

Internar/externar. ¿En qué condiciones? Escollos en la práctica y reflexiones posibles.

Autoras/es

DINAMARCA, Mariana Sabrina / H.I.N.E.AyC “Dr. Alejandro Korn” – marianadinamarca@hotmail.com

RIBEIRO, Ana Paula / H.I.G.A “Dr. Rodolfo Rossi” - aanapaularibeiro@hotmail.com

Eje de trabajo: *Ley de Salud Mental, Políticas Públicas y DD.HH*

Sub eje de trabajo: *Políticas, Sistemas y Servicios de Salud Mental*

Palabras clave: Internación/Externación- Salud Mental - Psicoanálisis.

Resumen

El presente trabajo pretende sistematizar y analizar los principales obstáculos que encontramos en nuestra práctica al momento de internar y externar pacientes con padecimiento mental. La Ley Nacional de Salud Mental proclama la internación como una medida terapéutica de carácter restrictivo, pertinente frente a momentos de “crisis subjetiva”, siendo la externación el propósito fundamental de la misma. La normativa al inscribirse en una lógica universal deja por fuera la singularidad del caso, dimensión crucial para el Psicoanálisis.

En primera instancia desarrollaremos los alcances y limitaciones de la internación y externación en Salud Mental contempladas por las normativas de incumbencia, y los posibles aportes desde un abordaje psicoanalítico. Esta conceptualización será fundamental para contextualizar los principales obstáculos en su aplicación a partir de experiencias vivenciadas en nuestros ámbitos laborales: H.I.G.A. Prof. Rodolfo Rossi y el H.I.E.A y C. Dr. Alejandro Korn.

Veremos que, pese a tratarse de instituciones que atienden poblaciones con demandas cualitativamente distintas (un Hospital General y otro Especializado), las dificultades que se presentan en el proceso de internación y de externación responden a una misma condición: la ausencia de políticas públicas sanitarias concretas que promuevan los recursos necesarios para el armado de una red asistencial interdisciplinaria y multisectorial.

Introducción

La Ley Nacional de Salud Mental plantea estrategias interesantes en lo relativo a la internación y la atención primaria de la salud. Concebida como medida terapéutica de carácter restrictiva y acotada en el tiempo, la categoría de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros protagoniza importantes debates al tiempo que genera grandes controversias. Su definición aparece en el decreto reglamentario 603/2013 donde se precisa que el fundamento de la existencia del riesgo no puede “reducirse exclusivamente a una clasificación diagnóstica”, ni incluir “los riesgos derivados de actitudes o conductas que no estén condicionadas por un padecimiento mental”. De este modo, destituye en viejo paradigma de la peligrosidad para sí o para terceros como condición médico-legal de la internación. Así mismo, esta Ley sanciona una “fecha de caducidad” para las instituciones asilares, aboga por una descentralización en este nivel de atención: de las grandes instituciones especializadas a los dispositivos alternativos, principalmente del primer nivel de atención, dispositivos insertos en la comunidad y en intercambio permanente con ella. También incita a la creación de dispositivos que faciliten la externación de los pacientes que hoy por hoy se encuentran en los hospitales psiquiátricos: dispositivos de externación o de “medio camino”, como son los hospitales de día, casas asistidas, casas de convivencia, entre otros. En palabras de la ley: “(...) 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 (...)”.

No obstante, llama la atención descubrir que el espíritu de esta ley no es una novedad, y que es posible identificar el énfasis puesto en algunos de sus puntos principales en lo promulgado en normativas y documentos que la anteceden¹. Galende (2015) sitúa un giro hacia la Salud Mental desde la política establecida a partir de la Resolución de la Asamblea de la OMS en 1953, y contemplada en documentos centrales (ver nota al pie); una política que va sentando las bases para la sanción de la Ley 26556, definida por sus intentos de abolir la internación, la crítica a la

¹ Carta de Ottawa (1986), Declaración de Caracas (1990), Resolución de Asamblea de las Naciones Unidas (1991), Organización Panamericana de la Salud (1995), Convención Interamericana Contra la Discriminación aprobada mediante Ley 25.280 del Congreso Nacional en Argentina (2000), Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), Conferencia de Brasilia (2005).

cronificación del padecimiento mental, la creación de nuevos servicios de atención ambulatoria, el énfasis en la restitución del paciente a la comunidad, y la priorización de un enfoque multidisciplinar y motivado en el diseño e implementación de políticas de prevención primaria.

