

2015

Pensando nuestras prácticas entre decires y haceres : Perspectivas del Trabajador Social en relación a la Ley de Salud Mental en la Curaduría Oficial de Alienados (COA) en el periodo mayo 2014 - mayo 2015

Moran, Olga Nélica

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/90>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA

Título: “Pensando nuestras prácticas entre decires y haceres: Perspectivas del Trabajador Social en relación a la Ley de Salud Mental en la Curaduría Oficial de Alienados (COA) en el periodo mayo 2014 - mayo 2015”



Tema: La intervención del Trabajador Social y las estrategias orientadas al cumplimiento de los derechos de las personas con padecimiento psíquicos en la Curaduría Oficial de Alienados (COA) en la ciudad de Mar del Plata.

Director de Tesis: Curto, Javier	Autora: Moran, Olga Nélica
Co-Directora de Tesis: Bru, Gabriela	Contacto: moranolgui@gmail.com Tel: (223) 155 229771

DEDICATORIA

A “mis amores incondicionales”, mis hijos: Marce, Agus y Eve, a quienes les robé tiempo, paciencia y dedicación.

A mi hermana y mis sobrinos.

Al Dr. Javier Curto, por acompañarme en este proceso tan importante.

A la Lic. Gabriela Bru, quien me acompañó y me brindó su ayuda incondicional, alentándome constantemente, quien colaboró a que llegue y concluya esta etapa, estando siempre dispuesta a juntarse y contestar todas mis dudas. Siendo un ejemplo profesional por su honestidad y dedicación.

Al Lic. Rubens Méndez, mi supervisor institucional por permitirme realizar mi práctica supervisada, por brindarme sus conocimientos y generar en mi confianza en cada una de las intervenciones realizadas.

A los profesionales que integran la Curaduría Oficial de Alienados: Daniel, Santiago, Claudia, Rubens, Virginia, Marina, Eugenio, Adriana, Inés, Rafa y Nelson, por hacerme sentir una más de la dependencia y desarrollar una práctica de crecimiento profesional.

A mis amigas de toda la vida: Ali, Mony, Myri, Vivi, Lala, Norita, Sandra y Gaby por estar alentándome en cada final que daba.

A mis amigas y compañeras con quienes inicié esta carrera: Adri, Vir y Noe.

A todas aquellas personas que fui conociendo durante las cursadas y cursos que realicé en el transitar de la carrera y con quien hoy mantengo una hermosa amistad: Graciela futura colega quien siempre me acompaña con sus charlas y consejos, a Gustavo a quien conocí realizando un curso y que a partir de ese momento siempre está cuando lo necesito siendo un amigo incondicional.

A mis compañeros de Colectivo Crisálida por alentarme siempre a que concluya esta etapa tan importante.

A mis compañeros de Biodanza, hermoso grupo que me acompañó en este gran proceso.

A Nora Gennaro, pilar fundamental para que yo pueda concluir esta etapa y recibirme.

A todos mil gracias por estar. Los quiero con el alma.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es una tesis de grado de la carrera Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la UNMDP denominada “Pensando nuestras prácticas entre decires y haceres”.

Durante el periodo comprendido entre el mes de junio de 2014 y junio de 2015, se llevó a cabo la pasantía institucional en el área de Salud Mental dentro del ámbito de la justicia, en la Curaduría Oficial de Alienados (COA)¹ de los Departamentos Judiciales Mar del Plata, Necochea.

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 sistematizar la experiencia.

El propósito del presente trabajo es el de sistematizar y comunicar el conjunto de las intervenciones llevadas a cabo en el mencionado periodo, en el mismo se problematiza las estrategias realizadas por el equipo de la COA, de personas con padecimiento psíquico y con sentencia de insania, particularmente la intervención del Trabajador Social en el marco de la Ley de Salud Mental N° 26.657 y las reformas del Código Civil.

En este proceso las intervenciones están orientadas a la reconstrucción de la autonomía de los mismos.

Desde la COA 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 solo de un elemento improbable, hasta el momento como la curación definitiva de la enfermedad.

“Desde esta perspectiva un abordaje integral incluye no solo 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”.
(Taucar y Méndez, 1996, S/D)

¹ En adelante diré COA, Curaduría Oficial y Curaduría Oficial de Alienados indistintamente.

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 qué situación se encuentra la red social de la persona y se trabaja con ello teniendo como meta el mantenimiento de la máxima inserción social posible.

Para el presente trabajo el objeto es analizar la multiplicidad de intervenciones profesionales del Trabajador Social, estrategias implementadas y los recursos disponibles en relación con los derechos de las personas con padecimiento psíquico de la COA en el marco de la Ley de Salud Mental, describiendo diferentes estrategias habitacionales, sanitarias, y otras implementadas en relación con las personas representadas. Asimismo indagar estrategias de inclusión para garantizar un trato digno y continuado de las personas asistidas por la COA.

Son importantes las problemáticas sociales 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 necesidad de control y vigilancia asilar, la idea de irreversibilidad y cronicidad. Estos tres aspectos cierra el círculo trágico del internamiento manicomio”* (Amico, 2004, S/D)

Es imprescindible considerar que las personas con padecimiento psíquico crónico pueden vivir de un modo normalizado y digno en la comunidad, si se les ofrece 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 de intervención.

El cuerpo del trabajo se ha estructurado sobre los siguientes ejes:

A) Fundamentación y justificación, donde se da lugar a una detallada descripción sobre los motivos que orientan a la selección del tema.

B) Marco Teórico es el eje que da cuenta sobre las matrices conceptuales que guían la elaboración del tema y en el cual se hace anclaje para producir el análisis de las conclusiones.

C) En los referentes empíricos hace referencia:

- Contexto Institucional: es el espacio organizacional en el cual se inserta la intervención del Trabajador Social.

- Caracterización de la población representada por la COA, en el mismo se pretende caracterizar el perfil poblacional de las personas con padecimiento psíquico crónico declaradas insanas y representadas por la COA.

- Aspecto metodológico queda explicado los objetivos y las técnicas que se utilizan para el logro de los mismos.

D) Análisis de los resultados: a través de las entrevistas realizadas, se abordaron los indicadores que permitieron analizar las estrategias llevadas a cabo por el Trabajador Social según la mirada del representado.

E) Marco Jurídico: Se tomó para la realización del presente trabajo las siguientes normativas:

- Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

- Ley de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud N° 26.529.

- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

- Código Civil y Comercial (artículos: 22, 23, 31, 32, 38 y 43).

F) Lectura de los casos según los informes del Trabajador Social: se realizó lectura de legajos e informes sociales realizados en la COA.

G) Conclusiones: plantear el análisis en referencia a lo trabajado con los relatos de los representados que intervinieron en la sistematización a partir de su consentimiento, sumando la lectura de documentación (Legajos e informes sociales).

TÍTULO: “*Pensando nuestras prácticas entre decires y haceres: Perspectivas del Trabajador Social en relación a la Ley de Salud Mental en la Curaduría Oficial de Alienados (COA) en el periodo mayo 2014 - mayo 2015*”.

TEMA: La intervención del Trabajador Social y las estrategias orientadas al cumplimiento de los derechos de las personas con padecimiento psíquicos en la Curaduría Oficial (COA) en la ciudad de Mar del Plata.

PALABRAS CLAVES:

- Ley de salud Mental
- Intervención
- Sujeto de derecho
- Trabajador Social
- Discapacidad
- Insania
- Autonomía
- Curatela

FUNDAMENTACIÓN:

Esta investigación comienza a pensarse a partir de la realización de la práctica en el marco de la Cátedra Supervisión de la carrera de Licenciatura en Servicio Social en la institución Curaduría Oficial de Alienados de los Departamentos Judiciales Mar del Plata - Necochea en el periodo académico 2014. Es por ello que me interesa explorar e intentar describir la relación que existe entre la intervención profesional y la nueva Ley de Salud Mental y cómo influye ésta en la vida de las personas con padecimiento psíquico.

La Curaduría General 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 N° 1799). En el año 1989 se introducen a través de las acordadas N° 1989 y 1990 modificaciones normativas que son las que rigen sus funcionamientos a la fecha. La institución es dirigida por un Curador General, que depende de la procuración general y por Curadores Oficiales zonales que dependen funcionalmente del Curador General.

La institución interviene con personas que presentan padecimientos psíquicos de larga data, declaradas insanas, con diagnóstico de patologías psiquiátricas crónicas, y que en muchos casos registran periodos de internación prolongada.

Así, a partir de la práctica desarrollada en dicha institución, tomé contacto con la realidad específica de las personas que sufren padecimientos mentales crónicos y que fueron declaradas insanas.

Argentina cuenta desde diciembre del 2010 con una herramienta fundamental en materia de salud y Derechos Humanos: la Ley de Salud Mental N° 26657, fruto de un largo trabajo de legisladores de distintos bloques políticos junto a organizaciones sociales de Derechos Humanos, de usuarios y familiares y de profesionales de la salud. La ley fue reconocida por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), cuyo asesoramiento fue fundamental. Esta ley aparece como lo más avanzado de la región y ejemplo a seguir en todo el mundo en materia de salud mental.

La misma brinda un marco para que las políticas en la materia, en todo el territorio de la Nación, se desarrollen cumpliendo todos los compromisos que hemos suscripto de acuerdo a los estándares internacionales establecidos.

OBJETIVOS:

General:

- Indagar la relación procedimientos-intervenciones profesionales del Trabajador Social, estrategias implementadas y los recursos disponibles en relación con los derechos de las personas con padecimiento psíquico desde la COA en el marco de la nueva Ley de Salud Mental.

Específicos:

- Describir estrategias sanitarias, habitacionales y otros implementados desde la COA en relación a las personas representadas.
- Indagar factores que condicionan las estrategias de inclusión para garantizar un trato digno y continuado de las personas asistidas por la COA.
- Detectar y caracterizar elementos que favorecen la exclusión de las personas representadas por la COA.
- Indagar la intervención del Trabajador Social en el ámbito de la COA.
- Relevaer normativas jurídicas actuales a fin de dar cuenta la intervención del Trabajador Social.

PROBLEMA: ¿Cuáles son las estrategias que realiza el Trabajador Social que dan cumplimiento a los derechos de las personas con padecimiento psíquico representados por la COA?

CAPÍTULO I

REFERENTES TEÓRICOS

I) SALUD MENTAL – DISCAPACIDAD

En este apartado se hablará sobre el concepto de Salud Mental y discapacidad. Como encuadre de trabajo es necesario clarificar dichos conceptos desde el que se ponderan las intervenciones relacionadas a las personas con padecimientos psíquicos y a la satisfacción de sus necesidades.

Considero importante desarrollar ambos conceptos ya que los mismos se encuentran íntimamente relacionados, ya que las personas con padecimientos mentales deben afrontar la discapacidad, ésta puede ser el resultado de un deterioro del funcionamiento mental o cognitivo, de la percepción, del movimiento u otras causas, experimentando con frecuencia enormes obstáculos relacionados con el estigma ya que suelen perder su trabajo, su familia, sus amigos y su sentimiento general de autoestima.

En referencia a la Salud Mental se pueden encontrar diferentes definiciones, concepciones teóricas e ideológicas que muestran una determinada concepción del sujeto, donde hay definiciones contradictorias y posiciones hegemónicas.

Amarante se refiere a la salud mental como:

“Un campo bastante polisémico y plural en la medida que trata del estado mental de los sujetos y las colectividades, que del mismo modo, son condiciones altamente complejas. Cualquier especie de categorización está acompañada del riesgo de un reduccionismo y de un aplastamiento de las posibilidades de la existencia humana y social”. (Amarante, 2006).

Galende define a la Salud Mental como:

“Un estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto de la cultura y de los grupos en el que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en el de su entorno social” (Galende, 2006, S/D).

Desde siempre los trastornos psíquicos expresan en su sintomatología las condiciones sociales de vida dentro de los parámetros simbólicos de la

cultura, la percepción del padecimiento psíquico va depender del momento histórico en que se encuentra la persona, por otra parte el sufrimiento mental estuvo ligado desde siempre a la marginalidad, exclusión social y desamparo.

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 satisfactorias 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”*.

Considero que resulta más acorde el concepto que plantea Amarante (2009) de “pensar el campo de la salud mental y atención psicosocial no como un modelo o sistema cerrado sino como un proceso que es social y un proceso social que es complejo”. Es un error pensar los problemas de Salud Mental solo desde la práctica médica, ya que los mismos se encuentran presentes en los diferentes aspectos de la vida cotidiana de las personas.

A partir de este proceso social y complejo “es preciso desinstitucionalizar / deconstruir, construir en la cotidianeidad de las instituciones una nueva forma de lidiar con la locura y el sufrimiento psíquico (...) sabiendo que es posible trascender los modelos preestablecidos por la institución médica, moviéndose en dirección a las personas y a las comunidades” (Amarante, 2006, S/D).

La concepción de Salud Mental 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 solo como la ausencia de enfermedad sino de un modo positivo por las condiciones necesarias para un bienestar psíquico y social, por lo que se encuentra íntimamente relacionado con las condiciones sociales de la vida.

Alrededor del año 1993, Galende, ya planteaba una política alternativa en este campo de Salud Mental:

“Un sistema inicial descentralizado en centros periféricos y en un trabajo asistencial más volcado a la comunidad que devuelva a las personas a esa misma comunidad desde un papel protagónico. Esto implica la constitución de redes asistenciales que integren a las familias, grupos primarios, etc., en los tratamientos. Este sistema debería ser autosuficiente. La periferia debería

resolver el total de los problemas. La creación de este programa no depende de un problema de recursos económicos, sino de una decisión política. El obstáculo mayor es contar con una ideología global del Estado que otorgue participación a la comunidad en los problemas que ella tiene, para plantear una Salud Mental comunitaria, es antagónico hoy con los valores que gobiernan la política del Estado, valores de privatización y políticas de ajustes. No se puede pensar en valores y criterios que recuperen la responsabilidad colectiva con un Estado privatista y mercantilista. Si bien existen muchos profesionales y esfuerzos individuales para sostener una red de servicios en Salud Mental, estos son a contramano de las políticas generales. Esto hace que los problemas sociales en su conjunto no tengan una respuesta, aunque no se los podrá ignorar por mucho tiempo". (Galende, 1993, S/D).

En la actualidad se sabe que los problemas que ocasionan que una persona pueda tener un padecimiento psíquico se puede dar en el orden social, económico, de empleo, entre otros, por tal motivo no pueden ser solo abordados por médicos y psiquiatras, los servicios de salud mental deben estar basados en la comunidad, donde se realice un trabajo interdisciplinario entre todos los miembros del equipo de salud mental.

"Se necesitan otros operadores en el campo como lo son los Trabajadores Sociales, los Antropólogos, los Psicopedagogos, los Arquitectos, los Sociólogos, los Enfermeros, los Comunicadores Sociales y otros más, esto es un abordaje no solo interdisciplinario sino también interprofesional, interinstitucional, es decir comunitario. Esto comprometería a dichos profesionales a trabajar en la construcción de un lazo social donde el saber circule, donde va importar el saber del sujeto, la familia, la comunidad, el otro profesional con el que trabajamos, las decisiones no deben ser solo de una persona o un profesional, son del grupo, del equipo o de la comunidad". (De la Aldea, 1995, S/D).

Pensar en la Salud Mental comunitaria implica también un cambio cultural, necesitamos construir una comunidad que se pueda hacer cargo del cuidado de las personas en general y en particular de aquellas aquejadas por el sufrimiento mental.

Considero que con la promulgación en el año 2010 de la Ley Nacional de Salud Mental, nuestro país comienza a transitar un nuevo camino, el cierre

de los hospitales psiquiátricos, la integración plena de los enfermos mentales a la comunidad y el respeto a los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales, partiendo de una definición de Salud Mental entendida como “Un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. (Ley N° 26.657/10), se inicia así un proceso de desmanicomialización de la Salud Mental.

La Salud Mental siempre fue un campo de dominación exclusivo de los psiquiatras, pero hoy en día a partir del concepto que describe la Ley Nacional 26.657, se entiende que este campo no puede ser ámbito único de los médicos, teniendo en cuenta que plantea una mirada interdisciplinar a través de la incorporación de otras disciplinas que menciona dicha ley así es como el Trabajo Social toma un lugar protagónico en el campo.

Asimismo Galende (1999) en referencia a la interdisciplina expresa que los profesionales que trabajan en el área de Salud Mental deben tener en cuenta que existen múltiples determinaciones en un cuadro patológico, no se limita al síntoma sino que este cuadro repercute produciendo desordenes en todos los ámbitos de la vida del sujeto.

