

2007

La problemática habitacional, en la integración comunitaria de personas con padecimientos psíquicos severos : estrategias de intervención de la COA en el período junio/04-mayo/05

Giménez, Claudia Edith

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/554>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL * LICENCIATURA EN SERVICIO SOCIAL

**“La problemática habitacional, en la
integración comunitaria de personas con
padecimientos psíquicos severos”
“Estrategias de intervención de la COA
en el período Junio/04-Mayo/05”**

Alumna: **Claudia Edith Giménez**

Directora: **Lic. Nada Taucar**

Co-Directora: **Lic. Julieta Castelvetti**

Año 2007.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
3161.	
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

DEDICATORIA

- a mis *“amores incondicionales”*: Marcelo y Joaquín, a quienes les robe tiempo, paciencia, dedicación ...
- A mi papá y hermanos, personas que siempre me alentaron y a quienes amo.
- A mi mamá esa *“luchadora”* *“un ejemplo a seguir”* a quien no sólo le debo la vida sino también lo que soy. A quien AMO y agradeceré eternamente.
- A la Lic. Nada Taucar, quien me cultiva día a día, un ejemplo de profesional, honestidad y dedicación. Quien colaboró a que llegue y concluya esta etapa.
- A mis compañeros de COA: Rubens, Daniel, Anita, Virgi, Beto, Rubén, Ricky, Mariana, Julieta, Ximena, Carolina y Guillermo; quienes me brindaron ayuda incondicional y constantemente me alentaron.
- A mis amigas y compañeras de los primeros años de cursada: Sabri, Costy, Ale , Vero y Paula.
- A todos mil gracias.

*“No acepten lo habitual
Como casa natural
Pues en tiempo de desorden
De confusión organizada
De arbitrariedad consciente.
De humanidad deshumanizada
Nada debe parecer natural
Nada debe parecer imposible de cambiar”
(Bertold Brecht).*

ÍNDICE

CAPÍTULO I	Página
- Introducción	6
- Objetivo General	12
- Objetivo Especifico	12
- Contexto Institucional de la Experiencia	13
- Estructura Residencial en el Dpto. de Salud Mental de Trieste (Italia).	16
CAPÍTULO II	
- El Problema	22
- Salud Mental y Políticas de Estado	27
- Políticas de Salud Mental en Argentina	28
- Dipositivos de Salud Mental en el Ptdo. De General Pueyrredón	30
- Políticas Locales de Vivienda	32
CAPÍTULO III	
- El Trabajo Social y sus modos de intervención	37
- Intervención Directa	39
- Intervención Indirecta	45
- Aspectos Metodológicos	50
- Presentación de Casos	55
- Conclusiones	85
- Bibliografía	89
- Anexos	92

Capítulo I

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Durante el periodo comprendido entre el mes de Junio de 2004 y Mayo de 2005 la autora llevó a cabo la pasantía institucional de la Licenciatura de Servicio Social en el área de Salud Mental dentro del ámbito de la Justicia, en la Curaduría Oficial de Alienados (COA) de los Departamentos Judiciales de Mar del Plata, Dolores y Necochea (Pcia. de Buenos Aires- Ver Anexo 1-) con sede en la ciudad de Mar del Plata. A partir de la mencionada pasantía se tomó contacto directo con la realidad específica de las personas que sufren padecimientos psíquicos severos lo que despertó el interés por la posibilidad de sistematización de la experiencia. Dentro de esa "realidad" se sitúa la necesidad de resolver en forma recurrente el lugar de residencia para las personas atendidas por la COA, que tiene entre sus objetivos integrar en su comunidad a quienes las características de su problemática lo posibilita, dado que se considera que el padecimiento psíquico no es sinónimo de institucionalización permanente.

El propósito del presente trabajo es el de sistematizar y comunicar el conjunto de intervenciones llevadas a cabo en el mencionado periodo describiendo, ordenando y analizando todos los datos recabados a partir de los hechos en los cuales se ha participado para, a partir de ello, elaborar nuevos conocimientos que permitan no sólo comprender más la intervención en el aspecto habitacional del Trabajador Social con las personas con padecimientos psíquicos severos, sino contribuir a convertir ese nuevo conocimiento en un herramienta útil para transformar nuestra realidad. Además de tener en cuenta que fue una práctica rica que merece una recuperación sistemática que pueda hacerla compartida.

La Curaduría Oficial con asiento en la ciudad de Mar del Plata, tiene como ámbito de actividades los departamentos judiciales Mar del Plata, Dolores y Necochea. La población que compone la zona mencionada es de alrededor de 1.000.000 de habitantes.

...“Esta amplia área geográfica y poblacional tiene características distintivas que merecen ser destacadas, por su influencia en la salud mental de quienes viven en ella y por el fuerte condicionamiento que tienen sobre las formas de trabajo específico que en la misma puede implementarse.

Desde el punto de vista poblacional existen datos relevantes tales como:

- ♦ *La distribución heterogénea de la población con características urbanas y rurales.*
- ♦ *El incremento estacional de la población en los centros turísticos (zona comprendida entre San Clemente del Tuyu, al norte y Necochea, al sur)*
- ♦ *El elevado número de personas comprendidas en la franja etárea de la tercera edad (Mar del Plata).*
- ♦ *El carácter estacional de un elevado número de puestos de trabajo, no sólo en la zona turística sino también en el área rural vinculado al trabajo golondrina en las cosechas.*
- ♦ *El elevado índice de desempleo.*

Desde el punto de vista institucional y con relación a la atención de la salud mental, se puede señalar que:

- ♦ *El área judicial coincide parcialmente con la zonificación geográfica de las Regiones II y V de la dirección de Salud Mental de la Provincia de Buenos Aires.*
- ♦ *Cuenta en su ámbito con servicios psiquiátricos de internación de carácter público, para pacientes agudos, sub-agudos y crónicos, con un número aproximado de 100 camas, distribuidas entre los hospitales Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico de Necochea, Interzonal General de Agudos de Mar del Plata y Municipal de Maipú.*
- ♦ *Cuenta con la posibilidad de internaciones breves de agudos en alguno de los hospitales generales municipales (Santa Teresita, Balcarce, Miramar, Gral. Belgrano).*
- ♦ *Cuenta con alrededor de 500 camas para pacientes agudos, subagudos y crónicos de carácter privado, de las que más de un 75% se hallan establecidas en la ciudad de Mar del Plata.*
- ♦ *Cuenta solamente con dos hospitales de día de carácter público en toda el área (Necochea y Santa Teresita) y uno de carácter privado (Mar del Plata) en vías de instalación.*
- ♦ *Los talleres protegidos existentes en los distintos núcleos urbanos están orientados a adolescentes y jóvenes con diferentes grados de deficiencia mental. Destinado a pacientes psicóticos: sólo existe el programa de trabajo protegido que ofrece el Hospital Especializado Neuropsiquiátrico de Necochea.*

♦Carece de alternativas socio-terapéuticas tales como casas de pre-alta, casas de convivencia, hostales, etc, públicos o privados.

♦Los consultorios externos gratuitos, existentes en el área son insuficientes y en su mayoría centralizados en las sedes hospitalarias. Con excepción de las ciudades de Mar del Plata y Ayacucho, donde existe atención en salud mental en algunas salas periféricas”...¹

Estos datos que corresponden al año 1996 poco han variado hasta la actualidad en lo que se refiere específicamente a Mar del Plata, dado que a nivel privado se cuenta con:

- Tres hospitales de día.
- Como alternativa socio-terapéutica en el año 2003 se instaló un hospital con capacidad para alojar a 16 pacientes. El mismo está destinado a pacientes autoválidos y es “una pensión asistida”. Está conformado por un equipo de trabajo compuesto por: un psiquiatra-director, una psicóloga, un terapeuta ocupacional, un profesor de educación física y un enfermero. Tiene un régimen de puertas abiertas. El costo mensual por hospedaje oscila entre los \$ 1200 y \$ 1500, no incluye gastos por medicación.

En cambio en el ámbito público se presentan las siguientes variaciones:

- De los veintitrés (23) Centros de Salud Municipales sólo catorce (14) de ellos realizan atención primaria en Salud Mental y no atienden a pacientes crónicos.
- En sede hospitalaria del Servicio de Salud Mental del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) se instaló un hospital de día.

Como experiencia mixta entre público y privado;:

La alternativa socio-terapéutica del Centro de Promoción Social (CPS) constituido por convenio entre la ONG AIPE (Asociación Integradora de Personas con Padecimiento Psíquico) y el HIGA, que está dedicada a la rehabilitación e inserción social de personas con padecimientos psíquicos. Actualmente incluye: Centro de día, Talleres Terapéuticos de Producción, Organización y Supervisión de grupos de convivencia y acompañamiento en la Inserción Comunitaria.

¹TAUCAR, NADA. “Descripción de la realidad Socio-sanitaria local”. Trabajo Práctico N°1. Curso de Postgrado: Administración estratégica en Salud Mental. UNMDP. Octubre de 1996. Pág.1-2.

Se está construyendo un pequeño hogar, y a futuro ampliará el servicio de atención familiar abierta a la comunidad.

Desde la Curaduría se parte de la idea de que la posibilidad de mejorar la calidad de vida de las personas con padecimiento psíquico crónico y su entorno no puede depender sólo de un elemento improbable, hasta el momento, como lo es la curación definitiva de la enfermedad.

“Desde esta perspectiva un abordaje integral incluye no sólo un eje clínico que requiere tratamiento, sino además un eje social (...) que debe ser atendido a través de acciones, que deben inscribirse en el mejoramiento (quizás amplio y difuso) de las condiciones socio-ambientales de la persona”...²

En el eje clínico se tiene en cuenta el diagnóstico psiquiátrico conjuntamente con toda la sintomatología que lo caracteriza y los tratamientos instituidos.

En el eje social se evalúa en que situación se encuentra la red social de la persona y se trabaja con ella teniendo como meta el mantenimiento de la máxima inserción social posible.

Para el presente trabajo, el objeto a analizar dentro de la multiplicidad de factores que integran el eje social, es el aspecto habitacional dado a que *“morar, vivir en –una-casa, habitar en un determinado espacio, supone un acto fundacional y fundante (...) en el acto de habitar se plasman los contenidos que dan último sentido a la forma arquitectónica”...³*

Son importantes las problemáticas habitacionales en general y en particular en salud mental, puesto que, *“a través del tiempo, persiste en el imaginario social, el prejuicio de peligrosidad y en consecuencia el confinamiento de las personas con sufrimiento mental en Instituciones Psiquiátricas para su contención, tratamiento y para preservar el orden social. Esta idea de peligrosidad se constituye en el fundamento de las prácticas que se implementan con el internamiento asilar y la idea de asociar el tratamiento con el aislamiento y la segregación social. Se funda así una trilogía: El juicio de peligrosidad, la*

² TAUCAR, N; MÉNDEZ, R. “Las Curadurías de Alienados- Un enfoque integrado”. Tercer encuentro sobre Curadurías Oficiales. Comisión II. Noviembre de 1996. Pág.4.

³ ACEBO IBÁÑEZ, E. “El arraigo y la morada como categorías existenciales”. Revista de Trabajo Social. Año XV. Nº 22. Revista regional de TS. Apoya Asociación de Asistentes Sociales de Uruguay (ADASU). Uruguay. 2001. Pág. 7.

necesidad de control y vigilancia asilar, la idea de irreversibilidad y cronicidad. Estos tres aspectos cierra el círculo trágico del internamiento manicomial”...⁴

Es imprescindible considerar que las personas con padecimiento psíquico crónico pueden vivir de un modo normalizado y digno en la comunidad, si se les ofrecen atención, apoyo flexible, oportuno e individualizado que les posibilite la participación en su proceso de rehabilitación y en el control de sus propias vidas. Ello es un objetivo y un instrumento esencial en la intervención

“La rehabilitación en última instancia busca ayudar a estas personas a mejorar sus vidas, a superar sus problemas concretos y a promover la recuperación de su capacidad para tomar decisiones y reorientar el camino de su propia vida desde la marginación y el deterioro hacia la normalización y la integración.

(...) La aparición y aparente incremento del número de “enfermos mentales en las calles”, malviviendo en la pobreza y falta de vivienda, hay que situarlo dentro de esta “nueva pobreza”, constituyendo uno de los colectivos en los que la marginación y la exclusión social se entremezclan de un modo más grave. Estilos de vida marginales, aislamiento, falta de apoyo familiar y social, falta de recursos económicos, trastornos psiquiátricos, deterioro personal y social, son algunos de los elementos que confluyen en este colectivo, conformando un perverso círculo vicioso de deterioro, marginalidad y exclusión (...)

La aparición de este nuevo fenómeno de los llamados “enfermos mentales en las calles”, con sus especiales características, supone un reto importante para los servicios socio sanitarios en general, de cara a ser capaces de ajustarse a las peculiaridades de estas personas y dar respuesta a sus necesidades, posibilitando la mejora de su calidad de vida y facilitando progresivamente su integración social”...⁵

Frente a las problemáticas hasta aquí esbozadas, surge como un interesante objeto de estudio el análisis y comprensión de las alternativas implementadas desde el Servicio Social

⁴AMICO, L. “Desmanicomialización: Hacia una transformación de los dispositivos hegemónicos en Salud Mental”. Ver en www.margen.org/margen35/amico

⁵RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, A.; GOURAN GONZÁLEZ, F.; AGUIRRE, M. “Rehabilitación e Inserción Social de enfermos mentales crónicos sin hogar”. Trabajo publicado en la revista “Intervención Psicosocial” del colegio de Psicólogos. Delegación Madrid. Febrero 1998. Número monográfico sobre “Personas sin hogar”. Publicado en el Vol. 7 Nº1. Pág. 75-96.

de la COA, para poder suplir la carencia de políticas habitacionales, la *“carencia de ingresos económicos y la automarginación y/o marginación de la red vincular”*⁶; relacionadas a la Salud Mental en particular y de ese modo contribuir al mantenimiento en su ámbito comunitario a las personas representadas y asistidas, manteniendo un nivel de calidad de vida que no los transforme en “enfermos mentales en la calle”, sino en ciudadanos con vulnerabilidades de diferentes características, entre ellas la habitacional, que requieren ser adecuadamente atendidas.

Para construir el marco teórico se plantearon los siguientes interrogantes ¿Quiénes y cómo son las personas con padecimiento psíquico severo?, ¿Cuáles son los aportes teórico-metodológicos y las propuestas actuales para estas personas desde la Salud Mental?, ¿Qué posibilidades y/o alternativas ofrece la comunidad a una persona con padecimiento psíquico en materia habitacional?, ¿Cuáles son las posibles vinculaciones entre trabajo social y salud mental en este espacio de trabajo? ¿Cuáles son las diversas clases de posibles intervenciones desde trabajo social?.

⁶MARTINO, M; INDA, A. Proyecto “Casas de Convivencia”. Centro de Promoción Social. Mar del Plata. Bs. As. Argentina. 2006. Pág. 1

OBJETIVO GENERAL:

◆ Realizar un análisis de casos, sistematizando las intervenciones para el abordaje de las problemáticas habitacionales de las personas con padecimientos psíquicos severos crónico representados por la Curaduría Oficial de Alienados de Mar del Plata en el período Junio/04-Mayo/05”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ◆ Describir las diferentes alternativas residenciales de la población estudiada.
- ◆ Analizar los factores condicionantes para la selección de la vivienda.
- ◆ Detectar y caracterizar los elementos que favorecen o no la marginación.
- ◆ Indagar la intervención del trabajador social en el ámbito de la COA.

EL CONTEXTO INSTITUCIONAL DE LA EXPERIENCIA

La Curaduría Oficial de Alienados es un organismo del Poder Judicial de la provincia de Buenos Aires, creado en el año 1978 por acuerdo de la Suprema Corte Provincial (Acordada Nro. 1799).

En el año 1981 se introducen a través de las acordadas Nro. 1989 y 1990 modificaciones normativas que son las que rigen su funcionamiento a la fecha (ver Anexo 2).

Dicha normativa prevé, además de este organismo central con asiento en la ciudad de La Plata, la creación de Curadurías Oficiales Zonales, que cumplen sus funciones específicas en varios departamentos judiciales simultáneamente. Actualmente existen seis, con asiento en las ciudades de San Nicolás, San Martín, Morón, La Plata, Bahía Blanca y Mar del Plata.

En el caso que nos ocupa, la Curaduría Oficial de Alienados (COA) con asiento en la ciudad de Mar del Plata tiene como ámbito de sus actividades los departamentos judiciales de : Dolores, Necochea y Mar del Plata.

El asiento de la COA está ubicado en la ciudad de Mar del Plata, sito en la calle Rawsón 2462, y aunque se trata de un organismo judicial no tiene su sede en el edificio de los Tribunales. Este hecho que originariamente se debió a una simple cuestión de espacio, actualmente constituye una condición de evaluación como sustancial, ya que permite atender, en un ámbito alejado del trajín tribunalicio y de su imagen de litigiosidad, a los asistidos y representados, a sus familiares y a los miembros de la comunidad en general.

"A la planta funcional de esta Dependencia se le confiere el rango de equipo de trabajo dentro del cual existen roles diferenciados y complementarios que implican el desarrollo de funciones desde diversos campos del saber, que no obstante confluyen en la elaboración de un discurso común"⁷...

Esta Dependencia creada en 1985, en la actualidad está constituida por el siguiente personal:

⁷ Taucar, N. Curso de Post- grado. "Administración estratégica en Salud Mental". UNMDP. 1996. Pág. 2

Un Curador Oficial (autoridad máxima de la Dependencia), dos Peritos (asistentes sociales), dos concurrentes de Servicio Social, un Contador, cuatro empleados administrativos y uno de maestranza.

Las funciones centrales asignadas al organismo eran de dos órdenes:

- 1) De REPRESENTACIÓN de aquellas personas que habiendo sido declaradas insanas no cuentan con familiares en condiciones de asumir el rol de curador y a su vez carecen de recursos para que dicha representación sea ejercida por un abogado de la matrícula (con carácter privado).
- 2) De ASISTENCIA de aquellas personas que sufriendo algún padecimiento psíquico cometen un delito y son sobreseídas en razón de su enfermedad (inimputables).

“El primer grupo es estable y acumulativo ya que permanece vinculado a la institución de por vida. La función solo cesa por rehabilitación en juicio del declarado insano, designación de otro curador o muerte del causante. El grupo de los asistidos, en cambio es fluctuante, ya que la intervención de la dependencia cesa con la reinserción socio-familiar del inimputable.

En sus orígenes la COA, desde esta dos funciones trabajo por la externación de aquellas personas “olvidadas” principalmente en el Hospital “Dr. Alejandro Korn” y en la Unidad Penitenciaria 10, ambos situados en la localidad de Melchor Romero, partido de La Plata. En el primero se hallaban los pacientes de internación prolongada y en el segundo los inimputables, con causas en trámite en los tres departamentos judiciales asignados a la COA, que por distintas razones no habían visto modificada

El equipo de trabajo de la COA analizó caso por caso, la problemática desde el punto de vista jurídico y socio- asistencial y se comenzó a trabajar en consecuencia, obteniéndose un elevado número de externaciones”...⁸

Esta segunda quedó sin efecto a partir de la última reforma penal.

Objetivos institucionales:

_ Velar por el cumplimiento efectivo de los derechos humanos en los periodos de internación y externación.

⁸TAUCAR, N; MENDEZ, R: “Tercer encuentro sobre Curadurías Oficiales. Las Curadurías de Alienados- Un enfoque integrado”. Comisión IL 1996. Mar del Plata.

- _ Activar todos aquellos derechos que como persona lo asisten en la legislación vigente, en especial los referidos a la protección de la salud, de sus bienes y de la identidad y bienestar de sus hijos.**
- _ Centrar la tarea socio-asistencial en la interfase entre lo jurídico, lo médico y lo social, con especial énfasis en el causante como ser persona.**
- _ Considerar la internación como método terapéutico.**
- _ Evitar las internaciones por “problemas sociales”.**
- _ Vehicularizar externaciones oportunas.**
- _ Instrumentar alternativas de tratamiento, dando prioridad a las capacidades conservadas por sobre la rotulación diagnóstica.**
- _ Trabajar sobre la calidad de vida de los asistidos y representados.**

LAS ESTRUCTURAS RESIDENCIALES EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DE TRIESTE (ITALIA)⁹

Con el objeto de poder contrastar los hallazgos que fueron surgiendo en el estudio de los casos, se realizó una búsqueda de experiencias vinculadas al hábitat de las personas con padecimiento psiquiátrico severo. Fue en tal sentido que el estudio efectuado por Giovanna del Giudice en la ciudad de Trieste (Italia) en el año 1997, permitió analizar los diferentes tipos de necesidades habitacionales de las personas estudiadas así como las estrategias implementadas en ese medio.

Trieste fue uno de los epicentros del cierre de manicomios de la década del 70 y en la desinstitucionalización la acción primaria es restituir a las personas externadas de los hospitales psiquiátricos el derecho a la vivienda y a habitar, continuando con la garantía al derecho al asilo (única función positiva del manicomio). Restituir y garantizar casa a quien puede/quiere vivir solo/a, casa a quien puede/quiere vivir con otros/as sacando ventaja de la vida comunitaria para la puesta en común de recursos, intercambios, auto-ayuda.

En Trieste desde 1972, los operadores y las operadoras, en su trabajo de deconstrucción del hospital psiquiátrico, comenzaron a utilizar como grupo- departamento para los primeros/as huéspedes “liberados/as” de los pabellones, los departamentos situados en complejo hospitalario, hasta entonces “ocupados por el director, por el administrador, el capellán.”

Contemporáneamente, algunos médicos firmaban con carácter personal contratos a su nombre en el mercado local, para departamentos a los que iban a habitar pacientes de internación prolongada externados/as del hospital. Se comenzaba a responder, de manera quizás discutible, a la necesidad de vivienda de personas que no tenían ninguna capacidad contractual, por lo tanto ninguna posibilidad de acceder a una vivienda en el mercado privado ni en el de la viviendas populares, evidenciando una fuerte contradicción que tocaba no sólo la cultura sino también los propios intereses de los ciudadanos/as.

⁹ GIOVANNA DEL GIUDICE. “Las Estructuras Residenciales en el departamento de Salud Mental”. DSM: Servizio Abilitazione e Residencialita. Trieste 1997.

Los contratos de alquiler no se renovaron a su vencimiento, pero ninguna de los/las habitantes volvió al hospital psiquiátrico. Se había trazado un camino que no preveía retorno.

Con el desarrollo del trabajo en el campo, a partir de la creación en 1975 de los primeros Centros de Salud Mental, los operadores/as descubrían y ponían en evidencia con respecto al derecho a la vivienda y a su ocupación, necesidades complejas no sólo referidas a los pacientes de internación prolongada en el hospital psiquiátrico, sino también a otra población de desheredados sin casa y a los/las internados en otras instituciones como albergues públicos, institutos de menores, cárceles. Por otro lado el trabajo de campo, que llevaba a los /las operadores de los Centros de Salud Mental (CSM) en las casas de los usuarios, muchas veces miserables y degradadas, se transformó en empeño para tornar habitables esos lugares, empeño para obtener recursos a favor de la vivienda tales como fondos para la reestructuración, el amoblamiento de las casas, para obtener asistencia municipal domiciliaria también para las personas con enfermedad mental como se le brindaba a otros ciudadanos.

En los comienzos de los años 80, después de un trabajo intenso para garantizar el derecho a la vivienda para las personas con padecimiento psíquico crónico, o en general con bajo/nulo poder contractual el “Instituto Autónomo de Viviendas Populares” estableció puntajes especiales en los concursos de adjudicación de viviendas populares para los externados de los hospitales psiquiátricos o de otras instituciones totales. Asignó casas a núcleos de usuarios equiparándolos en los reglamentos de adjudicación a núcleos familiares. Por otro lado, al comenzar a cambiar en la ciudad la cultura con relación a la enfermedad mental, se comenzaba a obtener algunas viviendas en el mercado privado para la constitución de grupos convivenciales para usuarios de los servicios de Salud Mental.

El trabajo para la calificación de los lugares, de los espacios de los CSM y de las casas de los usuarios, fue esfuerzo cotidiano de los/las operadores para quitar la vinculación de la miseria con la locura, para quitar marginación, para identificar y hacer identificar a las personas con un nivel de calidad y subjetividad cada vez más alto.

“ A la arquitectura de la psiquiatría como arquitectura en torno a la peligrosidad, a la arquitectura de la clínica, a la valorización de lo ascético, de la distancia , de lo técnico, fue sustituida por la arquitectura del retorno a la vida (Rotelli), por lo tanto por un

hábitat que pudiera facilitar los vínculos sociales, laproducción de relaciones y de sentido, alta autoestima, la capacidad de acogimiento, las ganas de contaminación (en el sentido de intercambio con otros) "...¹⁰.

El haber brevemente delineado algunas etapas del trabajo triestino en la desinstitucionalización sirve para dar cuenta no sólo de un recorrido, sino también contextualizar la cuestión de las estructuras residenciales en un DSM

Las estructuras residenciales son casas en que habitan, por un determinado tiempo más o menos largo, personas con problemas de padecimiento psíquicos; cuya convivencia es activada y propuesta por el Servicio de Salud Mental (SSM) y cuyas características organizativas funcionales son variables. Casas en las que la presencia de los operadores y operadoras es establecida con relación a las necesidades de los/las huéspedes y al programa terapéutico.

Hablamos de comunidades (hasta un máximo de 12 personas) para los externados/as del hospital psiquiátrico, en las que una asistencia diferenciada según las necesidades y una convivencia solidaria pueden permitir la retoma de una vida en la red ciudadana y en libertad vincular.