Instituciones estalladas, subjetividad arrasada.

En la recapitulación de algunos de los antecedentes de la Ley de Salud Mental hallamos puntos que insisten en lo concerniente al rol del Estado, el lugar de la internación y la importancia de trabajar de manera articulada a nivel intra e intersectorial para concretar la externación de los pacientes y promover su integración a la comunidad. Estas demandas que insisten presentifican la repetición de aquello que no cesa de no escribirse... lo que figura por escrito, pero no por ello se concreta, y que conduce a los escollos con los que diariamente nos encontramos en nuestros lugares de trabajo al momento de internar y externar a un paciente: graves falencias a nivel de las políticas públicas destinadas al campo de la Salud Mental.

En tanto trabajadoras de este campo, partimos día a día del propósito de brindar una asistencia de calidad; entendiendo por ello una atención que resguarde y garantice los derechos de nuestros pacientes. En tanto practicantes del psicoanálisis, consideramos que un modo de garantizar el ejercicio y cumplimiento de sus derechos es a través del respeto y la consideración de su singularidad. A decir verdad, resulta complejo sostener la modalidad psicoanalítica del uno a uno en una institución estatal que construye política pública y trabaja con la generalidad. No obstante, interrogarnos permanentemente y conjuntamente con otros por nuestra práctica y por el conocimiento que construimos acerca del sufrimiento mental en cada sujeto, por las relaciones de poder que los-nos atraviesan y los-nos constituyen, rechazando cualquier interpretación que pretenda ser universal, y analizando y abordando el padecimiento del paciente en el contexto sociohistórico que lo condiciona; creemos que puede ser una vía para intervenir desde ambas lógicas sin pretender anular la tensión en la que se sostienen y las motoriza. Emilio Galende apuesta a que el éxito de una política de salud mental dependerá de la construcción de una nueva verdad sobre el sufrimiento mental, centrándose en el enfermo, en el drama de su vida, y no en la enfermedad, como lo hace el discurso médico imperante: “El sujeto sufriente ya no es un hombre afligido por la pesadilla particular de sus circunstancias de vida; es un objeto vaciado de vida que puede ser observado, manipulado, diagnosticado, rotulado, y luego encerrado en algún

manicomio” (op.cit.; p. 19).

Argentina es uno de los países con más psiquiatras y psicólogos per capita del mundo, pero esta riqueza de recursos no se convierte en políticas conducentes. El problema queda definido principalmente en términos de ausencia o insuficiencia de recursos materiales, y la enorme dificultad de trabajar con otros. Lo que falta es la planificación e implementación de políticas públicas realistas en materia de salud mental; es decir, políticas que estén fundadas a partir del contexto real en el que se sostienen las instituciones públicas... instituciones estalladas, subjetividades arrasadas.