Amarante (2006) plantea un pensamiento muy interesante, ubicar a la enfermedad mental como natural implica poner entre paréntesis al sujeto, su palabra y su experiencia, porque es el médico quien, en nombre de su saber, puede decir sobre su alteración mental. Retomando a Basaglia sostiene desde aquí la necesidad de poner la enfermedad entre paréntesis para ocuparse del sujeto, dejando a un costado el diagnóstico médico para enfocarse en la persona, lo que piensa, siente, su historia, entre otras cuestiones, donde la persona tiene mucho más que decir que un diagnóstico, generando procesos de subjetivación de sujetos que están invisibilizados y reducidos a signos y síntomas de una enfermedad mental.

En lo atinente a la Salud Mental, el enfoque interdisciplinario enfatiza la necesidad de servicios integrados en el primer nivel de atención de la salud para evitar la institucionalización. Este enfoque da prioridad a la prevención, tanto en aquellos pacientes en ocasión de la primera crisis como en aquellos

que han permanecido institucionalizados por largos años. Desde esta perspectiva, es central el diseño y la gestión de estrategias de atención donde participen los usuarios, sus familias y la comunidad, procurando la integración de diversas disciplinas.

Uno de los pilares fundamentales en el abordaje de la Salud Mental es el trabajo interdisciplinario que lo encontramos en el artículo 8 de la Ley N° 26.657 “Debe promoverse que la atención de la Salud Mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos permanentes”.

Stolkiner (1987) mencionó que “la interdisciplina nace, para ser exactos de la incontrolable indisciplina, de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diferentes. La interdisciplina requiere un trabajo sostenido y constante “una cooperación ocasional no se refiere a la interdisciplina”

Con respecto a la discapacidad, concepto que está íntimamente ligado a la Salud Mental, han surgido modificaciones considerando a la misma una cuestión de derechos humanos.

Las personas con padecimiento mental experimentan con frecuencia enormes obstáculos relacionados con el estigma, están sujetos a que se viole su dignidad, son sometidos a desigualdades y en muchos casos se les niega su autonomía.

Las concepciones y modelos de discapacidad responden a diferentes momentos socio-históricos Palacios (2008) distingue tres modelos:

El modelo de prescindencia, que tuvo sus orígenes en la antigüedad y Edad Media en Occidente, consideraba que las causas que dan origen a la discapacidad respondían a un motivo religioso.

Las personas con discapacidad eran percibidas como una carga familiar y social. Las políticas que les concernían se centraban en prácticas eugenésicas y consideraban a dichas personas como seres no merecedores de

la vida ya que por su deficiencia no estaban en condiciones de aportar nada a la comunidad, por lo que era usual que las mismas tuvieran como destino la exclusión social o directamente su supresión física.

En la Edad Moderna surgió el modelo médico rehabilitador, que aún hoy continúa siendo el paradigma hegemónico. Este entiende que la discapacidad obedece a causas individuales y médicas y que por ello toda persona con discapacidad debe ser rehabilitada de modo que pueda ejercer normalmente su función en la sociedad.

Este enfoque tuvo su auge en la década del 60 y considera a las personas con discapacidad como un problema, reduciendo su subjetividad a su deficiencia y exigiendo que sean ellos los que deban adaptarse al mundo y no al revés. En este sentido, la discapacidad aislada y sin conexión con una problemática social más vista y compleja.

El modelo médico sobrepasó las barreras de salud y se instaló en otros ámbitos, a la vez que justifica políticas centradas en la asistencia y la protección sin considerar el desarrollo y la autonomía de las personas.

Actualmente, nos encontramos transitando el camino hacia la construcción del modelo social que considera que el origen de la discapacidad obedece a causas preponderantemente sociales, es decir, a una construcción y un modo de opresión social. Se basa en una nueva forma de pensar y entender, que se contrapone al paradigma anteriormente representado en el modelo médico. El modelo social surgió a fines del 60 a partir de la lucha de las propias personas con discapacidad y de organizaciones sociales que trabajan en pos de los derechos de las mismas y que se unieron para condenar el estatus que tenían de ciudadanos de segunda clase.

Este enfoque reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derecho. Desde esta perspectiva una persona con discapacidad atraviesa una situación de desigualdad que puede modificarse a través de acciones tendientes a la remoción de barreras que impiden su total integración en la sociedad.

Es habitual que se aluda al discapacitado, dándole un sentido de totalidad a algo que es solamente una característica o cualidad. Por eso es necesario referirse a personas con discapacidad, terminología que permite

cuidar la individualidad del sujeto y ubicar a la discapacidad en su rol de cualidad que no agota ni define todo lo que el sujeto es o puede llegar a ser.

Las personas con discapacidad no son ajenas a la discriminación y esto es evidente en dos actitudes frecuentes que suele tener la sociedad para con ellos. Por un lado, se suele adoptar una visión parcial de la persona, que se caracteriza por reducir al sujeto a las dificultades o limitaciones permanentes que tiene para el ejercicio de determinadas actividades. Por otro lado, directamente se les niega o invisibiliza, excluyéndolas de la vida social. Ambas actitudes encuentran su fundamento en el modelo médico rehabilitador hegemónico que aborda la discapacidad como una enfermedad o problema de salud que puede curarse o repararse para volver al estado de “normalidad” aceptable. En esta línea asume una posición asistencialista para las personas con discapacidad, negándole posibilidad alguna de autonomía.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), ratificada en nuestro país en el año 2008 mediante la Ley N° 26.378, representa un cambio total de paradigma al cuestionar la perspectiva asistencialista propia del modelo médico, que reproduce una visión parcial y estigmatizante de las personas con discapacidad, dando lugar al modelo social que reconoce a estos como sujetos de derecho y al contexto social como un factor clave para determinar el grado de participación de la persona en la sociedad. En este sentido el preámbulo de la Convención señala que “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencia y las barreras debido a la actitud y al entorno que evitan la participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás”. Se reconoce a las personas con discapacidad los mismos derechos de todas las personas: su derecho a la vida, a formar una familia, a su intimidad, a tener un nombre, una nacionalidad, un patrimonio, su acceso a la justicia, a decidir sobre los tratamientos médicos y a todos los derechos que tiene en su condición de persona.

Es tarea de todos velar por la plena vigencia de estos derechos, en todos los ámbitos de la vida social, familiar, haciéndose oír los reclamos y respetando sus necesidades, trasladándolos a los niveles públicos de decisión.

La discapacidad es una relación, pero no cualquier relación, sino fundamentalmente una relación de opresión, lo que la hace fuertemente

asociada al Estado. Podríamos afirmar entonces que la misma no existe por fuera de los dispositivos normativos estatales de regulación al acceso a los beneficios derivados de las clasificaciones arbitrarias que el mismo produce. No existe como tal por “fuera” de su enunciación en un “diagnóstico” médico ni fuera del discurso de la normalización.

Si bien la CDPD aún no ha logrado el grado de Jerarquía Constitucional que poseen los once instrumentos internacionales de Derechos Humanos mencionados en el Artículo 75 inciso 22 de nuestra Constitución Nacional o Provincial. De hecho todas las leyes que se dicten a partir de la ratificación de esta Convención deben respetar su espíritu y aún más no pueden contradecirlo.

A continuación, considero pertinente hacer referencia a La Declaración de Caracas adoptada el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la misma sostiene que la internación en personas con padecimiento mental genera una discapacidad social aislándolo de su medio social, y una vulneración de sus derechos humanos y civiles, proponiendo la intervención en el medio comunitario de la persona.

Desde nuestra disciplina del Trabajo Social se trabaja en concordancia con los derechos que defienden a las personas con padecimiento mental para favorecer su autonomía en la sociedad y ofrecer la internación como última alternativa de tratamiento, dado que la imposición de normas hospitalarias da por resultado una supresión de la subjetividad del internado. El paciente por su parte, asume su posición de objeto ya que le permite transitar por el ámbito hospitalario respondiendo por tal a las necesidades de la institución. Por tal motivo es que los profesionales deben trabajar en la construcción de una red de apoyo que permita el pleno ejercicio y goce de los derechos, evitando las recaídas y, por ende, las internaciones. A través de esta red de apoyo se brinda ayuda material y simbólica, generando puentes de comunicación e interconexión. La existencia de apoyo se correlaciona positivamente con la sensación de bienestar subjetivo, la salud física y mental, la calidad de vida y una mejor respuesta y preservación ante las estresantes y traumatismos físicos y psíquicos. (Fabris, 2009, S/D).

II) PROCESOS ACTUALES EN SALUD MENTAL

Considero pertinente hacer un breve recorrido sobre los procesos de desinstitucionalización, mencionando la reforma que se realizó en Italia y en nuestro país, la transformación realizada en la provincia de San Luis. Ambos procesos se encuentran vigentes en la actualidad, hasta llegar a la sanción en diciembre de 2010 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y los cambios que se introdujeron a partir de dicha ley en los tratamientos de las personas con padecimiento mental, como así también las variables que introdujo la sanción del Código Civil y Comercial sancionado en agosto de 2015.

En sus intenciones todas las reformas psiquiátricas de los años 60 en Europa se proponían llegar a superar gradualmente el internamiento en los manicomios, mediante la creación de los servicios en la comunidad, desplazando la intervención terapéutica hacia el contexto social de la persona

Desde sus orígenes la psiquiatría está condenada a ocuparse de un objeto, a la persona se la llama paciente, encerrándola en ese espacio de pasividad donde nada puede hacer por su salud y su vida, donde no tiene poder de decisión, la enfermedad mental permanece indeterminada e indefinida, a pesar del desarrollo de las terapias del shock, de la farmacología, de la psicoterapia, la cronicidad continúa siendo el objeto imperante.

El modelo asilar de la época clásica, tenía como único fin la práctica del encierro, como dispositivo de segregación y depósito de los inadaptados, de los raros, de los diferentes, de los locos.

En el siglo XVII se denominará a la locura a través del encierro, el llamado “Hospital de los locos”, donde la razón triunfará por medio de la violencia.

“La locura tiene, entonces, como función la legitimación de la normalidad de la sociedad (...) es el resultado de un orden social que la crea, la define como una perturbación y regula los mecanismos que la aíslan”. (Castellano y otros, 2002, p. 25).

La primera Ley de Desmanicomialización fue sancionada en Italia en 1978, gracias al movimiento impulsado por el Psiquiatra Franco Basaglia, quien casi al mismo tiempo que Foucault advirtió como la psiquiatría puede ser un instrumento de control social. La reforma culminó en 1978 con el cierre del

Hospital de Trieste. En Italia la transformación apuntó directamente al cierre de los manicomios ratificada con la sanción de la Ley 180 (1978), que prohibía la apertura de cualquier tipo de institución de ese tipo y que promulgaba la inserción de cada persona en dispositivos acordes a sus necesidades.

Con la sanción de la Ley 180 se fueron eliminando gradualmente los hospitales psiquiátricos e introdujo un sistema de atención psiquiátrica basado en la comunidad. Franco Basaglia, especialista en psiquiatría social contribuyó decisivamente e impulsó la nueva ley que rechazaba el supuesto de las personas con enfermedades mentales eran un peligro para la sociedad. Basaglia observó horrorizado las condiciones inhumanas de un hospital psiquiátrico al norte de Italia, donde ocupó el cargo de director. Consideraba que los factores sociales eran los principales determinantes de la enfermedad mental.

Treinta y ocho años más tarde, Italia es el único país donde los hospitales mentales tradicionales están prohibidos por la ley. El tratamiento de problemas agudos se ofrece en unidades psiquiátricas de hospitales generales.

El encierro ha sido política dominante en Salud Mental para las personas con padecimiento psíquico, pero existen algunas excepciones en Argentina que se dan en la Provincia de Rio Negro y San Luis.

En 1993 se lleva a cabo un proceso de transformación en el Hospital Psiquiátrico Provincial de San Luis, hoy denominado "Hospital Escuela de Salud Mental" que tiene como objetivo principal la desmanicomialización. Esta política de Salud Mental es llevada a cabo por el Dr. Pellegrini (médico oriundo de Rio Negro) quien implementó modelos de transformación institucional en el Área de Salud Mental, proceso que después de 23 años aún se mantiene vigente. Implica la concientización social, debates públicos, trabajo familiar con otras instituciones, entre otras actividades.

El marco que abarca es la defensa de los derechos humanos de todos los protagonistas de la vida del hospital no cumpliendo con el mandato social que ordena encerrar, depositar, segregar y destruir la dignidad de los seres humanos.

La defensa de los derechos humanos exigió la reformulación de las técnicas cotidianas para abordar la enfermedad, así como también la propia estructura edilicia. Al mismo tiempo comenzó el hospital en la calle. El Dr.

Pellegrini propuso salir con los pacientes los cuales estaban sobre-medicados y apenas podían caminar, por lo que en un mes los psiquiatras bajaron el 90% de la medicación. Los pacientes empezaron a salir cada vez más lejos. (Pellegrini, 2006, S/D).

Si bien la incorporación de psicofármacos al tratamiento de Salud Mental ha permitido en muchos casos la reinserción social de la persona con padecimiento psíquico, también es cierto que en otros su uso resulta abusivo, recetando de manera masiva como si todas las personas fuesen iguales. Para Galende la incorporación masiva de los psicofármacos contribuyó con el proceso de desubjetivación.

La Ley Nacional de Salud Mental identifica la situación de la Salud Mental como un tema de derechos humanos y considera la existencia misma del modelo manicomial como violatoria de derechos fundamentales. Por lo tanto los manicomios deben cerrarse y sustituirse por un sistema de salud mental inserto en la comunidad, no centrado en la internación, con un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la Atención Primaria de la Salud y orientado a reforzar, restituir o promover los lazos sociales. El artículo 27 de la Ley establece la prohibición de “nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes públicos o privados” y que “los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos”.

A partir de la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental, se estableció la creación de un ámbito de participación de organizaciones sociales, en la que se incluyó espacios académicos, organismos de derechos humanos, asociaciones profesionales, sindicatos y organizaciones de usuarios y familiares.

Según el artículo 37 de la Reglamentación, la cobertura de las prestaciones en Salud Mental que establece la Ley tienen que incorporarse al Plan Médico Obligatorio y para su acceso no deberá exigirse certificado de discapacidad.

Es muy habitual que las personas declaradas insanas, dependan de terceros para tomar decisiones fundamentales en su vida. A partir de la sanción del nuevo Código Civil y del cambio que introdujo la Ley Nacional de Salud

Mental es esperable que estas situaciones desaparezcan, y que si una persona tiene dificultades para tomar determinadas decisiones pueda contar con apoyos que la ayuden a tomar las mismas.

III) TRANSFORMACIÓN EN LA CAPACIDAD JURÍDICA

En este capítulo se mencionaran los cambios que se produjeron en la capacidad jurídica luego de la sanción de la Ley de Salud Mental y los cambios actuales en el Código Civil y Comercial que entró en vigencia en el año 2015, considero importante mencionar dichos cambios ya que hay un cambio de paradigma, pasando de un modelo sustitutivo a un modelo de apoyo en la toma de decisiones.

Actualmente en el campo de Salud Mental es posible observar algunas transformaciones en los discursos y orientaciones de los diversos actores que la constituyen. La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la Ley 26.657 de Salud Mental sancionada en el año 2010 (reglamentada por el decreto 603/2013) que adecua nuestra legislación a dicha convención, y el Código Civil y Comercial (Cap. II y X del libro I) que entró en vigencia en el mes de agosto de 2015, son una muestra normativa – jurídica de estos cambios. (Bru y Garros, 2014, S/D).

Considero necesario mencionar en este apartado que se entiende por capacidad: “La capacidad es un atributo de toda persona física consistente en la aptitud o posibilidad jurídica de adquirir derechos y contraer obligaciones. Ahora bien la capacidad puede ser de “derecho”, es decir la aptitud de ser titular del mismo o de “hecho” que es la capacidad para ejercer ese derecho del cual soy titular por mí mismo”. (Subies, 2005, p. 384).

El Código taxativamente enumera a quienes conforman el grupo de los incapaces de hecho absoluto: las personas por nacer, los menores de edad, los dementes y los sordos que no saben darse a entender por escrito. Cuando un menor de edad alcanza la mayoría de edad puede ocurrir dos cosas, si es sano alcanzará su plena aptitud civil y cesará su incapacidad y con ella la necesidad de cualquier tipo de representación. En cambio, si se trata de quienes, que por diversas causas, llegada la mayoría de edad se encuentran discapacitados y dicha discapacidad puede producirle deficiencia o debilitamiento de sus

condiciones personales, el ordenamiento jurídico prevé su incapacidad y por ende un régimen de representación dado que, debido a su estado pueden dañarse o ser dañados en lo personal o patrimonial.

Con la vigencia del nuevo Código hay un cambio de paradigma donde las personas tienen capacidad jurídica, dejando un modelo sustitutivo para incorporar un modelo de apoyo en la toma de decisiones, donde las limitaciones son de carácter excepcional y son siempre en beneficio de las mismas. El sujeto tiene derecho a recibir información, lo que se trata a través de esta intervención es que la persona tome un rol protagónico potenciando ante todo su autonomía, tiene derecho a estar informado.