También existen comunidades para asistencia de jóvenes con problemas de salud mental (hasta 5-6 personas), que no pueden vivir con sus familias o que tienen familias extremadamente destructivas o conflictivas. Jóvenes que han sufrido un desarraigo precoz de la familia de origen y una larga institucionalización como menores, que requieren una asistencia continua e intensiva. Jóvenes que en un periodo de sus vida no logran/no pueden vivir solos o requieren de periodos de intensa proyectualidad individualizada para retomar a vivir en su propia casa.

Las estructuras residenciales constituyen importantes recursos del DSM, si están fuertemente conectadas con las otras estructuras del mismo, cuando están situadas en el área funcional y operativa de los CSM, en contacto constante con los talleres de expresión, las actividades de capacitación y habilitación, las cooperativas sociales para la inserción laboral. En este punto es conveniente aportar algunos datos sobre el DSM de Trieste,

¹⁰ GIOVANNA DEL GIUDICE. "Las Estructuras Residenciales en el departamento de Salud Mental". DSM: Servizio Abilitazione e Residencialita. Trieste 1997. Pág.2.

ciudad de 250.000 habitantes, sin manicomio, cuyo Departamento de Salud Mental está constituido por una red de servicios interactuantes e integrados articulados entre sí:

A) Cuatro centros de Salud Mental (CSM) abiertos las 24 horas, los 7 días de la semana, equipados con 8 camas cada uno con capacidad de permanencia nocturna y 3 CSM de 12 horas, entre los cuales uno- Centro de Salud Mental para la Mujer- afronta desde una óptica de género la demanda de salud presentada por las mujeres del territorio.

Los CSM se hacen cargo de la totalidad de las demandas de asistencia, prevención y rehabilitación, del área de competencia. A ello acceden las personas con sufrimiento psíquico, y también sus familiares, vecinos y los ciudadanos en general, directamente, sin ninguna selección por diagnóstico o comportamiento, sin mediación burocrática.

Estos centros brindan: prestación ambulatoria en consultorio externo y domiciliaria, prestación de hospital de día, atención farmacológica, contención psicoterapéutica a individuos y a las familias, sostén social, gestionan grupos de convivencia, promueven la capacitación y la inserción laboral de los/las usuarios, los sostienen en los lugares de trabajo, están estrechamente vinculados con los talleres de habilitación, formación, recreación y expresión del centro de día y de las cooperativas sociales.

B)El Servicio Psiquiátrico de Diagnóstico y Tratamiento (SPDT) munitido de 8 camas, funciona como un servicio de emergencia psiquiátricas. Depende del Hospital General. Si ante una urgencia se requiere de la continuidad de la atención durante la noche, se deriva al CSM más próximo, y al día siguiente al CSM de su área.

C)Los Talleres de Centro Diurno son espacios de socialización, de formación, de expresión, de recreación : pintura , teatro, música, alfabetización para adultos, serigrafía, cerámica, carpintería y restauración de muebles, computación, diseño , expresión corporal. Los talleres son dirigidos por artistas, profesionales, artesanos y docentes. Se trata de lugares complejos, donde se busca la promoción de la salud conjuntamente, y a través del hacer.

D)Las Cooperativas sociales, desarrolladas paralelamente al DSM, son cinco (5) con veinte (20) actividades, tiene alrededor de 200 socio-trabajadores, de los cuales más del 50 % provienen del área problemática más alrededor de 70 usuarios del DSM con becas para la formación laboral.

E)Las residencias son treinta (30), de las cuales 12 están situadas en el predio del ex hospital, 18 en la ciudad /esta subdivisión se considera funcional en comparación con otras

experiencias italianas, aunque hay que aclarar que el área de San Juan (zona del exhospital) actualmente es parte integrante de la ciudad dado que cinco ex pabellones están ocupados, uno por el Departamento de Ciencias de la Tierra de la Universidad local, uno por el Teatro Municipal (para la construcción de escenografía y ensayos); uno por la Escuela Superior Internacional de Capitanes de Mar, uno por una Escuela Profesional de lengua eslovena, uno es de cinco Cooperativas Sociales. En el área tienen su sede algunas actividades productivas de las cooperativas: un bar, un salón de belleza, una carpintería, una radio, una sala de video, un estudio fotográfico.

En Trieste, tal como surge de la reglamentación del DSM del año 1995, las residencias están divididas en **residencias de integración social** que albergan usuarios del DSM con reducción de sus capacidades de vida autónoma, que necesitan un soporte en la vida cotidiana y obtienen ventajas de la vida en comunidad y **residencias terapéutico-rehabilitativas** que albergan usuarios con importantes problemas de salud mental, con discapacidades graves y ausencia o nocividad de la red familiar, que requieren programas terapéuticos rehabilitativos individualizados.

Capítulo II

CAPITULO II

EL PROBLEMA.

A raíz de la caída del Estado de Bienestar *“entra en declinación una forma de hacer política y de anudar solidaridades colectivas, que tenían su base en fuertes componentes normativos asociados a ideas de igualdad y justicia social”...¹¹*

“...Hoy vivimos para nosotros mismos, sin preocuparnos por nuestras tradiciones y nuestra posteridad: el sentido histórico ha sido olvidado de la misma manera que los valores y las instituciones sociales. Con esta indiferencia hacia el tiempo histórico emerge el narcisismo colectivo, síntoma social de la crisis generalizada de las sociedades; incapaces de afrontar el futuro, sino es en la desesperación”...¹²

Este malestar provocado por la individualidad, la exclusión y el desempleo entre otros factores da como resultado la pérdida de valores, ideales, creencias; que obstaculizan el desarrollo del hombre como ser social, dando como resultado una poderosa tendencia a la segmentación económica y social entre los países y entre las personas.

Las políticas de gobierno implementadas en Argentina en la década del 90, constituyen el modelo de ajuste liberal reclamado por el proceso de globalización y reestructuración económica mundial.

Se produce el achicamiento y desmantelamiento de las obligaciones asumidas por el Estado y la consecuente reducción de su papel redistribuidor y de su accionar en el ámbito de las políticas sociales con el consecuente crecimiento del sector privado. El resultado de esta acción, es que los asalariados, cuentapropistas, pequeños y medianos empresarios sean los sectores sociales directamente afectados. Toda esta situación se refleja en términos ocupacionales y productivos, vía desocupación, subocupación o desplazamiento de los ciudadanos, a causa de la concentración capitalista, económica, productiva y tecnológica.

¹¹ GARCÍA DELGADO, D. “Ciudadanía, participación y desarrollo local”. Seminario Internacional. Rosario. Argentina. 1999

¹² LIPOVETSKY, Gilles. “La era del vacío”. Ed. Anagrama. Año 1986. Pág. 49.

En este escenario, *“Las políticas del Estado, por lo general, se reducen a un mero asistencialismo (acceso a recursos o subsidios para la subsistencia), sin producir efectos en la esfera de los derechos ciudadanos, ya que lo que se intenta es controlar el conflicto social (...) El tipo de política social que se plantea hoy en nuestro país, lejos de eliminar las causas estructurales de la pobreza, se encuentra supeditada a las exigencias del ajuste estructural económico, y sirve de este modo, para aliviar la pobreza a corto plazo y amortiguar los costos sociales de los programas de ajuste. A esto se suman, las políticas de privatización y descentralización, los recortes presupuestarios y descentralización, los recortes presupuestarios en el área social acelerando el debilitamiento de los servicios sociales, en detrimento de los grupos más necesitados de la población”*...¹³

En lo que hace a la Salud Mental, en nuestro país desde comienzos del siglo XX hubo una creciente preocupación por la problemática, tanto en el ámbito estatal como en organizaciones no gubernamentales; pero actualmente pareciera que asistimos a un progresivo desinterés en este campo. La historia de las políticas de salud mental muestra un recorrido que ha sido cambiante de acuerdo a los periodos, a lo largo de los cuales la respuesta a las necesidades de las personas con padecimiento psíquico severo ha sido en su mayoría asilar: desde el manicomio a los hospitales y clínicas psiquiátricas. Pensar la integración comunitaria de esta población remite a reflexionar sobre las condiciones habitacionales de la misma.

En el manicomio¹⁴ no se habita, sé esta en un lugar físico, estructurado, organizado entorno al control de la presunta peligrosidad del paciente psiquiátrico, quien pertenece a un conjunto de personas con quienes se ha determinado debe convivir, en espacios cerrados y reglamentados por otros.

¹³BIESA, M; CARROZA, C; CASTELVETRI, J. “La intervención del Trabajador Social en la gestión de recursos materiales, para el desarrollo y sostén de la calidad de vida de las personas con padecimientos psíquicos”. Tesis de Grado de la carrera Lic. en Servicio Social. UNMDP. Año 2004. Pág. 7.

¹⁴MANICOMIO viene del griego manía: locura y koméo: cuidar.

Manicomios, loqueros, hospicios eran los nombres para llamar en lenguaje popular a los hospitales neuropsiquiátricos (a cargo del estado). Lugares de internación y reclusión para pacientes de bajos o ningún recurso económico, demasiado alborotadores y/o incontrolables para la sociedad y sus instituciones (familiares, educacionales, laborales, recreativas, etc.).

Con la “desmanicomialización”¹⁵ la estrategia de acción principal es restituir el derecho a la vivienda a las personas internadas en hospitales psiquiátricos; garantizando el derecho de asilo (única función positiva del manicomio) a quienes pueden y quieren vivir solos o con otros, participando de la vida comunitaria (de intercambio, de autoayuda). Estos movimientos, que a lo largo del mundo llevan cinco décadas permiten reflexionar sobre las necesidades del hábitat de las personas con padecimiento psíquico severo.

Paralelamente surge el término “personas sin hogar” que nos remite a una problemática social con variadas y heterogéneas características, perfiles y necesidades pero que comparten entre sí una serie de dimensiones comunes: pobreza severa, aislamiento social, desarraigo, ruptura de vínculos sociales y familiares, deterioro personal y carencia de un lugar (un hogar) donde cubrir sus necesidades de alojamiento y soporte social. *“Es un fenómeno netamente urbano, propio de las grandes ciudades en la que los problemas de pobreza, desarraigo y aislamiento se concentran con mayor crudeza y generan que los procesos de exclusión (a la base de esta problemática) se expresen del modo más extremo e inhumano en las situaciones de marginación sin hogar” ...*¹⁶

La marginación sin hogar, es sin duda la expresión más grave y dramática de los fenómenos de exclusión social. Afecta a un número cada vez mayor de personas y grupos que sufren condiciones muy graves de pobreza severa, marginación y abandono. En Argentina (como en otros países) son escasas las iniciativas específicas que se desarrollan con relación a la atención y rehabilitación de las personas con padecimiento psíquico crónico en situación de marginación sin hogar.

“La gran insuficiencia existente de recursos sociales comunitarios de rehabilitación, atención residencial y soporte social para la población con padecimientos psíquicos, esta incidiendo negativamente en el mantenimiento de la situación de exclusión y marginación de muchas de las personas con padecimientos psíquicos. La situación de éste colectivo es

¹⁵El concepto “desmanicomialización” hace referencia a experiencias llevadas a cabo por grupos políticos y técnicos cuyos objetivos simbolizasen una redefinición de prácticas en el área de la salud mental “opositoras” al manicomio como instancia de internamiento crónico.

¹⁶RODRÍGUEZ DÍAZ, A. “Transeúntes e Indigentes: estados de respuesta y necesidades”. Madrid. Ayuntamiento de Madrid Consejería de Servicios Sociales. 1987.

poco conocida y escasamente atendida y en el se entrecruzan las dimensiones de la Salud mental y exclusión social”...¹⁷

El objeto de esta sistematización es mostrar las estrategias implementadas desde el Servicio Social de la Curaduría Oficial Mar del Plata para poder suplir la carencia de políticas habitacionales, la automarginación y/o marginación social y de ese modo contribuir a la mejora sustancial de la calidad de vida, autonomía y posibilidades de reinserción psico-físico-social de los representados y/o asistidos.

Las mencionadas alternativas están caracterizadas por un estilo de atención flexible, individualizado y continuado, posibilitando la implicación activa de los usuarios.

“Flexible, porque las necesidades y demandas varían y fluctúan en el tiempo y se requiere por tanto la capacidad de adaptarse y ajustarse a los diferentes momentos y situaciones que van ocurriendo. Individualizado, porque cada persona tiene una especificidad única y requiere un apoyo ajustado a sus distintas problemáticas, posibilidades y circunstancias. Y continuado, porque para asegurar a medio y largo plazo el buen funcionamiento de la convivencia y su eficacia como recurso rehabilitador, se requiere que exista una referencia de apoyo capaz de responder diferencialmente a las diferentes circunstancias y necesidades de las unidades de convivencia y de cada usuario específicamente”...¹⁸

“La presencia de una enfermedad impacta las interacciones entre el individuo y su familia inmediata, así como también la red social más amplia, a través de diferentes procesos interconectados.

- *Las enfermedades poseen un efecto interpersonal aversivo, es decir, generan en los demás conductas evitativas.*
- *La enfermedad restringe la movilidad del sujeto, lo que reduce la oportunidad de los contactos sociales y los aísla.*
- *La enfermedad tiende a debilitar al enfermo, y como consecuencia, el sujeto reduce su iniciativa de activación de la red. Dado que toda red posee cierta inercia, esta falta de*

¹⁷RODRÍGUEZ GONZÁLES, A.; GOURAN GONZÁLES, F; AGUIRRE, M. “Rehabilitación e Inserción Social de enfermos mentales crónicos sin hogar”. Trabajo publicado en la revista “Intervención Psicosocial” del colegio de Psicólogos. Delegación Madrid. Febrero 1998. Número monográfico sobre “Personas sin hogar”. Publicado en el Vol. 7 Nº1. Pág. 75-96.

¹⁸MARTINO, M; INDA, A. Proyecto “Casas de Convivencia”. Centro de Promoción Social. Mar del Plata. Bs. As. Argentina. Pág. 3. 2006

activación resulta, a la larga, suficiente como para reducir la participación de los otros, lo que desvitaliza el intercambio interpersonal, cosa que reduce aún más la iniciativa del sujeto, y así, en una suerte de círculo vicioso .

- La presencia de enfermedad en una persona reduce su posibilidad de generar comportamientos de reciprocidad; la persona enferma tiene menos posibilidades de ofrecer comportamientos equivalentes a los de las personas que lo cuidan.

- Los comportamientos de cuidados para con la gente con enfermedades resultan poco gratificantes en tanto tienden a ser reiterados y suelen ser percibidos como poco efectivos, en el sentido de que a pesar de nuestros cuidados, el paciente no mejora rápidamente.

- La presencia de una enfermedad o discapacidad crónica no sólo erosiona la red social habitual, sino que a veces también puede generar nuevas redes tales como las que corresponden a los servicios sociales y de salud. Estas redes de servicios adquieren un carácter a veces central no sólo por sus atributos instrumentales sino también por su capacidad de apoyo instrumental y emocional substantivo” ...¹⁹

¹⁹SLUZKI, Carlos *La red social: frontera de la practica sistémica*. Editorial Gedisa. Barcelona. Pág. 31.

LA SALUD MENTAL Y LAS POLÍTICAS DE ESTADO.

Como encuadre de trabajo es necesario clarificar el concepto de “*salud mental*” desde el que se ponderan las intervenciones relacionadas a las personas con padecimientos psíquicos severo y a la satisfacción de sus necesidades, es decir: ¿A qué se hace referencia cuando se habla de salud o de enfermedad mental?

La OPS (1990) elaboró la siguiente definición: *“Salud Mental: Estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que puedan introducirse en su ámbito físico y social”*.

Sobre esta definición se podría decir ¿Cuál es la diferencia entre esta definición de salud mental y la de una definición de salud en general?. Salud no parece constituir una categoría absoluta, objetiva e inmutable; es menester construirla y reconstruirla junto a las prácticas. Es por eso que resulta más acorde al presente trabajo la definición que plantea Galende (1994): *“El campo delimitado por la Salud Mental es amplio, complejo y aunque todavía requiera precisiones en relación con sus alcances y límites, podemos afirmar que la Salud Mental debe concebirse como inherente a la salud integral y al bienestar social de los individuos, familias, grupos humanos, instituciones y comunidad”*²⁰

El mencionado autor en esta definición articula el estudio de los problemas de la salud y enfermedad mental, la investigación de las necesidades psicosociales y la organización de los recursos para satisfacerlas.

Esta concepción de Salud Mental resulta viable teórica y operativamente debido a que tiene en cuenta el máximo bienestar posible en cada momento histórico y circunstancia determinada, producto de la interacción permanente de transformación recíproca entre el sujeto social y su realidad. Se define a la Salud Mental no sólo como la ausencia de enfermedad sino de un modo positivo por las condiciones necesarias para un bienestar físico, psíquico y social, por lo que se encuentra íntimamente relacionada con las condiciones sociales de la vida.

²⁰ GALENDE, EMILIANO. “Psicoanálisis y Salud Mental”. Paidós. Buenos Aires. 1994. Pág. 56.

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL EN ARGENTINA.

Resulta prácticamente imposible pensar la evolución en el campo de la Salud Mental y más precisamente, las Políticas Públicas de Salud Mental, sin asociarlo al proceso institucional histórico propio de un país y a la ideología dominante que sostiene y reconfigura dicho proceso.

El año 1957 marca un hito en esta reconstrucción histórica del “campo de la salud mental”. Entre otras variables, se creó el Instituto Nacional de Salud Mental, que comenzó a regular las actividades de los profesionales de la Salud Mental, fomentando, institucionalmente, políticas que iban a permitir que los “psiquiatras reformistas” promovieran algunas modificaciones en la estructura de las instituciones manicomiales.

En la década del 60, donde la sociedad Argentina vivió situaciones de intensa conflictividad social, gobiernos democráticos y golpes de estado, es cuando, finalmente, se estableció el denominado “campo de la salud mental”, donde la psiquiatría dejó de ser la *“profesión exclusiva que curaba las enfermedades mentales”*.

“En nuestro país, con la consolidación de lo que se dio en llamar “Estado Benefactor” se consolida una orientación universalista en la configuración del campo de la salud; la salud adquiere el status de un derecho social del cual el propio Estado era garante. Se contaba entonces con un sector público encabezado por el Estado, capaz de asumir la solidaridad social juntamente con la defensa de los derechos ciudadanos y sociales”²¹

Posteriormente, durante el período de la última dictadura militar en la Argentina (1976-1983), prácticamente se devastó el campo de la Salud Mental. Los servicios de las organizaciones públicas se fueron desmantelando. La mayoría de los movimientos reforzados en el período anterior, orientados a la preocupación por lo social, fueron violentamente resistidos, desarticulados o sencillamente clausurados. Sólo permaneció en pie la organización psiquiátrica tradicional, el “manicomio” reforzó su presencia institucional como símbolo de una política de exclusión y anulación de toda diferencia.

El gobierno democrático que asumió en 1983 instauró la política de Salud Mental como una prioridad del sector salud. Se implementó desde la Dirección Nacional en Salud

²¹ GALENDE, E. “De un horizonte incierto”. Editorial Paidós. Bs. As. Argentina. 1999. Pág. 21.

Mental una estrategia que implicaba un profundo cambio ideológico, incorporando, entre las nuevas problemáticas a abordar, todas aquellas que se refieren al sujeto-paciente inserto en su cotidianeidad, la vida relacional, los lazos sociales, etc.

Sin embargo, esta nueva concepción en el campo de las Políticas de Salud Mental no abordó directamente la problemática de las instituciones psiquiátricas y las demandas de desmanicomialización que habían surgido en la década del 60.

Desde la perspectiva del análisis del presupuesto público destinado a Políticas de Salud Mental, un porcentaje muy importante del presupuesto continúa destinándose a estas grandes instituciones, en comparación con los recursos que se asignan a programas alternativos. Además, no se cuenta con la tecnología necesaria (ni los recursos suficientes) para dismantelar, progresivamente, el asilo.

“En el escenario actual, donde se evidencia un progresivo retroceso del Estado en el campo general de las políticas sociales y el surgimiento de nuevas modalidades de racionalización de los servicios, a fin de disminuir el total de las partidas de financiamiento del gasto social, se asiste, nuevamente, a un proceso de reformulación del campo de la salud mental, condicionado ahora por las nuevas variables producto de este cambio de ideología a nivel, no sólo nacional, sino también del proceso que se dio en llamar “globalización”: la exclusión social de una parte cada vez más importante de sectores sociales.

En síntesis, no estamos en presencia de ninguna “extensión” del modelo que propuso Salud Mental desde los años 60, sino de los indicios de un nuevo modelo, heterogéneo y discordante, pero cuya característica esencial estará dada por los efectos amplios que implica el proceso de privatización. Asistimos a un cierto retorno del objetivismo médico positivista por vía de los psicofármacos y las teorizaciones en torno a la esperanza del hallazgo de la naturaleza de las enfermedades. Antigua ilusión de la psiquiatría, que nuevamente pretende disputar el dominio de las psicoterapias. Desde el sector público se promueven tecnologías para la gestión de las poblaciones marginadas, con criterios que ya no son aquellos de la protección social sino los de un control y apaciguamiento de las poblaciones, ya que se trata prioritariamente de políticas de contención social dirigidas a atenuar los efectos del ajuste económico”...²²

²² GALENDE, E. “De un horizonte incierto”. Editorial Paidós. Bs. As. Argentina. 1999. Pág. 61.

DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL EN EL PARTIDO DE GENERAL PUEYRREDÓN.

El municipio de Gral. Pueyrredón, al que pertenece la ciudad de Mar del Plata, tiene a su cargo la gestión de acciones e intervenciones tendientes a fomentar, proteger, conservar, restablecer y rehabilitar la salud mental de la población, en el marco de la Atención Primaria de la Salud, integrando en su funcionamiento al resto del equipo de salud. Para el cuidado de la Salud Mental de la comunidad cuenta con una Dirección de Salud Mental dependiente de la Secretaría de Salud que se aboca a dos tipos de acciones:

1) Clínicas: orientadas al individuo y su familia, realizando tareas de diagnóstico, orientación y tratamiento de los distintos grupos de edad, con enfoque individual, familiar y/o grupal. Con implementación de grupos de acompañamiento, sostén y terapéuticos; entre ellos uno a cargo de un equipo profesional para atención de las adicciones en centros diurnos.

2) Comunitarias: realizando el Diagnóstico Comunitario, a partir de los datos Epidemiológicos, con el objetivo de poner en marcha tareas de Promoción y Prevención, enfatizando el desarrollo de las capacidades y aptitudes de las personas, familias y comunidades más expuestas.

“El énfasis en nuestra tarea está puesto en las tareas de Promoción y Prevención, y en la asistencia de las necesidades básicas de la comunidad, a través de acciones de baja complejidad integradas en los servicios generales de salud”²³

Como surge de un informe de la Subsecretaría de Salud (Ver Anexo 3) *“(…) en referencia al llamado proceso evolutivo de salud- enfermedad, el caudal de atención mayor se encuentra en los periodos prepatogénicos= trastornos de Salud Mental y se reduce en los patogénicos=enfermedad psiquiátrica instalada...”²⁴*

Con relación a los Psiquiatras, el departamento cuenta con un (1) profesional para la atención de niños de hasta 15 años, que cumple parte de su horario en el “Instituto Rómulo Echeverri de la Maternidad y la Infancia” (IREMI- zona centro) y parte en el Centro de Salud N° 2 (zona puerto). Para la atención de adultos cuenta con cuatro (4) profesionales.

²³ SÍNTESIS MODELO APS- SALUD MENTAL- MGP. (Ver Anexo 3)

²⁴ *Ibidem.*

Los centros de salud municipal son 23 y han sido divididos en cuatro (4) zonas, que son referidas a las Salas Jara (zona centro), Libertad (barrio periférico de la zona norte de la ciudad), Centro N° 2 (zona puerto)y Las Heras (barrio periférico de la zona este de la ciudad) y son cubiertas por dos médicos psiquiatras con dedicación de 18 Hs. y 24 Hs. semanales; un tercer psiquiatra con 24 Hs. semanales de trabajo para el Centro de día SEMDA (adicciones) y el restante profesional con 35 hs. semanales de trabajo para el consultorio de medicina preventiva y laboral para personal municipal.

“ En resumen hasta la fecha el Municipio trabaja los periodos prepatogénicos y de los patogénico, los que corresponden a dispositivos de baja complejidad y no se logra actualmente esta articulación ya que se recepta solicitudes de atención de lo expresado ut supra y de institucionalizados.

Las palabras que definirían conceptualmente al alcance Municipal serían:

Intervención de baja complejidad

AMBULATORIOS *Corto tiempo*

Alto impacto

Integrada a la Práctica General de Salud

Evitación del surgimiento de enfermedad mental (Psicopatología-cronicidad)

No hay en la ciudad Instituciones Monovalentes, sólo en Necochea, para toda la Región VIII (Ver Anexo 4) para la atención de la enfermedad Psiquiátrica Crónica en su seguimiento de complejidad ni para internación psiquiátrica pública prolongada” ...²⁵

²⁵ “A Secretaría Legal y Técnica”. Ver ANEXO 3. Pág. 5

LAS POLÍTICAS LOCALES DE VIVIENDA:

Resulta fundamental recordar los lineamientos claros y precisos que surgen del marco constitucional nacional, como así también de los compromisos internacionales con jerarquía constitucional asumidos por nuestro país, que deben ser tomados en cuenta para afrontar la difícil situación que padece un importante sector de nuestros conciudadanos.

