no quería. Y firmaron este informe. Claramente uno puede hacer una denuncia porque a una persona en situación de riesgo hay que internarla.

También tenemos otro ejemplo de una comunidad terapéutica. Yo estaba trabajando en el hospital y una persona tocó el timbre y dijo que venía a que internaran a su hijo. La respuesta fue que primero debíamos tener un entrevista. La madre insistió en que iba al hospital porque la habían mandado, y presentó un informe en el que decía que el chico, dentro de la comunidad terapéutica, había tenido un intento de suicidio por ahorcamiento. Escribieron eso en el informe, y también le recomendaron a la madre que fuera a buscar un lugar para internar. Y este delito también está firmado. Eso sí, leyeron la ley de Salud Mental que dice que el informe lo tiene que firmar un psiquiatra y un psicólogo. El desconocimiento es tan grande que no solo lo hacen (podrían decirse y nada más), sino que también lo firman.

El Dr. Trímboli muestra algunas fotos del HDD del Álvarez. Se pueden ver en el video, entre 01:21:00 hasta 1:22:42. También se pueden ver en el Instagram: @adicciones.alvarez

PREGUNTAS

1. Una señora dice que tiene un hijo de 42 años, que empezó su consumo los 19, su primera internación fue a los 22 años (tuvo varias), luego en comunidad terapéutica tuvo diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Salió, y los dos meses volvió al consumo. Desde el 2018 viene de internación en internación. Es de La Matanza, no hay nada para internarlo en esta zona, con salida y próximo ambulatorio. No tiene contacto con el psiquiatra, ni con la psicóloga. ¿Puede hacer consultas en el hospital Álvarez?

RESPUESTA

Sí, por supuesto. Por ahora no nos prohibieron dar turnos a personas que vivan en otras zonas. Suele suceder, y ya lo dije antes, que una persona esté internada un tiempo prolongado y allí no consuma porque no tiene la posibilidad, pero cuando sale seguramente va a volver a consumir. El problema es que allí se lo trató únicamente del problema del consumo, no de la enfermedad de base. Eso no funciona. Nosotros en el hospital de día trabajamos con los problemas, nadie pisa un hospital y se cura. En el hospital de día tenemos muchísimos tratamientos, puede llegar a haber algún problema durante el tratamiento, eso es así, pero lo tratamos. La ventaja es que vemos al paciente todos los días. Si está internado no podemos saber cómo actúa en la vida en sociedad. En los grupos de familiares vamos trabajando las dificultades, las discusiones, las crisis, algún consumo que además, como decíamos antes, no se puede sacar de golpe, entonces habrá que regular el uso de esa sustancia. Existen tres paradigmas: los abstencionistas, los que proponen la reducción de riesgos, y en el medio estamos nosotros: ojalá no consuma más, pero si no puede, que consuma menos, y tenga un consumo no problemático. Porque el consumo problemático, el consumo y la adicción son cosas diferentes, hay que tratar por todos los medios que ese consumo no lo ponga en riesgo.

2. ¿Se puede hacer un recurso de amparo no teniendo obra social ni CUD?

RESPUESTA

Puede hacerlo tranquilamente. Hay abogados que son gratis y otros que cobran, pero yo les recomiendo que antes de buscar un abogado traten de lograr la ayuda del Órgano de Revisión, que es un organismo creado por la ley, que está para velar por el cumplimiento de la ley de Salud Mental y los derechos de los pacientes. Entonces pueden hacer la denuncia en el Órgano de Revisión y si, como son pocos trabajando allí, quizá se complique, entonces ahí sí ir a un abogado. El Órgano de Revisión en la ciudad de Buenos Aires está en Bartolomé Mitre al 700. En algunas provincias todavía no existe, a pesar de que la ley de Salud Mental obliga. En las provincias que no existe pueden hacer la denuncia en el Órgano de Revisión Nacional.

3. Una señora de Mendoza cuenta que tuvo que internar a su hijo, que fue muy agresivo, estuvo muy descontrolado y lo llevó al hospital Pereira y no tuvo atención. Después lo desintoxicaron en un hospital, inclusive lo tuvieron esposado. Sabemos que en Mendoza no se aplica la ley de Salud Mental y ella sabe que las quejas al Órgano de Revisión no tienen buena recepción en Mendoza.