La CDPC, sancionada con fuerza de Ley Nacional N 26.378 en mayo de 2008, en el artículo 12 sobre la capacidad jurídica y la personalidad jurídica, las denomina como la aptitud de ser titular de derecho como también para ejercerlos por sí mismos. Todas las personas tienen el derecho al goce y el ejercicio de su capacidad jurídica, es decir que cada persona toma sus propias decisiones y se respetan, y nadie toma decisiones por otro. Relacionándolo con lo que entendemos por autonomía que es lo que sucede cuando, “en la elección entre alternativas, el hecho de la elección, su contenido, su resolución, están marcadas por la individualidad de la persona. La actividad cotidiana está compuesta por una serie prácticamente infinita de elecciones. (Heller, 1977, S/D).

La mayoría de los representados de la COA tienen una sentencia por “Insania y Curatela”, por tal motivo es importante conceptualizar que es la “Curatela”.

Para la representación de aquellas personas incapaces de hecho, es decir que poseen derechos pero no pueden ejercerlos por sus propios medios, como en el caso de los “dementes”, personas mayores de edad que padecen una enfermedad mental, la ley argentina crea un instituto denominado Curatela.

“La Curatela, es un instituto jurídico previsto en el Código Civil, que tiene por fin brindar una representación legal a aquellas personas que, siendo mayores de edad, no pueden representarse a sí mismas. El “curador” será el representante legal de una persona incapaz a la que se denomina “curado”. (Subies, 2005, p. 386).

Lo que se trata de entender es que la ineptitud o incapacidad establecida judicialmente no es más que un medio para evitar daños y aprovechamientos frente a los demás, siendo la finalidad de la curatela preservar la salud del representado, la función principal del curador estará fundada en la persona declarada incapaz recobre su capacidad, siempre y cuando esto sea posible, o al menos que mejore su calidad de vida. Por otra parte, también evitar que, por su incapacidad o por la explotación de terceros estas personas sean perjudicadas en su patrimonio.

Debido al cambio de paradigma en sentido protectorio de igualdad y no discriminación se da un paso del “modelo de sustitución en la toma de decisiones” a un “modelo social de la discapacidad”, siendo receptado por la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, cuyo objetivo es el de asegurar el pleno goce y disfrute de los derechos de las personas con discapacidad, promoviendo el respeto de su dignidad. De esta manera el Código incorpora cambios vitales en el reconocimiento y defensa de los derechos humanos.

Se incorporó el sistema de apoyo al ejercicio de la capacidad aplicándose el “modelo de asistencia en la toma de decisiones”, constituyendo los apoyos una herramienta para lograr la promoción y garantía de los derechos de las personas interesadas tendiendo a la autonomía y pleno reconocimiento de sus derechos. Se pueden mencionar los siguientes artículos: Artículo 31 (reglas generales en cuanto a la restricción de la capacidad jurídica). Artículo 32 (sobre las personas con capacidad restringida y con incapacidad). Artículo 38 al 42 (sobre la declaración de incapacidad y capacidad restringida). Artículo 43 (sistemas de apoyo al ejercicio de la capacidad, concepto función). Artículo 59 (sobre el consentimiento informado para actos médicos e investigaciones en la salud, en cuanto “ninguna persona con discapacidad puede ser sometido a investigaciones en salud sin su consentimiento libre e informado, excepto disposición legal contraria). Artículo 60 (sobre las directivas médicas anticipadas, respecto de las personas plenamente capaces, poniendo su atención en la autonomía de las personas, respetando su dignidad). Artículo 1195 (sobre la nulidad de la cláusula que impide el ingreso o excluye del inmueble alquilado, a una persona incapaz o

con capacidad restringida, que se encuentre bajo asistencia o representación del locatario o sublocatario, aunque este no habite el inmueble).

El Código Civil y Comercial hace mención en su artículo 43 a la figura de apoyo, donde se entiende por apoyo cualquier medida de carácter judicial o extrajudicial que facilite a la persona que lo necesite la toma de decisiones para dirigir su persona, administrar sus bienes y celebrar actos jurídicos en general. Las medidas de apoyo tienen como función la de promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos. El interesado puede proponer al juez la designación de una o más personas de su confianza para que le presten apoyo. El Juez debe evaluar los alcances de la designación y procurar la protección de la persona respecto de eventuales conflictos de intereses o influencias indebidas. La resolución debe establecer la condición y la calidad de las medidas de apoyo y de ser necesario ser inscripta en el Registro de Estado Civil y Capacidad de las personas.

La denominación “apoyos” proviene del artículo 12 del CDPD y constituye un término general a partir del cual cada estado debe determinar el contenido desde su ordenamiento jurídico, con la salvedad de no admitir modelos contrarios a la convención. Una medida de apoyo ha de entenderse sobre la presunción de base es la capacidad que toda persona posee para tomar sus decisiones, habiendo diferentes niveles de apoyo: un primer apoyo es aquel en que la persona requiere de apoyos mínimos para la toma de sus decisiones, como podrían serlo los relacionados con el lenguaje o con aspectos tecnológicos que puedan facilitar su comunicación. Un segundo nivel consiste en la toma de decisiones asistidas, en donde la persona con discapacidad recibe la asistencia para la toma de sus decisiones de un tercero de su confianza, elegido por la propia persona con discapacidad. Un tercer nivel en la toma de decisiones facultado para los casos extremos en que las preferencias y la voluntad no pueden expresarse o conocer de manera fehaciente y que debe constituirse en la situación de última instancia.

También hay un cambio en torno a la “curatela”, teniendo presente la función de dicho instituto en el sentido de brindar una protección integral a la persona representada desde un enfoque de derechos humanos, promoviendo su condición de sujeto de derecho, procurando su recuperación, con una

integración a la vida social y jurídica acorde con el “modelo social de la discapacidad” citando en consecuencia los artículos 138 al 140 en lo pertinente vinculado con la tutela.

La reforma del Código Civil y Comercial toma la perspectiva de derechos humanos en materia de Salud Mental. Hace hincapié en las capacidades, más que en las imposibilidades, ya no se habla de “idiotas” o “dementes”, sino de persona con capacidades o incapacidades.

La capacidad jurídica de la persona se presume aun cuando se encuentra internada en un psiquiátrico. Las limitaciones a la capacidad son siempre excepcionales y en beneficio de la persona y la intervención estatal tiene siempre carácter interdisciplinario, tanto en el tratamiento como en el proceso judicial. También se establece un sistema de “apoyos” en los casos excepcionales en que las personas sean declaradas incapaces.

Hoy en día a partir del nuevo código a las personas se las puede restringir la capacidad para determinados actos.

El Código aun considera la capacidad jurídica como un derecho cuyo ejercicio puede ser restringido con determinaciones judiciales que asocian la posibilidad de tomar decisiones a una cuestión diagnóstica.

IV) CURATELA

A continuación conceptualizaré el término jurídico “Curatela”. El Código Civil taxativamente enumera a quienes conforman el grupo de los incapaces de hecho absolutos: las personas por nacer, los menores de edad, los dementes y los sordos que no saben darse a entender por escrito. Es por eso que cuando un menor alcanza la mayoría de edad pueden ocurrir dos cosas, si es sano, alcanzará su plena aptitud civil y cesará su incapacidad y con ella la necesidad de cualquier tipo representación. En cambio, si se tratara de quienes por diversas causas llegara la mayoría de edad se encuentran discapacitados, dicha discapacidad puede producirles deficiencias o debilitamiento en sus condiciones personales, el ordenamiento jurídico prevé su incapacidad y por ende un régimen de representación dado que, debido a su estado, pueden dañarse o ser dañados en lo personal o patrimonial. “Téngase en cuenta que no nos estamos refiriendo a una incapacidad de cualquier índole que produzca

que dicha persona no posea el suficiente discernimiento, voluntad y/o libertad para comprender el acto, actuar en consecuencia y responsabilizarse por el mismo”. (Subies, 2005, p. 386).

Cuando nos referimos a la capacidad jurídica en términos jurídicos se hace referencia:

“La capacidad es un atributo de toda persona física consistente en la aptitud o posibilidad jurídica de adquirir derechos y contraer obligaciones, es decir, de disfrutar de los mismos y de asumir responsabilidades (...). Ahora bien, la capacidad puede ser de “derecho”, es decir la aptitud de ser titular del mismo o de “hecho”, que es la aptitud para ejercer ese derecho del cual soy titular por mí mismo. (Subies, 2005, p. 384)

V) AUTONOMÍA

Considero fundamental realizar un pequeño apartado para desarrollar los conceptos de autonomía y toma de decisiones, y lo que significa para las personas con padecimiento psíquico el pleno ejercicio de su vida independiente como sujetos de la experiencia.

Entendiendo la posibilidad de elegir, como la experiencia en donde la persona es “autónomo en una sociedad y tiene la posibilidad real, y no solo formal de participación junto con todos los demás, en un plano de igualdad efectiva, en la formación de la ley, las decisiones acerca de ella, su aplicación y el gobierno de la colectividad (...) el régimen democrático real y directo, donde todos los ciudadanos pueden tener acceso a la participación efectiva y a la toma de decisiones, es la forma de gobiernos que puede favorecer la realización del proyecto de autonomía social”. (Ansaldúa Arce, 2008 en Negroni, 2011, S/D).

Las intervenciones estratégicas, están “orientadas a la construcción de ciudadanía, entendiendo por tal el pleno desarrollo de la libertad personal, la autodeterminación, el ejercicio responsable de derechos (...) poner en juego la capacidad de elección (...) la posibilidad de decidir” (González Saibene, 2007, S/D).

Desde el Trabajo Social “las acciones que realiza y que se direccionan hacia la restitución de la autonomía, como las acciones que se direccionan

hacia la restitución de la capacidad jurídica y las acciones que se direccionan hacia la restitución de la ciudadanía”. (Méndez, 2006, S/D).

VI) EL TRABAJO SOCIAL Y SUS MODOS DE INTERVENCIÓN

En este capítulo se desarrollará los modos de intervención del Trabajador Social y su abordaje en el tratamiento de la salud mental.

El hombre es un organismo “biopsicosocial”. El caso, el problema y el tratamiento siempre deben ser considerados por el Trabajador Social por 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 proporciones diversas.

Las nuevas perspectivas de abordaje en el tratamiento de salud mental presentan una nueva concepción de sujeto. Desde el trabajo Social se intenta aportar una mirada integral, considerando aspectos sociales, económicos, políticos, entre otros, estableciendo diversas estrategias de intervención profesional, contribuyendo a mejorar las condiciones de vida de las personas con las cuales intervenimos.

Las personas que vivencian una internación en un Hospital Neuropsiquiátrico padecen situaciones estigmatizantes que comienzan desde el momento de su admisión, perdiendo todo tipo de identidad.

La Salud Mental debe ser abordada teniendo en cuenta la singularidad de cada persona, sus necesidades, su contexto, lo que esta persona entiende de la situación que vivencia, las posibilidades de construcción de nuevas intervenciones para lo cual es necesario entender la importancia de fortalecer los vínculos fuera del ámbito institucional, recuperando los lazos socio-familiares de la persona y que el ámbito hospitalario no sea su única referencia.

La intervención en Salud Mental debe estar pensada en un marco de construcción social, apuntando hacia el logro de mayores posibilidades de inclusión en espacios sociales.

El aporte desde el Trabajo Social es contribuir a mejorar la calidad de vida de los sujetos con padecimiento mental, resignificando el tratamiento

terapéutico donde ellos puedan ser protagonistas partícipes del mismo y romper con las representaciones sociales que giran en relación al “loco” y los manicomios. Hay que ser conscientes de la complejidad que presenta el campo de la Salud Mental donde confluyen intereses, decisiones políticas y económicas, luchas de poder, discursos hegemónicos que inciden en la atención que un sujeto va a recibir.

Desde la perspectiva de Lanantuony (2012) es relevante tener en cuenta que nuestra intervención profesional está dirigida hacia la contribución de mejorar las condiciones materiales y sociales de los sujetos con los que trabajamos.

“La transformación de nuestra mirada, que estamos viviendo, implica pasar de la búsqueda de certezas a la aceptación de la incertidumbre, del destino fijado a la responsabilidad de la elección, de las leyes de la historia a la función historizante, de una única perspectiva al sesgo de la mirada”. (Najmanovich, 2001, S/D).

A partir de la mirada historizante es que me apoyo en la intervención de mi sistematización desde la singularidad de las situaciones. “Lo singular, es el aspecto que da cuenta de la individuación del sujeto como ser único e irreplicable, su configuración subjetiva; se trata del “es” como síntesis. Este modo de comprender la categoría sujeto nos compromete con la dignidad humana reconociendo al otro como sujeto de derechos, a la vez nos exige la reflexión sobre las condiciones de vida presentes e históricas para entender sus necesidades, intereses y deseos, su expresión como ser singular”. (Cazzaniga, 2001, S/D).

Desde nuestra disciplina del Trabajo Social, se trabaja en concordancia con los derechos que defienden a las personas con padecimiento mental para favorecer su autonomía en la sociedad y ofrecer la internación como último recurso.

El Trabajo Social fundamenta los principios que guían el ejercicio profesional a través del Código de Ética, enuncia que el Trabajo Social “está basado en principios filosóficos e ideales éticos, humanísticos y democráticos. El Trabajador Social profesional tiene como misión el compromiso con los demás, lo cual debe primar sobre cualquier otro interés o ideología particular. Debe contribuir con su accionar democrático, a la plena vigencia de los

Derechos Humanos”. La Ley de Salud Mental también procura garantizar esos derechos. Por tal motivo la intervención profesional debe asegurar que las personas con padecimiento psíquico sostengan su autodeterminación en relación a su vida, para un ejercicio pleno de sus derechos.

Siguiendo lo que aporta De Robertis (1992) a la intervención como un querer actuar, intervenir en un asunto significa tomar parte voluntariamente, convertirse en mediador, interponer su autoridad. 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 el entorno. Según 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 que 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” (De Robertis, 1992, S/D).

“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. La alternativa no se define por las formas sino por la base ética, ideológica y conceptual en la que se asienta”. (Stolkiner, 1999, S/D).

TIPOS DE INTERVENCIONES:

1) INTERVENCIONES DIRECTAS:

“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 modificara 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". (De Robertis, 1992, S/D).

Según De Robertis (1992) 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 tienen como objetivo permitir al asistido analizar los diversos aspectos de la 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". (De Robertis, 1992, p. 136).

- 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 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, entre otros).

- “Este interrogatorio pertinente permite abordar con el asistido puntos que él 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”. (De Robertis, 1992, p. 138).

- 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.

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”. (De Robertis, 1992, p. 139).

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 se 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.

B) Informar – Educar:

TS utiliza sus conocimientos y saberes para responder a las necesidades del asistido. Hay tres formas de intervención:

- 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.

- 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 organismos. La asistencia está precedida por una evaluación de la situación.

- 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) Influir – Persuadir:

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 sobre los asistidos influencias menos conscientes, y recíprocamente experimentan influencias de parte de sus asistidos.

Entre estos tipos de intervención se definen:

- 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 este representa.

- Confrontación:

Confrontar al asistido con la consecuencia de los actos y prevenirlo de las consecuencias que tal o cual comportamiento ocasionarían. El asistido experimenta así una fuerza disuasiva importante. El TS intenta disuadirlo confrontándolo con las consecuencias futuras.

- Persuasión:

Esta intervención trata de influir en el asistido en un grado más alto que los de 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:

- Trabajo de seguimiento:

El objetivo de ejercer una vigilancia discreta sobre la situación del asistido y prevenir un nuevo deterioro de esa situación, interviniendo con rapidez en caso de dificultades.

- Imponer exigencias y límites:

El TS impone límites y pone exigencias a los asistidos, con respecto a horarios, contrato, compromiso, 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.

- 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.

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:

- 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.

- Apertura y descubrimiento:

Estimular al asistido para que explore otras posibilidades, que para él son desconocidas. Permite obtener una nueva visión de las cosas.

- Utilización y la 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 estén a su disposición.

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 una relación con el asistido:

- Estructuración en el tiempo:

Establece ritmos de encuentros, su duración y duración total de la actividad comprendida.

- Utilización del espacio:

La mayoría de los trabajadores sociales 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; este espacio tiene una significación y una repercusión diferente.

- 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 realizaran 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” (De Robertis, 1992, p. 138).

De Robertis (1992) expone las siguientes de intervenciones:

- A) Organización – documentación.
- B) Programación y planificación de intervenciones directas.
- C) Intervenciones en el entorno del asistido.
- D) Colaboración con otros trabajadores sociales.

A) Organización y documentación:

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

- 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.

- 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, entre otros) preestablecidos, visitas domiciliarias e institucionales entre otros.