“ en términos generales se puede afirmar que, si bien pareciera que hubo pocos cambios en los años 90 en materia de políticas habitacionales, en esencia el cambio fue profundo . Lo que caracterizó esta etapa es el cambio en la relación Estado- mercado. Se puede decir que en un país con un ambicioso sistema nacional de provisión de vivienda, montado sobre principios solidarios e intenciones redistributivas, lo que se ha dado es un proceso de deconstrucción de la vivienda social.

(...)La condición de vivienda social ha sido abandonada -e incluso condenada- en los años 90 en las acciones de las políticas neoliberales y en las recomendaciones de las agencias internacionales. La promovida reinstauración del principio liberal de la responsabilidad individual en el acceso a la vivienda, implica asimismo el abandono de la noción de la responsabilidad compartida y los principios de solidaridad social”...²⁶

En relación con la ciudad de Mar del Plata, en lo que se refiere a políticas habitacionales se puede señalar que los programas desarrollados por la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón son los que se citan a continuación:

Dirección Ejecutiva de Tierras y Viviendas.

1) Programa de subsidios en materiales.

Subsidio en materiales de construcción para obra nueva, ampliación, terminación o reparación de viviendas.

Recursos:

- La municipalidad a través del EMSUR provee los materiales para la ejecución de las obras y brinda asistencia técnico-social durante el desarrollo de las mismas.

²⁶ CRAVINO, M; WAGNER, R; VARELA, O. “Notas sobre la política habitacional en el AMBA en los años 90”. 2004. Ver en www.google.com

- Las viviendas se realizan por autoconstrucción o con mano de obra aportada por la Municipalidad a través de las cuadrillas del Programa Barrios Bonaerenses. En algunos casos se utilizan sistemas constructivos racionalizados.
- Se construyen módulos iniciales de vivienda (de 1, 2 y hasta 3 ambientes) con núcleo sanitario, con posibilidad de crecimiento.

Beneficiarios:

- Las familias beneficiarias son seleccionadas de entre los inscriptos en el Registro Único de Aspirantes a soluciones habitacionales.
- Se asigna prioridad a las familias constituidas por mujeres solas jefes de hogar con menores a cargo.

Año 1997: 7 viviendas \$20.300, 13

Año 1998: viviendas \$27.278, 44

Año 1999: viviendas \$49.245, 67

2) Autogestión. Ordenanza N° 10527.

Prototipos individuales de vivienda progresiva:

- Prototipo de 1 a 4 dormitorios.
- Para terrenos de 8,66 metros o mayores
- Con techo plano o inclinado
- Derechos por confección de planos, trámite de aprobación final de obra y dirección técnica: \$ 70

Recursos propios y asistencia técnica municipal:

- La Municipalidad a través del EMSUR, entrega documentación aprobada , de acuerdo a los proyectos de cada prototipo elaborado y realiza la verificación técnica de las etapas de construcción previstas.
- El propietario es el responsable de la construcción con recursos propios.

Requisitos:

- Ser propietario del terreno.
- No poseer recurso suficiente para afrontar su problema de vivienda, ni poseer otra propiedad inmueble.

- Vivienda familiar y estable, acreditando un año mismo de residencia permanente en el partido.
- Materiales o instalaciones no suntuarias.

Año 1981/1996: 1954 beneficiarios

Año 1997: 52 beneficiarios.

3) Créditos de Materiales. Ordenanza N° 10439.

Créditos individuales para inicio de obra, ampliación, refacción y terminación de viviendas, cancelables en 3 años en cuotas mensuales y consecutivas.

- Monto del crédito: hasta \$ 3000.

Recursos municipales y recursos propios:

- La Municipalidad a través del EMSUR otorga financiamiento para la compra de materiales, y brinda asistencia técnica durante el desarrollo de las obras.
- Los beneficiarios aportan o contratan la mano de obra con recursos propios.

Requisitos:

- Conforman un grupo familiar
- No poseer ingresos suficientes para solucionar por si mismos el problema de la vivienda.
- Ser propietario, ocupante de terreno fiscal con autorización o acreditar cesión de terceros.
- Proporcionar un garante
- Estar al día con la tasa de alumbrado, limpieza y conservación de la vía pública

Año 1992/96: 1499 créditos otorgados.

Año 1997: 112 créditos otorgados.

Como se permite entrever desde el año 1999 los mencionados programas o créditos se encuentran paralizados, es decir no se han brindado soluciones que permitan atenuar las dificultades habitacionales para la población en general.

En el mes de Noviembre de 2005 en los medios periodísticos de esta ciudad informaron sobre la entrada en vigencia e en vigencia un plan (Plan Federal) destinado a paliar dificultades habitacionales en Mar del Plata. Consultas efectuadas ante organismos pertinentes del municipio (Dpto. de Promoción Social) dieron como resultado la información a través de un cartel expuesto en dicho organismo que “ Plan Federal de Viviendas: Aún no se encuentra abierta la inscripción. Oportunamente, a través de los medios de comunicación, se difundirán fechas, lugares, requisitos”...Difusión que no se ha dado hasta el momento de la realización del presente trabajo.

Capítulo III

CAPÍTULO III

EL TRABAJO SOCIAL Y SUS MODOS DE INTERVENCIÓN.

El hombre es un organismo “biosocial”. El caso, el problema y el tratamiento siempre deben ser considerados por el trabajador social como un proceso psicosocial. Un caso social no está determinado por el tipo de cliente ni puede determinarse por el tipo de problema (sea una dificultad económica o un problema de conducta). El caso social es un “acontecimiento vivo” que siempre incluye factores económicos, físicos, mentales, emocionales y sociales, en proposiciones diversas. *“Un caso social se compone de factores internos y externos, o sea, relativos al medio ambiente. No sólo se trata a la gente en el sentido físico o al ambiente en el sentido físico, sino que se estudia a los individuos en todo lo que se relaciona con sus experiencias sociales, así como con sus sentimientos sobre estas experiencias. (...) Fundamentalmente todos los casos sociales tienen características internas y externas, e incluyen una persona y una situación, una realidad objetiva y el significado que esta realidad objetiva tiene para quien experimenta”...*²⁷

“Cada caso individual que ingresa a nuestro lugar de trabajo, lo es solamente desde su carátula, nuestra práctica nos enseña otra cosa. Apenas comenzamos a intervenir, descubrimos que esa persona singular cuenta con algún familiar, aunque no viva con él o no lo trate asiduamente, con vecinos, con antiguos compañeros de trabajo o de estudio, con amigos; personas que en la larga historia de su padecimiento psíquico algún rol han desempeñado con respecto a ese familiar amigo o compañero y lo que es más importante, algún rol desempeñaran en el futuro.

(...)En el más simple de los casos existe un juzgado que entiende en tema, una curaduría que asiste y/o representa y un servicio de salud que asume el tratamiento clínico psiquiátrico o psicoterapéutico. De allí en más el número de instituciones que interviene se multiplica por dos o por tres en la mayoría de los casos.

Junto a estos elementos aparece otro no menos relevante; las personas atendidas por las características de su padecimiento, tienen en algunos casos serias dificultades en el

²⁷HAMILTON, G. “Teoría y Práctica del T.S. de casos”. Ediciones científicas. La prensa Médica Mexicana, S.A. 6ta. Reimpresión. 1982. Ed. Fournier. Pág. 2.

curso y contenido de su pensamiento y en otros déficit que impiden hasta la más elemental comunicación. A simple vista esta situación nos alejaría de toda posibilidad de aprehensión de nuestro objeto específico, aquella...dimensión del hombre como ser pensante... y nos impediría cualquier intervención, al verse dificultada la comunicación racional, herramienta genuina básica para el quehacer profesional”...²⁸

Definimos aquí la intervención como un *“querer actuar, intervenir en un asunto significa tomar parte voluntariamente, convertirse en mediador, interponer su autoridad”²⁹*. Ni la complejidad de la *“unidad de trabajo”* ni las limitaciones de comunicación con el sujeto portador del padecimiento, impiden cambios observables, producto de la intervención del trabajador social, tanto en la persona como en su entorno. Según Cristina De Robertis (1992) el trabajador social *“hace”* en forma consciente y voluntaria, con el fin de modificar la situación del asistido. Motivo por el que propone diferentes tipos de intervención separándolos de las otras fases del método, aunque esta separación es artificial respecto de la práctica social.

“Las formas de intervención pueden ser numerosas y variadas; lo esencial no es solamente definir las intervenciones, sino más bien determinar a partir de qué elementos se efectúa la selección de tal o cual tipo de intervención(...). El trabajador social efectuará esta selección según su comprensión de la situación del asistido y de las hipótesis que plantee a medida que transcurre el proceso de trabajo”...³⁰

“La intervención profesional en el campo de la Salud Mental debe tender a generar redes de solidaridad y reforzar vínculos sociales. Se trata de construir alternativas. Aquellas prácticas que lo fueron en una época, pueden no serlo en estos momentos. Lo alternativo no se define por las formas sino por la base ética, ideológica y conceptual en la que se asienta” (Stolkimer: 1999).

²⁸TAUCAR, N; MENDEZ, R. “Las Curadurías de Alienados. Un enfoque integrado”. Tercer encuentro sobre Curadurías Oficiales. 1996. Pág. 2.

²⁹DE ROBERTIS, C. “Metodología de la intervención en trabajo social”. Editorial El ateneo. Segunda edición. Barcelona. Buenos Aires. México. Lima. 1992. Pág. 131.

³⁰DE ROBERTIS, C. “Metodología de la intervención en trabajo social”. Editorial El ateneo. Segunda edición. Barcelona. Buenos Aires. México. Lima. 1992. Pág. 132.

Tipos de Intervenciones

1) Intervención directa:

“Las intervenciones directas son las que se dirigen al asistido en una relación frente a frente. El asistido, entonces, está presente y es actor, tanto como trabajador social. (...) Asistido-trabajador social se encuentran así, juntos, comprometidos en un proceso que los modificará a los dos y que introducirá cambios tanto en uno como en otro.

*Sin embargo, es el trabajador social -por su status y su rol- quien está comisionado para aportar la asistencia profesional necesaria al asistido (...). Sobre él convergen las expectativas del asistido y del empleador. En efecto, es él quien tiene la responsabilidad de controlar -tanto como sea posible- las influencias que ejerce y, en todos los casos, de analizar, explicar claramente y escoger las intervenciones que se lleve a cabo”.*³¹

Según Cristina Di Robertis se exponen seis grandes tipos de intervención:

- A) Clarificar- apoyar
- B) Informar- educar.
- C) Influir- persuadir.
- D) Controlar- ejercer una autoridad.
- E) Poner en relación- crear nuevas oportunidades.
- F) Estructurar una relación de trabajo con el asistido

- A) **Clarificar- Apoyar:** Estas intervenciones tiene como objetivo permitir al asistido analizar los diversos aspectos de su situación (clarificación), restaurar o afirmar su confianza en sí mismo, su autoestima (apoyo), y comprender mejor su propio funcionamiento en su relación con los otros (conocimiento de sí). *“ el trabajador social utiliza su relación con el asistido como un medio privilegiado, como una palanca de las potencialidades latentes en el asistido, como un motor de cambio”*³²

Clarificación: El objetivo, en efecto, es doble: por una parte, el trabajador social (TS) se esfuerza por comprender; por la otra parte, se induce al asistido a explorar por sí mismo los diferentes aspectos de la situación. La clarificación es necesaria para comprender la

³¹ Ibidem. Pág. 135.

³² DE ROBERTIS, C. “Metodología de la intervención en trabajo social”. Editorial El ateneo. Segunda edición. Barcelona. Buenos Aires. México. Lima. 1992. Pág. 136.

situación del asistido como para que éste explore por sí mismo los diferentes aspectos del problema y sus repercusiones.

Este tipo de intervención debe renovarse siempre.

La clarificación implica una acción atenta del TS, para la cual emplea tres medios: escuchar, observar e interrogar.

Escuchar al asistido es la primera fuente de información (escuchar no es solamente oír), implica una concentración de la atención, un esfuerzo real para percibir la significación del mensaje tanto en lo que se refiere a las palabras empleadas como en el contenido no verbal que lo acompaña. Así, escuchar y observar son dos actividades complementarias del TS que intenta comprender. Observar implica percibir los mensajes no verbales, gestuales y corporales que expresan los sentimientos del asistido (tensión, abatimiento, alegría, etc).

En el caso particular que nos ocupa y teniendo en cuenta el tipo de población que se aborda desde la Curaduría no siempre es suficiente con escuchar y observar para comprender todos los datos de la situación. En la mayoría de los casos los asistidos presentan su situación confusa, desordenada e incompleta; por otra parte, el TS puede tener dificultades para descifrar el significado de los mensajes que le son dirigidos.

En estos casos se pueden realizar dos actividades de clarificación; el TS reordena los elementos de la situación del asistido (tanto objetivos como subjetivos), tal como los entendió y comprueba con él si su comprensión fue pertinente, o bien formula preguntas complementarias, centradas en el problema expuesto; a veces puede explicar el porqué de esas preguntas y qué lo lleva a pedir más información.

“Este interrogatorio pertinente permite abordar con el asistido puntos que el mismo omitió o consideró poco importantes, permite abrir nuevas perspectivas de análisis de la situación y explorar nuevas vías posibles de solución o de respuesta a sus problemas. El interrogatorio del TS es particularmente útil para ampliar la reflexión del asistido, para mostrarle diferentes pistas de análisis posibles y comprometerlo activamente en las soluciones.

Las intervenciones de clarificación realizadas por el TS tienen un efecto calmante y tranquilizador para el asistido, quien las aprecia como un esfuerzo de comprensión y como una consideración real de sus problemas y de él mismo como persona"³³

Apoyar: Este tipo de intervenciones trata de aliviar al asistido, disminuyendo la ansiedad, el temor, la culpabilidad que pueden menoscabar su capacidad para encarar su situación presente.

Atento a que los asistidos, de la Curaduría, son ciudadanos con vulnerabilidades de diferentes características que requieren ser adecuadamente atendidas, que luchan diariamente con sus dificultades y que pueden llegar a sentirse solos, distintos; con éste tipo de intervención se puede ayudarlos a estar menos inquietos y encarar soluciones con mayor tranquilidad. En algunos casos la ansiedad de los representados no tiene ningún fundamento real y objetivo, y esta clase de intervenciones tranquilizadoras pueden producir un alivio de la tensión.

*Las " intervenciones de apoyo permiten al mismo tiempo canalizar hacia el exterior la agresividad que el asistido siente contra sí mismo, y estimula además su capacidad de reacción dinámica. Una excesiva sensación de culpabilidad o de fracaso es más paralizante que estimulante. Una imagen de sí demasiado desvalorizada impide la búsqueda de soluciones creativas de sustitución. Apoyar al asistido es devolverle la esperanza"...*³⁴

La comprensión de sí: tiene por objetivo permitir al asistido discernir y comprender sus comportamientos afectivos y de relación y volcar los afectos de su comportamiento sobre los demás. Corresponde al TS decidir y elegir si utiliza esta intervención.

Es un proceso dinámico que no se detiene, siempre debe completarse, es difícil y doloroso.

Se distinguen: - Primer nivel: comprensión de la dinámica del pasado, del origen y desarrollo de nuestra personalidad.

- Segundo nivel: promover la comprensión de sí, de su comportamiento y actitudes.

³³ DE ROBERTIS, C. "Metodología de la intervención en trabajo social". Editorial El atenco. Segunda edición. Barcelona. Buenos Aires. México. Lima. 1992. Pág. 138.

³⁴ Ibidem. Pág. 139

B) **Informar- Educar**: TS utiliza sus conocimientos y saberes para responder a las necesidades del asistido. Hay tres formas de intervención:

- 1) **Información**: tiene como objetivo proveer al asistido de los conocimientos suficientes para que pueda escoger y hacer valer sus derechos. Es legal y administrativa (informaciones acerca de cómo guiarse y actuar en distintos organismos), proveer información sobre los recursos y organismos sociales que existe en el sector.
- 2) **Asistencia Material**: consiste en paliar una situación financiera precaria o beneficiar al asistido. Organismos sociales prevén servicios destinados a las necesidades materiales de sus asociados en dificultades graves o urgentes (fondos públicos o privados). Se debe justificar por escrito, los motivos de la solicitud. Es una posición de dependencia respecto a los organismos, el TS es un mediador entre el asistido y los organismo. La asistencia material está precedida por una evaluación de la situación.

Desde la Curaduría y teniendo en cuenta que varios de sus representados atraviesan una carencia material excepcional este tipo de intervención se presenta en forma recurrente y dado a que todo proyecto de vida no puede ser realizado sino se asegura la alimentación, la vestimenta, la vivienda, etc; como primer aspecto que hace a la condición humana. En el caso de los representados de la COA a veces las personas no están capacitadas para actuar por sí mismas y es el TS quien debe procurarles los recursos que necesita y capacitarlos para utilizarlos de un modo constructivo.

- 3) **Educación**: En el caso de los TS el objetivo educativo es promover el desarrollo personal o la inserción social de niños, jóvenes y adultos , ya sea que aquellos actúen en hogares o instituciones , o bien en el medio familiar.

C) **Persuadir-Influir**: En trabajo social, diferentes formas de intervención utilizadas corrientemente tienden a ejercer-en forma consciente y querida-influencia sobre el asistido, a fin de llevarlo a modificar su situación o a hacer-o no hacer-tal o cual cosa. Evidentemente, los TS ejercen también sobre los asistidos influencias menos conscientes , y , recíprocamente , experimentan influencias de parte de sus asistidos.

Entre estos tipos de intervención se definen:

- 1) El consejo: tiene por objetivo influir sobre el asistido a fin de que organice su vida, sus actividades, de la forma más adecuada según la óptica y las referencias del TS o de la sociedad a la que éste representa.
- 2) Confrontación: Confrontar al asistido con la consecuencia de los actos y prevenirlo de las consecuencias que tal o cual comportamiento ocasionaría. El asistido experimenta así una fuerza disuasiva importante. El TS intenta disuadirlo confrontándolo con las consecuencias futuras.

Teniendo en cuenta las características de la población de la COA éste tipo de intervención es utilizada frecuentemente, dado a que en varios casos la capacidad para proyectarse en el futuro y para imaginar el porvenir es limitada.

- 3) Persuasión: Esta intervención trata de influir en el asistido en un grado más alto que las dos precedentes. Se trata, en efecto, de convencer al asistido de unirse a la propuesta del TS.

D) **Controlar-Ejercer autoridad:** Estas intervenciones tienen como objetivo imponer al asistido coacciones y límites, así como ejercer sobre él una cierta vigilancia. Se pueden distinguir las siguientes intervenciones:

- 1) Trabajo de seguimiento: El objetivo es ejercer una vigilancia discreta sobre la situación del asistido y prevenir un nuevo deterioro de esa situación, interviniendo con rapidez en caso de dificultades.
- 2) Imponer exigencias y límites: El TS impone límites y pone exigencias a los asistidos, con respecto a horarios, contrato, compromiso, etc, imponer reglas, que no se deben violar. Este tipo de intervención se utiliza a menudo con el fin de estimular y movilizar al asistido, de hacerlo actuar. No obstante las exigencias que se imponen al asistido deben condicionarse a lo que es posible y realizable, tanto desde el punto de vista físico como intelectual o afectivo.
- 3) Control: Se ejerce en la mayoría de los casos por mandato legal. La autoridad que ejerce el TS se funda entonces en la ley y ésta legitima sus intervenciones de control.

En el caso particular de la COA al trabajar con pacientes con padecimiento psíquico crónico este tipo de intervención se utiliza asiduamente, debido a que dada su situación psíquica es necesario ejercer una vigilancia discreta sobre la situación de los mismos y prevenir eventualmente un nuevo deterioro en su situación, interviniendo con rapidez en caso de dificultades o recaídas.

E) **Poner en relación- Crear nuevas oportunidades**: En estas intervenciones, el rol del TS es facilitar y, por lo tanto, se dedica a estimular y motivar al asistido para que haga la experiencia de nuevas formas de vida social. En este marco pueden utilizarse tres formas de intervención:

- 1) **Poner en relación**: Se trata de facilitar al asistido la ampliación de su marco relacional, de permitirle un aprendizaje progresivo –según sus necesidades y aptitudes- de la comunicación con otras personas e instituciones.
- 2) **Apertura y descubrimiento**: estimular al asistido para que explore otras posibilidades, que para él son desconocidas. Permite obtener una nueva visión de las cosas.
- 3) **Utilización y creación de estructuras del medio y participación en ellas**: estimular a participar de él activamente, para destacar su vida social y utilizar las instalaciones que están a su disposición.

Una de las características particulares de la COA es que mantiene una intervención prolongada en el tiempo con las personas representadas por ésta, debido a que, por lo general, la designación de este cargo es permanente. A partir de esto, el servicio social dentro de la medida posible y en forma coordinada con el lugar de tratamiento y/o entorno familiar y red social de la persona, realiza un seguimiento que tiene por objeto no sólo proteger la situación patrimonial de ésta, sino también trabajar en la recuperación de capacidades personales y de interrelación con el medio, promoviendo de esta forma el desarrollo de su calidad de vida.

F) **Estructurar una relación de trabajo con el asistido**: Estas intervenciones tienen como objetivo procurarse los medios necesarios para lograr con éxito el cambio que uno

se propone. Hay tres formas de intervención tendientes a estructurar un relación con el asistido:

- 1) Estructuración en el tiempo: establece ritmos de encuentros, su duración y duración total de la actividad emprendida
- 2) Utilización del espacio: la mayoría de los TS tienen por lo menos, dos lugares de intervención habituales: los locales del organismo empleador y el domicilio del asistido (cuando se trata de individuos o de familias). El encuentro con el asistido puede producirse también en otros lugares: la calle, el café, la plaza u otro lugar público; éste espacio tiene una significación y una repercusión diferente.
- 3) Focalización en objetivos de trabajo: determinar las finalidades que se desea alcanzar y tareas a cumplir. Los objetivos de cambio se acuerdan conjuntamente.

2) Intervenciones Indirectas:

“ son las que realiza el TS fuera de la relación personal con el asistido. Se trata de acciones que el TS lleva a cabo a fin de organizar su trabajo, planificar acciones que se realizarán más tarde con el asistido y, también, acciones en beneficio del asistido, pero sin la participación activa y directa de éste. El TS es entonces actor para el asistido ”...³⁵

Según Cristina Di Robertis se exponen cinco tipos de intervención:

- A) Organización-documentación
- B) Programación y planificación de intervenciones directas
- C) Intervenciones en torno al asistido
- D) Colaboración con otros trabajadores sociales
- E) Intervención a nivel de organismos sociales.

A) Organización y documentación: Estas intervenciones tienen por objeto administrar el tiempo, el espacio y los conocimientos del TS para que éste en condiciones de ofrecer al asistido su mejor acogida y mayor disponibilidad.

³⁵ DE ROBERTIS, C. “Metodología de la intervención en trabajo social”. Editorial El ateneo. Segunda edición. Barcelona. Buenos Aires. México. Lima. 1992. Pág. 138.

1. **Organización del espacio:** Implica el arreglo de los locales del servicio y de la sala de espera. Aunque se puede realizar un buen trabajo en locales poco confortables, el arreglo del espacio es una intervención importante, con demasiada frecuencia ignorada o dejada de lado. En el caso particular de la COA y aunque se trata de un organismo judicial no tiene su sede en el edificio de los Tribunales. Este hecho que originariamente se debió a una simple cuestión de espacio, actualmente constituye una condición de evaluación como sustancial, ya que permite atender, en un ámbito alejado del trajín tribunalicio y de su imagen de litigiosidad, a los asistidos y representados, a sus familiares y a los miembros de la comunidad en general.
2. **Organización del tiempo de trabajo:** La organización del tiempo de trabajo requiere de parte del trabajador una atención especial para poder estar a disposición del asistido y ofrecerle un servicio de calidad. La organización del tiempo se efectuará en función de elecciones prioritarias de trabajo, de las exigencias del servicio empleador y de los asistidos.

La organización del tiempo permite también prever –según las curvas de actividad habituales– la ejecución de ciertas tareas o proyectos (como informes, balances, estudios, documentación, etc). En el servicio social de la COA y teniendo en cuenta que se cuenta con una población estable y acumulativa los trabajadores sociales organizan su tiempo en: días de guardia (2-3 veces por semana predeterminados), visitas domiciliarias e institucionales, entre otros.
3. **La documentación:** Los trabajadores sociales se ven obligados constantemente a poner al día sus conocimientos y a mantenerse al corriente de las últimas modificaciones legislativas o institucionales. La organización de la documentación es una tarea indispensable para el ejercicio profesional. En el mismo orden de ideas, el conocimiento profundo de su sector de trabajo es indispensable para orientar al asistido a fin de que utilice lo mejor posible las instalaciones que están a su disposición, y para ubicar la problemática individual o familiar en su contexto más amplio.

B) Programación y planificación de intervenciones directas: Esta forma de intervención agrupa todas las acciones previas al comienzo de un proyecto de intervención ante el asistido. Se desarrollan tres tipos de intervención: 1) fases preliminares a la constitución de un grupo; 2) organización de actividades de grupo puntuales; y C) la elección de actividades de apoyo en el programa de un grupo.

La programación y la planificación de estas intervenciones se realizan a menudo en equipo con otros TS pertenecientes a otros organismos.

C) Intervenciones en torno del asistido: Las intervenciones en torno al asistido tienen como objetivo modificar la situación exterior del asistido, ampliar su inserción social y modificar la aptitud que tienen a su respecto las personas significativas que lo rodean.