RESPUESTA

Sí, es así, totalmente es así en Mendoza. Miriam, la madre de Saulo Rojas es una activista muy importante, a raíz de que justamente en Mendoza no había tratamiento por el tema de los consumos, lo mandaron a Buenos Aires, a una comunidad terapéutica y el hijo murió allí, en una comunidad terapéutica. A partir de ese hecho se hizo una luchadora por los derechos de las personas con problemática de Salud Mental. Saulo murió porque lo mandaron a una celda de castigo, era diabético y no le dieron la medicación como castigo, y como consecuencia, murió. Hay un libro que se llama *La comunidad. Viaje al abismo de una granja de rehabilitación* de Pablo Galfré, donde cuenta algunos casos, y uno es el de Saulo Rojas.

4. Una señora pregunta por su hijo de 27 años, estuvo cuatro veces internado en una clínica psiquiátrica, pero el problema es que él sigue con la adicción y no quiere hacer los tratamientos. Tuvo tres diagnósticos según diferentes psiquiatras en distintos lugares: posible esquizofrenia, psicosis por adicción y el último que bipolaridad. No tiene un diagnóstico preciso. Él está todo el día encerrado en su cuarto escuchando YouTube, y cuando sale consume con los amigos de consumo del barrio. Quisiera saber cómo puede hacer para que él quiera hacer algún tratamiento. Ve al psiquiatra y al psicólogo por zoom porque no quiere salir de casa.

RESPUESTA

Aparentemente no está en una situación de riesgo (riesgo de vida), pero sí, está mal, esto es clarísimo. Yo trataría de convencerlo de que tenga quizá, aunque sea una entrevista en el hospital Álvarez (ella manifiesta que fue a una guardia y se negaron a atenderlo porque el hijo tiene obra social), nosotros lo vamos a atender. A veces depende de las guardias, no son todas iguales, esto pasa. El consejo que te dieron no es malo, porque las obras sociales tendrían que tener todo un sistema mucho más aceitado, que no es el caso. Pero si viene, va a encontrarse en un clima muy lindo, porque además no somos exigentes al principio, nosotros lo que menos queremos es que el

paciente deje de venir, lo primero que hacemos es escucharlo, tratar de que venga, eso es fundamental. La señora reitera que el problema es que el hijo no quiere ir porque además tiene problemas motrices. [Dr. Trímboli] lo que haría yo es ir a la obra social, que tiene la obligación de darte todo presencial, a domicilio, psiquiatra, psicólogo, y si me animo un poquito más, hasta terapeuta ocupacional también. La terapeuta ocupacional trabaja justamente con eso, con los intereses, con su tiempo libre, con sus quehaceres. Para algunos funciona el zoom y para otros, no. Y entonces que tenga su tratamiento domiciliario.

5. ¿El Dr. Trímboli también atiende en el Álvarez *adicción en tecnología*? Pregunto por mi hijo.

RESPUESTA

A partir de julio empezamos con este tema, aunque ya veníamos haciéndolo. Pasa que parece que está explotando, nos dimos cuenta de esto y armamos un sistema de mayor complejidad, que son los grupos de admisión, los grupos de familiares y los grupos de pacientes, aparte de lo que necesiten (terapia individual, psiquiatra, etc.) La semana que viene empezamos a dar los turnos para *consumos problemáticos en entornos digitales*, es decir, incluye las apuestas, las adicciones a la pantalla, etc.

6. Esta consulta es por el hijo de la pareja, que tiene 20 años y tuvo un brote psicótico. Lo están tratando en el hospital Alvear cada 48 horas. Él escucha voces y se siente perseguido. Están tratando de ajustar la dosis, porque sigue escuchando voces, sigue perseguido, y aparte también se suma que consumía mucha marihuana. Le habían pedido que no fumara, para ver si su psicosis era producto de la marihuana o, en realidad, tiene esquizofrenia crónica. En el Alvear lo tratan cada 48 horas, pero él necesita un profesional que sea siempre el mismo, y no consigue turno, solo consiguió en el hospital Zubizarreta. Quiere saber cómo pueden acceder al hospital de día del Álvarez.

RESPUESTA

Tienen que llamar al teléfono 4630-2984, de 8:30 a 11:30 (a veces no atendemos porque estamos trabajando y no tenemos secretaria). Lo que hacemos es una evaluación, tenemos una primera entrevista con la familia y con el paciente, después entra a un grupo de admisión, donde evaluamos que sea agrupable, profundizamos el diagnóstico y vemos qué es lo mejor para él, si hospital de día, un grupo de una o dos veces por semana. Por eso te recomiendo que sigas con el psiquiatra mientras tanto, hasta que se realice todo este proceso de evaluación, pedí el turno y no dejes nada antes. A los que tienen prepaga y Obra social también se los atiende, porque algunos piensan que si tienen, no pueden atenderse. Y la familia tiene que seguir haciendo psicoeducación, por supuesto. Aparte del tratamiento, nosotros damos para la familia, pero más bien está asociado al tratamiento del hijo o el familiar.