Es que la demanda ha superado con creces a la oferta. A partir de la crisis del 2001, no sólo aumentó la desocupación y la pobreza, si no que también se multiplicó el número de personas que requirieron atención por salud mental, y particularmente en el ámbito público, dado que muchos afiliados renunciaron a sus prepagas por no poder pagarlas (CELS, 2008). Cada vez se recurre más a los hospitales públicos, y no sólo porque sea gratuito sino también por la experticia y capacitación de sus profesionales. A su vez, con el incremento de la crisis socioeconómica, se intensifican también algunos síntomas y en los motivos de consulta las dificultades económicas y laborales aparecen condicionando el malestar. Por eso no puede pensarse al sujeto apartado del contexto histórico: el malestar de la cultura incide sobre la subjetividad y los modos de padecer. El factor social puede convertirse en un criterio definitorio para decidir la admisión e incluso la internación del paciente, aunque la ley indique lo contrario: “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” (art. N° 15). Sin embargo esto ocurre con frecuencia. Los llamados “pacientes sociales” (CELS, op.cit.) son aquellos que si bien no tienen un criterio de riesgo cierto e inminente, continúan internados porque no tienen a dónde ir. A continuación, exponemos la situación de un hospital general y uno monovalente de la Región Sanitaria XI, que ejemplifican y profundizan lo hasta aquí pronunciado respecto de los principales obstáculos con los que lidiamos al momento de internar o externar un paciente.

Procesos de internación y externación en un Hospital General.

El Hospital Interzonal General de Agudos Prof. Dr. Rodolfo Rossi, fundado en 1979, recibe derivaciones de numerosos partidos de la provincia y de otras provincias y países. También es un hospital escuela en el que se desempeñan más de 20 residencias básicas y posbásicas, y varias cátedras universitarias. El Servicio de Salud Mental, integrado por psicólogos y psiquiatras de planta y residentes, se autonomiza en el 2011 ya que antes era una Sala dependiente de Clínica Médica.

La impronta formativa y asistencial ha sido el psicoanálisis; tomando como eje de nuestra praxis el análisis de la demanda, el encuadre y lo transferencial en el caso por caso. Desde esta posición se trabaja tanto en el Área de Admisión y Consultorios Externos, como en Interconsulta, asistiendo a pacientes internados por otros Servicios o por el nuestro, de acuerdo a lo dispuesto por la nueva Ley: “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” (art. N° 28).

Los “recursos necesarios” con los que justamente no cuenta el Rossi para garantizar aquello que llamamos una “atención de calidad”, aluden, por un lado, a la existencia de un espacio que cumpla con las condiciones mínimas e indispensables para la internación del paciente. No hay una sala de Internación en Salud Mental, porque tampoco existe la Guardia en Salud Mental, ni mucho menos personal de enfermería especializado en la atención de estos casos. Y lo cierto es que una internación por Salud Mental requiere de condiciones específicas que no son ni más sencillas ni más complicadas que una internación por Clínica, simplemente, distintas porque las demandas lo son y las estrategias de intervención también. Llevar a cabo la internación en una habitación compartida con otro paciente internado por alguna descompensación orgánica es un factor de riesgo para ambas partes si consideramos el estado de vulnerabilidad física y psíquica por la que atraviesan; no obstante, esto muchas veces sucede dada la no disponibilidad de camas. Los pacientes que cursan una internación por salud mental pueden llegar por distintos canales: por derivación de la Guardia de Clínica Médica, por interconsulta de otro Servicio, por consulta espontánea², por indicación del profesional tratante (pacientes de Consultorio Externo que

Por “consulta espontánea” se refiere a aquellos casos que configuran una situación de urgencia y son atendidos por el equipo de guardia designado para ese día. Si bien no está instituido un dispositivo de Guardia las 24 hs, sí funcionan parejas de psiquiatra y

requieren una internación), y en contadas ocasiones, por derivación de otras instituciones públicas del ámbito de la salud o del derecho (oficios o notas judiciales) que solicitan evaluación y eventual internación. Las internaciones en Salud Mental suelen hacerse en la famosa habitación “313”, perteneciente a la sala de clínica médica, ubicada en el tercer piso del hospital. Allí entran sólo dos camas (como en el resto de las habitaciones), y debido a que en los últimos tres años las internaciones son cada vez más frecuentes, se establecieron algunas medidas de seguridad en vistas de proteger la vida de los pacientes cuando están cursando la etapa aguda de la descompensación. Por ejemplo, se enrejaron las ventanas, se retiraron todos los elementos cortantes y punzantes, y se exige como condición para la internación el contar con al menos un referente vincular que acompañe permanentemente al paciente durante misma. Estas condiciones son mínimas, pero insuficientes, y lamentablemente no alcanza con la predisposición, compromiso y profesionalismo de quienes formamos parte del Servicio.