La intervención del trabajador social ante personas significativas del entorno del asistido es útil en diversas circunstancias, especialmente cuando el asistido goza de escasa estima social o cuando es el chivo emisario del grupo del grupo social en el que vive.

En el trabajo que se desarrolla en la COA , cuando se toma intervención “ *el deterioro de la red social desatendida por largos periodos no siempre permite retrotraerse a etapas de autonomía , de la red de la que forma parte el causante. Se trata entonces de establecer en que medida esa red podrá recuperar sus capacidades o deberá ser asistida para el cumplimiento de sus funciones (...). Cuando la red natural está debilitada o deteriorada es preciso pensar en su sustitución, por una red institucional o artificial. Esto lo observamos cuando la persona se encuentra en la faz aguda de una descompensación clínica o cuando su capacidad de mantener un proyecto de vida autónomo es inexistente o se ha agotado.*

(...) Cuando la red sustituta está destinada a suplantar una red primaria inexistente o una en que los vínculos que establece son de carácter negativo, esta indicado trabajar sobre proyectos de mayor permanencia, tales como casa de pre-alta, casa de convivencia,, familias alternativas, etc” ...³⁶

En los casos en los que es necesario recurrir a una red sustituta, se evalúa a la misma teniendo en cuenta el eje clínico y social, “*las acciones instrumentadas deben*

³⁶ TAUCAR, N; MENDEZ, R. “Las Curadurías de Alienados. Un enfoque integrado”. Tercer encuentro sobre Curadurías Oficiales. 1996. Pág. 8.

tender a mantener los vínculos con el exterior y preparar a la red para la futura reinserción del causante"³⁷

D) Colaboración con otros trabajadores sociales: Los trabajadores sociales se ven impulsados frecuentemente a encontrarse con colegas del mismo servicio o de otros servicios. Teniendo en cuenta la población abordada por la COA y que en algunos casos por ejemplo es necesario: gestionar ayudas económicas adicionales ante su obra social u otro organismo, solicitar evaluaciones de admisión para dispositivos terapéuticos (centros de día, talleres protegidos, hospital de día, entre otros); el objetivo de éste tipo de intervención puede ser un intercambio de informaciones que permitan realizar evaluaciones pertinentes y elaborar planes de acción, estudiar y analizar un problema, etc.

Se distinguen cuatro tipos diferentes de colaboración entre trabajadores sociales colegas:

1. La comunicación: Se trata de contactos ocasionales entre dos o más trabajadores sociales, con el objetivo principal de intercambiar recíprocamente informaciones obre el asistido.
2. La concertación: Se trata de coordinar los esfuerzos de varios trabajadores sociales que intervienen ante el asistido, de elaborar en conjunto un análisis de la situación del asistido, una evaluación y un plan de acción común en el que cada trabajador social sumirá un rol establecido en forma acordada

La concertación es a menudo puntual, seguida de encuentro periódicos de evaluación y de ajuste. Atento a que la función de curador generalmente es permanente, es preciso que estos encuentros establezcan los límites y el marco de intervención de cada profesional.

3. El trabajo en equipo: Implica una estructura de encuentros regulares; el trabajo en equipo puede centrarse en el asistido

³⁷ Ibidem. Pág. 9

o en los mismos trabajadores sociales, o también en proyectos de acción común o en investigaciones.

4. La consulta: Encuentro de dos trabajadores sociales, uno de ellos especializado, pone en disposición del otro la posibilidad de realizar intercambio y reflexionar. Es un encuentro ocasional sobre una situación precisa. Difiere de la supervisión, que es un proceso de formación individualizado que es más prolongado (1-3 años).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

La presente tesis se basó en una sistematización, dado a que a partir del registro de una práctica se logró un acercamiento a una realidad específica. *“ a través de la sistematización se concreta la unidad teoría-práctica, la praxis, en el sentido de reflexionar haciendo y hacer reflexionando ”...³⁸*

Para su realización se seleccionaron los casos (unidad de análisis), a partir de las propias intervenciones y los datos suministrados por informantes clave, equipo de trabajo de la Dependencia y de la lectura de los legajos³⁹ particulares pertenecientes a la Curaduría.

Los criterios para la selección de las unidades de análisis fueron los siguientes:

- Representados por la Curaduría Oficial de Alienados, con domicilio en la ciudad de Mar del Plata.
- De ambos sexos, sin límite de edad, declarados insanos.
- Que se encontraran externados al momento del estudio.

“El método no basta ni es todo, se necesitan procedimientos y medios que hagan operativos los métodos. A este nivel se sitúan las técnicas (...). Si el método es el camino o procedimiento general del conocimiento científico, las técnicas son los procedimientos de actuación concretos que deben seguirse para recorrer las diferentes fases del método científico ”...⁴⁰

Las técnicas que se emplearon para realizar le presente sistematización fueron:

- ◆ observación documental y análisis bibliográfico
- ◆ observación participante
- ◆ entrevistas semi-estructurada a diversos informantes y en profundidad a la población estudiada.

³⁸ KISNERMAN, N; MUÑOZ, D. “Quién le teme a la sistematización”. Editorial Lumen-Humanitas. Buenos Aires. Argentina. Agosto de 1996. Pág. 15.

³⁹ Documentación perteneciente a la COA que constituye copia fiel del expediente judicial y también esta conformado por el registro de las actuaciones realizadas por el equipo de trabajo de esta institución.

⁴⁰ ANDER-EGG. “Técnicas de investigación social”. Ed. Humanitas. 21° edición. Bs. As.. Argentina. Mayo 1997. Pág. 42.

Observación documental y análisis bibliográfico:

“La consulta y recopilación documental consiste en ponerse en contacto con esa parte de la realidad que se ha de investigar y en la que se ha de actuar, a través de lo que otros vieron o estudiaron de ella. Los documentos son hechos o rastros de “algo” que ha pasado, de ahí que “testimonios” que proporcionan información, datos o cifras, constituyen un tipo material muy útil para la investigación social.

Se trata de informaciones, documentos escritos, estadísticas, mapas, periódicos, obras literarias, recogidos y elaborados por distintas personas, organizaciones o instituciones y que sirven para conocer mejor un aspecto de la realidad.

Cuando se reúnen documentos para incorporarlos a una investigación es necesario someterlos previamente a un examen crítico. Esto es indispensable, pues casi todos los datos recogidos de fuentes documentales tienen carácter secundario debido a que el investigador no tiene contacto directo con los hechos y fenómenos a que hace referencia en los documentos”.⁴¹

Observación participante:

Según Ander-Egg esta clase de observación consiste en la participación directa e inmediata del observador en cuanto asume uno o más roles en la vida de la comunidad, del grupo o dentro de una situación determinada.

Dicho autor la define como la técnica por la cual se llega a conocer la vida de un grupo desde el interior del mismo, permitiendo captar no sólo los fenómenos objetivos y manifiestos sino también el sentido subjetivo de muchos compartimientos sociales, imposibles de conocer (y menos aún de comprender) con la observación no participante.

Entrevista semiestructurada:

Este tipo de entrevista contiene aspectos relativos a la modalidad de entrevista estructurada (formal o estandarizada) y no estructurada (da mayor libertad a la persona interrogada y al encuestador).

En la entrevista no estructurada se deja mayor libertad a la iniciativa de la persona interrogada y al encuestador; se trata en general, de preguntas abiertas que son respondidas

⁴¹ Ander-Egg, E. “Técnicas de Investigación Social”. Ed. Humanitas. 21° edición. Bs.As. Argentina. Mayo 1997. Pág. 42.

dentro de una conversación y tienen como característica principal la ausencia de una estandarización formal de las preguntas.

Esta clase de entrevista, adopta la forma focalizada, en la que el encuestador tiene una lista de cuestiones para investigar derivadas del problema general que quiere estudiar. En torno a ese problema se establece una lista de temas en los que se focaliza la entrevista, que es llevada según el criterio del encuestador. Este podrá sondear razones, motivos y ayudar a esclarecer determinados factores pero sin sujetarse a una estructura formalizada. Se necesita agudeza y habilidad por parte del encuestador para saber buscar algo desconocido, focalizar el interrogatorio en cuestiones precisas, saber escuchar y ayudar a expresarse y esclarecer pero sin sugerir.

Entrevista en profundidad:

Según los autores Taylor y Bogdan (1998) entienden por entrevistas cualitativas en profundidad, a reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes. Estos encuentros van dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.

El investigador es el instrumento de la investigación y no lo es un formulario de entrevista. El rol no implica obtener sólo respuestas, sino también aprender que preguntas hacer y cómo hacerlas.

En tanto método de la investigación cualitativa, este tipo de entrevista tiene mucho en común con la observación participante.

Pueden diferenciarse tres tipos de entrevistas en profundidad, las cuales se relacionan entre sí. El primero es la historia de vida o autobiografía sociológica. En ésta, el investigador trata de aprehender las experiencias destacadas de la vida de una persona y las definiciones que esa persona aplica a tales experiencias. El segundo tipo de entrevistas en profundidad se dirige al aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no se pueden observar directamente. En este tipo de entrevistas los interlocutores actúan como observadores del investigador. En tanto informantes, su rol consiste simplemente en revelar sus propios modos de ver, sino que deben describir lo que sucede y el modo en el que otras personas lo perciben.

El último tipo de entrevistas cualitativas tiene la finalidad de proporcionar un cuadro amplio de una gama de escenarios, situaciones o personas. Las entrevistas se utilizan para estudiar un número relativamente grande de personas en un lapso relativamente breve si se lo compara con el tiempo que requeriría una investigación mediante observación participante.

Para nominar a nuestras unidades de análisis –personas declaradas insanas en juicio y representadas por la COA- se consideró oportuno utilizar el término de “persona con padecimiento psíquico”, *“por ser éste un concepto integrador, que intenta anteponer la persona al trastorno; teniendo en cuenta que se trata de un individuo que sufre, que conserva (como cualquier otro) múltiples habilidades y capacidades; necesidades y capacidades; necesidades y deseos; y es un ser histórico, que vive un determinado presente y se proyecta de cierta forma hacia el futuro”...*⁴²

Desde este enfoque, se intenta basar la intervención de los profesionales no en un diagnóstico o una enfermedad, sino en la persona y su red de relaciones.

Las personas que se engloban bajo el rótulo de **personas con padecimiento psíquico severo** se caracterizan, por presentar los siguientes rasgos (Talbott, 1984; Liberman 1988/1993.):

- Trastornos psiquiátricos graves, tales como, esquizofrenia, enfermedad maniaco depresiva, trastornos depresivos graves recurrentes, trastornos paranoides y otras psicosis, síndromes cerebro-orgánicos.
- Deterioro psicosocial referido a tres o más aspectos de vida diaria, tal como higiene personal, autocuidado, relaciones interpersonales, manejo social, etc.; y que dificultan el desarrollo o mantenimiento de su autosuficiencia económica. Este deterioro dificulta su desenvolvimiento de una forma autónoma e independiente en la comunidad.
- En muchas ocasiones historia más o menos importante de atención psiquiátrica que puede incluir desde hospitalizaciones de larga duración (un año o más en los últimos cinco años), duración intermedia (de noventa días a un año en el último año) o corta duración (menos de

⁴² BIESA, M; CARROZA,C; CASTELVETRI, J. “La intervención del Trabajador Social en la gestión de recursos materiales, para el desarrollo y sostén de la calidad de vida de las personas con padecimientos psíquicos”. Tesis de Grado de la carrera Lic. en Servicio Social. UNMDP. Año 2004. Pág.7.

noventa días). Otros, solamente han estado en contacto con Centros de atención ambulatoria, e incluso, algunos nunca han tenido ningún tipo de atención.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Caso 1: B.B

Años: 67 años

Nacionalidad: Argentina

Estado Civil: Viuda

Diagnostico: Deterioro Cognitivo. Episodios Psicóticos. Hipoacusia Congénita..

Cobertura Social: INSSJP (Pami)

Síntesis Del Caso:

La causante es representada de la Curaduría Oficial de Alienados desde el mes de febrero del año 1996, fecha en que el Juzgado Civil N° x del Departamento Judicial de Mar del Plata dicto sentencia de incapacidad. Además de su patología psiquiátrica que requirió diversas internaciones, la accionada presenta sumado el diagnostico de “hipoacusia congénita”, que sólo le permite la comunicación con lenguaje de señas.

En el año 1998, registró una internación en una clínica psiquiátrica privada de nuestro medio. Dicha internación se debió a un cuadro de “deshidratación, desnutrición y sobre medicación. Compatible con cuidados inadecuados; recibidos por su esposo (hipoacúsico con capacidad de comunicación escrita) y la negativa del mismo a (*aceptar*) la colaboración de sus hijos”

El grupo familiar de la accionada estaba conformado por tres hijos adultos: M. I. G. y V.; nacidos de su unión en matrimonio con E. S. (fallecido en el año 2000).Este grupo presentaba características de inestabilidad que derivaron en dificultades de contención y soporte familiar. Ocupaban por entonces un departamento, el que estaba a punto de ser subastado, a raíz de una “deuda de impuestos y expensas comunes impagos”.

Dadas las condiciones médicas para el alta, la externación se realizó a través de la intervención de la COA, cuya estrategia se orientó en brindar un nuevo medio habitacional, ante la carencia (desintegración) de su red familiar, que se adaptara a las necesidades de la encartada; teniendo en cuenta que la causante se negaba a volver a su hogar, los hijos de la misma no tenían posibilidad de recibirla, el esposo se oponía a aceptar normas de tratamiento ambulatorio y la causante necesitaba un medio continente. Se optó por su

incorporación en un dispositivo de “hogar sustituto” como forma de asegurar a la causante cuidados mínimos, que su problemática requiere y brindar sostén dentro de características no institucionalizantes.

En la actualidad la causante es visitada esporádicamente solamente por sus hijos G. y V., quienes no se encontrarían en condiciones en brindar ningún tipo de ayuda económica, pero quienes le brindan un fuerte respaldo afectivo y son su única posibilidad de vínculo con el medio en general, dada la falta de comunicación verbal de la causante.

Estrategia habitacional:

Desde el año 1999 la causante reside en el mismo hogar sustituto, el que le brindó hasta la actualidad, los cuidados y atención permanentes, como también el control de su plan psicofarmacológico. En dicho hogar la accionada vive con otros seis residentes y la condición de ocupación de la vivienda es a través del pago mensual.

Con relación al aspecto económico, la accionada percibe el beneficio previsional derivado tras la muerte de su esposo, con el cual debe afrontar la totalidad de los gastos relativos a su manutención básica (elementos de uso personal, de higiene, vestimenta, medicación, traslado, acompañamiento, alojamiento, entre otros).

Evolución de la enfermedad.

Vínculo con las internaciones y modalidad de tratamiento:

La accionada desde que ingresó en el año 1999 en el mencionado hogar no registró nuevas internaciones en el área de Salud Mental, concurre semestralmente a controles psiquiátricos, por consultorio externo.

Dada su edad avanzada se hizo necesario realizar controles con otros servicios en forma regular (Clínica Médica, Cardiología, Urología y Ginecología) ya que a su problemática de base se fueron sumando los diagnósticos de: Hipertensión arterial, Incontinencia Urinaria y Colesterolemia.

Caso 2: T.P

Nacionalidad: Argentina

Edad: 70 años

Estado Civil: Soltera

Diagnostico: “Delirio crónico polimorfo”

Cobertura Social: PRO-FE

Síntesis del caso:

La causante porta el diagnostico de “delirio crónico polimorfo” registrando episodios de descompensación desde el año 1973 aproximadamente, momento desde el cual comenzó a presentar reiteradas internaciones en el Servicio de Salud Mental del HIGA de nuestro medio. Si bien la causante registró numerosas internaciones, que no superaron los 30 días, las mismas estuvieron influenciadas principalmente por la: - falta de un medio familiar continente, - falta de control ambulatorio y psicofarmacológico.

La accionada vivió más de 24 años en pareja con el Sr. R.O, pero en el año 1984 el nombrado decidió abandonar el hogar familiar, por lo que quedó privada de circunstancias familiares continentales, debido a su única hermana falleció en el año 2000 y la accionada es oriunda de La Pampa.

En el año 1993 el Juzgado Civil interviniente, del Departamento Judicial de Mar del Plata, dictó sentencia de incapacidad. En una primer instancia el Sr. J.R (cuñado de la causante) asumió el rol de curador hasta el año 2000 aproximadamente en que renunció “atento la imposibilidad física de cumplir con idoneidad la función que fue designado, teniendo un diagnostico de artritis crónica y haber sufrido un ACV”. Motivo por el que la Curaduría Oficial debió intervenir para el sostén de su situación social.

Desde el eje económico la accionada cuenta con el respaldo de una pensión no contributiva y con los ingresos provenientes del alquiler de un inmueble, propiedad de la misma.

Teniendo en cuenta la carencia de circunstancias familiares y que el acompañamiento y sostén que requiere, no es provisto solidariamente por sus familiares, fue necesario obtener el acompañamiento terapéutico, mediante el pago del servicio

Estrategia habitacional:

Desde el año 2003 la organización de la vida cotidiana de la accionada se halla basada en la inclusión en un hogar sustituto (de carácter privado). Dicho hogar constituye la mejor respuesta que se ha logrado dar a la falta de continencia familiar que tiene la accionada. Ello ante la imposibilidad de la accionada de vivir en forma independiente, dadas las dificultades de autocuidado y de cumplimiento del tratamiento demostrado en experiencias anteriores.

En dicho hogar la accionada vive con diez residentes, y la condición de ocupación de la vivienda es a través del pago mensual.

Evolución de la enfermedad.

Vínculo con las internaciones y modalidad de tratamiento:

La accionada desde que reside en el mencionado lugar no ha registrado descompensaciones psicóticas ni internaciones en el área de Salud Mental. No obstante, en el último periodo realizó en forma regular, dada su edad avanzada, controles en clínica médica y psiquiátricos (trimestralmente) en forma particular, dadas las dificultades del hospital público para brindar efectiva cobertura y dado a que su obra social no cubre atención en el área de psiquiatría.

Caso 3: L.T

Edad: 68 años

Nacionalidad: Argentina

Estado Civil: Viuda

Diagnostico: Esquizofrenia residual

Cobertura Social: INSSJP (Pami)

Síntesis del caso:

Desde hace aproximadamente treinta años la causante ha presentado episodios de descompensaciones severas, que han configurado una “*psicosis esquizofrénica crónica*”. Con el fallecimiento de su esposo (1979) y la radicación de su único hijo en Italia quedó privada de circunstancias familiares continentales, por lo que la Curaduría debió intervenir para el sostén de su situación social.

Los familiares residentes en nuestra ciudad (cuñados) no han ofrecido ningún tipo de apoyo a la accionada a pesar de que esta mantiene el vínculo visitándolos asiduamente en los periodos en que su patología se encuentra estabilizada.

La causante desde el año 1997 reside en un hogar sustituto.

Estrategia habitacional:

Con relación al eje habitacional las intervenciones de la Curaduría se abocaron a:

- Rastreo de la situación patrimonial: Se detectó que la causante era propietaria de un inmueble, el cual al fallecer su esposo fue vendido por el hijo de la causante (en pleno juicio de Insania de la causante), perdiendo la accionada derecho alguno al mismo.
- Búsqueda y gestión de alojamiento: Debido a que la accionada no posee vivienda propia y su único hijo reside en Italia y no le brinda apoyo económico ni afectivo.
- Supervisión de los diferentes lugares en los que residió la causante: En el año 1993 (luego de una internación ante el servicio de Salud Mental del HIGA) y para hacer efectiva el alta de la causante se gestionó desde la Dependencia el subsidio previsto por la Ley N° 10315, debido a que la misma no contaba con ingresos propios. Una vez obtenido el mencionado beneficio se buscó alquilar una habitación en una pensión. En dicho lugar residió por diez meses aproximadamente hasta que registró una nueva internación por “inadecuada ingesta de medicación”, la cual se extendió a treinta días aproximadamente. Luego volvió a residir en la misma pensión, pero en otra habitación más precaria. El

cambio de la habitación se efectuó sin poner en conocimiento primeramente al Servicio Social de la Curaduría, por lo que se constató las características de la misma y se observó lo expuesto. A pesar de lo observado la causante se mostró conforme con dicha habitación.

A mediados del año 1996 la accionada registró una nueva internación en el Área de Infectología, sumado a descompensación psiquiátrica, se le detectó TBC y Diabetes.

En el mes de Noviembre de 1996 se solicitó alta en clínica médica, en esta oportunidad el Servicio Social evaluó necesario establecer condiciones de externación que asegurarán dos aspectos fundamentales para la evolución de su enfermedad pulmonar: dieta adecuada y rigurosidad en la toma de medicación. Esto motivo su inclusión en una "familia sustituta", como medio protegido que asegure el cumplimiento de las prescripciones médicas y psiquiátricas y sobretodo dada la imposibilidad de la causante en residir sola y por la falta de sostén familiar.

En Marzo de 1997 la causante registró una nueva internación ante el área de Salud Mental del HIGA. En el mes de Agosto del mencionado año se solicitó el alta desde el mencionado servicio, pero la causante se negó a volver a residir en el hogar de la familia sustituta por no mantener una buena relación con una de las hijas del matrimonio cuidador.

En el mes de septiembre de dicho año se hizo efectivo el otorgamiento de Pensión por Discapacidad y la causante comenzó a contar con el respaldo de la obra social del INSSJP (Pami), sumado al ingreso del antes mencionado subsidio. En esta fecha la accionada es evaluada para ingreso a Hospital de Día en Clínica psiquiátrica privada (como forma de organizar su cotidianeidad).

Se hizo efectiva el alta y se integró a la causante al régimen de Hospital de día de lunes a viernes en el horario de 9 a 17 Hs. y se la instaló en habitación alquilada anteriormente de forma que pernocte en el mencionado domicilio con controles medico-psiquiátricos a través de la clínica psiquiátrica, clínicos por intermedio del Hospital Privado de Comunidad y sociales por el servicio de la Dependencia.

En Diciembre de 1997 se trasladó a la causante a Hogar sustituto, debido a que su anterior locadora no podía continuar alquilándole la habitación que ocupaba, *por haber decidido*

darle otro destino al inmueble de su propiedad. En dicho hogar la accionada vive con seis residentes y la condición de ocupación de la vivienda es a través del pago mensual.

El hogar sustituto constituye la mejor respuesta que se ha logrado dar a la falta de continencia familiar que tiene la accionada. Ello así teniendo en cuenta que la posibilidad de vivir en forma totalmente independiente, ha demostrado no adecuarse, debido a las dificultades de autocuidado y de cumplimiento del tratamiento que han demostrado experiencias anteriores, tanto desde el punto de vista de sus problemas orgánicos (Diabetes-TBC) como psíquicos (Psicosis esquizofrenica crónica).

Evolución de la enfermedad.

Vínculo con las internaciones y modalidad de tratamiento:

Desde que la accionada reside en dicho hogar no registró internaciones psiquiátricas, si clínicas debido a su edad avanzada y a su diagnóstico de Diabetes (tipoII) por el que sufrió un ACV,

A partir de la fecha en que la accionada padeció la mencionada dificultad, se reorganizó su vida cotidiana; es decir la misma no pudo deambular en forma independiente por la vía pública, motivo por el cual estuvo más controlada en su dieta “no haciendo desarreglos” y para darle continuidad a su concurrencia a hospital de día se organizó el traslado de la causante a la clínica, a través de un servicio privado de transporte para discapacitados (con la cobertura de su obra social).

Caso 4: N. L

Edad: 46 años.

Nacionalidad: Argentino

Estado Civil: Soltero

Diagnostico: Síndrome Cerebral Orgánico asociado a retardo mental en grado imbecilicio.

Cobertura Social: PRO-FE

Síntesis del caso:

El causante tiene el diagnostico de “Síndrome cerebral orgánico asociado a retardo mental en grado imbecilicio. El “retardo mental” data de los primeros años de su existencia pero la organicidad del “síndrome cerebral” presumiblemente pudiera remontarse al año 1985; año en el que sufrió un accidente de tránsito. En el mencionado año el causante registró sucesivas internaciones ante el área de Salud Mental del HIGA.

En el año 1989 al ser parte de un episodio de robo es trasladado a la Unidad Penal X de Melchor Romero y luego de un año es externado, pasando a vivir en la casa de su hermana en esta ciudad.

En el año 1990 se designa a la Curaduría para ejercer el rol de curador.

El accionado realiza tareas de cuida coches en diversas paradas en la ciudad, por lo cual obtiene un ingreso inestable, provisorio y precario. De todas maneras los ingresos que percibe (ingresos por pensión, por subsidio y como cuidad coches), son monitoreados en su administración, tanto por la Dependencia como por su grupo familiar de apoyo.

Estrategia habitacional:

En la actualidad como en el inicio de las actuaciones, nuestro representado ha contado con el apoyo y acompañamiento de sus familiares. De hecho habita en una vivienda en el mismo terreno que su familia.

La patología del accionado se ha ido estabilizando, lo que le ha permitido que viva en forma independiente y mantenga una importante relación afectiva con el grupo conviviente de su hermana. Al principio de la externación el accionado compartía la misma vivienda, pero luego, con la percepción del beneficio asistencial de la Ley N° 10315 y de una pensión no contributiva pudo aportar fondos para la construcción de un nuevo ambiente (ya que el grupo familiar con quien convive se encuentra con severas dificultades en su

estabilidad laboral), donde se encuentra residiendo en forma más independiente. Además de lograr esta puesta en valor de su patrimonio, los mencionados ingresos cumplen para el accionado, la doble función de ser utilizado para mejorar su imagen personal y sus cuidados, satisfacer sus necesidades de confort; como así también ayudar, en forma simbólica, al grupo familiar que siempre lo apoya.