- La documentación:

Los TS 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:

- Fases preliminares a la constitución de un grupo.
- Organización de actividades de grupo puntuales.
- 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 TS 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 social en que vive.

“(...) Cuando la red sustituta está destinada a suplantar una red primaria inexistente o una en que los vínculos que establece son de carácter negativo, está indicado trabajar sobre proyectos de mayor permanencia, tales como casa de pre-alta, casas de convivencia, familias alternativas, etc.” (Taucar y Méndez, 1996, p. 8).

D) Colaboración con otros Trabajadores Sociales:

Los TS 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, talleres artísticos, entre otros).

El objetivo de este tipo de intervención puede ser un intercambio de informaciones que permitan realizar evaluaciones pertinentes y elaborar planes de acción, estudiar y analizar su problema, entre otros.

Se distinguen cuatro tipos diferentes de colaboración entre TS colegas:

- La comunicación:

Se trata de contactos ocasionales entre dos o más TS, con el objetivo principal de intercambiar recíprocamente informaciones sobre el asistido.

- La concertación:

Se trata de coordinar los esfuerzos de varios TS 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 TS asumirá un rol establecido en forma acordada.

La concertación es a menudo puntual, seguida de encuentros periódicos de evaluación y 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.

- El trabajo en equipo:

Implica una estructura de encuentros regulares, el trabajo en equipo puede centrarse en el asistido o en los mismos Trabajadores Sociales, o también en proyectos de acción común o en investigaciones

- La consulta:

Encuentro de dos TS, 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).

VII) EL TRABAJO SOCIAL Y SU INTERVENCIÓN DESDE LA COA.

Considero pertinente destacar la intervención del Trabajador Social que se realiza desde la COA ya que a partir de la práctica desarrollada en dicha institución tomé contacto con la realidad específica de las personas que sufren padecimientos mentales crónicos y que fueron declaradas insanas.

El primer contacto en la COA se efectúa a través de la lectura de un legajo, pero a medida que se comienza a intervenir se descubre que cada caso es individual y lo que se trata de reconstruir es si posee redes de contención familiar, con vecinos, compañeros de trabajo o de estudio. Asimismo esta institución interviene con otras. Juzgado que entiende en el tema, una curaduría que asiste y representa, un sistema de salud que asume el tratamiento psiquiátrico y psicoterapéutico.

Escuchar al asistido es la primera fuente de información que hace referencia a la intervención directa, es decir cara a cara con el asistido (escuchar no es solamente oír), en el caso particular que nos ocupa y teniendo en cuenta el tipo de población que se aborda desde la COA no siempre es suficiente escuchar y observar para comprender todos los datos de la situación. En la mayoría de los casos los asistidos presentan su situación confusa, desordenado o incompleta, por otra parte el Trabajador Social 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 que lo lleva a pedir más información.

Atento a que los asistidos de la COA son ciudadanos con vulneración de derechos que requieren ser adecuadamente atendidos, que luchan diariamente con sus dificultades y que pueden llegar a sentirse solos, distintos, cuando se los apoya en una intervención se los puede ayudar a estar menos inquietos y encarar soluciones con mayor tranquilidad. En algunos casos la ansiedad de los representados no tienen ningún fundamento real y objetivo y esta clase de intervenciones tranquilizadoras pueden producir un alivio de la tensión.

La mayoría de los representados de la COA atraviesan una carencia material excepcional, de esta manera la asistencia material se presenta en forma recurrente, dado que todo proyecto de vida no puede ser realizado sino se asegura la alimentación, la vestimenta, la vivienda, entre otros, 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.

Al trabajar con pacientes con padecimiento psíquico crónico en ocasiones que así lo requieran se realiza un seguimiento minucioso, debido a que dada su situación psíquica es necesario conseguir un sistema de soporte que favorezca la situación de los mismos y prevenir eventualmente un nuevo deterioro de su situación, interviniendo con rapidez en caso de dificultades o recaídas.

Una de las características particulares de la COA es que mantiene una intervención prolongada en el tiempo con las personas representadas por esta, 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 solo proteger la situación patrimonial de esta, sino también trabajar en la recuperación de capacidades personales y de interrelación con el medio promoviendo de esta forma el desarrollo de la calidad de vida.

En relación a la organización del espacio, aunque este se trate 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 margen de litigiosidad a los asistidos y representados, a sus familias y a los miembros de la comunidad en general.

En el Servicio Social y teniendo en cuenta que su población es estable y acumulativa los TS organizan su tiempo en días de guardia (dos veces por semana cada uno ya preestablecidos) quedando el resto de los días de la

semana destinado a visitas domiciliarias, a instituciones, entre otras actividades.

Debido a que la población que se aborda desde la dependencia y que en algunos casos es necesario gestionar ayudas económicas adicionales ante su obra social u otros organismos, solicitar evaluaciones de admisión para dispositivos terapéuticos (centros de día, talleres protegidos, hospital de día, talleres artísticos, entre otros) se realizan intervenciones con otros trabajadores sociales en diferentes instituciones, siendo el objetivo de esta intervención poder realizar un intercambio de información que permita realizar las evaluaciones pertinentes y elaborar planes de acción, estudiar y analizar el problema.

Las intervenciones que se realizan en torno al asistido, cuando se toma intervención el deterioro de la red social que data de largos periodos de tiempo no siempre les permite recuperar la misma, siendo necesario pensar en su sustitución que puede ser por una red artificial o institucional. 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 autónoma es inexistente o se ha agotado.

Si se tiene en cuenta que la Salud Mental está atravesada por múltiples factores (sociales, económicos, culturales, entre otros) es que se debe comprender que la función del TS es necesaria en la intervención con personas con padecimiento psíquico, donde es necesario analizar cada caso desde un abordaje interdisciplinario. Al respecto Méndez expresa:

“Nuestra participación dentro del campo de la Salud Mental (...) no ha sido por obra de una generosa invitación, o por haber conformado el campo desde sus inicios, sino por la necesidad que este campo tiene de integrar lo que el Servicio Social “sabe hacer” y de esta manera poder abarcar la complejidad de los fenómenos que ocurren en él. Donde estamos es porque la complejidad de la situación necesita de nuestra participación en una afectiva cooperación de roles y no porque somos solamente auxiliares de ese campo (...) No es solo en la utilización de las técnica que somos diferentes, o que

nuestro esquema de pensamiento sea tributario de referencias teóricas diferentes, sino en que hay una praxis que crea un espacio propio, y que es en esta intervención específica donde se verifica un trabajo distinto que realiza el profesional del Servicio Social y que permite ampliar las significaciones de las otras disciplinas que están en el campo, el cual nuevamente armado se vuelve a nosotros". (Taucar y Méndez, 1996, p. 29).

La función del TS en la justicia y específicamente en el caso de la COA aportan una mirada integral del sujeto en todos los ámbitos en los cuales el mismo se desempeña, siendo fundamental el rol que cumple en dicho ámbito, hoy ha superado aquella construcción que definía a los Trabajadores Sociales como los "ojos del juez", pasando a aportar una mirada del sujeto y de su entorno no ingenua sino intencional y consciente.

VIII) CARACTERIZACIÓN DE LOS PADECIMIENTOS MENTALES

En este apartado se considera necesario exponer una breve caracterización de los padecimientos mentales crónicos, con mayor relevancia estadística en la COA. Tomando como referencia teórica la clasificación y descripción que realizan en el DSM IV (1995):

RETRASO MENTAL

La característica diagnóstica esencial del retraso mental es una capacidad intelectual significativamente por debajo de promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior), que se acompaña de limitaciones y/o insuficiencias de la actividad adaptativa propia de por lo menos dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de sí mismo, vida doméstica, habilidades sociales/interpersonales, utilización de recursos comunitarios, autocontrol, habilidades académicas funcionales, trabajo, ocio, salud y seguridad. Además, su inicio debe ser anterior a los 18 años de edad.

Las personas con retraso mental suelen presentar incapacidades adaptativas más que un CI bajo. La capacidad adaptativa se refiere a cómo afrontan los sujetos afectivamente las exigencias de la vida cotidiana y como cumplen las normas de autonomía personal esperables de alguien situado en

su grupo de edad, origen sociocultural, y ubicación comunitaria particulares. La capacidad adaptativa puede estar influida por distintos factores, entre los que se incluyen características escolares, motivacionales y de la personalidad, oportunidades sociales y laborales, así como los trastornos mentales y las enfermedades médicas que puedan coexistir con el retraso mental.

1) GRAVEDAD DEL RETRASO MENTAL:

Pueden especificarse cuatro grados de intensidad, de acuerdo con el nivel de insuficiencia intelectual: leve (o ligero), moderado, grave (o severo) y profundo.

A) Retraso Mental Leve:

Este grupo incluye a la mayoría (alrededor del 85%) de las personas afectadas por el trastorno. Consideradas en su conjunto, tales personas suelen desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante los años preescolares (0-5 años de edad), tienen insuficiencias mínimas en las áreas sensoriomotoras y con frecuencia no son distinguibles de otros niños sin retraso mental hasta edades posteriores. Durante su vida adulta, acostumbran a adquirir habilidades sociales y laborales adecuadas para su autonomía mínima, pero pueden necesitar supervisión, orientación y asistencia, especialmente en situaciones de estrés social o económico desusado. Contando con apoyos adecuados, los sujetos con retraso mental leve acostumbran a vivir satisfactoriamente en la comunidad, sea independientemente, sea en establecimientos supervisados.

B) Retraso Mental Moderado:

Este grupo constituye alrededor del 10% de toda la población con retraso mental. La mayoría de los individuos con este nivel de retraso mental adquieren habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez, logran una formación laboral y, con supervisión moderada, consiguen atender a su propio cuidado personal. También pueden adoptar algunas habilidades sociales y laborales, pero es improbable que progresen a nivel escolar. Pueden

aprender a trasladarse y moverse independientemente por lugares que les son familiares. Si bien se adaptan a la vida en comunidad, durante la adolescencia, presentan ciertas dificultades para reconocer las convenciones sociales y esto puede interferir las relaciones con otras personas. Alcanzada la etapa adulta, en su mayoría son capaces de realizar trabajos no calificados o semicalificados, siempre con supervisión, en talleres protegidos o en el mercado general de trabajo.

C) Retraso Mental Grave:

El grupo de personas con retraso mental grave incluye el 3-4 % de los individuos con retraso mental. Es probable que en los primeros años de la niñez adquieran un lenguaje comunicativo escaso o nulo. Recién, durante la edad escolar pueden aprender a hablar y pueden ser instruidos en habilidades elementales de cuidado personal. Se benefician solo limitadamente de la enseñanza de materias pre-académicas como la familiaridad con el alfabeto y el cálculo simple, pero pueden dominar ciertas habilidades como el aprendizaje de la lectura global de algunas palabras imprescindibles para la “supervivencia”. En los años adultos pueden ser capaces de realizar tareas simples estrechamente supervisados en instituciones. En su mayoría se adaptan bien a la vida en la comunidad, sea en hogares colectivos o con sus familias, a no ser que sufran alguna discapacidad asociada que requieran cuidados especializados o cualquier otro tipo de asistencia.

D) Retraso Mental Profundo:

El grupo afectado de retraso mental profundo incluye aproximadamente el 1-2 % de las personas con retraso mental. La mayoría de los individuos con este diagnóstico presentan una enfermedad neurológica identificada que explica su retraso mental. Durante los primeros años de la niñez desarrollan considerables alteraciones del funcionamiento sensoriomotor. Puede predecirse un desarrollo óptimo en un ambiente altamente estructurado con ayudas y supervisiones constantes, así como una relación individualizada con el educador. El desarrollo motor y las habilidades para la comunicación y el

cuidado personal pueden mejorar si se los instruye adecuadamente. Algunos de ellos llegan a realizar tareas simples en instituciones protegidas y estrechamente supervisados.

2) FACTORES PREDISPONENTES DEL RETRASO MENTAL:

Los factores etiológicos pueden ser primariamente biológicos o psicosociales, o alguna combinación de ambos. Los principales factores predisponentes son los siguientes:

- A) Herencia.
- B) Alteraciones tempranas del desarrollo embrionario.
- C) Problemas del embarazo y perinatales.
- D) Enfermedades médicas adquiridas durante la infancia y la niñez.
- E) Influencias ambientales y otros trastornos mentales. Estos factores incluyen privación de crianza y de estimulación social, lingüística y de cualquier otro orden, así como trastornos mentales graves (por ejemplo, trastorno autista).

ESQUIZOFRENIA

El diagnóstico implica el reconocimiento de una constelación de signos y síntomas asociados a un deterioro de la actividad laboral o social. Los síntomas característicos de la esquizofrenia implican un abanico de disfunciones cognoscitivas y emocionales que incluyen: el pensamiento inferencial, el lenguaje y la comunicación, la organización comportamental, la afectividad, la fluidez y productividad del pensamiento y el habla, la capacidad hedónica, la voluntad, la motivación y la atención. Ningún síntoma aislado es patognomónico de la esquizofrenia.

Los síntomas característicos pueden conceptualizarse como pertenecientes a dos amplias categorías: los síntomas positivos (distorsión de las funciones normales) y los síntomas negativos (disminución o pérdida de las funciones normales).

1) LOS SÍNTOMAS POSITIVOS:

Incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), la percepción (alucinaciones), el lenguaje y la comunicación (lenguaje desorganizado), y la organización comportamental (comportamiento gravemente desorganizado o catatónico). Estos síntomas incluyen dimensiones distintas: la “dimensión psicótica” incluye ideas delirantes y alucinaciones, mientras que la “dimensión de desorganización” incluye el comportamiento y el lenguaje desorganizado.

A) Ideas delirantes:

Son creencias erróneas que habitualmente implican una mala interpretación de las percepciones o las experiencias. Su contenido puede incluir diversos temas (persecución, autorreferencial, somáticos, religiosos o grandiosos). Las ideas delirantes de persecución son las más frecuentes; la persona cree que está siendo molestada, seguida, engañada, espiada o ridiculizada. Las ideas delirantes autorreferenciales también son corrientes: la persona cree que ciertos gestos, comentarios, pasajes de libros, periódicos, canciones u otros elementos del entorno están especialmente dirigidos a ella.

B) Alucinaciones:

Pueden ocurrir en cualquier modalidad sensorial (auditiva, visual, olfativa, gustativa y táctil) pero las alucinaciones auditivas son las más habituales y características de la esquizofrenia. Son experimentadas generalmente como voces, ya sean conocidas o desconocidas, que son percibidas como distintas de los pensamientos de la propia persona. El contenido puede ser bastante variable, aunque son especialmente frecuentes las voces peyorativas o amenazantes.

C) Pensamiento desorganizado:

“Trastorno formal del pensamiento”, “Pérdida de las asociaciones” es una de las características más importantes de la esquizofrenia. El lenguaje de los sujetos con esquizofrenia puede presentar diversas formas de desorganización. El sujeto puede “perder el hilo”, saltando de un tema al otro (“descarrilamiento” o pérdida de las asociaciones); las respuestas pueden tener

una relación oblicua o no tener relación alguna con las preguntas (“tangenciabilidad”); y, en raras ocasiones, el lenguaje puede estar gravemente desorganizado que es casi incomprensible y se parece a la afasia receptiva en su desorganización lingüística (“incoherencia” o “ensalada de palabras”).

2) LOS SÍNTOMAS NEGATIVOS:

Comprenden restricciones del ámbito y la intensidad de la expresión emocional (aplanamiento afectivo), de la fluidez y la productividad del pensamiento y el lenguaje (alogia), y del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).

A) El aplanamiento afectivo es específicamente frecuente y está caracterizado por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto, contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal.

B) La alogia (pobreza del habla) se manifiesta por las réplicas breves, lacónicas y vacías.

C) La abulia está caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin. La persona puede permanecer sentada durante largo tiempo y mostrar poco interés en participar en el trabajo o las actividades sociales.

La esquizofrenia implica una disfunción en uno o más de las principales áreas de actividad (las relaciones interpersonales, el trabajo, los estudios o el cuidado de uno mismo). Sujetos que habían sido socialmente activos pueden volverse menos habladores y no hacer ninguna pregunta, y pueden pasar la mayor parte del tiempo en la cama. Estos síntomas negativos a menudo son los primeros signos que nota la familia de que algo va mal.

El comienzo de la esquizofrenia ocurre típicamente entre los últimos años de la segunda década de la vida, y la mitad de la cuarta. Aunque también puede empezar a una edad más avanzada de la vida (después de los 45 años). En los casos de esquizofrenia de inicio tardío es más probable que existan ideas delirantes paranoides y alucinaciones, y es menos probable que contenga síntomas desorganizados y negativos. Habitualmente el curso es crónico.