Por otro lado, las dificultades no se restringen a la falta de espacio porque el objetivo de una internación no es el aislamiento, y porque la creación de una Sala de Salud Mental (como mero lugar geográfico) tampoco es la solución al problema si no se instituye como “dispositivo” de asistencia y tratamiento; entendiendo al dispositivo en términos foucultianos (el mismo planteo aplica para el caso de la Guardia). Por el contrario, como medida de intervención, la internación supone la planificación de objetivos terapéuticos y un trabajo sostenido con el paciente, e integrado con otros Servicios e instituciones. No olvidemos que el primer objetivo para el cual debemos trabajar es el de su externación. Aquí aparecen serios obstáculos, vinculados tanto al armado de redes intra e interinstitucionales y una resistencia al abordaje interdisciplinario; como a la instancia de derivación y externación.

Muchas veces, los problemas que conciernen a la externación de un paciente pueden vislumbrarse desde el momento de su internación. Esto sucede cuando no hay referentes

psicólogo de lunes a sábados que atienden este tipo de presentaciones o realizan un seguimiento de los pacientes graves internados los días no laborables.

vinculares continentes que puedan responsabilizarse y acompañar al paciente durante el ingreso y egreso de la institución, o los hay pero las condiciones socioeconómicas imponen limitaciones a la continuidad del tratamiento de manera ambulatoria. La externación también se complica cuando no es posible comenzar a trabajar el proceso con el paciente durante su internación, y cuando al momento del egreso no puede efectivizarse la derivación a un centro de externación, o peor aún, a una institución del primer nivel de atención, porque estos espacios están colapsados. En hospitales monovalentes suele suceder que el mismo paciente que había sido externado, retorne solicitando voluntariamente la internación porque la red vincular que lo contenía se ha disuelto y no tiene ni siquiera donde pasar la noche: no es posible contactar a referentes vinculares, y tampoco hay disponibilidad en paradores u hogares. En otras ocasiones es el personal policial quien “devuelve” al paciente que se encuentra en situación de calle al hospital, o los mismos familiares por no poder hacerse cargo de su cuidado; solicitando una nueva internación allí dado que si ya estuvo una vez, ¿por qué no podría estarlo nuevamente?. Esto no es tan recurrente en un hospital general, pero lo que también sucede allí son las internaciones prolongadas, donde la externación nunca llega porque no puede concretarse la derivación o el egreso. En estos casos el principal factor que contribuye a la prolongación de la internación es la carencia de servicios y apoyos comunitarios. Se trata de los “pacientes sociales”, como Álvaro (25), un joven internado en el Rossi desde enero, tras ser abandonado en el hospital por su padre en el contexto de una descompensación de su cuadro psicopatológico de base. Lo agudo del cuadro ha cesado, el paciente actualmente está estabilizado, tiene el criterio para el alta pero lo que no aparece es un lugar donde derivarlo. La familia no se hace cargo, pese a los reiterados intentos por convocarla, colaborar con ella y acompañarla; incluso, pese a la judicialización del caso por intervención de Trabajo Social. Así, el hospital se ha transformado en su casa. Los días pasan y nada cambia. O sí, la vida del paciente queda a merced de un sistema que falla, de profesionales y trabajadores que nos confrontamos con la impotencia... y mientras tanto la cronificación de la internación que hace tiempo dejó de ser una medida terapéutica, se convierte en iatrogénica para la existencia del paciente.

Procesos de internación y externación en el Hospital Psiquiátrico.

El Hospital Interzonal Neuropsiquiátrico Especializado de Agudos y Crónicos Dr.