Evolución de la enfermedad.

Vínculo con las internaciones y modalidad de tratamiento:

Desde el punto de vista sanitario, dada la estabilización del cuadro del causante en la actualidad, no requiere medicación alguna; continuando sus controles en forma mensual en el Centro de Promoción Social (CPS).

Caso 5: M.D

Nacionalidad: Argentina

Edad: 42 años

Estado Civil: Soltera

Diagnostico: "Psicosis Esquizofrenica"

Cobertura Social: No posee

Síntesis del caso:

La accionada vivió en el sur del conurbano bonaerense hasta el año 1992, registrando antecedentes de tratamiento psiquiátrico en los hospitales José Estévez de Temperley y Moyano de Capital Federal. En ese periodo tuvo una hija que fue dada en adopción con intervención del Tribunal de Menores x del Departamento Judicial La Plata, con quien perdió todo contacto.

En nuestra ciudad se radicó en el año arriba mencionado, con su pareja, con quien tuvo otra hija, quien por disposición del Tribunal de Menores Departamental, se encuentra internada en Hogar de Menores de este medio (desde el año 1997).

En el año 2003, el concubino de la encartada con quien ésta mantuvo una relación conflictiva, falleció luego de una prolongada enfermedad.

Con relación al aspecto económico la accionada cuenta con el respaldo de la prestación asistencial prevista por la Ley N° 10.315 y con el ingreso proveniente del Plan Jefes/as de Hogar.

Estrategia habitacional:

Antes del fallecimiento del concubino de la accionada la misma registró reiteradas internaciones psiquiátricas que no superaron los 30 días, además de residir en diferentes lugares. La relación con su pareja estaba transversalizada por la enfermedad de la accionada y el alcoholismo del mismo, sumada a las dificultades para el cumplimiento de las responsabilidades parentales, precariedad económica y habitacional, que motivaron la internación de la menor. Este panorama hizo que los periodos de convivencia entre ambos (causante-pareja) se sucedieran a otros en los que la causante debía abandonar el domicilio por malos tratos de su compañero e instalarse en alguna pensión o domicilio alternativo.

Desde el fallecimiento de la pareja de la accionada, el grupo familiar quedó limitado a ésta y su hija, pero un hermano de su compañero, quien ocupa una vivienda construida en el mismo predio (donde habitaba antes del fallecimiento de su concubino), mantenía con la accionada una relación conflictiva, por su condición de alcohólico y por sus constantes intentos de ocupar el rol de su hermano y dificultar el cumplimiento del régimen de salidas que tenía otorgado la hija de la encartada.

Esta situación motivó la instalación de la misma en el domicilio de un inmueble que ha quedado a disposición de la Curaduría por herencia vacante. La resolución de la mencionada problemática, ha permitido alejarla del vínculo conflictivo que le generaba la presencia del hermano de su concubino. Así mismo posibilitó reforzar las relaciones materno filiales, ya que la niña puede ser recibida regularmente por su madre en el nuevo domicilio, con vistas a una futura convivencia permanente de ambas.

Evolución de la enfermedad.

Vínculo con las internaciones y modalidad de tratamiento:

La accionada desde que reside en el mencionado lugar no ha registrado descompensaciones psicóticas ni internaciones en el área de Salud Mental; sí en el Servicio de Clínica Médica del HIGA, por una dificultad clínica (operación de vesícula).

Concorre en forma mensual al CPS para realizar controles psicofarmacológicos.

Caso 6: S. C.

Edad: 49 años.

Nacionalidad: Argentino

Estado Civil: Soltero

Diagnostico: Psicosis delirante Crónica-Parafrenia. Síndrome cerebral orgánico post-traumático.

Cobertura Social: INSSJP (Pami).

Síntesis del caso:

El accionado padece “un síndrome cerebral orgánico post-traumático y psicosis delirante crónica”, como resultado de una herida de arma de fuego sufrida hace ya muchos años, que le ocasionó una discapacidad psíquica y física. Debido a esta problemática requiere tratamiento permanente que realiza en forma ambulatoria y que hasta el momento no ha requerido de nuevas internaciones

En el año 1991 el causante registró una internación en el servicio de Salud Mental del HIGA (por una causa penal). En el momento de ser otorgada el alta dada la ausencia de una vivienda propia como de familiares receptivos, se hizo necesaria su institucionalización. Por contar con un beneficio previsional se sugirió que fuera internado en un establecimiento privado para pacientes crónicos.

Estrategia habitacional:

En el mes de Octubre de 1997 la clínica en la que se encontró internado el causante propuso la alternativa de efectuar régimen de Hospital de Día (Lun. A Vie. De 9 a 17 Hs.). En ese momento teniendo en cuenta que el causante no contaba con sostén familiar que acompañara la nueva propuesta de tratamiento, se evaluaron diversos lugares optando por alquilar una habitación que satisficiera la necesidad de vivienda, ya que con la nueva modalidad el accionado permanecería en la clínica la mayor parte del día. De esta forma se hizo efectiva la externación del encartado; situación que sólo se pudo realizar por un adecuado abordaje terapéutico y con una sostenida labor de la Curaduría que permitió intentar la creación de una red socio-familiar alternativa

El encartado cuenta con familiares en esta ciudad de quienes se ha desvinculado, y desde hace varios años vive en pareja, con la Sra. N.G, a quien conoció cuando ambos se encontraban internados en una clínica de esta ciudad (en el año 1992 aproximadamente).

La pareja desde marzo de 2001 a la fecha se encuentra alquilando una vivienda. Los mencionados se organizan satisfactoriamente, complementándose; esto se visualiza en el hecho de que se apoyan y ayudan en el suministro de la medicación mutuamente como así también en otros aspectos de sus vidas.

La patología del accionado se ha estabilizado progresivamente, lo que le ha permitido que viva en forma independiente y alquile (junto con su pareja) desde hace varios años la misma vivienda. En el mencionado lugar se desenvuelve favorablemente sin episodios problemáticos en sus relaciones cotidianas.

La convivencia se ha organizado con aportes de la familia de la Sra. N.G y con los ingresos del accionado consistentes en un haber previsional mínimo y la prestación asistencial de la Ley N° 10315.

Evolución de la enfermedad.

Vínculo con las internaciones y modalidad de tratamiento:

El causante asiste regularmente a los consultorios externos de la clínica donde se encuentra capitado. Allí recibe la atención necesaria y se le efectúan los controles de su tratamiento psicofarmacológico. No ha registrado (desde el último alta) nuevas internaciones.

Los aportes del subsidio permiten mantener la continuidad de su externación con una evolución favorable, sobretodo a partir de los vínculos afectivos que ha construido con su pareja que les posibilitan una buena calidad de vida y el mutuo sostén.

Caso 7: G. C

Edad: 49 años.

Nacionalidad: Argentino

Estado Civil: Soltero

Diagnostico: Psicosis Crónica

Cobertura Social: No posee.

Síntesis del caso:

El encartado es soltero y sus padres han fallecido, por lo que carece de un grupo familiar conviviente.

Su familia de origen se completa con un hermano residente en esta ciudad y una hermana que vive en La Rioja, ambos son casados y tienen obligaciones familiares propias, no obstante apoyan económica y afectivamente al causante.

Un miembro familiar significativo negativamente, es un tío materno, con el que mantiene un vínculo conflictivo emergente de intereses económicos contrapuestos, donde interfieren características propias de padecimiento psíquico del causante.

El accionado padece "psicosis crónica" que ha requerido tratamiento en distintas fases agudas. Hasta el fallecimiento de su madre, quien ejercía el rol de cuidadora, la problemática se mantuvo relativamente estable, pero al fallecer esta se produjo el abandono del tratamiento y la aparición de conductas desadaptativas, que culminaron con una internación ante el Área de Salud Mental del HIGA.

En el mes de Noviembre de 2001 se concretó la externación del causante con el apoyo económico de los hermanos del accionado, quienes abonan el hotel donde vive.

Con relación al aspecto económico el accionado cuenta con los ingresos provenientes del subsidio por externación previsto por la Ley Asistencial N° 10315.

Estrategia habitacional:

La que fuera vivienda paterna quedó en manos de un tío materno del causante. Según lo manifestado por éste y sus hermanos, a partir de una venta hecha por la madre a favor de su hermano, para preservar el bien por deudas. Esta operación no pudo ser revertida por el fallecimiento de la madre y desde entonces el tío no les reconoce ningún derecho sobre el

bien. Por estos motivos en la actualidad el causante vive en un hotel, cuyo pago mensual lo solventan sus hermanos. En dicho lugar ocupa en una habitación en la que reside sólo.

La patología del accionado se ha estabilizado progresivamente, lo que le ha permitido que viva en forma independiente y que ocupe desde hace varios años una habitación en el mismo hotel, donde en los meses de verano se incrementan el costo de alojamiento o debe ocupar una habitación de calidad inferior. En el mencionado lugar se desenvuelve satisfactoriamente sin episodios problemáticos con otros ocupantes del hotel.

Evolución de la enfermedad.

Vínculo con las internaciones y modalidad de tratamiento:

Con relación a la necesidad de tratamiento psiquiátrico y a la provisión de medicamentos las mismas se resuelven a través del Servicio de Salud Mental de la Municipalidad local atento a que el área de Salud Mental del HIGA, donde se atendió anteriormente, lo ha derivado a dicha institución por cuestiones de organización institucional.

Caso 8: M.A

Edad: 41 años.

Nacionalidad: Argentina

Estado Civil: Soltera

Diagnostico: Debilidad Mental. Grado Imbecílico

Cobertura Social: No posee.

Síntesis del caso:

En el año 1995 se hizo efectiva la declaración de incapacidad de la causante designándose como curadora a su señora madre. En marzo de 2000 falleció la madre de la accionada, motivo por el cual recayó en esta COA la función.

Con el objetivo de tomar conocimiento de la situación socio-económica familiar se mantuvieron diversas entrevistas con el padre y sus hermanos (3) que residen en esta ciudad; observándose la falta de contención de éstos con respecto a la causante así como condiciones económicas precarias que hicieron necesaria la gestión de la presentación asistencial de la Ley Nº 10315.

El padre de la causante realiza changas esporádicas, reparando automotores, con lo cual obtiene un magro ingreso.

La encartada a causa de su problemática se encuentra imposibilitada de desempeñarse laboralmente contando en la actualidad con el ingreso proveniente de la mencionada ley.

Estrategia habitacional:

La accionada en un principio residió junto a su padre en una vivienda de suma precariedad, ubicada en una zona periférica de esta ciudad. La misma estaba construida por paredes y techo de chapa y piso de tierra. Constaba de un solo ambiente y baño externo, con servicio de luz eléctrica y gas envasado. El agua era extraída de una canilla que se encontraba fuera de la vivienda.

La parte delantera del terreno se hallaba ocupada por partes de carrocerías de automotores acumulados por el hermano y el padre de la accionada.

La falta de espacio en la vivienda incidía negativamente en la relación paterno-filial, motivo por el cual se insistió “en que su padre pudiera construirle una habitación contigua.

Dicho requerimiento no fue atendido”...Este hecho provocaba que M deambulara de un lugar a otro sin ningún tipo de control lo que derivaba situaciones de riesgo asociadas a su discapacidad y contexto socio-familiar. El padre de la causante no es un referente confiable para atender las necesidades que ella presenta, dado a que es una persona alcohólica que ha demostrado no poder sostener una conducta coherente ni ser continente en relación con las necesidades de su hija. La existencia de conflictos en la convivencia entre ambos estaban “vinculados a su continua ingesta de alcohol, a la presencia de personas en su domicilio que comparten el consumo de bebidas y sus quejas referidas a un presunto acoso sexual por parte de su progenitor”...Durante el periodo en que compartían la vivienda; éste en diversas oportunidades vendió elementos pertenecientes a su hija para la compra de alcohol.

Teniendo en cuenta la situación descrita se planteó como estrategia de intervención la residencia independiente. Para ello se alquiló una habitación, trabajando en el logro de condiciones básicas de habitabilidad. Desde el año 2004, la causante vive sola en una habitación alquilada, que se le equipó. Dicha habitación independiente pertenece a una casa de familia y esta ubicada en la parte posterior del terreno, donde cuenta con el servicio de luz eléctrica y se provee de gas envasado. En cuanto a las instalaciones sanitarias, posee acceso a través de un baño externo.

La intervención apuntó a revertir el deterioro en la calidad de vida que había alcanzado y en su autonomía para la vida cotidiana, de lo que se obtuvo resultados positivos dado a que se observó una buena resolución de su cotidianeidad y aceptable calidad de vida. Sumado a que desde que M reside sola, pudo adquirir una serie de elementos (televisor, radio, anafe, garrafa, cama, ropa de cama y personal, entre otros) como forma de organizar su cotidianeidad.

Evolución de la enfermedad.

Vínculo con las internaciones y modalidad de tratamiento:

En cuanto al tratamiento psiquiátrico el mismo se realizó en forma ambulatoria en el Área de Salud Mental del HIGA (en forma regular); establecimiento en el que también se han consultado otras especialidades para descartar patologías, ante los constantes demandas de atención en salud de la causante.

Caso 9: L. P

Edad: 56 años

Nacionalidad: Argentina

Estado Civil: Soltera

Diagnostico: Esquizofrenia Simple

Cobertura Social: INSSJP (Pami)

Síntesis del caso:

La accionada presenta un diagnostico de "Esquizofrenia simple" que si bien se halla compensada, en algunas oportunidades *"produce crisis afectivas"*

Su grupo familiar es inexistente desde el punto de vista de la contención y manutención.

Desde el punto de vista económico-laboral, las características de la enfermedad le impiden mantener una actividad remunerada por lo que, la misma cuenta con el ingreso proveniente de la jubilación derivada de su madre.

Estrategia habitacional:

Sus dos hermanas nunca fueron continentales ante los padecimientos de la causante, por lo que entre los años 1987 y 1993, estuvo viviendo en su departamento con diferentes familias sustitutas. Este sistema permitió que la asistida pudiera sostener la externación y con el único ingreso del subsidio previsto por la ley N° 10315, hasta la obtención de la jubilación derivada de su madre.

En el año 1993 la convivencia entre la accionada y la familia G. (guardadora) se torno dificultosa, ya que *"no brindan a la causante respuestas afectivas"*.... Por lo tanto en primer instancia se decidió alojar a la causante en un hogar geriátrico (con cobertura de su obra social), por cuarenta y cinco (45) días, hasta que dicha familia abandonara el departamento y se localizara una nueva familia que cubriera la mencionada tarea.

La internación de la accionada se extendió hasta el mes de Mayo de 1996; debido a que a pesar de las acciones realizadas para encontrar un grupo familiar que cumpliera las funciones de familia sustituta no se logro tal objetivo. La escasa oferta a la demanda planteada y a las pobres evaluaciones de los presentados hizo que no se pueda ubicar un grupo familiar para la representada. Durante un lapso de tres meses aproximadamente el

equipo de COA mantuvo las expectativas pero pasado, ya el tiempo citado se resolvió cerrar el periodo de inscripción. Ello ante la escasa oferta planteada, y la no adecuación de quienes se postularon para integrar el dispositivo, según lo evaluado.

En el año 1996, se regularizó la situación previsional de la causante, es decir se hizo efectivo el otorgamiento de su jubilación (con un importante retroactivo). Con el mencionado ingreso se decidió en forma conjunta con la accionada la compra de un inmueble propio y la venta, del departamento en que residió antes de la internación (propiedad de su madre fallecida), debido a que luego del proceso sucesorio, dicho inmueble, pertenecía tanto a la accionada como a sus hermanas.

Para la compra de la nueva propiedad intervinieron los intereses de la causante respecto a la ubicación del mismo, las vías de acceso, las facilidades para comunicarse, el estado de la casa, la distribución de la misma, las características de la vecindad en la cual estaría ubicada, entre otros. Todos estos parámetros significaron la deliberación con la asistida y el equipo de la Dependencia trabajando también en comunicación con el médico psiquiatra tratante, quien expresó su conformidad con el *“proceso que la accionada estaba desarrollando”*, manteniendo así un estrecho control sobre la misma.

Realizada la selección y compra de la casa donde viviría la causante, ingresa en esa etapa la figura de un acompañante terapéutico (AT) a quien se le asignó la función de cooperar con la accionada en todo lo relacionado con la preparación de su mudanza y de los elementos que necesitaría en su nueva casa. *“Esta indicación se realizó con el objeto de que la representada vaya adquiriendo mayor independencia también, frente a la dependencia.”*

El inmueble hallaba en óptimas condiciones de habitabilidad contando con las comodidades y servicios necesarios para ello. La vivienda constaba de dos ambientes amplios (cocina/comedor y dormitorio) que poseen el equipamiento y mobiliario suficientes para su única ocupante. La propiedad posee servicios de agua corriente, luz eléctrica, gas natural y teléfono fijo. En dicha residencia se hizo necesario el arreglo de: calefactores, de plomería por problemas de humedad, de cañerías, contrapisos y de aberturas (puerta principal). También se decidió contratar a una persona que *“realice limpieza en profundidad”*.

Desde la fecha en que la accionada comenzó a residir sola se realizaron numerosas entrevistas con la accionada, tanto en la sede como en el domicilio particular de la accionada. De esas entrevistas la representada se mostró solvente en la organización y en la administración de sus tareas cotidianas con respecto a su persona y a la casa donde habita, concordando con lo expuesto por el AT.

Evolución de la enfermedad

Vínculo con las internaciones y modalidad de tratamiento:

La accionada se atendió en el Área de Salud Mental del HIGA hasta la obtención de la pensión. Actualmente efectúa controles en forma ambulatoria con cobertura de su obra social.

PL realiza en forma regular controles clínicos, ginecológicos y odontológicos. En ambos se autogestiona en forma independiente

Caso 10: P.V

Edad: 48 años

Nacionalidad: Argentina

Estado Civil: Soltera

Diagnostico: Retardo Mental Moderado.

Cobertura Social: IOMA

Síntesis del caso:

La causante padece “retraso mental” y convive, desde el fallecimiento de su madre en 1996, en el hogar familiar con un hermano de crianza (J.U), también portador de un padecimiento psíquico y asistido de la COA, sin otros referentes familiares para su contención. Con P.V y J.U, se ha organizado la convivencia supervisada por la Dependencia, asistida en la faz económica y de la cotidianeidad.

Desde el aspecto económico, la accionada percibe como único ingreso, la pensión derivada de su madre. Suma que se le abona semanalmente, a través de la COA, como estrategia para apuntalar a la causante en su administración.. Asimismo esta distribución de los haberes posibilita mantener entrevistas regulares con el Servicio Social de la Curaduría, lo que se complementa con visitas domiciliarias de orientación y apoyo. Esto ha permitido avanzar en otros aspectos, tales como el cuidado de su salud y allanar el contacto con vecinos y familiares con los que la causante tiene ciertas dificultades de relación propias de las características de su problemática. La accionada administra en forma adecuada sus ingresos y tiene una gran capacidad para la organización de las tareas del hogar.

Estrategia habitacional:

La vivienda que ocupa es una construcción de mampostería, sobre terreno propio, ubicada en un barrio periférico y fue la vivienda de la familia de origen de la causante. Cuenta con los servicios básicos de infraestructura de ésta área periférica de la ciudad. Desde la COA, una vez producido el abandono en el hogar del hermano conviviente (C), se organizaron en la infraestructura del hogar modificaciones, tales como: arreglo completo del techo del inmueble, arreglos de plomería , compra de artefactos (termotanque, cocina, calefactor, heladera, secarropa), reconexión de servicios (luz y gas). Además de tramitar

ante el municipio un plan de regularización ante la “intimación de deuda municipal” acorde a los ingresos del grupo familiar.

Actualmente se están realizando los trámites sucesorios, en virtud de que es el único bien que integra el acervo hereditario de la progenitora de la causante.

La organización de las actividades de la vida diaria es compartida por los hermanos, quienes han logrado superar los serios déficits inicialmente detectados, que los mantenían en condiciones de vida inadecuados, cuando residían la casa con un hermano alcohólico(C) crónico, quien finalmente abandono el grupo conviviente.

En la actualidad la causante continúa conformando el grupo conviviente con su hermano, quien concurre diariamente al dispositivo terapéutico de taller protegido y esta subsidiado por COA, lo cual posibilita un aporte a la economía familiar. Este aspecto debe ser supervisado por el mencionado servicio ya que J.U desconoce el valor del dinero y ofrece cierta reticencia en compartir con P.V parte del monto que retira semanalmente de la COA. Por características propias de su padecimiento psíquico tiende a acumular estas sumas y a no utilizarlas para los gastos básicos; por este motivo se ha instrumentado la entrega de una proporción de éste ingreso a PV, a fin de que este sea efectivamente destinado a gastos comunes .

Ambos hermanos sostienen una convivencia armónica, con limitaciones de organización y vinculares propias de su problemática, resueltas a través de una intervención institucional sistemática y sostenida.

Evolución de la enfermedad.

Vínculo con las internaciones y modalidad de tratamiento:

La estabilidad del dispositivo de contención implementado, ha permitido que la integración al medio lograda por P.V sea buena, dependiendo de la red institucional activada hasta el momento.

Desde el punto de vista sanitario la accionada realiza tratamiento en forma ambulatoria en consultorio privado. Si bien inicialmente, los controles se efectuaban con la cobertura de su obra social, actualmente éstos deben ser costeados particularmente, a raíz del cese de convenio entre la profesional y la obra social,- derivada de los graves déficits que la misma presenta en el área de prestaciones psiquiátricas-.

Caso 11: B. Ba.

Edad: 51 años.

Nacionalidad: Argentino

Estado Civil: Soltero

Diagnostico: Esquizofrenia paranoide crónica.

Cobertura Social: INSSJP (Pami).

Síntesis del caso:

Al causante se le iniciaron actuaciones por Insania en el año 1990 por ante el Juzgado Civil y Comercial x del Departamento Judicial de Mar del Plata, por denuncias de disturbios en el vecindario, originadas por su patología. Desde 1981 había atravesado según información del área de Salud Mental del HIGA diversas internaciones y realizaba tratamiento ambulatorio con controles psicofarmacológicos y con apoyo psicoterapéutico.

Hasta 1984 fecha en que se produce el fallecimiento de su madre, éste convivía con la misma y con el Sr. J, concubino de la madre. La convivencia con éste último se prolongo varios años con serias dificultades en la relación, llegando hasta la agresión y culminando con el ingreso del Sr. J en un hogar geriátrico.

El accionado desde entonces vive sólo en el que fuera el domicilio de su madre.

Estrategia habitacional:

La vivienda que el causante ocupa se encuentra ubicada en un barrio periférico. Esta construida en un PH y fue adquirida por su madre mediante un crédito del INSSJP (Pami), sin que pueda establecerse si el mismo se halla cancelado y regularizada la titularidad del inmueble.

La construcción, precaria en sus orígenes, fue deteriorándose por la imposibilidad económica e instrumental del accionado de organizar su cuidado y mantenimiento.

A partir de la activación de los haberes previsionales derivados de la madre del causante, sumado a los ingresos provenientes de la Ley Asistencial N° 10315, se pudo realizar mejoras en la infraestructura del hogar, tales como: reparación de techo, arreglos de cañerías, refacciones en el baño (cambio de sanitarios, griferías), arreglos de aberturas. Además de que por algunos periodos se hizo necesaria la contratación de una persona que se encargara de la limpieza del lugar.

Desde la Curaduría se regularizó lo referente a deudas Municipales y de Rentas.

Evolución de la enfermedad.

Vínculo con las internaciones y modalidad de tratamiento:

La patología psiquiátrica de larga data que padece se encuentra adecuadamente controlada debido a que el causante asiste regularmente a los consultorios externos de la clínica donde se encuentra capitado con cobertura de su obra social. Allí recibe la atención necesaria, se le efectúan los controles de su tratamiento psicofarmacológico y no ha registrado nuevas internaciones. El causante se encarga de la obtención de las recetas correspondientes a su medicación de la compra y administración de la ingesta de la misma, satisfactoriamente.

Caso 12: C.A

Edad: 60 años

Nacionalidad: Argentina

Estado Civil: Soltera

Diagnostico: Síndrome depresivo endógeno crónico con trastornos fóbicos

Cobertura Social: No posee

Síntesis del caso:

La causante presentó problemas psiquiátricos desde su juventud relacionados a cuadros depresivos profundos. Su familia, conformada por su esposo y un único hijo, enfrentaron una fuerte crisis económica que los obligó a vivir en condiciones socio-económicas-ambientales muy limitadas. Desde ese momento la accionada debió iniciar tratamiento psiquiátrico ambulatorio, concurriendo desde hace 16 años ante el Área de Salud Mental del HIGA, en donde se le diagnosticó "*Síndrome Depresivo Endógeno Crónico, con trastornos fóbicos intensivos*", por lo que presenta una incapacidad laboral de más de un 90%.

La accionada ha interrumpido desde el fallecimiento de sus progenitores las relaciones con sus hermanos, por problemas vinculares que se presentaron entre ellos, por lo que su entorno familiar es muy reducido.

La causante convive con su esposo en una vivienda ubicada en una zona periférica de este medio. Los únicos familiares con los que la accionada mantiene contacto son su hijo y esposo. Su hijo reside (junto con su esposa y tres hijos) en la casa de sus suegros.