El inicio puede ser brusco o insidioso, pero la mayoría de los sujetos muestran algún tipo de fase prodrómica manifestada por el lento y gradual desarrollo de diversos signos y síntomas, como puede ser el aislamiento social, la pérdida de interés en los estudios o el trabajo, el deterioro de la higiene y el aseo, comportamientos extraños y explosiones de ira.

TRASTORNOS BIPOLARES

El trastorno bipolar forma parte de los trastornos del estado de ánimo. Dentro de los trastornos bipolares, el DSM IV incluye: el trastorno bipolar I, el trastorno bipolar II, la ciclotimia y el trastorno bipolar no específico.

1) **TRASTORNO BIPOLAR I:**

La característica esencial del trastorno bipolar I es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios maníacos o episodios mixtos. Es frecuente que los sujetos también hayan presentado uno o más episodios depresivos mayores.

Durante los episodios maníacos graves pueden producirse agresiones a los hijos o al cónyuge y otros comportamientos violentos. Otros problemas asociados son ausencias y/o dificultades escolares, frustración laboral, divorcio y comportamiento antisocial episódico. Los episodios mixtos parecen ser más proclives a producirse en adolescentes y adultos jóvenes que en adultos mayores.

Aproximadamente el 60-70% de los episodios maníacos se presentan inmediatamente antes o después de un episodio depresivo mayor. El intervalo entre los episodios tiende a disminuir a medida que aumenta la edad. Aproximadamente el 5-15% de los sujetos con un trastorno bipolar I presentan múltiples (cuatro o más) episodios efectivos (depresivos mayores, maníacos, mixtos o hipomaníacos) en el periodo de un año.

2) **TRASTORNO BIPOLAR II:**

La característica esencial del trastorno bipolar II es un curso clínico caracterizado por la aparición de uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco. Los episodios

hipomaníacos no se tienen que confundir con los días de eutimia que pueden seguir a la remisión de un episodio depresivo mayor. Los síntomas deben provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos casos los episodios hipomaníacos no causan deterioro por sí mismos. En su lugar, el deterioro puede ser consecuencia de los episodios depresivos mayores o de un patrón crónico de episodios afectivos impredecibles o una actividad interpersonal o laboral con fluctuaciones.

Los sujetos con un trastorno bipolar II puede que no consideren patológicos los episodios hipomaníacos, a pesar de que los demás se vean afectados por su comportamiento cambiante. Con frecuencia los sujetos, especialmente cuando se encuentran en pleno episodio depresivo mayor, no recuerdan los periodos hipomaníacos, a no ser por mediación de los amigos o familiares. La información de otras personas suele ser crucial para establecer el diagnóstico de un trastorno bipolar II. Las ausencias escolares, el fracaso escolar o laboral y el divorcio pueden asociarse con este.

Aproximadamente el 60-70% de los episodios hipomaníacos de un trastorno bipolar II se presentan inmediatamente antes o después de un episodio depresivo mayor. Los episodios hipomaníacos suelen preceder o seguir a los episodios depresivos mayores con un patrón característico en cada persona. El intervalo entre episodios tiende a acortarse a medida que aumenta la edad. Aproximadamente 5-15% de los sujetos con un trastorno bipolar II presentan múltiples (cuatro o más) episodios afectivos (hipomaníacos o depresivos mayores) que se producen dentro del mismo año.

3) TRASTORNO CICLOTÍMICO:

La característica esencial del trastorno ciclotímico es una alteración del estado de ánimo crónica y con fluctuaciones que comprende numerosos periodos de síntomas hipomaníacos y numerosos periodos de síntomas depresivos. Los síntomas hipomaníacos son insuficientes en número, gravedad, importancia o duración para cumplir los criterios para un episodio maníaco y los síntomas depresivos son insuficientes en número, gravedad, importancia o duración para cumplir los criterios para un episodio depresivo mayor.

Aunque algunas personas presentan una actividad especialmente buena durante alguno de los periodos de hipomanía, globalmente, como resultado de la alteración del estado de ánimo, tiene que haber malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. El deterioro puede presentarse como resultado de los periodos prolongados de cambios cíclicos, y frecuentemente impredecibles, del estado de ánimo (por ejemplo, la persona puede ser considerada temperamental, malhumorada, impredecible, inconsistente, o poco fiable). Puede haber trastornos relacionados con sustancias y trastornos del sueño (por ejemplo dificultades para iniciar y mantener el sueño).

El trastorno ciclotímico suele empezar en la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Normalmente, el trastorno ciclotímico tiene un inicio insidioso y un curso crónico, y existe un riesgo del 15-50% de que la persona presente posteriormente un trastorno bipolar I o II.

4) TRASTORNO BIPOLAR NO ESPECÍFICO:

La categoría de trastorno bipolar no específico incluye los trastornos con características bipolares que no cumplen los criterios para ningún trastorno bipolar específico. Los ejemplos incluyen:

A) Alternancia muy rápida (en días) entre síntomas maníacos y síntomas depresivos que no cumplen criterio de duración mínima para un episodio maníaco o un episodio depresivo mayor.

B) Episodios hipomaníacos recidivantes sin síntomas depresivos recurrentes.

C) Un episodio maníaco o mixto superpuesto o un trastorno delirante, una esquizofrenia residual o un trastorno psicótico no especificado.

Si bien se tomó para esta sistematización el DSM IV para referir a los padecimientos mentales, del mismo modo que lo hace el poder judicial, se pueden observar ciertas limitaciones.

Entendiendo que el sufrimiento humano es un problema socialmente producido, en contextos sociohistóricos y culturales definidos y no solo un problema biológico, es posible cuestionar los sistemas clasificatorios y los enfoques que analizan los eventos del sufrimiento y la enfermedad mental

como de naturaleza individual y ahistórica, que pueden objetivarse y cristalizarse en sistemas clasificatorios incuestionables

Poder entender que ningún padecimiento mental se limita únicamente a la sintomatología del sujeto que la padece, ya que provoca además un desorden en todos los ámbitos de la vida social, de sus relaciones familiares, de su trabajo, compañeros, amigos, incluye su economía, su hábitat, asumiendo, que es un problemática compleja que incluye diferentes dimensiones, como las sociales y culturales. Por eso, es importante que los profesionales de los equipos de salud mental, tengan en cuenta la complejidad de los cuadros psicopatológicos, ya que los mismos son ocasionados por múltiples causales y no únicamente por “causas biológicas naturales”.

CAPÍTULO II

REFERENTES EMPÍRICOS

En este apartado se hará mención al objeto de estudio de esta sistematización. El trabajo presentado se enfoca en la sistematización de la experiencia vivida en el proceso de la práctica supervisada en la Curaduría Oficial en el año 2014.

Dado que los casos tomados pertenecen a la Curaduría Oficial de los departamentos Mar del Plata y Necochea considero pertinente referir el contexto normativo del cual surge, y las características y funciones que se desempeñan en dicha institución.

I) 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 N° 1798).

En el año 1981 se introducen a través de las acordadas N° 1989 y 1990 modificaciones normativas que son las que rigen su funcionamiento a la fecha.

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 simultáneos. Actualmente existen en las ciudades de San Nicolás, San Martín, Morón, La Plata, Bahía Blanca, Dolores y Mar del Plata.

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

La dependencia que funciona en la ciudad de Mar del Plata se halla ubicada en la calle Rawson 2462 y aunque se trata de un organismo judicial no tiene su sede en el edificio de los Tribunales.

“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” (Taucar y Méndez, 1996, p. 2).

Esta dependencia creada en 1985, en la actualidad está formada por el siguiente personal: Un Curador Oficial (autoridad máxima de la dependencia), un Secretario, dos Peritos (asistentes sociales), dos concurrentes de Servicio Social, Un contador, tres empleados administrativos.

El Servicio Social de la institución está conformado por dos profesionales, asistiendo a los casos de Mar del Plata y de Necochea.

Las funciones centrales asignadas al organismo anterior a la reforma del Código Penal eran de dos órdenes:

- DE REPRESENTACIÓN:

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).

El Juez debe designar, previo peritaje médico y evaluación de las pruebas aportadas, una persona que será curador definitivo del incapaz. Para el Código Civil en sus artículos 476, 477, 478 y 479; para los supuestos en que el incapaz sea casado, se designará al cónyuge. No habiendo cónyuge o estando este divorciado, se designará al hijo mayor de edad que resulte más apto para desempeñar las funciones de curador. A falta de hijos, se preferirá al padre o a la madre. No existiendo ninguna de esas personas, los jueces podrán designar a otros parientes que deberán prestar confirmación a esta designación. A falta de cualquiera de estas personas se asignará un curador oficial de acuerdo al departamento judicial al que pertenezca la persona.

- DE ASISTENCIA:

Asistencia de aquellas personas que sufriendo algún padecimiento psíquico cometen un delito y son sobreseídos 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 estas dos funciones trabajó 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 hallaron los pacientes de internación más prolongada y en el segundo los inimputables, con causas en trámite en los tres departamentos judiciales asignados a la COA, que por distintas razones se habían visto modificada.

El equipo de trabajo de la COA analizó caso por caso, la problemática desde el punto vista jurídico y socio-ambiental y se comenzó a trabajar en consecuencia, obteniéndose un elevado número de externaciones” (Taucar y Méndez, 1996, S/D).

Actualmente se cumple con la función de representación y en algunos casos puntuales de asistencia.

En el área de Servicio Social de la Curaduría Oficial, la tarea que se realiza en general es de seguimiento, salvo en casos puntuales solicitados por el juez donde se realizan “intervenciones eventuales” ya que los causantes que llegan a la dependencia tienen una sentencia de insania y la declaración de esta institución como su representante, anterior a la Ley Nacional 26657 y a los nuevos artículos incorporados en el Código Civil significaba que la institución acompañaría a la persona durante el resto de su vida, actualmente el artículo 152 ter (Código Civil incorporado por la Ley 26657) establece que las declaraciones judiciales de incapacidad o de inhabilitación no podrán extenderse por más de tres años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan procurando que la menor afectación de su autonomía personal sea lo menor posible.

Cada caso que se trabaja es particular, como así lo será el trabajo que se realice con cada representado. A pesar de que la ley de Salud Mental N° 26.657 es un gran avance en el campo de las políticas en Salud Mental, en el proceso de aprendizaje de la práctica supervisada se observaron dificultades y carencias para sostener los postulados enunciados en la Ley, ya que en algunas situaciones se visualiza la ausencia de soportes sociales y dispositivos

específicos que garanticen un contexto adecuado a las diversas singularidades, quedando el sujeto con padecimiento psíquico expuesto a condiciones de fragilidad, limitando su autonomía y en muchas ocasiones generando procesos de re internación.

FUNCIONES DE LA CURADURÍA OFICIAL:

En este contexto considero pertinente hacer mención a las funciones de la Curaduría Oficial, las mismas surgen de la lectura y análisis de documentos, sistematizaciones y producciones realizadas por miembros de la institución, de donde se extrae las siguientes funciones:

- Interviene con el nombre de curador provisional en la representación de las personas a las que se le hubiere iniciado juicio de insania o de inhabilitación y que carecieren de bienes de fortuna o que sus recursos alcancen solo para su subsistencia.
- Interviene en carácter de Curador Definitivo con posterioridad a la declaración judicial de insania o inhabilitación en los casos también de personas sin recursos en que exista pariente o allegado que pueda asumir tal función.
- Asume la tutela de los hijos menores de sus curados, cuando no existan otros parientes con capacidad para hacerlo.
- Vela por que se cumplan los tratamientos indicados en cada caso, tanto en los internados como en los externados cuando estos últimos carecen de medio familiar capacitado para ello, a los efectos de que se mantengan los tratamientos indicados y se concurra a los controles que por lo general se efectúan en consultorios externos.
- Interviene en la derivación de un establecimiento asistencial a otro, en las intervenciones quirúrgicas, en las externaciones e internaciones cuando cualquiera de estas fueran convenientes o necesarias y medicamente aconsejada, así como en la ubicación de los afectados en casas de “medio camino” como primera etapa de la reinserción social.
- Administra los ingresos de los representados cuando estos últimos carezcan del discernimiento y autonomía para hacerlo.

- Efectúa trámites ante las autoridades previsionales, judiciales, administrativas, de obras sociales y particulares, los que comprenden juicios que puedan ser sucesorios, de desalojo, de familia, como por ejemplo divorcio, alimentos, tenencia, adopción, laborales, entre otros; o pedidos de pensión o jubilación ante las Cajas de Previsión, o de afiliación a las obras sociales.
- Efectúa el análisis de la situación jurídica, económica y social de los asistidos. Los cuerpos profesionales del organismo que cuenta con abogados, contadores, asistentes sociales, con indicación de los curadores oficiales y adjuntos, cumplen las más variadas funciones que son tendientes a la reinserción familiar y social de los causantes.

II) EL TRABAJO SOCIAL EN EL PODER JUDICIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVA VIGENTE

La tarea pericial del Trabajador Social se encuentra inscripta dentro de las incumbencias profesionales. En el ámbito de la Provincia de Bs As dichas incumbencias se desprenden de la aplicación de las leyes 23.377 y 20.751, que regulan el ejercicio profesional. Según esta normativa se mencionara aquellas que se observan en la acción profesional del trabajador social de la COA:

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

- Realizar estudios diagnósticos de la realidad social sobre la que se deberá actuar.
- Realizar peritajes sobre distintas situaciones sociales.

La acordada 1793/78 de la SCJBA, en su artículo 34 establece que corresponde al servicio de trabajadores sociales:

- Practicar informes ambientales para establecer un diagnóstico situacional de las condiciones socio-económicas, pautas de vida e interrelación entre las partes intervinientes en los casos de: adopción, insania, divorcio, tenencia, curatela, inhabilitaciones, homicidios, daños y perjuicios, desalojos, sucesiones, robos, hurtos, estupro y realizar entrevistas personales destinadas a la verificación y problemática de los datos recogidos.
- Realizar informes vecinales, entrevistas en instituciones, clínicas neuropsiquiátricas, hospitales, establecimientos educacionales y lugares de trabajo para recoger información inherente de los distintos casos.

III) UNIVERSO DE ESTUDIO

La Curaduría Oficial de Alienados de los departamentos judiciales de Mar del Plata y de Necochea representa a las personas con sentencia de insania y sentencia de inhabilitación y apoyos. El artículo 43 del Código Civil y Comercial habla de la figura de apoyo, entendiéndose como tal a cualquier medida de carácter judicial o extrajudicial que facilite a la persona que lo necesite la toma de decisiones para dirigir su persona, administrar sus bienes y celebrar actos jurídicos en general. Las medidas de apoyo tienen como función la de promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos. El interesado puede proponerle al juez la designación de una o más personas de su confianza para que le presten apoyo. El juez debe evaluar los alcances de la designación y procurar la protección de la persona respecto de eventuales conflictos de interés o influencia indebida. La resolución debe establecer la condición y la calidad de las medidas de apoyo y de ser necesario ser inscripto en el Registro de Estado Civil y Capacidad de las personas. Se toma la

presunción de base, la capacidad de la persona para tomar decisiones, pudiendo requerir apoyos mínimos. El Juez puede restringir la capacidad para determinados actos de una persona mayor de 13 años que padece una adicción o una alteración mental, permanente o prolongada, de suficiente gravedad, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad pueda resultar un daño a su persona o a sus bienes. En relación con dichos actos el juez deberá designar el apoyo o los apoyos necesarios que prevé el artículo 43, específicamente las funciones con los ajustes razonables en función de las necesidades y circunstancias de las personas. Los apoyos designados deben promover la autonomía, favorecer las decisiones que respondan a la preferencia de la persona protegida. Por excepción, cuando la persona se encuentre absolutamente imposibilitada de interaccionar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier medio o formato adecuado, y el sistema de apoyo resulte ineficaz, el juez puede declarar la incapacidad y designar un curador. Se pasa de un modelo rehabilitador, basado en la sustitución, a un modelo social basado en apoyos.

Los diagnósticos psiquiátricos de los causantes varían entre: Psicosis crónica (esquizofrenia, paranoia), trastorno bipolar, y retraso mental (leve, moderado y grave), adicciones y trastorno de la personalidad.

En este trabajo se toma como universo de análisis a las personas con padecimiento mental crónico declaradas insanas residentes en Mar del Plata, representadas por la COA.