Alejandro Korn de Melchor Romero, fue fundado el 6 de abril de 1884 y abre sus puertas el 24 de abril del mismo año. Recibe consultas de una amplia cantidad de municipios cercanos. Es una institución monovalente en la que funcionan diversas salas de internación psiquiátrica y cuenta con una importante cantidad de pacientes. Además del Sector de Salud Mental, que es el de mayor amplitud, posee también un Sector de Clínica que cuenta con un gran número de especialidades médicas. En función de esta amplitud el mismo ha devenido Hospital Escuela brindando formación a diversos profesionales de la salud y contando con un gran número de residencias médicas y no médicas, en las dos áreas mencionadas.

Como se mencionó anteriormente el espíritu de la Ley de Salud Mental aboga por una descentralización de los hospitales psiquiátricos. Descentralización de la atención que implicaría también una descentralización de los recursos: del monovalente a los dispositivos propuestos. Implicaría asimismo una decisión política firme en materia de salud que apunte a la inversión comprometida en la creación de estos nuevos dispositivos de atención. Veremos que uno de los mayores obstáculos en la práctica, que intenta adecuarse y estar a la altura de la normativa, es la falta de recursos, que no se encuentran “ni aquí, ni allá”, dejando muchas veces a los profesionales entre la espada y la pared, intentando maniobrar cada vez “con lo que hay”. Frases estas que resuenan permanentemente en el día a día de quienes nos desempeñamos como profesionales de la salud mental.

Pero además, orientados por el psicoanálisis encontramos otra serie de obstáculos, vinculados a las lecturas de la Ley efectuadas “a la letra”, donde resulta imprescindible reintroducir la dimensión del sujeto en su singularidad. Para E. Laurent *“el analista, más que un lugar vacío, es el que ayuda a la civilización a respetar la articulación entre normas y particularidades individuales (2000: 122)”*

Por otro lado, y para abordar los obstáculos que se hacen presentes en la práctica efectiva dentro de la institución, resulta necesario realizar una breve mención al “circuito” institucional, recorrido por un paciente que es internado en el hospital. Cómo se mencionaba al inicio del presente trabajo sabemos que la medida de internación es situada por la ley 26.657 como último recurso terapéutico. Se sugiere que el tratamiento de las personas con padecimiento mental sea llevado a cabo por fuera del ámbito de la internación, siempre que esto sea posible. Es en el

dispositivo de Guardia que se juega esta decisión, cada vez, y a partir de la cual se efectuará un trabajo en una u otra dirección, ya que si no se considera pertinente la internación en el hospital se deberá decidir cuál es la intervención más acertada en cada caso (derivación, interconsulta, etc.) Entonces, frente a las consultas que recibimos allí, es menester deslindar si el paciente tiene o no “criterio de internación”. ¿En qué se basa dicho criterio? Desde lo legal fundamentalmente implica la consideración del “riesgo cierto e inminente para sí y/o terceros”. Desde la especificidad de nuestra disciplina se suma a ello la consideración del “riesgo subjetivo” o de las coordenadas de la “urgencia subjetiva” que precipitan la consulta. Las presentaciones que reúne el concepto de urgencia subjetiva son aquellas que confrontan al sujeto con lo real, con lo disruptivo que rompe su homeostasis. Pensamos en una internación, que a pesar de ser el último recurso conserva para nosotros el valor de una medida terapéutica necesaria en los momentos agudos del padecimiento, cuando nos enfrentamos a aquellas presentaciones en las que se hace evidente una desregulación, ya sea a nivel del propio cuerpo o de la relación con los otros, que conlleva una radical ruptura a nivel del lazo social, quedando el sujeto por fuera del mismo en ese momento en particular. La restitución del lazo al otro, su reinserción en el lazo social (al modo en que pueda sostenerlo, que resulta siempre singular) será la tarea terapéutica que, desde nuestro abordaje, intentamos llevar adelante en el tiempo que proporciona la internación. Internación que no resulta iatrogénica en sí misma, sino más bien cuando la dimensión terapéutica no tiene lugar, es decir, cuando “no quedan objetivos terapéuticos” (Laurent, 2000), hecho éste que poco tiene que ver con una dimensión puramente temporal.