Estrategia habitacional:

Con relación al eje habitacional, la vivienda en que habita la accionada con su esposo es de propiedad de ambos, si bien es de mampostería posee techo de chapa, presentando un deterioro global. La casa consta de cocina, dormitorio y baño de dimensiones reducidas, y por limitaciones económicas no pudieron refaccionarla, desde que ingresaron a ella (hace 21 años). Cuenta con servicios de luz y gas desde hace once años (gestiones realizadas desde la Dependencia para la obtención de dichos servicios), no contando con cloacas, agua corriente (el agua es de pozo y tiene bombeador), ni

instalaciones de cañerías que permitan el desagote de la misma. Si bien cuentan con heladera y cocina, el mobiliario es insuficiente.

En el eje habitacional, si bien se apuntó a lograr mejoras en la calidad habitacional las únicas gestiones que se pudieron efectuar son las ya expuestas, dada la falta de alternativas en lo que respecta a la obtención de subsidio para materiales de construcción desde el Municipio.

Desde la Curaduría también se realizaron tramites destinados a la *excención de impuestos* ante la Municipalidad de este medio y a la obtención del subsidio por externación previsto por la Ley Nº 10315, debido a que con los únicos ingresos con que cuenta la accionada son los provenientes de las changas de electricidad que realiza su marido, siendo los mismos escasos y circunstanciales. El hijo de la causante no puede apoyarlos económicamente, ya que con su trabajo alcanza sólo a cubrir las necesidades básicas de su familia nuclear.

Evolución de la enfermedad.

Vínculo con las internaciones y modalidad de tratamiento:

Desde el aspecto de salud la causante concurre para su tratamiento médico-psiquiátrico a los diferentes servicios del HIGA en forma regular.

La característica de evolución de la enfermedad por las crisis fóbricas que inmovilizan a la causante, impiden que ésta alcance mayores standars de rehabilitación. La percepción del beneficio asistencial disminuye en la faz económica, la situación de carencia a la que está sujeta.

Caso 13 : M.S

Edad: 59 años

Nacionalidad: Argentino

Estado Civil: Soltero

Diagnostico: Trastorno Bipolar

Cobertura Social: INSSJP (Pami)

Síntesis del caso:

El causante comenzó con sintomatología compatible con un cuadro de “*esquizofrenia simple*”, desde su etapa infanto-juvenil. A raíz de ello tuvo breves internaciones en diferentes instituciones de la ciudad de Buenos Aires. Posteriormente y fallecido su padre, establece junto con su madre su residencia en nuestro medio, donde esta última cuida de él y lo pone a cargo de su obra social (Pami).

Durante el periodo en el cual el causante vivía con su madre y dependía de ella, el causante logró cierta estabilidad en su patología. En el año 1998 tras el fallecimiento de la madre, se debió organizar su cotidianeidad nuevamente y comenzar con el trabajo sobre su propia autonomía.

En este sentido en año 1999 logró ingresar al Centro de Promoción Social de esta ciudad, bajo régimen ambulatorio y en el cual comenzó a resocializarse y a rescatar habilidades anteriores y aprender otras nuevas. En dicha institución conoció a otra interna, R.C (también representada de COA), con la cual mantuvo una relación afectiva de pareja que continua hasta el día de hoy.

En el año 1999, luego de cuatro años de gestiones para obtener el beneficio previsional derivado de su madre, ANSES regularizó su situación previsional y contó con el respaldo de una obra social. Además se organizaron a hacer arreglos en la casa, y se abonó deuda contraída por los impuestos hasta entonces no abonados (Rentas, Municipales, entre otros).

Estrategia Habitacional:

La vivienda en la que reside el accionado es propia, la misma fue derivada de su madre(al fallecer la misma), por sucesión familiar. En el año 1997 se declaró al accionado único heredero. Dicho inmueble fue alquilado durante algunos periodos (cuando vivía la

madre del accionado) dado a los escasos recursos con los que contaba el grupo familiar. La Curaduría debió intervenir para hacer efectivo el desalojo de los inquilinos morosos en ese momento y en la actualidad ya no se alquila.

En relación con la vivienda, la construcción es de unos 60 años y presenta graves insuficiencias estructurales; dado el estado de conservación de la vivienda que ha sufrido un marcado deterioro debido a la aparición de pérdidas de agua, aparición de goteras, desperfectos en la instalación eléctrica, falta de revoque en paredes, falta de contrapisos, entre otros. Desde la Dependencia se organizaron los arreglos pertinentes con el objeto de mejorar la calidad habitacional del causante y su pareja. Además se realizaron gestiones destinadas a la *“exención en la tasa de alumbrado, barrido y conservación en la vía pública”*, *“eximición de tasas registrales (rentas)*, reconexión de servicios (gas y luz).

El accionado vive con su pareja en su domicilio, desde hace aproximadamente cinco años, en el principio de la relación entre el causante y su pareja se establecieron acuerdos complementarios respecto a la organización de las tareas de la casa, como así también aspectos que hacen al cuidado que ambos le propician. En la actualidad dada la cronicidad de la enfermedad de R. C., con un alto grado de deterioro que se remonta a más de treinta años, se evaluó oportuno, como forma de contribuir al bienestar de la pareja:

- la implementación de acompañante terapéutico, para ambos.
- contratar los servicios de una persona que se encargue, en forma regular, de la limpieza del hogar.
- gestiones ante la obra social de los causantes referentes a obtención de la medicación en forma gratuita
- Cupo en Centro de Jubilados, de la zona, para el comedor comunitario.
- Tramite de pase de transporte público gratuito, para ambos.

Evolución de la enfermedad.

Vínculo con las internaciones y modalidad de tratamiento:

El accionado en el año 1998 ante el fallecimiento de su madre, tuvo una recaída de la que se recuperó al año siguiente, fecha desde la cual no ha tenido internaciones prolongadas nuevamente. El causante asiste regularmente a los consultorios externos de la clínica donde se encuentra capitado, desde el año 2003, y mantiene un régimen de tratamiento

ambulatorio, el cual a veces se complementa con la concurrencia a hospital de día, según lo disponga su médico tratante de tres veces por semana.

Conclusiones.

CONCLUSIONES.

“Las políticas habitacionales en un Departamento de Salud Mental atraviesan las cuestiones propias de los lugares donde viven las personas con problemas de salud mental (los modos de residencia, el contexto en el que las estructuras se insertan) a fin de ocuparse de las soluciones en esta área, de acuerdo a pautas previstas desde lo institucional en relación con los grupos de usuarios; estas remiten al derecho al acceso a la vivienda, al medio social, a las estructuras residenciales”...⁴³

La ley italiana que estableció el fin de los manicomios en el país (1978) ha determinado el debate y ha marcado un punto irreversible en la historia de desinstitutionalización en ese país. En muchos países, como en el nuestro, restan muchos años para realizar este objetivo. En lo que respecta al cierre del manicomio, comparándolo con lo implementado en la ciudad autónoma de Buenos Aires y que está a más de cinco años de la sanción de su Ley de Salud Mental *“el panorama, en lo que respecta a las expectativas de transformación del sistema y a la desinstitutionalización en particular, es decididamente frustrante (...)*

La secretaría de Promoción Social de la ciudad está obligada a disponer de los recursos necesarios para la externación de pacientes con alta psiquiátrica, mediante “casas de convivencia”, “hogares”, “residencias”, “hostales”. Recientemente se contabilizaron 412 personas en condiciones de ser externadas en hospitales públicos, que permanecían allí por cuestiones sociales ante la falta de familia continente, de vivienda o de trabajo (...). Se incumple la transformación del modelo hospitalo-céntrico, custodial e internista. Se continúa alentando los dispositivos de internación parcial como los hospitales de día y de noche. También hay incumplimiento en establecer camas de internación en hospitales generales, y en establecer guardias psiquiátrico-psicológicas en todos los hospitales generales y centros de salud mental, con la inclusión del equipo de salud mental: psiquiatra-psicólogo-trabajador social.

⁴³ GIOVANNA DEL GIUDICE. “Las Estructuras Residenciales en el departamento de Salud Mental”. DSM: Servizio Abilitazione e Residencialita. Trieste 1997. Pág.3.

*Hay incumplimiento en cuanto a las necesidades de recursos humanos e infraestructura para los dispositivos de internación parcial, hospital de día-noche, fundamentalmente para el avance de una política de desinstitucionalización. Y se incumple la habilitación de "casas de medio camino". En la actualidad sólo existe una, dependiente del Hospital Borda. Desde hace tres años se viene anunciando el alquiler de nueve casas más (incluidas en el presupuesto). De todos modos, el criterio de alquiler no es el mejor, por cuestiones burocráticas y porque la oferta inmobiliaria suele discriminar a estos inquilinos"*⁴⁴

Focalizando la problemática en nuestra ciudad, nunca ha existido un hospital psiquiátrico monovalente, por lo que creemos válido comparar las condiciones de la atención en Salud Mental con la experiencia de Trieste, que ya no cuenta con Hospital Psiquiátrico desde hace casi tres décadas. Si Trieste, ciudad de 250.000 habitantes cuenta con 30 residencias; Mar del Plata que tiene 700.000 habitantes aproximadamente debería contar con no menos de 55 residencias. En cambio nuestra realidad permite entrever que no contamos con tales dispositivos, motivo por el que al analizar las alternativas implementadas desde el Servicio Social de la COA para cubrir las necesidades habitacionales, de 48 representados (que responden a los criterios de selección del presente estudio) residentes en Mar del Plata podemos arribar como primera conclusión a que todas las alternativas implementadas no corresponden a respuestas institucionales para el área problemática; tal como surge del análisis de casos que permite distinguir lo expuesto. Se puede observar que las intervenciones forman parte de un conjunto tendiente a la construcción de diferentes alternativas destinadas a favorecer los derechos de ciudadanía para las personas con padecimiento psíquico crónico; el derecho a tener una casa, ingresos, formación e instrucción de acuerdo a sus posibilidades, generar redes de solidaridad y reforzar vínculos sociales.

Las alternativas implementadas pueden agruparse en:

- **CASA PROPIA:** Se incluye a partir de lo recabado, a aquellas personas que accedieron a la vivienda a través de: ingresos laborales; por sucesión familiar, a partir de la derivación del beneficio previsional de sus padres; o bien a través de gestiones realizadas por la Curaduría Oficial de Alienados.

⁴⁴BARROCO, ANGEL. Asesor de la comisión de Salud de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Extractado del trabajo "Desmanicomialización: los límites de la ley". Revista Topía. 2005

- CASA CEDIDA: Incorporamos a quienes residen en un inmueble propiedad de un familiar directo, o a quienes residen en un inmueble propiedad de un familiar directo, o a quienes siendo herederos, ocupan una vivienda que se encuentra en trámite de sucesión.
- ALQUILADA (Casa, Departamento u Hotel / pensión): Se contemplan aquellos casos en que debe abonarse una cuota mensual en concepto de alojamiento.
- HOGAR SUSTITUTO: Refiere al dispositivo institucional, que proporciona alojamiento junto con atención, acompañamiento y control de tratamiento, para aquellas personas que tienen dificultades para el desenvolvimiento autónomo, sin llegar a constituir un régimen de internación.

Todas están fuertemente connotadas como “casas”, lugares donde vivir, sin reglas de tipo institucional, en las que se re-apropien de una identidad no vinculada solamente a la enfermedad. Se apunta a la independencia en la vida cotidiana y vincular, al mejoramiento del hábitat, recuperación del poder contractual. Las intervenciones y estrategias están vinculadas no sólo con estar en un lugar, con tener domicilio, sino también con el conjunto de normas que regulan el estar o domiciliarse, con el conjunto de relaciones en general y de las relaciones que en ese lugar se instauran, con los objetos que contiene, con la propiedad, los vecinos y cuidadores.

“Existe una diferencia entre habitar en casa propia, habitar en casa ajena, habitar en una pensión, en un hotel, en un campo de refugiados...y tal diferencia tiene que ver con las normas, la accesibilidad, la propiedad, la producción de sentido, las relaciones”...⁴⁵

Las intervenciones en el caso particular de los representados sin casa propia, fueron mayoritariamente “indirectas”; dado que la gestión y búsqueda de alojamiento en gran proporción estuvo a cargo del trabajador social, quién además evaluó las diferentes alternativas que se presentaban en pos de buscar un hábitat que facilite los vínculos sociales, la producción de relaciones, “*las ganas de contaminar (en el sentido de intercambio con otros)*”...⁴⁶

⁴⁵ GIOVANNA DEL GIUDICE. “Las Estructuras Residenciales en el departamento de Salud Mental”. DSM: Servizio Abilitazione e Residencialita. Trieste 1997. Pág.5.

⁴⁶ Ibidem. Pág. 7

En el caso de los representados con casa propia, las intervenciones también son “*indirectas*”, por los motivos expuestos para el caso anterior, sumada a la realización de gestiones destinadas a la normalización de la situación patrimonial (sucesiones); regularización las deudas contraídas por “intimación de deudas municipales, rentas”; reconexión y conexión de servicios; arreglos en la infraestructura del hogar (puesta en valor) con el objeto de mejorar la calidad habitacional; entre otros.

Con relación a los que residen en Hogar sustituto, también las intervenciones fueron “*indirectas*”, dado a que se evaluó a que dicha modalidad constituía la mejor respuesta posible, a que se apuntó a asegurar a los representados los cuidados que sus problemáticas requerían, sumado al apoyo y sostén dentro de las características no institucionales. Además de facilitarles nuevas formas de vida social al ampliarles su marco relacional, u red social.

En los tres casos estas intervenciones indirectas fueron acompañadas con intervenciones directas, consistentes en entrevistas individualizadas de frecuencia regular, estableciéndose en cada caso la duración y periodicidad de las mismas. Las mencionadas intervenciones son tendientes y están orientadas a “*clarificar-apoyar*”; “*informar-educar*”, “*controlar*”, “*poner en relación-crear nuevas oportunidades*”

Como trabajadores sociales es oportuno tomar conciencia que a través de intervenciones sistemáticas y estratégicas, podemos brindar respuesta (aunque no suficientes) a esta cuestión. Considerar que el recurso sanitario con el que se cuenta, en la atención de Salud Mental, no es el recurso suficiente y/o idóneo para dar respuesta a todas las problemáticas que presentan las personas con padecimiento psíquico. La función asilar de las intervenciones prolongadas requiere para ser deconstruida un conjunto de intervenciones creativas, cambiantes y sostenidas en el tiempo.

La falta de una política integral e integradora de Salud Mental hace que las diferentes intervenciones queden supeditadas a las iniciativas particulares de cada institución y/o profesional.

BIBLIOGRAFÍA

ACEBO IBÁÑEZ, E. “El arraigo y la morada como categorías existenciales”. *Revista de Trabajo Social*. Año XV. N° 22. *Revista regional de TS. Apoya Asociación de Asistentes Sociales de Uruguay (ADASU)*. Uruguay. 2001.

ALDAY, M y otros. “El Trabajo Social en el Servicio de Justicia”. Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 2001. Pág. 200

AMICO, L. “Desmanicomialización: Hacia una transformación de los dispositivos hegemónicos en salud mental”. Ver en www.margen.org/margen35/amico

ANDER-EGG. “Técnicas de investigación social”. Ed. Humanitas. 21° edición. Bs. As.. Argentina. Mayo 1997.

BARROCO, ANGEL. “Desmanicomialización: los límites de la ley”. *Revista Topia*. 2005

BIESA, M; CARROZA,C; CASTELVETRI, J. “La intervención del Trabajador Social en la gestión de recursos materiales, para el desarrollo y sostén de la calidad de vida de las personas con padecimientos psíquicos” . Tesis de Grado de la carrera Lic. en Servicio Social. UNMDP. Año 2004.

CRAVINO, M; WAGNER, R; VARELA,O. “Notas sobre la política habitacional en el AMBA en los años 90”. Ver en www.google.com

FALEIROS, VICENTE DE PAULA. “Espacio institucional y espacio profesional en trabajo social e instituciones”. Ed. Humanitas. 1986.

FARAONE, Silvia “Políticas en salud Mental” en revista Margen. Edición 7/8 abril de 1995.

GALENDE, Emiliano. "Situación actual de la Salud Mental en Argentina" en revista Salud, problemas y debate. Año IX. Nº 17. Buenos Aires. 1997.

GALENDE Emiliano. "Psicoanálisis y salud Mental. De un horizonte incierto". Editorial Paidós. Buenos Aires. 1997.

GIOVANNA DEL GIUDICE. "Las estructuras residenciales en el Departamento de Salud mental" DSM. Servizio Abilitazione e Residencialita. Trieste. 1997

GOFFMAN, Erving. "Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales". Ed. Amarrortu. Buenos Aires. 1980.

Hospital Nacional de Psiquiatra y Salud Mental. Dr. Manuel Montes de Oca. Actualizaciones en Salud Mental en Revista Informativa. Año 3 Nº 1. Año 2000.

KISNERMAN, N; MUÑOZ, D. "Quién le teme a la sistematización". Editorial Lumen-Humanitas. Buenos Aires. Argentina. Agosto de 1996.

LIPOVETSKY, Gilles. "La era del vacío". Ed. Anagrama. Año 1986.

MARTINO, M; INDA, A: Proyecto "Casas de Convivencia". Centro de Promoción Social. Mar del Plata. Bs. As. Argentina. 2006.

MENDEZ, Rubens. "Trabajo Social en el campo de la Salud mental. La práctica del Trabajo Social y el despliegue de sus condiciones de posibilidad en el campo de la salud Mental". Editorial Mundo Impresos. Mar del Plata. 2006.

ROLLAND, J. "Familias, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica". Editorial Gedisa. Barcelona. España. Julio de 2000.

RODRÍGUEZ GONZÁLES, A.; GOURAN GONZÁLEZ, F; AGUIRRE, M. "Rehabilitación e Inserción Social de enfermos mentales crónicos sin hogar". Trabajo publicado en la revista "Intervención Psicosocial" del colegio de Psicólogos. Delegación Madrid. Febrero 1998. Número monográfico sobre "Personas sin hogar". Publicado en el Vol. 7 N°1.

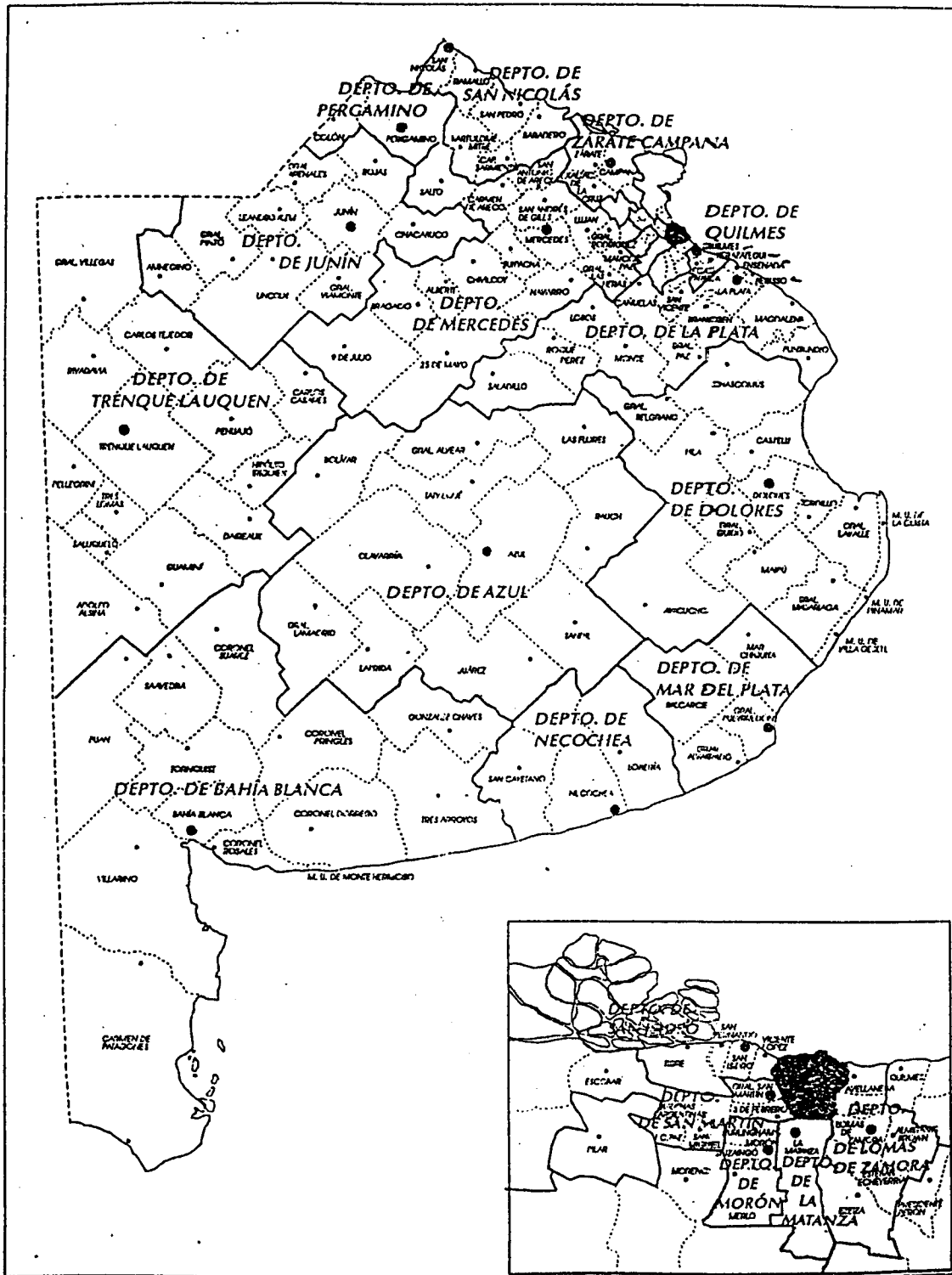
SLUZKI, C. "La red social: frontera de la práctica sistémica". Editorial Gedisa. Barcelona. España.

TAUCAR, N. " El asistente social como perito, en el ámbito judicial". Anuario del Departamento de Servicio Social de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Año 4. U.N.M.d.P. Mar del Plata. 1998.

TAUCAR, N; MENDEZ, R. "Las Curadurías de Alienados- Un enfoque integrado". Tercer encuentro sobre Curadurías Oficiales. Comisión II. Noviembre de 1996.

Anexos

Provincia de Buenos Aires - Departamentos Judiciales



Partidos por Demarcación Judicial

Depto. Judicial Azul
 Azul
 Benito Juárez
 Bolívar
 General Aivear
 General Lamadrid
 Laprida
 Las Flores
 Olavarría
 Rauch
 Tandil
 Tapalqué

Depto. Judicial Bahía Blanca
 Bahía Blanca
 Coronel Dorrego
 Coronel Pringles
 Coronel Rosales
 Coronel Suarez
 Gonzalez Chaves
 Monte Hermoso
 Patagones
 Puán
 Saavedra
 Tornquist
 Tres Arroyos
 Villarino

Depto. Judicial Dolores
 Ayacucho
 Castelli
 Chascomús
 De la Costa
 Dolores
 General Belgrano
 General Guido
 General Lavalle
 General Madariaga
 Maipú
 Pila
 Pinamar
 Tordillo
 Villa Gesell

Depto. Judicial Ajón
 Chacabuco
 Florentino Ameghino
 General Arenales
 General Pinto
 General Viamonte
 Junín
 Leandro N. Alem
 Lincoln
 Rojas

Depto. Judicial La Matanza
 La Matanza

Depto. Judicial La Plata
 Berisso
 Cañuelas
 Coronel Brandsen
 Ensenada
 General Paz
 La Plata
 Lobos
 Magdalena
 Monte
 Presidente Perón
 Punta Indio
 Roque Perez
 Saladillo
 San Vicente

Depto. Judicial Lomas de Zamora
 Almirante Brown
 Avellaneda
 Esteban Echeverría
 Ezeiza
 Lanús
 Lomas de Zamora

Depto. Judicial Mar del Plata
 Balcarce
 General Alvarado
 General Pueyrredon
 Mar Chiquita

Depto. Judicial Mercedes
 Alberti
 Bragado
 Carmen de Areco
 Chivilcoy
 General Las Heras
 General Rodriguez
 Lujan
 Marcos Paz
 Mercedes
 Moreno
 Navarro
 9 de Julio
 Salto
 San Antonio de Areco
 San Andrés de Giles
 Suipacha
 25 de Mayo

Depto. Judicial Morón
 Ituzaingó
 Hurlingham
 Merlo
 Morón

Depto. Judicial Necochea
 Lobería
 Necochea
 San Cayetano

Depto. Judicial Pergamino
 Colón
 Pergamino

Depto. Judicial Quilmes
 Berazategui
 Quilmes
 Florencio Varela

Depto. Judicial San Isidro
 Pilar
 San Fernando
 San Isidro
 Tigre
 Vicente Lopez

Depto. Judicial General San Martín
 General San Martín
 José C. Paz
 Malvinas Argentinas
 San Miguel
 Tres de Febrero

Depto. Judicial San Nicolás
 Baradero
 Bartolomé Mitre
 Capitán Sarmiento
 Ramallo
 San Nicolás de Arroyos
 San Pedro

Depto. Judicial Trenque Lauquen
 Adolfo Alsina
 Carlos Casares
 Carlos Tejedor
 Daireaux
 General Villegas
 Guamini
 Hipólito Yrigoyen
 Pehuajó
 Pellegrini
 Rivadavia
 Salliqueló
 Trenque Lauquen
 Tres Lomas

Depto. Judicial Zárate-Campana
 Campana
 Escobar
 Exaltación de la Cruz
 Zárate

ASISTENCIA DE ALIENADOS

del ejercicio del patrimonio de los enfermos mentales.

En ejercicio de las mismas deberá:

- Mantener un contacto permanente con sus representados o asistidos a cuyo efecto los visitará con la mayor frecuencia posible en los establecimientos donde se encuentran internados a fin de verificar las condiciones en que se desarrolla su tratamiento y evolución su enfermedad, e intertortizarse de sus necesidades.