7. Una señora consulta por su hijo de 29 años que tiene diagnóstico dual. La consulta es sobre el tiempo de internación. Lleva 16 meses internado, él ya no aguanta más en el lugar y ellos consideran que todavía necesita más tiempo de internación. Estando allí tuvo un brote porque

escondía la medicación y no la tomaba. Él no estaba teniendo salidas del lugar, ya tuvo varias internaciones, y recién en pandemia le diagnosticaron esquizofrenia. Quiere saber la opinión del Dr. respecto de que el hijo siga tanto tiempo internado. Prácticamente no está haciendo nada allí.

RESPUESTA

Yo no quiero hablar de ningún caso en particular y más sin conocerlo. Para mí es una eternidad, pero así en general, no quiero hablar en particular. Si vos querés, sacas un turno, venís con tu hijo y vamos evaluando mientras él está internado allá. Supongo que lo dejarán salir con vos para ir y hacer algunas entrevistas, y podemos verlo. Yo siempre digo que en las internaciones, por lo general, uno recibe menos tratamiento que en un hospital de día.

Hospital de Día. Actividades Terapéuticas

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8.00 hs Desayuno	8.00 hs Desayuno	8.00 hs Desayuno	8.00 hs Desayuno	8.00 hs Desayuno
8.30 a 9.30 Grupo Psicoterapéutico	8.30 a 9.25 hs. Terapia Ocupacional	8.30 a 9.25 hs Grupo Psicoterapéutico	8.30 a 10.00 Taller de Habilidades Sociales	8.15 a 9.15 Grupo Psicoterapéutico
9.35 a 10.30 hs	9.30 a 10.30 hs	9.35 a 10.30 hs	10.10 a 11.45	9.15 a 10.30 hs
Orientación Vocacional Laboral	Taller de Radio	Taller de Estimulación Cognitiva	Taller de Video	Tiempo Libre/ Fútbol
10.35 a 11.45	10.40 a 11.45hs Taller de Creatividad	10.35 hs a 11.45	Taller de Fotografía	10.30 a 11.45
Taller de Lectura		Taller de tiempo libre		Musicoterapia
12.00 Hs Almuerzo	12.00 Hs Almuerzo	12.00 Hs Almuerzo	12.00 Hs Almuerzo	12.00 Hs Almuerzo

• Dos Lunes por mes Reunión Multifamiliar
• Además, tratamiento psiquiátrico, Terapia individual, Familiar o Vincular, según corresponda – Vinculación intersectorial (vivienda, trabajo, documentación, etc)
REUNIÓN DE EQUIPO SEMANAL

Les voy a mostrar el cronograma de actividades (no está actualizado) pero fíjense que entran a las 8 de la mañana, desayunan, tienen tres veces por semana grupos terapéuticos, terapia ocupacional, taller de cocina, taller de huerta, taller de radio, estimulación cognitiva, cada 15 días tienen fútbol, musicoterapia, y se van después del almuerzo, que es a las 12. También tenemos reuniones multifamiliares, tratamiento psiquiátrico individual, familiar, vincular. Les puedo asegurar que una persona internada no tiene esto en todo el día, ni en toda la semana. Y también se les da gratis la medicación, y por supuesto tiene todos los chequeos que sean necesarios. Hay pacientes que si no hubieran estado en el hospital, hubieran perdido el tratamiento. Es un tratamiento complejo, con todo lo que una persona necesita. Por supuesto, que si lo tenemos internado no va a consumir, eso seguro. Tal vez si le dan el alta y empieza nuestro tratamiento, quizá, tenga algunos problemas, pero es la única forma que tenemos para tratarlos, y si surgen los problemas los resolveremos, si están encerrados no van a aparecer los problemas.

Es necesario que haya más dispositivos, el que yo coordino en la ciudad de Buenos Aires no puede ser el único hospital de día que existe con esas características, tiene que haber más, porque es la forma que tenemos de que las personas puedan salir adelante.

Para ver la conferencia: canal de YouTube de APEF:

<https://www.youtube.com/watch?v=EenfHgJZIYI&t=5617s>