En el Hospital A. Korn la internación se efectúa en primera instancia en el Servicio de Atención en Crisis (SAC) (en el caso de los hombres) o en el Servicio de Agudos Mujeres (SAM) (en el caso de las pacientes). En el caso de los varones, si la externación no se efectúa desde el SAC, por ser necesario otro tiempo de trabajo con el paciente, el mismo pasa al Servicio de Agudos Hombres (SAH). El Servicio de Atención en Crisis es un dispositivo pensado para alojar la presentación del malestar en el momento de mayor urgencia, de modo que en aquellos casos en que el cese de la misma no se produce, se efectúa el pase al SAH, apostando a que un trabajo ulterior y más prolongado con el paciente permita su externación. Es decir que se intenta que el tiempo de internación de un paciente en este dispositivo sea el menor posible.

Los Servicios de Agudos (tanto de hombres como de mujeres) también son dispositivos de corta estancia, que apuntan a un trabajo sostenido en pos de iniciar el proceso de externación. Cuando esto no resulta posible, sea en función del criterio clínico o por la falta de recursos económicos, de referentes vinculares, etc., el camino institucional continúa: Servicio de Sub- Agudos, y finalmente las salas del Área de Rehabilitación.

El SAC, en el momento actual, consta de 6 camas, por lo cual se hace estrictamente necesario que las internaciones allí sean breves, dado que cuando hay faltante de camas no se pueden efectuar internaciones, aún cuando el criterio para las mismas se cumpla. Es así que quienes brindan la atención por Guardia, muchas veces se encuentran en la disyuntiva de cómo responder ante esta situación, que por lo demás, es bastante frecuente. En la mayor parte de los casos, esas 6 camas pueden transformarse en 12 o 13, tomando camas “prestadas” de otros servicios para garantizar la atención (principalmente del SAH y del área de Clínica Médica). Efectuar derivaciones a los Hospitales Generales es una instancia casi imposible, dado que la mayor parte de las veces, no cuentan con camas ni con personal que pueda brindar atención a los pacientes con padecimiento mental. Si cuentan con un número de camas para dicho fin, éste suele ser muy restringido. La situación se agrava dado que el faltante de camas no es sólo patrimonio del SAC, o de los Servicios de Agudos, sino que se extiende al resto de los servicios. Es decir que muchas veces también los pases resultan imposibles.

Por otra parte, en cuanto a la externación, ésta también resulta una tarea difícil, con escasos lugares de atención ambulatoria con admisiones abiertas, tres centros de externación que también suelen cerrar las admisiones por estar cubierto el número de pacientes para su capacidad de atención, con sólo tres casas de convivencia y pocas alternativas de otros dispositivos que ofician de nexo entre la internación y la externación, suele quedar a cargo de los profesionales en colaboración con los referentes vinculares de los pacientes (cuando los hay) la invención de soluciones. Es destacable, sin embargo, que el trabajo que realizan los profesionales de los diferentes servicios muchas veces logra subsanar, en parte, esta falta de recursos. No es un dato menor, ya que muchas veces se escucha en los discursos que abogan por el cierre de los dispositivos asilares, ciertos enunciados que parecieran sugerir que la externación es una cuestión de “voluntad” de quienes trabajan en los ámbitos de internación, señalando la necesidad

de cambios en las miradas, en los paradigmas. Desconociendo que quizás las miradas y los enfoques no están tan alejados entre sí, pero que, pese a ello, la voluntad de los profesionales no subsanará la falta de decisiones políticas que aboguen por la creación de los dispositivos que la ley propone. Hace falta un cambio de paradigma, pero para que ese cambio advenga también hace falta disposición y compromiso político. Solo de ese modo será posible que la ley cobre vida en las prácticas y no quede sólo reducida a un mero discurso.

Conclusión.