- Solicitar a las autoridades del establecimiento, cuando el insano o internado manifieste síntomas de mejoría, la realización de un examen médico, a cuyo efecto podrá requerir el asesoramiento de los psiquiatras de la Dirección General o de las Asesorías Periciales departamentales (art. 481º del Código Civil).

- Peticionar, cuando se haya verificado por el correspondiente examen médico el completo restablecimiento del insano, su externación provisional o definitiva o su rehabilitación (art. 150º del Código Civil).

- Informar periódicamente al Juez o Tribunal de la Insania sobre la evolución de la enfermedad de su representado o asistido, como así de otra circunstancia que estime conveniente, sin perjuicio de cumplimentar las comisiones que tales Magistrados resuelvan encomendándole de conformidad a lo establecido por el artículo 630º del Código de Procedimiento Civil.

- Hacer saber al señor Procurador General de la Suprema Corte de Justicia las deficiencias e irregularidades que advierta en el cumplimiento de sus funciones de representación, o asistencia tanto en el ámbito de la administración de justicia como en los establecimientos

ACORDADA 1980/81
REGIMEN DE LAS CURADORÍAS
OFICIALES DE ALIENADOS
(DICTADA EL 1/12/81.)

Art. 1.- En los supuestos contemplados por el art. 622º del Código Procesal cuando el insano carezca de familiares o éstos se hubiesen excusado con causa suficiente o no existan personas habilitadas para asumir la representación, los Jueces o Tribunales discernirán el cargo de Curador definitivo del incapaz en la persona del Curador Oficial de Alienados.

Art. 2.- La Curaduría Oficial de Alienados será desempeñada por un Curador General y Curadores zonales. Los Curadores zonales ejercerán sus funciones en los departamentos judiciales que indique el acto de su creación y actuarán bajo la supervisión del Curador General el que podrá impartir las instrucciones necesarias a fin de mantener la unidad de criterio y de acción de la dependencia.

Art. 3.- La dependencia contará además con el personal técnico especializado acorde a sus necesidades, pudiendo su titular requerir la colaboración de los que integran la Dirección General o las Asesorías Periciales departamentales, como así la de sus médicos psiquiatras y psicólogos y demás profesionales de las mismas.

Art. 4.- El Curador Oficial de Alienados tendrá las funciones que emanan de la representación que establecen los artículos 168º y concordantes del Código Civil y las de asistencia que emanan

tos se encuentra en condiciones de ser internado.

- Tomar conocimiento de los familiares del insano o internado procurando lo visiten periódicamente y asistido en caso de que aquél se encuentre en condiciones de ser externado.

- A requerimiento de los Jueces en lo Penal o de oficio, prestar la necesaria asistencia a los inimputables que puedan ser externados por haber desahogado las razones que motivaron su internación, y a sus familiares, con el objeto de lograr el reintegro de aquéllos a la vida de relación.

- Recoger las inquietudes que le transmitan las autoridades de los establecimientos donde se encuentran internadas personas en razón de enfermedades mentales, con relación a las actuaciones judiciales en que estuvieren interesadas, encausándolas por la vía correspondiente.

- Procurar mediante las pertinentes gestiones ante los organismos públicos o privados, obtener las condiciones necesarias para lograr el reintegro del rehabilitado o externado a la vida de relación.

Art. 5.- El Curador Oficial de Alienados llevará un registro individual de los insanos cuya representación haya asumido, debiendo formar un legajo al que incorporará toda la documentación relacionada con el juicio de la insania, así como la relativa a la situación del representado y el pertinente historial clínico. Confeccionará, asimismo, una ficha del insano en la que se asentará:

- Nombre, apellido y demás circunstancias personales de familiares o allegados.

Art. 6.- Dicho funcionario deberá también formar un legajo por establecimiento donde, además de incluir la nómina de sus representados que allí se encuentren internados, consignará las visitas realizadas y las observaciones que estime pertinentes.

Art. 7.- Cuando el Curador Oficial de Alienados tome conocimiento de que alguna persona padece de enfermedad mental que le prive de aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes, hará llegar los antecedentes del caso al señor Asesor de Incapaces en turno del departamento judicial donde se domicilie aquélla, a fin de que pronuncie el correspondiente juicio de insania. En igual forma procederá respecto de los individuos que considere comprendidos en los dos primeros incisos del artículo 152º del Código Civil.

Podrá asimismo, impulsar la actividad de las autoridades policiales y hospitalarias previstas en el artículo 482º del C.C. cuando por sí, o por denuncia tome conocimiento de la existencia de personas que por causa de enfermedad mental impliquen peligro para sí o para terceros.

Art. 8.- El Curador Oficial de Alienados trabajará en estrecha colaboración con los Asesores de Incapaces y Defensores de Pobres y Ausentes y estará habilitado para realizar ante las autoridades judiciales y administrativas, todas las gestiones necesarias para el debido cumplimiento de su representación pudiendo requerir de aquéllos, todos los informes necesarios a tal efecto y aun el auxilio de la fuerza pública cuando circunstancias de excepción lo hiciesen necesario.

Art. 9.- Comunicarlo y publicarlo.

circunstancias lo requieran y por lo menos cada cuatro (4) meses, acompañados de un médico psiquiatra de la Dirección General de Asesoría Pericial o Asesores Periciales Departamentales, a las personas allí mencionadas, en los catálogos mentos donde se encuentre interrogándolos a fin de verificar su condición.

Art. 3.- Los Jueces en lo Penal a efectos de mantener la necesaria relación entre el interno, el médico y sus familiares, instruirán a éstos, para que en cumplimiento de las obligaciones emergentes del parentesco, los visiten con la debida frecuencia. A tal fin podrán encomendar a los asistentes sociales dependientes de las Asesorías Periciales departamentales, las gestiones necesarias para determinar la existencia de familiares y lograr la efectiva realización de las referidas visitas.

Art. 4.- Los señores jueces en lo penal deberán notificar al Curador Oficial de Alienados, las resoluciones que establezcan sobreseimiento definitivo o absolución por causa de inimputabilidad, y todas aquellas que determinen la modificación de la medida de seguridad adoptada, a cuyo efecto le remitirán la respectiva causa.

En los supuestos en que las autoridades de los citados establecimientos soliciten que se disponga la externación provisional de un internado o informen que ha desaparecido la peligrosidad que motivó la medida de seguridad, el juez en lo penal interviniente requerirá los asesoramientos que estime necesarios y dará intervención al Curador Oficial de Alienados el que estará legitimado para recurrir la resolución que se dicte Como

ACORDADA 1990/81
ASISTENCIA DE OFICIO DE
ALIENADOS
(DICTADA EL 1/12/81)

CAPÍTULO I
DE LOS PROCESADOS
DECLARADOS INIMPUTABLES

Art. 1.- Los señores jueces en lo Penal deberán verificar por sí las condiciones de higiene, seguridad y tratamiento en que se cumple la medida que en virtud de lo establecido por el artículo 349 inc. 1) del Código Penal hayan dispuesto respecto a los procesados declarados inimputables.

Art. 2.- En cumplimiento de lo establecido en el artículo anterior dichos magistrados deberán visitar cuando las cir-

paso previo al egreso provisorio o definitivo, el magistrado explicará a los parientes el alcance de la medida y la necesidad de que el núcleo familiar preste apoyo al externado.

CAPÍTULO II
DE LOS INTERNADOS,
PRESUNTOS INEBRANOS
Y DEPENDIENTES DEBILITADOS

Art. 5.- Los defensores de pobres y ausentes que hayan ejercido la defensa urgente fiscal, que hayan intervenido en el proceso, deberán coadyuvar al cumplimiento de la presente reglamentación a cuyo efecto tendrán las mismas obligaciones que los jueces y deberán instar y controlar el egreso de los internados. Denunciarán, asimismo, al juez competente y al Procurador General de la Suprema Corte de Justicia las irregularidades que adviertan en el cumplimiento de la referida medida de seguridad.

Art. 8.- Los jueces en lo civil y comercial, deberán cumplir puntualmente con la obligación de tomar contacto personal con el presunto incapaz, establecida por los artículos 624º y 627º del Código Procesal, visitándolo con la necesaria frecuencia, cuando aquí se encuentre internado por tal motivo o por las circunstancias contempladas por el artículo 482º del Código Civil.

Art. 6.- Cuando de las constancias de la causa e informes médicos se desprenda que el declarado inimputable es presumiblemente un demente en el concepto del artículo 141º del Código Civil, o se encuentre en condiciones de ser inhabilitado (artículo 152º bis del mismo), el Juez penal deberá extraer testimonio de tales piezas y remitirlas al Asesor de Incapaces en turno para que este funcionario inicie el respectivo proceso de insania o inhabilitación.

Art. 7.- Los señores jueces en lo penal, defensores de pobres y ausentes y agentes fiscales, llevarán un libro donde asentarán las visitas y gestiones realizadas en cumplimiento de la presente reglamentación, las que asimismo se consignarán en la respectiva causa, que por tal razón no será archivada hasta el egreso definitivo del inimputable y será

Art. 10.- En cumplimiento de la obligación establecida por el citado artículo 830º del C.P.C. el defensor de pobres y

ausentes que haya sido designado curador provisorio, y el asesor de incapaces deberán, dentro del quinto día de la designación o de su primera intervención en autos, visitar al presunto demente en el establecimiento donde se encuentre internado, tomando contacto con él e interrogándolo para interiorizarse de su condición.

LEY 10.315
EXTERMINACIÓN DE ENFERMOS MENTALES
RÉGIMEN ESPECIAL DE PRESTACIONES ASISTENCIALES

*T. Ordenado por Decreto 1.081/95
(Sesio. 11/18/84; promul. 10/9/86. N.º. 1/10/88)*

Art. 11.- El defensor de pobres y acaudalados que en cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 482º del Código Civil debe actuar como defensor especial para asegurar que la internación de dichos enfermos en el establecimiento de internación de enfermos mentales, es indispensable, deberá visitarlos dentro del quinto día de la comunicación respectiva y luego bimestralmente, dando cuenta al juez o tribunal competente de la situación en que se encuentran.

Art. 12.- En los supuestos contemplados por dicho artículo 482º del C.C., cuando los médicos del establecimiento informen que el internado es un presunto demente o se encuentra comprendido en alguna de las situaciones que prevé el artículo 152º bis del mismo en sus dos primeros incisos, el juez conferirá intervención al asesor de incapaces, para que éste promueva, en las mismas actuaciones, las acciones correspondientes (artículos 114º y 152º bis del C.C. y 632º del C.P.C.).

Art. 13.- Cuando los jueces hicieren lugar a la extirpación de un enfermo, deberán —como medida previa a dictar la orden de extirpación y luego de solicitar asesoramiento médico psiquiátrico— citar a los familiares del extirpado a fin de explicarles el alcance de la medida y

de explicarles el alcance de la medida y

de explicarles el alcance de la medida y

de explicarles el alcance de la medida y

Art. 1.- (Texto según ley 11.317). Es- serán enviadas a la Curaduría Oficial de Alienados a fin de que considere las situaciones asistenciales destinadas a proporcionar tal información los señores mentales internados en establecimientos psiquiátricos provinciales cuando la misma se vea impedida por falta de parientes en condiciones de recibirlo o por causas económicas del núcleo familiar para admitirlos en su seno. También podrán ser otorgadas tales prestaciones a enfermos mentales que se encuentren en régimen ambulatorio a fin de asegurar debidamente la continuidad de su tratamiento psiquiátrico y la subsistencia durante el mismo.

Art. 2.- Las prestaciones a que se refiere el presente artículo serán otorgadas por la Suprema Corte de Justicia de la provincia de Buenos Aires a propuesta de la Curaduría Oficial de Alienados y previa conformidad del señor Procurador General.

Art. 3.- Los Directores de los establecimientos confeccionarán listas de enfermos cuya extirpación se vea impedida por las causas mencionadas en el artículo 1º, con indicación del magistrado que ordenó la internación y demás antecedentes necesarios para la tramitación de la prestación. Dichas listas

Art. 4.- A los efectos de la acreditación de los requisitos necesarios para el otorgamiento del beneficio, la Curaduría Oficial de Alienados formará un expediente el que una vez concluido será elevado al señor Procurador General, y en el que deberán obrar los siguientes elementos:

- a) Copia del informe médico aconsejando la extirpación de los enfermos.
- b) Informes practicados por Asistentes Sociales de la Curaduría Oficial en los que deberán asentarse los datos del paciente, antecedentes psiquiátricos, composición e ingresos del núcleo familiar, carencia de recursos por parte del enfermo y demás circunstancias que demuestren la necesidad de contar con

4 - Subparcial 1 - "Prestaciones Asistenciales a Enfermos Mentales".
Facilitase al Poder Ejecutivo a realizar las medicaciones psiquiátricas necesarias para el cumplimiento de la presente ley.

Art. 10.- Derógase el Decreto-Ley 9.742/81.

Art. 11.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

ACORDADA N° 2269/88
REGISTRO CENTRAL DE ASPIRANTES A
GUARDAS CON FINES DE ADOCIÓN
(DEL 21/9/88; B.O. 19/9/88)

Art. 1.- Insistir el registro central de aspirantes a guardas con fines de adopción, cuya formación, mantenimiento y actualización estará a cargo de la Subsecretaría del Patronato de Menores de la Suprema Corte de Justicia, y de la Secretaría de la Procuración General. La curación General requerirá a los juzgados de Menores y asesorías de incapaces los datos que estime necesarios para la integración del registro o el control de su desenvolvimiento. Sin perjuicio de ello, los magistrados del fuero deberán remitir trimestralmente las nóminas preceptuadas por el art. 2°.

Art. 5.- A los fines previstos por el artículo anterior, los jueces de Menores deberán llevar un libro en el que registrarán a las personas y matrimonios que se postulen como futuros adoptantes, y que reúnan los requisitos establecidos por la Ley 19.134.

- A tal fin deberán consignar:
- a) Número de orden.
 - b) Fecha de inscripción.
 - c) Nombre, edad, sexo, domicilio real, estado civil, fecha de matrimonio, bienes que posee y descendencia, si la hubiere, del o los postulantes.
 - d) Edad y número de niños que estarían en condiciones de adoptar.
 - e) Constancia de la realización de los

Art. 9.- Incorporase al Presupuesto del Poder Judicial - Ejercicio 1984 - Unidad de Organización 1 - ítem 1 - finalidad 7 - Fracción 3 - Programa 5 - Sector 1 - Sector 3 - Partida Principal 4 - Partida Subprincipal 6 - Partida Parcial

Art. 2.- El registro contendrá la lista de aspirantes inscriptos en los Tribunales de Menores de la provincia de Buenos Aires para acceder a las referidas guardas, y se integrará con la nómina de los menores tutelados que se encuentren en situación de ser entregados en guarda con fines de adopción.

Art. 3.- El registro tendrá su asiento en la Subsecretaría del Patronato de Menores, la que coordinará sus actividades, a efectos del control y procesamiento del material, con la Procuración General y el Departamento de Desarrollo y Procesamiento Informático.

Art. 4.- La Secretaría de la Pro-

curación General tendrá a los juzgados de Menores y asesorías de incapaces los datos que estime necesarios para la integración del registro o el control de su desenvolvimiento. Sin perjuicio de ello, los magistrados del fuero deberán remitir trimestralmente las nóminas preceptuadas por el art. 2°.

Art. 5.- A los fines previstos por el artículo anterior, los jueces de Menores deberán llevar un libro en el que registrarán a las personas y matrimonios que se postulen como futuros adoptantes, y que reúnan los requisitos establecidos por la Ley 19.134.

- A tal fin deberán consignar:
- a) Número de orden.
 - b) Fecha de inscripción.
 - c) Nombre, edad, sexo, domicilio real, estado civil, fecha de matrimonio, bienes que posee y descendencia, si la hubiere, del o los postulantes.
 - d) Edad y número de niños que estarían en condiciones de adoptar.
 - e) Constancia de la realización de los

ASPIRANTES A ADOCIÓN

Art. 6.- La Curaduría Oficial de Alienados controlará periódicamente la afectación del monto de las prestaciones otorgadas a las finalidades que determinaron su concesión, como así que los familiares presten al externado la atención debida respecto a alimentación, vestido y tratamiento médico ordenado, pudiendo en su caso solicitar al señor Procurador General la suspensión o cancelación del beneficio acordado.

Art. 7.- El señor Procurador General procederá a pedir a la Suprema Corte de Justicia la suspensión o cancelación del beneficio otorgado cuando el Curador Oficial de Alienados informe que a través del control realizado ha comprobado:

- a) La indebida afectación de los fondos;
- b) La desaparición momentánea o definitiva de las carencias que dieron lugar al beneficio;
- c) Que el externado no reciba el tratamiento indicado o la atención debida por parte de sus familiares;
- d) El ingreso del enfermo a una Institución Psiquiátrica Oficial o Privada.

Art. 8.- El señor Procurador General de la Suprema Corte de Justicia, podrá ordenar la realización de inspec-

tará mediante la entrega por única vez de una asignación que no podrá exceder la suma de seis (6) mensualidades.

b.2) Contribuir mensualmente a la manutención y tratamiento del externado durante un lapso de un (1) año, pudiendo renovarse la prestación asistencial por plazos iguales mientras se mantengan las condiciones que motivaron su concesión.

Art. 6.- La Curaduría Oficial de Alienados controlará periódicamente la afectación del monto de las prestaciones otorgadas a las finalidades que determinaron su concesión, como así que los familiares presten al externado la atención debida respecto a alimentación, vestido y tratamiento médico ordenado, pudiendo en su caso solicitar al señor Procurador General la suspensión o cancelación del beneficio acordado.

Art. 7.- El señor Procurador General procederá a pedir a la Suprema Corte de Justicia la suspensión o cancelación del beneficio otorgado cuando el Curador Oficial de Alienados informe que a través del control realizado ha comprobado:

- a) La indebida afectación de los fondos;
- b) La desaparición momentánea o definitiva de las carencias que dieron lugar al beneficio;
- c) Que el externado no reciba el tratamiento indicado o la atención debida por parte de sus familiares;
- d) El ingreso del enfermo a una Institución Psiquiátrica Oficial o Privada.

Art. 8.- El señor Procurador General de la Suprema Corte de Justicia, podrá ordenar la realización de inspec-

En este caso la prestación se concre-



Municipalidad del Partido
de General Pueyrredon

ANEXO 3

Mar del Plata, 08 de febrero de 2005

**SR. SECRETARIO DE LA
CURADURIA OFICIAL DE ALIENADOS
DE LOS DEPARTAMENTOS JUDICIALES DE DOLORES,
NECOCHEA Y MAR DEL PLATA
RAWSON N° 2462
CIUDAD**


Ref. "SOLICITA INFORME LISTADO
PSICOLOGOS Y PSIQUIATRAS.-"

En respuesta al oficio de fecha 25/11/04 obrante en el Expediente municipal N° 18909-5-04 Cpo. 01, librado en los autos de referencia, me dirijo a Ud. a los efectos de remitirle adjunto a la presente, el/los informe/s producido por:

* SUBSECRETARIA DE SALUD Y PROTECCION
SANITARIA.-


Saluda atentamente.

*Se desglosa/n la/s fojas 4/8, a fin de
elevantas al juzgado interviniente.*


Beatriz J. Ramos
Jefe de División Despacho
Dirección de Administración



Mar del Plata

Edo. 11.2.05. 1130-12. Cle - 

8

A Sr. Secretario de Salud
Dr. Alejandro Garis
S/D

Adjunto a continuación copia de las notas elevadas en relación a solicitud similar a la presente, donde se informó características de nuestro sistema de atención.

Agregaría en este caso en particular, que la atención solicitada la venía realizando el HIGA como parte de sus incumbencias, por tratarse de enfermos crónicos.

Creo oportuno mencionar que en una de las reuniones realizadas en Zona Sanitaria VIII durante el año 2002, de la Mesa Interinstitucional de Salud Mental, Coordinadas por Director Zonal de Salud Mental Lic. Justo Perez, a la que concurrió el entonces Jefe de Salud Mental del HIGA, Dr. Modart y la Lic. en Servicio Social N. Tauca por la Curaduría, se realizaron acuerdos en relación a esta cobertura, confirmando la pertinencia de la cobertura a cargo de dicho servicio hospitalario.

En relación la solicitud respecto al listado de psicólogos y psiquiatras de este Departamento que desempeñan actividades en las Salas, adjunto el listado correspondiente.

En relación a los psicólogos, los asignados a las Salas son 28, y que la carga horaria semanal de dichos profesionales va de 18 a 35 hs., lo que en promedio representaría aproximadamente el equivalente a 23 profesionales con 35 hs.

A los efectos de cubrir 17 salas y tomando en cuenta la población que cada una cubre, muchos de ellos concurren a dos Salas.

Estos profesionales reciben solicitudes de asistencia de todos los grupos étnicos:

- por demanda espontánea
- tratamientos solicitados desde las guarderías, Hogares, Casas de Admisión Municipales (Arenaza y Gayone), etc.
- derivaciones de Tribunales de Menores, Familia, Casa de Justicia, Patronato de Liberados,
- Escuelas y Jardines provinciales y municipales
- otras instituciones y ONG, como CASFER, ASSAR, etc.
- Programa de ExCombatientes de Malvinas
- Etc.

Además de intervenciones como:

- Apoyatura a dependencias municipales en Concursos
- Solicitud de intervenciones institucionales intra y extra municipales
- Intervención en tareas de Promoción y Prevención, lo que por supuesto implica nuestra intervención en distintos programas y proyectos de dichas características, como parte de la carga horaria.
- Tareas docentes como Supervisores institucionales de Residentes de Pre y Post- Grado.

En relación a los Psiquiatras, éste departamento cuenta con 1 profesional para la atención de niños hasta 15 años, que cumple parte de su horario en IREMI y parte en Centro n° 2. Para la atención de adultos contamos con 4 profesionales para la atención en las Salas:

- dos profesionales de 18hs. y dos de 24 hs. para la cobertura de las Salas. Se dividió la ciudad en 4 zonas, que son referidas a las Salas Jara, Libertad, Centro n°2 y Las Heras

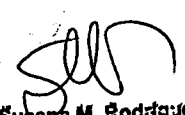
Además contamos con:

- uno de 24 hs. para el Centro de Día SEMDA (adicciones) actualmente con una licencia prolongada por enfermedad.
- uno de 35 para el consultorio de Medicina Preventiva

Contamos con la colaboración de dos días a la semana de una profesional perteneciente al área de Medicina laboral de la municipalidad, dependiendo de los requerimientos específicos de su dependencia.

Departamento de Salud Mental
03 DIC. 2004

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL
ENTRADA.....
SALIDA 03 DIC. 2004


Lic. Susana M. Rodríguez
Jefe Departamento Salud Mental
Secretaría Calidad de Vida
M. G. P.

Distribución de Psicólogos y Psiquiatras

Consultorio Jara

Adultos zona centro

Lic. Amendolara (4 días)

Lic. Robuschi (3 días)

Lic. Sanchez (4 días)

Lic. Acuña (3 días)

Psiquiatría: Dra. Lopez

Dra. Agüero (no pertenece al departamento de Sd. M.-Colaboración de Med.
Colaboración de Med. Laboral- 2 días)

IREMI

Niños hasta 15 años

Lic. Guerra (3 días)

Lic. Cohen (4 Días)

Lic Fernandez) 3 días)

Lic. Sanchez (2 días)

Lic. Migliavacca (2 días)

Lic. Giglio (2 días)

Lic. Zibiaurre (1 día)

Psiquiatría infantil : Dra. Alegre (3 días)

Centro de Salud n°2

Lic. Antón (3 días)

Lic. Hochberg (2 días)

Lic. Di Palma (4 días)

Lic. Kogan (1 día)

Psiquiatría adultos : Dra. Ficarra (4 días)

infantil : Dra. Alegre (2 días)

Sala Belzarrán

Lic. Sullivan (2 días)

Lic. Piazza (1 día)

Sala Martillo

Lic. Berberian (4 días)

Lic. Gianoli (4 días)

Sala Newbery

Lic. Sullivan (3 días)

Lic. Serra (4 días)

Lic. Migliavacca (2 días)

Lic. Falvo (3 días)

Sala Libertad

Lic. Lucero (2 días)

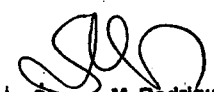
Lic. Sanchez (3 días)

Lic. Lic. Zubiaurre (2 días)

Psiquiatría adultos : Dra. Cohen (3 días)

Sala Batán

Lic. Pagella (4 días)


Lic. Susana M. Rodríguez
Jefe Departamento Salud Mental
Secretaría Calidad de Vida
M. G. P.

Sala Santa Rita

Lic. Lorenzana (4 días)
Lic. Alvarez (3 días)

Sala Centenario

Lic. Robuschi (2 días)
Lic. Hochberg (2 días)
Lic. Lombardo (2 días)

Sala Meyrelles

Lic. Malca (2 días)
Lic. Fernandez (1 día)

Sala Las Heras

Lic. Estevez (2 días)
Lic. Garcia (4 días)
Psiquiatría adultos : Dra. Amez (2 días)

Sala Alto Camet

Lic. Falvo (2 días)
Lic. Lucero (2 días)

Sala APAND

Lic. Esandi (4 días)
Lic. Sturla (3 días)
Lic. Galarza 3 (días)

Sala Las Américas

Lic. Piazza (4 días)

Sala La Peregrina

Lic. Giglio (2 días)

Sala Playas del Sur

Lic. Lombardo (2 días)
Lic. Malca (2 días)


Lic. Susana M. Rodríguez
Jefe Departamento Salud Mental
Secretaría Calidad de Vida
M. G. P.