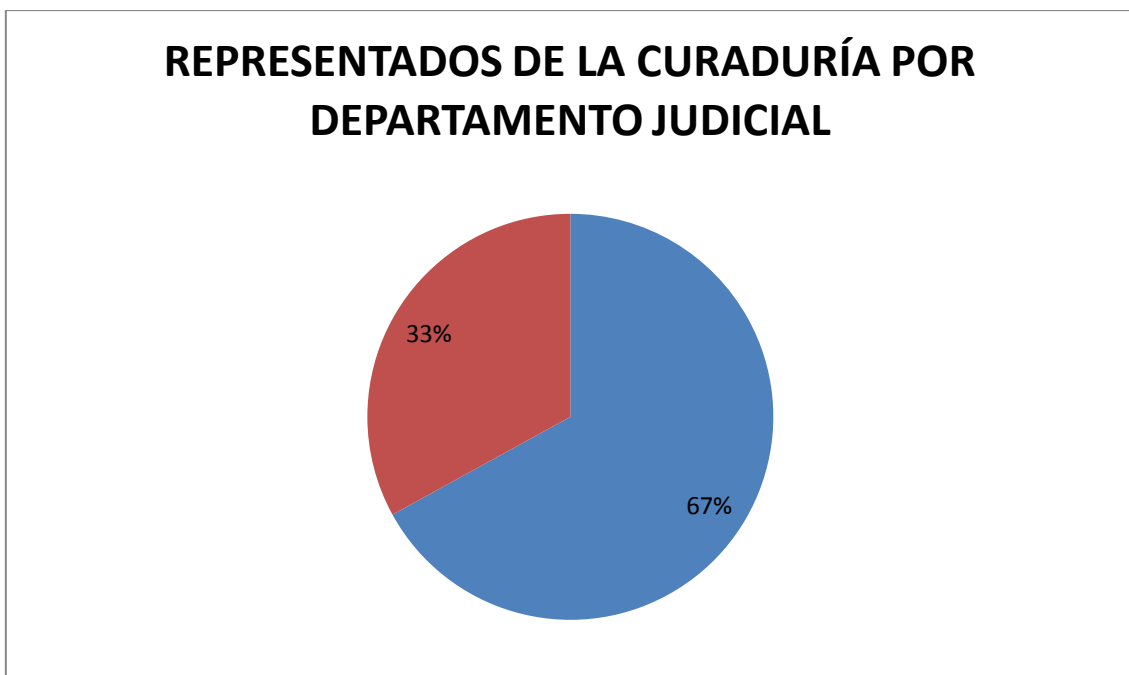
IV) CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACION DE LA COA

El presente apartado pretende caracterizar el perfil poblacional de las personas con padecimiento mental crónico declaradas insanas, residentes en la ciudad de Mar del Plata y representadas por la Curaduría Oficial de Alienados en el año 2014. Donde se abordaran los siguientes apartados:

- A) Representados de la Curaduría por Departamento Judicial.
- B) Representados del Departamento Judicial Mar del Plata según sentencia.

- C) Insanos del Departamento Judicial Mar del Plata según ciudad de residencia.
- D) Distribución de los causantes por sexo.
- E) Distribución de los causantes según internación / externación.
- F) Análisis por franja etaria
- G) Distribución de los causantes según padecimiento mental.

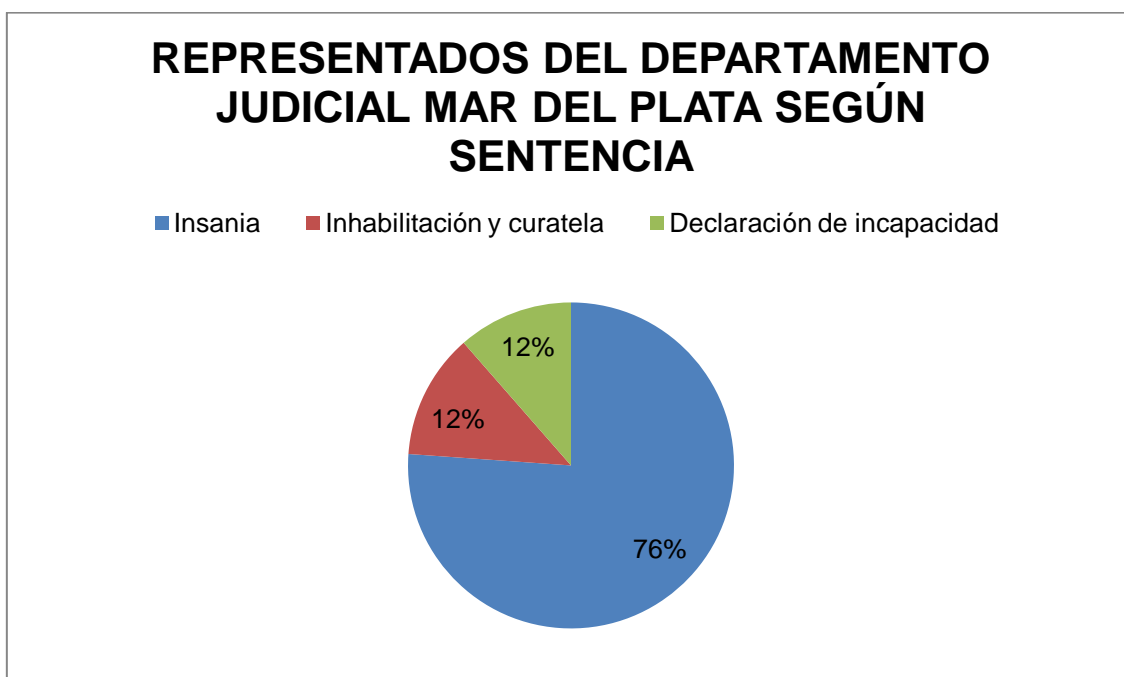
A) REPRESENTADOS DE LA CURADURÍA POR DEPARTAMENTO JUDICIAL



FUENTE: Legajos de la Curaduría Oficial de Alienados de los Departamentos Judiciales de Mar del Plata y Necochea. Año 2014.

La Curaduría Oficial de los Departamentos Judiciales Mar del Plata Necochea representa 300 causantes, un 67%, de los cuales 201 pertenecen al Departamento Judicial Mar del Plata; un 33% pertenecen a los Departamentos Judiciales de Necochea y otros lugares (Miramar, Lobería, Balcarce, entre otros).

B) REPRESENTADOS DEL DEPARTAMENTO JUDICIAL MAR DEL PLATA SEGÚN SENTENCIA

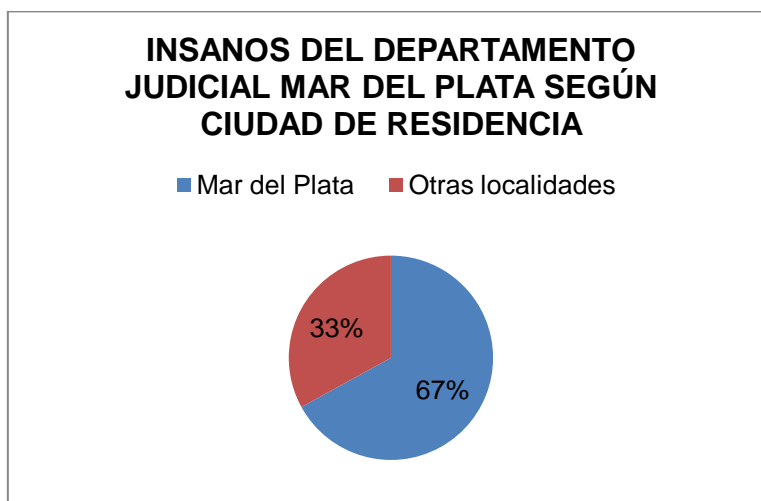


FUENTE: Legajos de la Curaduría Oficial de Alienados de los Departamentos Judiciales de Mar del Plata y Necochea. Año 2014.

El número total de representados de la Curaduría Oficial de Alienados del Departamento Judicial de Mar del Plata es de 201 causantes. De estos 153, tienen sentencia de insania (lo que representa un 76,12%), mientras que 25 tienen sentencia de inhabilitación y curatela (lo que representa un 12,48% del total) y 23 causantes tienen sentencia de declaración de incapacidad (lo que representa un 11,4% del total).

Se puede apreciar, que la cantidad de insanos es significativamente mayor que la de inhabilitados y con sentencia de declaración de incapacidad. Actualmente se están realizando la revisión de las sentencias como lo enmarca el Código Civil en su última reforma, a medida que se realicen las revisiones se considera que el número de sentencias por insania va ir disminuyendo. Asimismo los nuevos casos que ingresan son con sentencia de determinación de capacidad jurídica.

C) INSANOS DEL DEPARTAMENTO JUDICIAL MAR DEL PLATA SEGÚN CIUDAD DE RESIDENCIA

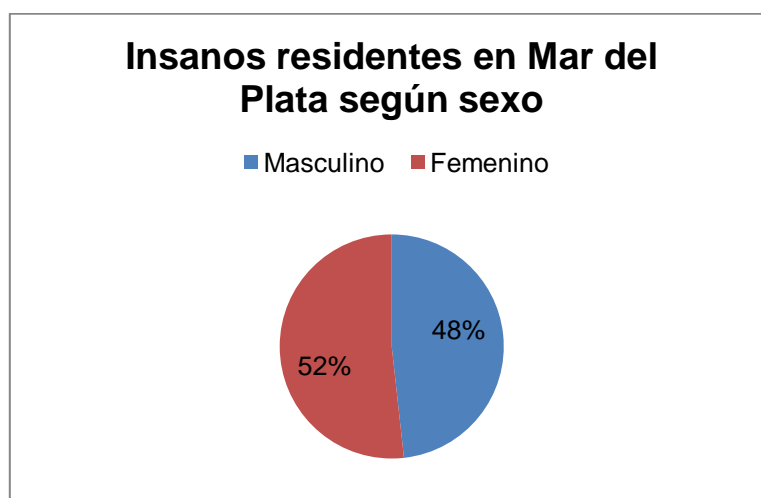


FUENTE: Legajos de la Curaduría Oficial de Alienados de los Departamentos Judiciales de Mar del Plata y Necochea. Año 2014.

De las 300 personas insanas del Departamento Judicial de Mar del Plata, 201 residen en la ciudad de Mar del Plata, lo que representa un 67% del total, mientras que 99 personas, 33%, residen en otras localidades; como Miramar, Necochea, Otamendi, entre otras.

Como puede observarse, la cantidad de insanos que residen en la ciudad de Mar del Plata es ampliamente superior a los que viven en otras localidades de la zona.

D) DISTRIBUCIÓN DE LOS CAUSANTES POR SEXO

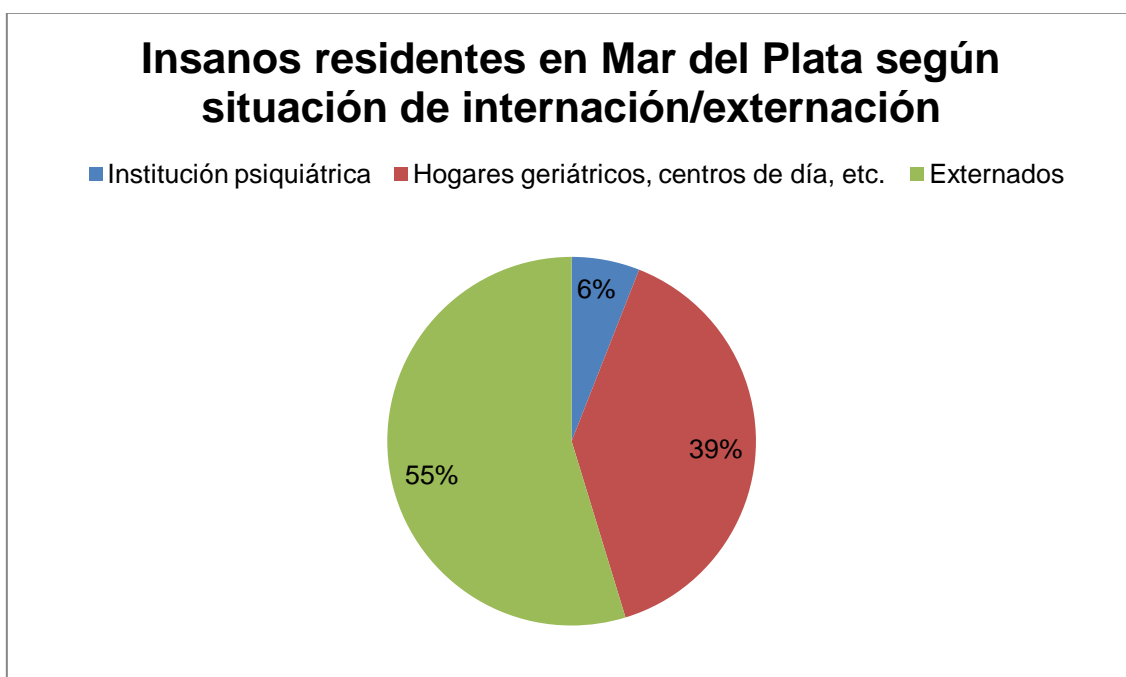


FUENTE: Legajos de la Curaduría Oficial de Alienados de los Departamentos judiciales de Mar del Plata y Necochea. Año 2014.

De los 201 insanos residentes en la localidad de Mar del Plata, 97 personas, lo que representa un 48% son hombres, y 104 personas, que es igual al 52% del total son mujeres.

Analizando esta variable, se observa que no existe diferencia notable entre ambos sexos.

E) DISTRIBUCIÓN DE LOS CAUSANTES SEGÚN INTERNACIÓN / EXTERNACIÓN



FUENTE: legajos de la Curaduría Oficial de Alienados de los Departamentos Judiciales de Mar del Plata Y Necochea. Año 2014.

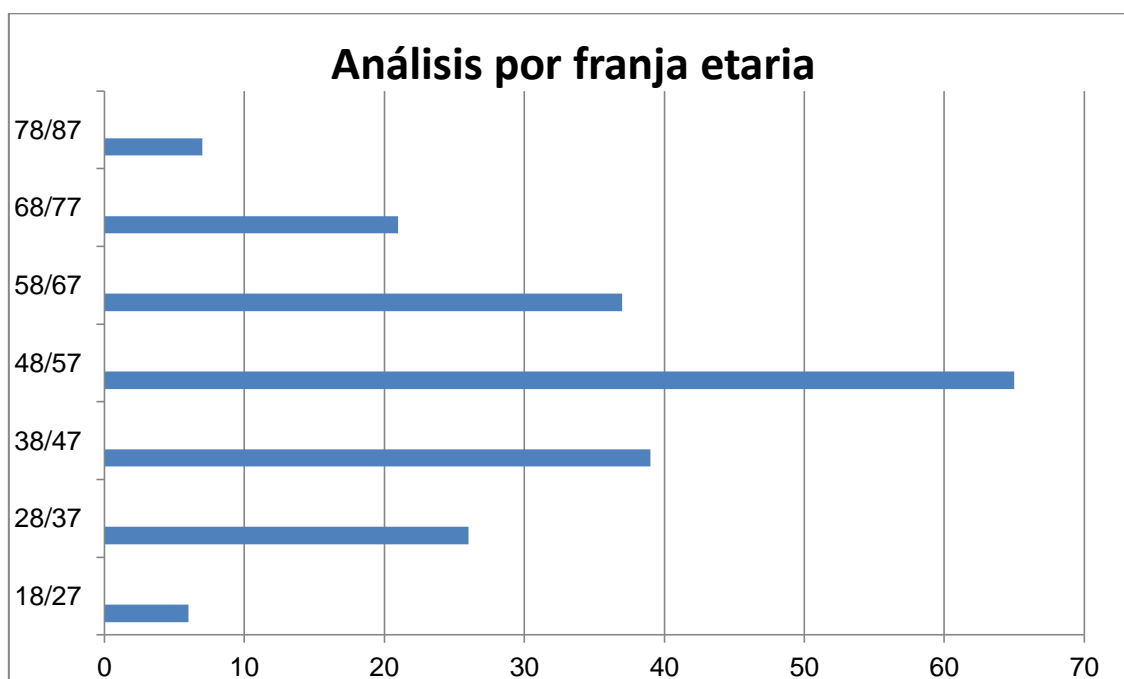
De las 201 personas insanas que residen en la ciudad de Mar del Plata, 12 personas, que representa un 6% del total de la población estudiada se encuentran internadas en alguna institución psiquiátrica, 79 personas, que representa un 39% se encuentran en Hogares geriátricos, centros de día, entre otros, y 110 personas, que representa un 55 % se encuentran en situación de externación.

Se puede observar que el número de personas con padecimiento mental externadas es significativamente mayor al de las internadas en instituciones psiquiátricas. Se infiere que dicha diferencia se debe a diferentes cuestiones,

actualmente existen medios y tratamientos que facilitan la desinstitucionalización y el tratamiento ambulatorio (Acompañantes Terapéuticos, psicofármacos, Centros de Día, Dispositivos de Arte, Casas de Convivencia) y por otro, a que la COA, promueve que las personas insanas logren la mayor autonomía posible y permanezcan en lugares de internación el menor tiempo posible.

F) ANÁLISIS POR FRANJA ETARIA

En el siguiente gráfico se analiza la distribución demográfica de los insanos según edad.