Más allá de que el panorama actual en materia de políticas públicas en Salud Mental esté lejos de ser en la práctica el que promulgan las normativas, no es la intención de este escrito situarse desde una posición de mera queja, menos aún de denuncia. El propósito radica más bien en la visibilización de las tensiones que signan el día a día del quehacer profesional, al menos en las instituciones de las que formamos parte. Tensión que se hace presente fundamentalmente a nivel de la adecuación de las prácticas efectivas a los marcos legales mencionados, con los cuáles acordamos ampliamente, pero que entendemos que como toda ley se sitúa en el plano de lo universal, del ideal. Sería imposible pensar en una aplicación directa de lo legal a las prácticas, porque allí nos encontramos con el desafío al que nuestro trabajo cotidiano nos enfrenta permanentemente: sujetos que padecen, cada uno de modo singular. Tal es la postura que desde el psicoanálisis se intenta hacer oír en el ámbito institucional. Jorge Alemán afirma que “el Psicoanálisis en sí mismo es un problema político, pone en juego una dimensión del sujeto donde los expertos nada tienen que decir, donde las cosas no pueden ser evaluadas según los protocolos, ni objetivadas al modo de los dispositivos técnicos que actualmente regulan la producción biopolítica del sujeto. Así que el psicoanálisis (...) es en sí mismo un hecho político” (2013; p. 28). De este modo, el campo de las prácticas en Salud Mental se encuentra atravesado por pujas de poder y múltiples tensiones: entre lo normativo y la práctica, entre lo universal y lo singular, entre las disciplinas y las funciones.

Proponemos y defendemos, entonces, la ejercitación de una posición crítica constructiva que lejos de peyorativizar el conflicto, lo visibilice en tanto dimensión estructurante de la sociedad, que propicie el intercambio y escuche el disenso. Esto es lo que algunos llaman “politizar”, y en

cierto modo, desde una posición analítica, ejercer el acto de lo político (Alemán; 2015).

Referencias bibliográficas

- ALEMAN, Jorge. 2013. *Conjeturas sobre una Izquierda Lacaniana*. Buenos Aires: Grama Ediciones.
- ALEMAN, Jorge. 2015. *Primera parte de la intervención en el “Foro Nacional y Latinoamericano por la Nueva Independencia”*. Tucumán, Argentina. Desgrabación de Ariel Jesus Delgado Escobar. Revisión JJS/G Valdés. Versión no revisada por el autor.
- ALVARADO, Lilian. 2016. “El neoliberalismo y la devaluación de lo político”. *Revista del Colegio de Psicólogos. Distrito XI*. Año IX (Vol. 30). Pp. 8- 11.
- Lic. Baffoni Larriestra Noelia. Proyecto de Jefatura de Residencia de Psicología del Servicio de Salud Mental del H.I.G.A. Prof. Dr. Rodolfo Rossi. Período 2015-2016.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986. Canadá.
- CELS. 2008. *Vidas arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- CIDH. 2001. *Recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental. (Comisión Interamericana de Derechos Humanos)*. Santiago de Chile.
- Declaración de Caracas. 1990. *Reestructuración de la atención psiquiátrica*. Venezuela.
- En Ejercicio Profesional y restitución de derechos. *Revista del Colegio de Psicólogos Distrito XI*. Año VIII (Vol. 29).
- GALENDE, Emiliano. 2015. *Conocimiento y prácticas de salud mental*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- LACAN, Jacques. 1967. *Seminario XVII: El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- Lacan, Jacques. 1960. *Seminario VII, La ética del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- LAURENT, Eric. 2000. *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires: Tres Haches.
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Decreto Reglamentario de la Ley N° 26657 603/2013: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/215000-219999/215485/norma.htm>
- Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Asamblea General. Naciones Unidas- Resolución N° 119. 46 Sesión. 1991.
- SOTELO, Inés (Comp.) 2009. *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. Buenos Aires:

Gramma Ediciones.

- Dra. René Rossi. Proyecto de Jefatura de Servicio de Salud Mental del H.I.G.A. Prof. Dr. Rodolfo Rossi. Período 2011-2015.