A Secretaría Legal y Técnica

A los fines de responder el Oficio enviado por la Defensoría Oficial General Dra. Boeri, se remite el texto elaborado por esta Secretaría de conformidad con la temática referida.

En el Municipio de General Pueyrredón el Primer Nivel de Atención Médica recibe la demanda espontánea y el Segundo Nivel Psiquiatría recibe consultas referenciadas desde el Primer Nivel Médico Municipal.

En referencia al llamado proceso evolutivo de salud a enfermedad, el caudal de atención mayor se encuentra en los periodos prepatogénicos = trastornos de Salud Mental y se reduce en los patogénicos = enfermedad psiquiátrica instalada.

Acorde al último párrafo hasta la fecha la funcionalidad en la ciudad de la incumbencia del Municipio y sus recursos y la Provincia y sus recursos se halla descrito en la copia de origen Ministerial que se adjunta correspondiente al año 1999= casos agudos.

Es sabido que en los tiempos de crisis surgen problemas comunitarios en la salud mental general e individual producto de desajustes adaptativos.

En resumen hasta la fecha el Municipio trabaja los periodos prepatogénicos y de los patogénicos los que corresponden a dispositivos de baja complejidad y no se logra actualmente esta articulación ya que se recepta solicitudes de atención de lo expresado ut supra y de institucionalizados ej: detenidos preventivos en comisarías y/o penitenciarias y/o coberturas permanentes de mermas prolongadas y/o ausencia de recursos en por ej: Cerenil, escuelas especiales (ciegos, sordomudos), Curaduría, casa de atención de Menores institucionalizados con causas penales, Hospitales Interzonales locales ambos y/o monovalentes en Psiquiatría Regional Pública crónica.

Las palabras que definirían conceptualmente al alcance municipal serían:

AMBULATORIOS
Intervención de baja complejidad
Corto tiempo
Alto impacto

Integrada a la Práctica General de Salud
Evitación del surgimiento de enfermedad Mental
(Psicopatología- cronicidad).

No hay en la ciudad Instituciones Monovalentes (solo en Necochea, para toda la Región VIII) para la atención de la enfermedad Psiquiátrica Crónica en su seguimiento de complejidad ni para internación psiquiátrica pública prolongada.

Subsecretaría de Salud y
Protección Sanitaria
19 de octubre, 2004.-


Patricia Malaguti
Subsecretaria de Salud
y Protección Sanitaria

SÍNTESIS MODELO APS -SALUD MENTAL-MGP

Nuestro modelo de intervención se caracteriza por la inclusión de las disciplinas de Salud mental en APS: Psicopedagogía, Terapia ocupacional, Fonoaudiología, Servicio Social, Psicología y Psiquiatría.

El énfasis en nuestra tarea está puesto en las tareas de Promoción y Prevención, y en la asistencia de las necesidades básicas de la comunidad , a través de acciones de baja complejidad integradas en los servicios generales de salud.

Psiquiatría en este modelo articula en particular con el tratamiento psicoterapéutico que lleva a cabo el psicólogo , en aquellos casos en que es necesaria una indicación farmacológica . Para poder sostener este tipo de estrategias también se ha articulado con los médicos clínicos y generalistas, con el objetivo de que realizada la evaluación psiquiátrica , dichos profesionales puedan repetir las recetas, contando con el seguimiento farmacológico periódico del Psiquiatra y el psicoterapéutico a cargo de psicólogo .

De manera general, podríamos decir que en APS, se abordan desde el punto de vista de la asistencia, los trastornos de alta prevalencia en Salud Mental y además son aquellos donde la intervención del equipo tiene un papel importante en su resolución o atención .

Entre éstos:

-Trastornos adaptativos.: Son los más frecuentes en APS. Son aquellos donde el sujeto se encuentra imposibilitado de solucionar un conflicto físico , psíquico o socialmente.

En el aspecto que nos compete: superación de una etapa vital, crisis accidentales , conflictos interpersonales , etc.

El trastorno adaptativo se manifiesta clínicamente como una alteración emocional, ya sea de ánimo depresivo, ansioso o conductual.

-Trastornos somatoformes: Aquellos donde el malestar psicológico se expresa a través de síntomas somáticos, dificultad para verbalizar emociones, conflictos de tipo social, familiar o laboral. Los síntomas aportados son generalmente vagos y poliformos. El paciente justifica éstos síntomas como consecuencia de "lo mal que se encuentra", su "dolor generalizado", "mareos", etc.

-Trastornos de la afectividad: Tristeza, dificultad en la expresión, en la atención, lentitud de los procesos mentales y motores, preocupación sentimientos de culpa, falta de interés, etc. Trastornos conductuales (sobre todo en el niño), irritabilidad o agresividad , pueden vehicular un estado depresivo (depresión reactiva, mayor, endógena, trastorno bipolar, trastorno distímico, etc.)

-Trastornos de la ansiedad: Estados de ansiedad. Tras de ans. Generalizada, por angustia (crisis de pánico); trastorno obsesivo-compulsivo, fóbicos etc. También tras de ansiedad acompañando los trastornos mencionados en los ítems. anteriores

Lic. Susana M. Rodríguez
Jefe Departamento Salud Mental
Secretaría Calidad de Vida
M. G. P.

REGIÓN VIII - REGIÓN GENERAL PUEYRREDÓN

Partido de Ayacucho
Hospital Municipal Dr. Pedro Solanet, Pindart 52

Partido de Balcarce

Hospital Municipal Sub Zonal, 19 N° 926
Hospital Municipal Ernesto Pintos, 20 y 33

Partido de Gral. Alvarado

Localidad Miramar
Hospital Municipal Mariano Casano, Dupuy 1550
Segundo Nivel
Clínica Privada Instituto Médico Priv. Mitre, 23 n° 1187

Partido de General Pueyrredón

Localidad Batán
Segundo Nivel
Clínica Privada San Javier, Diag. Mar del Plata y 33

Localidad Gral. Pueyrredón
Hospital Interzonal especializado Materno Infantil V. Tettamanti, Castelli 2450
Hospital Casa del Niño
Hospital Interzonal Gral de Agudos, Juan B. Justo y 164
Primer Nivel
Centro Diálisis Central (CENDIAL), Jujuy 1216
Segundo Nivel
Hospital Español de Mar del Plata, San Luis 2562
Clínica de Salud Mental, García Lorca 363
Clínica Neuro- Psiquiátrica Atlántica, Sargento Cabral 51
Clínica Privada de Ojos, Salta 1427
Clínica Privada de Ojos Santa Lucía, Jujuy 1466
Clínica y Maternidad Modelo, Mitre 2951
Clínica de Fracturas y Ortopedia, Independencia 1475
Clínica del Niño de Mar del Plata, Colón 2749
Clínica 25 de Mayo, 25 de Mayo 3558
Clínica y Maternidad Colón S.A., Colón 3629
Clínica Pueyrredón, Jujuy 2176
Sanatorio Belgrano, Belgrano 4329

Partido de Lobería

Localidad Lobería
Hospital Municipal Gaspar Campos, Avda. San Martín 1150

Localidad San Manuel
Unidad Sanitaria San Manuel

Partido de Mar Chiquita

Localidad Gral. Pirán
Unidad Sanitaria de Gral. Pirán, Falucho 153.-

Localidad Mar Chiquita
Hospital Municipal Eustaquio Aristizabal, Avda. Belgrano 250

Partido de Necochea

Hospital Municipal Fernández, 59 N° 4001
Hospital Municipal Ferreyra, 50 N° 4001
Hospital Subzonal Especializado Neuro-Psiquiátrico, 49 N° 1868
Segundo Nivel
Clínica Cruz Azul S.A., 60 n ° 2651
Clínica privada Regional, 66 n ° 2581

Localidad La Dulce
Unidad Sanitaria La Dulce, 59 n ° 4801

Localidad Quequen
Hospital Municipal Iruzún, 541 N° 3550

Partido de Pinamar

Partido de San Cayetano

Hospital Municipal Menditeguy, Independencia 734

Partido de Tandil

Hospital Municipal Santa Marina, Gral Paz 400
Primer Nivel
Centro Privado de Diálisis Tandil, Uriburu 967
Segundo Nivel
Hospital Italiano de Tandil, Chacabuco 340.-
Clínica Privada Sanatorio San Martín S.A., Sarmiento 770

Partido de Villa Gesell

Localidad Villa Gesell
Hospital Municipal Villa Gesell, Avda.3 y Paseo 124
Segundo Nivel
Clínica Privada del Sol SRL, 3 n ° 301,entre Paseo 130 y 131

LEY 10.315
EXTERNACIÓN DE ENFERMOS MENTALES
RÉGIMEN ESPECIAL DE PRESTACIONES ASISTENCIALES

T. Ordenado por Decreto 1.081/85
(Sanc. 11/12/84; promul. 16/9/85. B.O. 1/10/85)

Art. 1.- (Texto según ley 11.317). Establécese un régimen especial de prestaciones asistenciales destinados a posibilitar la externación de enfermos mentales internados en establecimientos psiquiátricos provinciales cuando la misma se vea impedida por falta de parientes en condiciones de recibirlo o por carencias económicas del núcleo familiar para admitirlos en su seno. También podrán ser otorgadas tales prestaciones a enfermos mentales que se encuentren en régimen ambulatorio a fin de asegurar debidamente la continuidad de su tratamiento psiquiátrico y la subsistencia durante el mismo.

Art. 2.- Las prestaciones a que se refiere la presente Ley serán otorgadas por la Suprema Corte de Justicia de la provincia de Buenos Aires a propuesta de la Curaduría Oficial de Alienados y previa conformidad del señor Procurador General*.

* Por Ley 10.821, se creó el Patronato de Externados de la Pcia. de Buenos Aires.

Art. 3.- Los Directores de los establecimientos confeccionarán listas de enfermos cuya externación se vea impedida por las causas mencionadas en el artículo 1º, con indicación del magistrado que ordenó la internación y demás antecedentes necesarios para la tramitación de la prestación. Dichas listas

serán enviadas a la Curaduría Oficial de Alienados a fin de que considere las situaciones en las que la concesión del beneficio sea viable. Asimismo, deberán proporcionar tal información los señores magistrados de los Fueros Civil y Penal a cuya disposición se encuentren enfermos mentales en las condiciones aludidas, como así también los representantes de los Ministerios Públicos. Podrán también petitionar su concesión, los familiares del enfermo y cualquier allegado a él, mediante su presentación ante la Curaduría Oficial de Alienados.

Art. 4.- A los efectos de la acreditación de los requisitos necesarios para el otorgamiento del beneficio, la Curaduría Oficial de Alienados formará un expediente el que una vez concluido será elevado al señor Procurador General, y en el que deberán obrar los siguientes elementos:

a) Copia del informe médico aconsejando el alta y de la resolución de las autoridades del establecimiento psiquiátrico concediéndola;

b) Informes practicados por Asistentes Sociales de la Curaduría Oficial en los que deberán asentarse los datos del paciente, antecedentes psiquiátricos, composición e ingresos del núcleo familiar, carencia de recursos por parte del enfermo y demás circunstancias que demuestren la necesidad de contar con

el beneficio;

c) En su caso, manifestación de voluntad debidamente documentada del responsable del núcleo familiar de acoger al enfermo;

d) (Texto según Ley 11.317). Testimonio de la resolución judicial decretando la externación. Exceptúanse de este requisito los enfermos mentales comprendidos en el artículo 1 "in fine";

e) Dictamen del señor Curador Oficial de Alienados apoyado en el conocimiento personal del enfermo y sus familiares, aconsejando la concesión del beneficio, individualizando el beneficiario e indicando su tipo y la forma en que conviene concederlo de conformidad a las diversas posibilidades que contempla la presente ley.

Art. 5.- Las prestaciones tendrán una asignación mensual equivalente al monto de la jubilación mínima dispuesta para los agentes de la Administración Pública de la Provincia y serán concedidas:

a) Al enfermo mental dado de alta de los Hospitales Psiquiátricos que no tengan familiares y pueda valerse por sí mismo, hasta tanto obtenga trabajo y por un lapso de seis (6) meses que podrá ser renovado a criterio de la Curaduría, conjuntamente podrá gozar, en caso de inперiosa necesidad, del beneficio destinado a sufragar gastos de instalación en las condiciones previstas en el inciso b) del presente artículo;

b) Al responsable del grupo familiar que reciba en su hogar a un paciente psiquiátrico, externado de establecimientos provinciales, con la finalidad de:

b.1) Sufragar gastos de instalación del enfermo.

En este caso la prestación se concre-

tará mediante la entrega por única vez de una asignación que no podrá exceder la suma de seis (6) mensualidades.

b.2) Contribuir mensualmente a la manutención y tratamiento del externado durante un lapso de un (1) año, pudiendo renovarse la prestación asistencial por plazos iguales mientras se mantengan las condiciones que motivaron su concesión.

Art. 6.- La Curaduría Oficial de Alienados controlará periódicamente la afectación del monto de las prestaciones otorgadas a las finalidades que determinaron su concesión, como así que los familiares presten al externado la atención debida respecto a alimentación vestimentaria y tratamiento médico ordenado, pudiendo en su caso solicitar al señor Procurador General la suspensión o cancelación del beneficio acordado.

Art. 7.- El señor Procurador General procederá a pedir a la Suprema Corte de Justicia la suspensión o cancelación del beneficio otorgado cuando el Curador Oficial de Alienados informe que a través del control realizado ha comprobado:

a) La indebida afectación de los fondos;

b) La desaparición momentánea o definitiva de las carencias que dieron lugar al beneficio;

c) Que el externado no reciba el tratamiento indicado o la atención debida por parte de sus familiares;

d) El ingreso del enfermo a una Institución Psiquiátrica Oficial o Privada.

Art. 8.- El señor Procurador General de la Suprema Corte de Justicia, podrá ordenar la realización de inspec-

ciones periódicas a los externados previa y posteriormente al otorgamiento del beneficio, pudiendo requerir informes sobre el destino y control de gestión a la Curaduría Oficial de Alienados.

Art. 9.- Incorpórase al Presupuesto del Poder Judicial - Ejercicio 1984 - Unidad de Organización 1 - Item 1 - Finalidad 7 - Función 3 - Programa 5 - Sección 1 - Sector 3 - Partida Principal 4 - Partida Subprincipal 6 - Partida Parcial

4 - Subparcial 1 - "Prestaciones Asistenciales a Enfermos Mentales".

Facúltase al Poder Ejecutivo a realizar las adecuaciones presupuestarias necesarias para el cumplimiento de la presente ley.

Art. 10.- Derógase el Decreto-Ley 9.742/81.

Art. 11.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

ciones periódicas a los externados previa y posteriormente al otorgamiento del beneficio, pudiendo requerir informes sobre el destino y control de gestión a la Curaduría Oficial de Alienados.

Art. 9.- Incorpórase al Presupuesto del Poder Judicial - Ejercicio 1984 - Unidad de Organización 1 - Item 1 - Finalidad 7 - Función 3 - Programa 5 - Sección 1 - Sector 3 - Partida Principal 4 - Partida Subprincipal 6 - Partida Parcial

4 - Subparcial 1 - "Prestaciones Asistenciales a Enfermos Mentales".

Facúltase al Poder Ejecutivo a realizar las adecuaciones presupuestarias necesarias para el cumplimiento de la presente ley.

Art. 10.- Derógase el Decreto-Ley 9.742/81.

Art. 11.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DECRETO 1081

Externación de enfermos mentales — Texto ordenado de la ley 10.315.

Fecha: 12 mayo 1995.

Publicación: B. O. 1/6/95.

Citas legales: D. ley 10.073/83: XLIV-A, 627; ley 10.315: XLV-D, 4286; ley 11.317: LII-D, 4911; ley 10.821: L-C, 3062; ley 9742: XLI-D, 4805.

Art. 1º — Apruébase de conformidad con la facultad conferida por el dec. ley 10.073/83, el texto ordenado de la ley 10.315, —externación de enfermos mentales— con las modificaciones introducidas por la ley 11.317 y, conjuntamente con el índice del ordenamiento del mismo, los cuales, como anexos I y II respectivamente, forman parte integrante del presente decreto.

Art. 2º — El Ministerio de Gobierno y Justicia, por intermedio de la Dirección Provincial de Informática Jurídico Legal y Entidades Profesionales y de la Dirección de Impresiones del Estado y Boletín Oficial implementará los medios necesarios a efectos de la publicación y distribución del texto ordenado que se aprueba por el artículo anterior.

Art. 3º — El presente decreto será refrendado por el señor ministro secretario en el departamento de Gobierno y Justicia.

Art. 4º — Comuníquese, etc. — Duhalde. — Citara.

Anexo I

TEXTO ORDENADO DE LA LEY 10.315
—EXTERNACION DE ENFERMOS MENTALES—
CON LAS MODIFICACIONES INTRODUCIDAS POR LA
LEY 11.317

Art. 1º — (Texto según ley 11.317). Establécase un régimen especial de prestaciones asistenciales destinados a posibilitar la externación de enfermos mentales internados en establecimientos psiquiátricos provinciales cuando la misma se vea impedida por falta de parientes en condiciones de recibirlo o por carencias económicas del núcleo familiar para admitirlo en su seno. También podrán ser otorgadas tales prestaciones a enfermos mentales que se encuentren en régimen ambulatorio a fin de asegurar debidamente la continuidad de su tratamiento psiquiátrico y la subsistencia durante el mismo.

Art. 2º — Las prestaciones a que se refiere la presente ley serán otorgadas por la Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires a propuesta de la Curaduría Oficial de Alineados y previa conformidad del señor procurador general. (*)

Art. 3º — Los directores de los establecimientos confeccionarán listas de enfermos cuya externación se vea impedida

(*) Por ley 10.821, se creó el Patronato de Externados de la Pcia. de Buenos Aires.

por las causas mencionadas en el art. 1º, con indicación del magistrado que ordenó la internación y demás antecedentes necesarios para la tramitación de la prestación. Dichas listas serán enviadas a la Curaduría Oficial de Alineados a fin de que considere las situaciones en las que la concesión del beneficio sea viable. Asimismo, deberán proporcionar tal información los señores magistrados de los fueros civil y penal a cuya disposición se encuentren enfermos mentales en las condiciones aludidas, como así también los representantes de los ministerios públicos. Podrán también petitionar su concesión, los familiares del enfermo y cualquier allegado a él, mediante su presentación ante la Curaduría Oficial de Alineados.

Art. 4º — A los efectos de la acreditación de los requisitos necesarios para el otorgamiento del beneficio, la Curaduría Oficial de Alineados formará un expediente el que una vez concluido será elevado al señor procurador general, y en el que deberán obrar los siguientes elementos:

a) Copia del informe médico aconsejando el alta y de la resolución de las autoridades del establecimiento psiquiátrico concediéndola;

b) Informes practicados por asistentes sociales de la Curaduría Oficial en los que deberán asentarse los datos del paciente, antecedentes psiquiátricos, composición e ingresos del núcleo familiar, carencia de recursos por parte del enfermo y demás circunstancias que demuestran la necesidad de contar con el beneficio;

c) En su caso, manifestación de voluntad debidamente documentada del responsable del núcleo familiar de acoger al enfermo;

d) (Texto según ley 11.317). Testimonio de la resolución judicial decretando la externación. Exceptúanse de este requisito los enfermos mentales comprendidos en el art. 1º "in fine";

e) Dictamen del señor curador oficial de alineados apoyado en el conocimiento personal del enfermo y sus familiares, aconsejando la concesión del beneficio, individualizando el beneficiario e indicando su tipo y la forma en que conviene concederlo de conformidad a las diversas posibilidades que contempla la presente ley.

Art. 5º — Las prestaciones tendrán una asignación mensual equivalente al monto de la jubilación mínima dispuesta para los agentes de la Administración pública de la Provincia y serán concedidas:

a) Al enfermo mental dado de alta de los hospitales psiquiátricos que no tengan familiares y pueda valerse por sí mismo, hasta tanto obtenga trabajo y por un lapso de seis (6) meses que podrá ser renovado a criterio de la curaduría, conjuntamente podrá gozar, en caso de imperiosa necesidad, del beneficio destinado a sufragar gastos de instalación en las condiciones previstas en el inc. b) del presente artículo;

b) Al responsable del grupo familiar que reciba en su hogar a un paciente psiquiátrico, externado de establecimientos provinciales, con la finalidad de:

b) 1. Sufragar gastos de instalación del enfermo.

En este caso la prestación se concretará mediante la entrega por única vez de una asignación que no podrá exceder la suma de seis (6) mensualidades.

b) 2. Contribuir mensualmente a la manutención y tratamiento del externado durante un lapso de un (1) año, pudiendo renovarse la prestación asistencial por plazos igua-

mientras se mantengan las condiciones que motivaron su cesión.

Art. 6º — La Curaduría Oficial de Alienados controlará periódicamente la afectación del monto de las prestaciones otorgadas a las finalidades que determinaron su concesión, no así que los familiares presten al externado la atención debida respecto a alimentación, vestimenta y tratamiento médico ordenado, pudiendo en su caso solicitar al señor curador general la suspensión o cancelación del beneficio otorgado.

Art. 7º — El señor procurador general procederá a pedir a la Suprema Corte de Justicia la suspensión o cancelación del beneficio otorgado cuando el curador oficial de alienados informe que a través del control realizado ha comprobado:

- a) La indebida afectación de los fondos;
- b) La desaparición momentánea o definitiva de las cárenas que dieron lugar al beneficio;
- c) Que el externado no reciba el tratamiento indicado o la atención debida por parte de sus familiares;
- d) El ingreso del enfermo a una institución psiquiátrica pública o privada.

Art. 8º — El señor procurador general de la Suprema Corte de Justicia, podrá ordenar la realización de inspecciones periódicas a los externados, previa y posteriormente al otorgamiento del beneficio, pudiendo requerir informes sobre el funcionamiento y control de gestión a la Curaduría Oficial de Alienados.

Art. 9º — Incorpórase al presupuesto del Poder Judicial - Ejercicio 1984 - Unidad de organización 1 - ítem 1 - Función 7 - Función 3 - Programa 5 - Sección 1 - Sector 3 - Línea principal 4 - Partida subprincipal 6 - Partida ítem 4 - Subparcial 1 Prestaciones asistenciales a enfermos mentales.

Se facultase al Poder Ejecutivo a realizar las adecuaciones presupuestarias necesarias para el cumplimiento de la presente ley.

Derógase el dec. ley 9742/81.

Art. 11. Comuníquese, etc.

Anexo II

INDICE DEL ORDENAMIENTO DE LA LEY 10.315

— EXTERNACION DE ENFERMOS MENTALES —

Artículo original	Artículo según L.O.	Fundamentación
1	1	Ley 11.317
2	2	Ley 10.315
3	3	Ley 10.315
4	4	Ley 10.315 Inc. d) Ley 11.317
5	5	Ley 10.315
6	6	Ley 10.315
7	7	Ley 10.315
8	8	Ley 10.315
9	9	Ley 10.315
10	10	Ley 10.315
11	11	Ley 10.315

DECRETO 1082

Jubilación de gobernadores, vicegobernadores y legisladores — Texto ordenado de la ley 5675.

Fecha: 12 mayo 1995.

Publicación: B. O. 1/6/95.

Citas legales: D. ley 10.073/83: XLIV-A, 627; ley 5675: XI-A, 880; ley 6212: XX-B, 1105; ley 11.395: LIII-C, 3776; D. ley 9467/80: XL-A, 521; ley 5423: VIII, 1172; ley 5489: IX-B, 1810; Constitución Provincial: LIV-D, 5120; ley 8320: XXXV-A, 766; ley 8009: XXXIII-A, 948; ley 9650 (l. o. 1994): LIV-B, 2194; ley 11.181: LII-C, 3516.

Art. 1º — Apruébase, de conformidad con la facultad conferida por el dec. ley 10.073/83, el texto ordenado de la ley 5675 —régimen previsional provincial para funcionarios de cargos electivos—, con las modificaciones introducidas por las leyes 6212 y 11.395 y por el dec. ley 9467/80, juntamente con el índice del ordenamiento del mismo, los que, como anexos I y II, respectivamente, forman parte integrante del presente decreto.

Art. 2º — El Ministerio de Gobierno y Justicia por intermedio de la Dirección Provincial de Informática Jurídico Legal y Entidades Profesionales y de la Dirección de Impresiones del Estado y Boletín Oficial, implementará los medios necesarios a efectos de la publicación y distribución del texto ordenado que se aprueba por el artículo anterior.

Art. 3º — El presente decreto será refrendado por el señor ministro secretario en el Departamento de Gobierno y Justicia.

Art. 4º — Comuníquese, etc. — Duhalde. — Citara.

Anexo I

JUBILACIONES DE GOBERNADORES, VICES Y LEGISLADORES. PENSIONES A SUS DEUDOS.

Modificación de la ley 5423 y derogación de las 4717, 4778, 5410 y 5489.

LEY 5675 (#)

El Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires, sancionan con fuerza de

Ley

Art. 1º — (Texto según ley 11.395). Los gobernadores y vicegobernadores, titulares de la Provincia, electos de acuerdo a las disposiciones pertinentes de la Constitución, gozarán de una jubilación equivalente al ochenta y dos por ciento (82 %) móvil del importe que fije el presupuesto para los que están en ejercicio, siempre que no tuvieron derecho a acogerse a otra jubilación.

(#) La presente ley se encuentra reglamentada por el dec. ley 8009/57