FUENTE: Legajos de la Curaduría Oficial de Alienados de los Departamentos Judiciales de Mar del Plata. Año 2014.

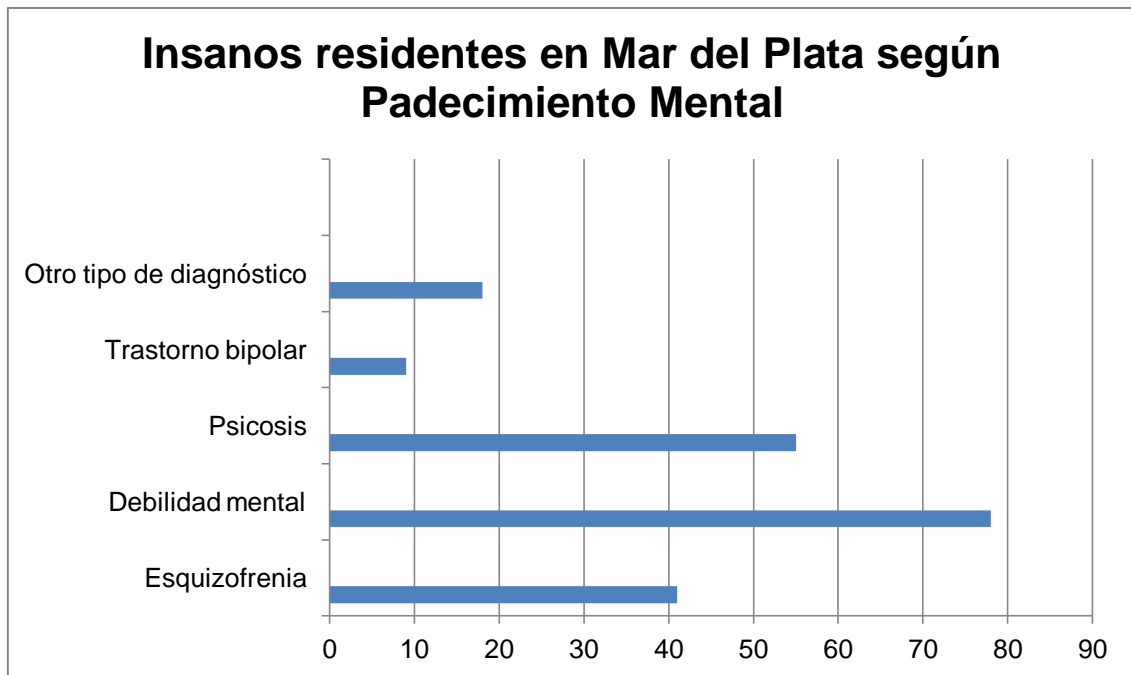
De las 201 personas insanas del Departamento judicial de Mar del Plata, que residen en la ciudad de Mar del Plata:

- 6 personas, un 2,98% tienen entre 18 y 27 años.
- 26 personas, un 12,93% tienen entre 28 y 37 años.
- 39 personas, un 19,40% tienen entre 38 y 47 años.
- 65 personas, un 32,33% tienen entre 48 y 57 años.

- 37 personas, un 18,41% tienen entre 58 y 67 años.
- 21 personas, un 10,48% tienen entre 68 y 77 años.
- 7 personas, un 3,48% tienen entre 78 y 87 años.

Como puede observarse, los mayores porcentajes de personas insanas, un 32,33% y un 19,40% tienen entre 38 y 57 años. Notablemente inferior son los porcentajes de personas entre 78 y 87 años, que representan un 3,48% y menor aún son las personas que tienen entre 18 y 27 años, que representan un 2,98% del total de la población estudiada.

G) DISTRIBUCIÓN DE LOS CAUSANTES SEGÚN PADECIMIENTO MENTAL



FUENTE: Legajos de la Curaduría Oficial de Alienados de los Departamentos Judiciales de Mar del Plata. Año 2014.

De las 201 personas insanas del Departamento Judicial de Mar del Plata, que residen en la ciudad de Mar del Plata:

- 41 personas, un 20,40% posee un diagnóstico de Esquizofrenia.
- 78 personas, un 38,80% posee un diagnóstico de Debilidad Mental.
- 55 personas, un 27,36% posee un diagnóstico de Psicosis.

- 9 personas, un 4,48% posee un diagnóstico de trastorno bipolar.
- 18 personas, un 8,95% posee otro tipo de diagnóstico tal como Síndrome de Down, Demencia Senil y Autismo.

Es de destacar, que la diferencia entre quienes poseen un diagnóstico de Esquizofrenia y Psicosis con relación al resto de las patologías es superior (un 20,40% posee un diagnóstico de esquizofrenia y un 27,36% posee un diagnóstico de psicosis).

V) ASPECTO METODOLÓGICO

La presente tesis se basa en una sistematización, dado que a partir del registro de una práctica se logra un acercamiento a una realidad específica. Sistematizar es un proceso de transformación de nosotros mismos, de nuestra manera de pensar, de nuestra manera de actuar, de nuestra manera de sentir.

Se entiende a la sistematización como un proceso, retroalimentándose con la investigación ya que “contribuye cada una de las características que le son propias. Cada una constituye una manera particular de aproximarse al conocimiento de la realidad y cada una es insustituible”. (Jara, 2012, S/D).

Según Jara (2012) la sistematización se trata de un proceso de reflexión e interpretación crítica sobre la práctica, que se realiza con base en la reconstrucción y ordenamiento de los factores objetivos y subjetivos que han intervenido en esa experiencia para extraer aprendizajes y compartirlos.

La propuesta de sistematizar, comprendiendo y valorando las narrativas mediadas por el diálogo, los encuentros cara a cara entre las personas, propician la interpretación de los diferentes relatos. En la sistematización se ha puesto énfasis principalmente en cuatro aspectos. En la reconstrucción ordenada de la práctica, en la producción de conocimientos, en la conceptualización de la práctica y en la participación.

Asimismo esta sistematización se sustentará en una metodología cualitativa, la misma incluye las concepciones teóricas del abordaje, el conjunto de técnicas que posibilitan la construcción de la realidad y el soplo divino del potencial creativo del investigador. (De Souza, 2003, S/D).

Algunos aspectos de la metodología cualitativa son:

- Ser inductiva, como consecuencia de ello, presenta un diseño de investigación flexible, con interrogantes vagamente formulados. Incluso, se pueden incorporar hallazgos que no se habían previsto inicialmente, y que ayudan a entender mejor el fenómeno estudiado.
- Tener una perspectiva holística, global del fenómeno estudiado, sin reducir los sujetos a variables. Quiere esto decir que la metodología cualitativa no se interesa por estudiar un fenómeno acotándolo, sino que lo estudia teniendo en cuenta todos los elementos que lo rodean.
- Buscar comprender, más que establecer relaciones de causa-efecto entre los fenómenos.

Con relación a la producción de conocimientos la sistematización es un proceso permanente, acumulativo, de creación de conocimientos a partir de la práctica de intervención en una realidad social, como un primer nivel de teorización de la práctica. Representa una articulación entre la teoría y la práctica y sirve a dos objetivos: mejorar la práctica y enriquecer, confrontar y modificar el conocimiento teórico existente, contribuyendo a convertirlo en una herramienta útil para entender y transformar la realidad.

Para qué sirve sistematizar:

- Para tener una comprensión más profunda de las prácticas que se realizan con el fin de mejorarlas.
- Para compartir con otras experiencias similares las enseñanzas surgidas en las prácticas.
- Para aportar a la reflexión teórica y, en general, a la construcción de teoría, conocimientos surgidos de las prácticas sociales concretas.

La sistematización, que ya es una elaboración sobre la práctica; entrega “conocimientos generales” que son materiales básicos, insumos, que trabajados a la luz de categorías más generales, pueden incorporarse al discurso teórico y enriquecerlos (Quiroz, 1987, p. 13).

No hay una sola manera de hacer sistematización de experiencias:

- Desde los actores, en forma participativa
- Sistematización formal al concluir la experiencia
- Una sistematización que se hace sobre la marcha
- Una sistematización con miras al mercado

Sistematizar experiencias es poder entender porque un proceso se está desarrollando de esa manera, poder realizar una interpretación crítica del proceso de la experiencia vivida, obtener aprendizajes y poder generar un nuevo conocimiento a partir de los existentes.

Para la realización del presente trabajo se seleccionaran los casos (unidad de análisis) a partir de las propias intervenciones, datos suministrados por informantes claves, equipo de trabajo de la dependencia, lectura de legajos pertenecientes a la Curaduría Oficial y entrevistas realizadas a la población estudiada.

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

- Representados por la Curaduría Oficial, 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.
- Que se encontraran asistiendo a algún taller o centro de día.

Para nominar a nuestras unidades de análisis –personas declaradas insanas en juicio y representadas por la COA- se consideró oportuno utilizar el término de “personas con padecimiento psíquico”, por ser este un concepto más integrador, que intenta anteponer la persona al trastorno.

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 (Talbot, 1984; Liberman, 1988/1993, S/D):

- 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 la vida diaria, tal como higiene personal, autocuidado, relaciones interpersonales, manejo social, entre otras; 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 noventa días). Otros, solamente han estado en contacto con Centros de atención ambulatoria, e incluso, algunos nunca han tenido ningún tipo de atención.

VI) TÉCNICAS Y FUENTES

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

A) Observación documental y análisis bibliográfico, registros institucionales de la Curaduría Oficial Departamental: legajos, resúmenes de historia clínica, entrevistas y pericias e informes sociales realizados por el Servicio Social entre otros.

B) Análisis estadístico: en este caso para establecer el perfil poblacional de las personas con padecimiento mental crónico declaradas insanas, residentes en la ciudad de Mar del Plata y representadas por la COA:

C) Observación participante

D) Entrevistas semi estructuradas a diversos informantes

E) Entrevistas en profundidad a la población estudiada.

A) OBSERVACIÓN DOCUMENTAL Y ANÁLISIS BIBLIOGRÁFICO:

“La consulta y/o recopilación documental consiste en ponerse en contacto con esa parte de la realidad que se ha de investigar y en la que ha de actuar, a través de lo que otros vieron o estudiaron en 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 de material muy útil para la investigación social.

Se trata de informaciones, documentos escritos, estadística, 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” (Ander-Egg, 1997, p. 42).

B) ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se utilizaron técnicas de análisis estadístico para presentar la información de una manera más sistemática y resumida.

La información numérica fue analizada a partir de la realización de gráficos, tomando las siguientes variables:

- Sentencia de inhabilitación, insania y determinación de capacidad jurídica.
- Ciudad de residencia.
- Edad.
- Sexo.
- Padecimiento Mental.
- Situación de internación / externación.

Así se construyó el perfil poblacional de la COA, lo que permitió conocer y comprender el fenómeno estudiado.

C) OBSERVACIÓN PARTICIPANTE:

Se abordará esta técnica a lo largo de todo el proceso de investigación: “en donde el observador es también actor. Esta posición permite pasar de una observación superficial a una observación desde el interior, en donde se privilegia la experiencia vivida de la situación, la significación dada a los gestos, a los comportamientos de los actores”. (De Robertis, 1994, p. 62).

Según Ander-Egg (1997) esta clase de observación consiste en 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 el cual se llega a conocer la vida de un grupo desde el interior del mismo, permitiendo captar no solo los fenómenos objetivos y manifiestos sino también el sentido subjetivo de muchos comportamientos sociales, imposibles de conocer (y menos aún de comprender) con la observación no participante.

D) 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 dentro de una conversación y tiene 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 no sugerir.

E) ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD:

“La entrevista en profundidad es una técnica de recopilación de datos que consiste en la realización de una plática informal entre el investigador y el informante. Aun cuando se debe contar con una guía de preguntas o temas a tratar, el dialogo no es restringido y muchas veces el curso de la entrevista va dependiendo de las respuestas del informante” (De la Peña y Toledo, 1997; en Martínez, 2004, p. 100).

Permitirá analizar e indagar los factores que condicionan las estrategias de inclusión, para garantizar un trato digno y continuado de las personas representadas por la COA, como así también conocer las diferentes estrategias utilizadas en la intervención por Trabador Social en la COA.

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 esta, 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 la observación participante.

Se tomará aportes de la técnica denominada Relatos de Vida, la cual es utilizada dentro de la investigación etnosociológica, ya que permitirá conocer sobre la historia de vida del causante.

“El proceso etnosociológico consiste en indagar sobre un fragmento de la realidad social-histórica de la que no se sabe gran cosa a priori. Sus técnicas de observación no buscan tanto verificar las hipótesis establecidas a priori como comprender el funcionamiento en forma de un cuerpo de hipótesis plausibles. (...) el relato de vida puede constituir un instrumento precioso de adquisición de conocimientos prácticos con la condición de orientarlo hacia la descripción de experiencias vividas en primera persona y de contextos en los que esas experiencias se han desarrollado”. (Bertaux, 2003, p. 21).

CAPÍTULO III

MARCO JURÍDICO-LEGAL EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

En este capítulo se describe el marco jurídico-legal habilitador de nuevas prácticas en el campo de la Salud Mental. Describiendo y analizando la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad N° 26.378, la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de Salud N° 26.529 y la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. El nuevo Código Civil y Comercial que entró en vigencia el 01/08/2015.

En Argentina los derechos de los usuarios de la Salud Mental están garantizados por diferentes normativas, el texto de la Constitución Nacional, tratados internacionales de derechos humanos.

A nivel internacional encontramos un enfoque en materia de Discapacidad y Salud Mental a partir de la Declaración de Caracas. Este es el primer estándar interamericano que se vinculó directamente a la Convención Internacionales de Derechos Humanos, con la violación de estos derechos en los hospitales psiquiátricos. El preámbulo de este documento señala que "...el hospital psiquiátrico (aísla) al enfermo de su medio, generando de esta manera mayor discapacidad social (y crea) condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo..." (Declaración de Caracas, 1990). Hace hincapié en que la atención debía ser reemplazada por una prestación de servicios basada en la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de redes sociales del enfermo. Posteriormente a la Declaración de Caracas, algunas convenciones regionales de Derechos Humanos incorporaron sus recomendaciones como una importante referencia para interpretar los Derechos Humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad, como es el caso de la Convención Interamericana sobre discapacidad y discriminación. (Faraone, 2013, p. 29).

En el año 2000 mediante la Ley N° 25.280 se aprueba la incorporación al orden normativo interno Argentino de la Convención Interamericana para la

eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Esto introduce una noción de discapacidad diferente.

“El termino discapacidad significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer uno o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social” (Convención Interamericana sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, 1999. Artículo 1).

En el año 2006 se crea la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) aprobada por la asamblea general de la ONU. La CDPD, norma de carácter supra legal y constitucional, en nuestro país constituye el primer tratado del siglo XXI en materia de discapacidad. En el preámbulo reconoce que la discapacidad “resulta de la interacción entre las personas con deficiencia y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. (Convención Internacional de los Derechos de las personas con Discapacidad, 2006. Preámbulo).

En esta misma línea, con relación al marco normativo Nacional, podemos traer a colación La Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) 26.657 que significa una ruptura con el paradigma médico. La norma establece responsabilidades políticas y sociales que promueven el efectivo acceso al ejercicio de los derechos. En el artículo 3 expresa: “Se reconoce a la Salud Mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas” (Ley de Salud Mental 26.657, 2010. Artículo 3).

Al tomar la idea de proceso posibilita concebir la Salud Mental en permanente cambio siendo un modo distinto en cada persona a través del tiempo.

I) CONVENCIÓN INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD N° 26.378

La Convención se aprobó el 13 de diciembre de 2006 en la Asamblea General de la ONU, en su formulación participaron organismos de Naciones Unidas, Estados y organizaciones de Personas con Discapacidad. La misma, en Argentina cuenta con jerarquía constitucional desde el año 2008, mediante la Ley N° 26.378.

La Convención permitió pasar de un “modelo médico-rehabilitador”, centrado en la enfermedad y en la “normalización” del sujeto, a un “modelo social” donde “no son las limitaciones individuales las raíces del problema, sino las limitaciones de la propia sociedad, para prestar servicios apropiados y para asegurar adecuadamente que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social” (Palacios, en Acuña y Goñi, 2010, S/D).

Esta Convención no busca crear nuevos derechos a las personas con discapacidad, sino garantizar el mismo acceso a los derechos, ya reconocidos a todas las personas. Esta herramienta jurídica permite dar “visibilidad” a las personas con discapacidad, “lo que está verdaderamente en juego es el respeto de sus derechos como persona y ciudadano” (Acuña y Goñi, 2010, S/D).

En el artículo 1° se menciona el propósito de la Convención, el cual es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”.

Los principios generales definidos en el artículo 3° de la Convención son:

- a) “El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas;
- b) La no discriminación;
- c) La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;
- d) El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;

- e) La igualdad de oportunidades;
- f) La accesibilidad;
- g) La igualdad entre el hombre y la mujer;
- h) El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad”.

