

Claudia Fino. *Sorpresa*- 2010



# REPORTAJES

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

(1) Asociación Mundial de Psicoanálisis (AMP)

(2) Escuela de la Orientación Lacaniana (EOL)



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





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

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

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

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

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

---

---

---

## Lic. Macarena Sabín Paz

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