Un aporte importante de la Convención, lo encontramos en el artículo 12° sobre el igual reconocimiento como persona ante la ley, el reconocimiento de la personalidad jurídica y la capacidad jurídica. La “*Capacidad Jurídica* es un concepto más amplio que lógicamente presupone la capacidad de ser un titular de derechos y obligaciones, pero además supone la capacidad de ejercer dichos derechos y contraer obligaciones por sí mismos” (Palacios, 2008), que implica la libertad para tomar decisiones, con la posibilidad de equivocarse, y no en la sabiduría de elegir.

Y por último, el artículo 19, menciona el *derecho a vivir de forma independiente*, y a participar y ser incluido en la comunidad: “el derecho en igualdad de condiciones de todas las personas con discapacidad a vivir en la comunidad, con opciones iguales a las de las demás, y adoptar medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

a) Las personas con discapacidad tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;

b) Las personas con discapacidad tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta;

c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición, en igualdad de condiciones, de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.”

II) LEY DE DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE SALUD N° 26.529

Esta Ley nacional fue sancionada y reglamentada en el año 2009, dando un nuevo punto de vista a la relación de la persona (usuaria de las instituciones de salud) con padecimiento mental y los profesionales.

Esta Ley está dividida en cinco capítulos, los cuales son: derechos del paciente en relación con los profesionales e instituciones de salud, información sanitaria, consentimiento informado, historia clínica y disposiciones generales.

En el Capítulo I, artículo 2, se mencionan los derechos de los pacientes, tanto en relación con los profesionales, como con las instituciones de salud:

a) “**Asistencia**. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;

b) **Trato digno y respetuoso**. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

c) **Intimidad**. Toda actividad médico – asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles;

d) **Confidencialidad**. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo

expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;

e) **Autonomía de la Voluntad.** El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;

f) **Información Sanitaria.** El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información;

g) **Interconsulta Médica.** El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.”

El Capítulo III, hace referencia al **Consentimiento Informado**, entendida “como la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada”. Se prepondera así la autonomía y el poder de decisión de la persona en relación a su estado de salud y la forma de tratamiento. Este acto no solo es informativo, sino participativo, es decir un consentimiento participativo en el que la persona interviene en las decisiones.

En el Capítulo IV, donde se menciona la **Historia Clínica**, la cual debe ser única y personal, y no divulgarse los datos personales de la persona sin autorización del titular.

III) LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657

En 2010 se sancionó en Argentina la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, estableciendo las condiciones de posibilidades para el ejercicio de los

derechos de las personas con padecimiento mental y un marco legal de derechos laborales a los trabajadores de la salud.

A partir de este nuevo paradigma de la complejidad en el que se inscribe la Ley, se legaliza la posibilidad de empezar a pensar prácticas interdisciplinarias; entendiendo a la persona en su integralidad, sin dar más importancia a un aspecto que a otro, ya que “en la vida real los individuos viven estos aspectos de manera integrada desde el comienzo de la vida” (Galende, 2008, S/D).

Esta fecha quedará en la historia Argentina, marcando un punto de inflexión en las conceptualizaciones jurídicas respecto a la Salud Mental, ya sea en su planteamiento y la forma de abordaje interdisciplinaria, entiendo que es uno de los primeros pasos de transformación a nivel nacional, que presenta como antecedente las leyes existentes en la Provincia de Río Negro la N° 2.440, en la Provincia de Chubut la N° 5.845 y en la Provincia de San Luis la N° 536.

Pero no debemos descansar en la “letra escrita e inamovible”, sino ponerla en movimiento y defender cada uno de sus artículos en los actos concretos del ejercicio profesional.

La Ley da un salto cualitativo, sobre el concepto de Salud Mental y las modalidades de abordaje del tratamiento, una nueva forma de intervención, ya que permite “crear nuevos dispositivos, nuevas técnicas, y producir cambios institucionales profundos. Hablar en primera persona del singular y dejar de poner el problema fuera de nosotros, porque se trata también de nuestros propios derechos como profesionales y trabajadores de la Salud Pública, de nuestras vocaciones humanas de realización personal” (Pellegrini, 2005, S/D).

La “reparación y restauración de derechos se logra con la visión de una ley, que establece un marco jurídico de garantías, trayendo en forma permanente la palabra, la voz de miles de personas silenciadas en procesos y espacios de atención que han marcado un vacío social que mantiene un estereotipo de exclusión y discriminación” (Iglesias, 2011, S/D). Esto se puede apreciar desde el artículo 7 de dicha Ley donde se mencionan los derechos de las personas con padecimiento mental, reconociéndolos como sujetos protagonistas de su tratamiento.

Los derechos, además de ser reconocidos, es necesario que sean ejercidos, conociendo el abuso de poder que hay en las instituciones psiquiátricas, se crea el Órgano de Revisión, mencionado en el capítulo X, encargado de dicha tarea, controlando las internaciones voluntarias, y las involuntarias, en instituciones públicas como privadas, priorizando a la persona como sujeto de derechos.

Carpintero en su libro “La subjetividad asediada”, destaca cuatro aspectos de la Ley:

- **Derechos Humanos.** Para las internaciones, se reemplaza el concepto de peligrosidad para sí o para terceros, por el de riesgo cierto e inminente. “Los profesionales y empleados en instituciones psiquiátricas serán responsables de informar, al juez y al órgano de revisión, sobre cualquier trato indigno o inhumano” (Carpintero, 2011, S/D). Se reconoce el concepto de persona, y paralelamente, de derechos humanos a respetar a través del Órgano de Revisión.

- **Equipo interdisciplinario.** Si bien es conocido históricamente que la Psiquiatría ha dominado el campo de la Salud Mental, a partir de esta Ley, en su artículo 8, se promueve la atención a través de un equipo interdisciplinario, ya que se entiende el padecimiento mental por diversas causas sociales, culturales, biológicas, entre otras. Así se cree que “la humanización de los tratamientos requiere romper con el individualismo de las prácticas profesionales” (Pellegrini, 2005, S/D). Y este tratamiento debe realizarse preferentemente en el ámbito de la comunidad, y no de los hospitales psiquiátricos. Remarcando que “no se trata de abrir las puertas para que salga sino de tomarle la mano y conducirlo, a través de estrategias conjuntas con el resto de la sociedad que tiene la obligación de abrigarlo, porque quiera o no es parte de ella” (Alonso Sainz, 2011, S/D).

- **Prohibición de creación de nuevos manicomios.** El artículo 27 hace mención a la prohibición de creación de nuevos manicomios o instituciones de internación; y los ya existentes, deben adaptarse a los principios de la Ley. Se busca realizar el tratamiento en la comunidad, reforzando los lazos sociales asegurando que “es posible reparar el daño que los manicomios producen; que es posible humanizar los tratamientos; y que no hay justificativo alguno para

salas o corredores mugrientos, depositaciones, marginación, y violencia institucional” (Pellegrini, 2005, S/D).

- **Igualdad de condiciones de los profesionales.** Volviendo a la categoría de interdisciplinariedad en referencia al tratamiento, en el artículo 13 se menciona la igualdad de condiciones de los profesionales de diferentes disciplinas para ocupar el cargo de conducción de los servicios de salud, priorizando siempre la idoneidad para dicho cargo.

Es para destacar que la Ley no debe ser el único recurso a utilizar para la intervención profesional, sí el marco jurídico-legal específico, ya no basta con una única lectura al principio de nuestras prácticas, este contexto legal deberá construirse como el “lugar a donde volver”, a fin de plantear y replantear las prácticas profesionales.

Si bien, la sanción, y luego reglamentación son un hito histórico de gran peso para nuestra Nación, es el principio de un largo camino para transitar juntos en esta sociedad compleja, que renueva constantemente las problemáticas y necesidades. No quedarse en el lugar de “espera”, sino involucrarse en el trabajo cotidiano de la Salud Mental.

Ninguna Ley, por más peso y fuerza que tenga, podrá ser aplicada, en este caso la Ley de Salud Mental, si no se modifica la toma de conciencia de la sociedad. Se necesita de un cambio en la forma de pensar la Salud Mental, para que la Ley tenga legitimidad, se constituya y efectivice; trabajo que también nos incumbe a los profesionales de la salud. Hay que derribar los muros de manicomios que tenemos en las cabezas.

IV) NUEVO CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL

Los lineamientos del nuevo Código Civil y Comercial que entró en vigencia el 01/08/2015 en sus artículos 31 a 50 referidos a la “Restricciones a la Capacidad”, completó la labor iniciada por la Ley de Salud Mental (Ley N°26.657), poniendo al Derecho Civil Argentino en la senda del modelo adoptado por la Convención Interamericana para la eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (Ley 25.280) y la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad (en adelante

CDPD Ley 26.378, con jerarquía constitucional por Ley 27.044; art.31 de la Constitución Nacional).

El Código Civil y Comercial de la Nación establece como regla que **toda persona humana puede ejercer por si misma sus derechos** (arts. 22 y 23 Cód. Civ. y Com.). Esta capacidad **debe presumirse y garantizarse en toda circunstancia y a todas las personas**, con independencia de cualquier característica personal e incluso de cualquier diagnóstico médico (Cfr. Kraut y Palacios, 2014, S/D).

Ahora bien **según el art. 31 del Código Civil y Comercial, la restricción al ejercicio de la capacidad jurídica se rige por las siguientes reglas generales:**

a) La capacidad general de ejercicio de la persona humana se presume, aun cuando se encuentre internada en un establecimiento asistencial.

b) Las limitaciones de la capacidad son de carácter excepcional y se imponen siempre en beneficio de la persona.

c) La intervención estatal tiene siempre carácter interdisciplinario, tanto en el tratamiento como en el proceso judicial.

d) La persona tiene derecho a recibir información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

e) La persona tiene derecho a participar en el proceso judicial con asistencia letrada, que debe ser proporcionada por el Estado si carece de medios.

f) Deben priorizarse las alternativas terapéuticas menos restrictivas de los derechos y libertades.

La capacidad restringida supone que **la persona conserva su capacidad, la cual es limitada solo para determinados actos**. Es decir que la excepcionalidad de la restricción no se fundamenta en una característica de la persona, "su discapacidad" (criterio subjetivo), sino que se restringe para un acto determinado o una serie de actos determinados y debidamente especificados en la sentencia (criterio objetivo), de este modo no existe en el

Código Civil y Comercial un supuesto de restricción a la capacidad jurídica por motivo de discapacidad.

Así, el art. 32 del Cód. Civ. y Com. Expresa que “El Juez puede restringir la capacidad para determinados actos de una persona mayor de trece años que padece adicción o una alteración mental permanente o prolongada, de suficiente gravedad, siempre que estime que del ejercicio de su plena capacidad puede resultar un daño a su persona o sus bienes. En relación con dichos actos el Juez deberá designar el o los apoyos necesarios que prevé el art. 43, especificando las funciones con los ajustes razonables en función de las necesidades y circunstancias de la persona”.

De esta manera se elimina la declaración de incapacidades o inhabilitaciones por motivo de discapacidad y su automática sustitución por un curador. Concluye el citado artículo 32 que “por excepción, cuando la persona se encuentre absolutamente imposibilitada de interaccionar con su entorno y expresar su voluntad por cualquier modo, medio o formato adecuado y el sistema de apoyos resulte ineficaz, el Juez puede declarar la incapacidad y designar un curador”.

El régimen de excepción contemplado en la última parte del citado artículo 32, previsto solo para aquella persona “absolutamente imposibilitadas de interaccionar con su entorno y expresar su voluntad”, para quien “el sistema de apoyos resulte ineficaz”, el Juez puede declarar la incapacidad y designar un curador, con el único objetivo de protección de los derechos de la persona.

Ahora bien, sobre este marco normativo y ya siguiendo las pautas establecidas por la Ley de Salud Mental N° 26.657 es que el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación, ley 26.994, manda a revisar las sentencias dictadas y que restrinjan la capacidad, en un plazo no superior a los tres años, sobre la base de nuevos dictámenes interdisciplinarios y mediando audiencia personal con el interesado.

El Código Civil y Comercial en sus arts. 32 y 38, adaptándose al paradigma de derechos consagrados por la CDPD, establecen que el Juez debe determinar en la sentencia la extensión y alcance de la restricción y especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea lo menor posible, designando el o los apoyos

necesarios que prevé el art. 43 del Código y "...señalar las condiciones de validez de los actos específicos sujetos a la restricción con indicación de la o las personas intervinientes y la modalidad de actuación..." (Art. 38 in fine del Cód. Civ. Y Com; 4, 5 y 23 del CDPD).

En el art. 43 del Cód. Civ. Y Com., establece que "Se entiende por apoyo cualquier medida de carácter judicial o extrajudicial que facilite a la persona que lo necesite la toma de decisiones para dirigir su persona, administrar sus bienes y celebrar actos jurídicos en general. Las medidas de apoyo tienen como función la de promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos".

Consecuentemente, el tipo y la intensidad del apoyo que se ha de prestar varían de una persona a otra debido a la diversidad de las personas con discapacidad, lo cual resulta acorde a lo dispuesto en el artículo 3 inc. D de la CDPD que entre los principios generales dispone que "...el respeto por la diferencia, la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana...".

Estos apoyos pueden ser apoyos efectivos o un asistente personal o un equipo de salud, pueden ser los propios pares o un apoyo para una situación determinada, es decir el apoyo acompaña a la persona para que ésta pueda ejercer sus derechos.

A su vez el artículo 43 del mencionado cuerpo legal contempla la posibilidad que **la persona interesada pueda proponer al juez la designación de una o más personas de su confianza para que le presten apoyo, siendo incuestionable la participación de las personas con discapacidad intelectual o psicosocial en las decisiones que hacen el tratamiento de salud o designación de apoyos.**

Cabe resaltar que el elemento que define o caracteriza al modelo de apoyo es justamente la voluntad decisoria del sujeto, que a diferencia de lo que ocurre en el modelo de representación por sustitución, sigue en cabeza de la propia persona con discapacidad, centrando el momento del apoyo no solo en la fase de celebración de los actos jurídicos, sino además se proyectó sobre el proceso de la toma de decisiones.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En relación al análisis de los resultados de la sistematización, fue necesario la realización de seis entrevistas de personas declaradas insanas representadas por la COA, en el marco de las entrevistas en profundidad y en paralelo la observación y el análisis documental.

Las entrevistas fueron individuales, se realizaron en un café, fueron acordadas previamente explicando los motivos y objetivos de la misma. La totalidad de las entrevistas fueron grabadas con previa autorización y luego transcritas para el análisis discursivo de las mismas.

En su historia de vida contada en primera persona como relato, se promueve “que la persona recupere una subjetividad desprovistas de los significados que supone la larga permanencia en esas instituciones”. (Galende, 2008, S/D)

Los indicadores de análisis abordados a lo largo de la entrevista fueron:

- Inicio del padecimiento mental.
- Estrategias habitacionales, económica, de salud, entre otros.
- Red socio familiar.
- Inclusión.
- Concepto del curador.
- Función del Trabajador Social
- Contacto con COA.

Para preservar la identidad de los representados se asignó un nombre de fantasía que ellos mismos eligieron.

A fin de respetar y no distorsionar la palabra de los representados que fueron entrevistados, considero a la transcripción como el método más adecuado para conservar la fidelidad del discurso oral a una transcripción discursiva (...=) tiene la misión de dirigir la mirada del lector hacia los rasgos pertinentes que la percepción distraída y desarmada dejaría escapar. (Bourdieu, 1999, p. 540).

Las entrevistas me permitieron obtener información a la cual no hubiera accedido de otra forma. Esto fue posible por dos aspectos a destacar. Por un lado el espacio de respeto, confianza y confidencialidad que se generó en las mismas, lo que permitió en palabras de Bourdieu, una situación de comunicación excepcional: “Al ofrecerse una situación de comunicación completamente excepcional, liberada de las restricciones, en particular temporales que pasan sobre la mayoría de los intercambios cotidianos, y darle acceso a alternativa que lo incitan a autorizar, a expresar malestares, faltas o demandas que descubre al expresarlas, el encuestador contribuye a crear las condiciones de aparición de un discurso extraordinario, que podría no haber enunciado jamás y que, sin embargo ya estaba ahí, a la espera de sus condiciones de actualización”. (Bourdieu, 1999, p. 536).

Por otro lado la seguridad del entrevistado de saber que lo dicho a lo largo de la comunicación no sería explicitado, ni puesto a juicio en ninguna pericia social.

Antes eran “sujetos institucionalizados, sobreadaptados, sometidos, dependientes, que adoptan en general la manipulación como técnica de supervivencia, y que pierden autonomía”. (Pellegrini, 2005, S/D). Donde los horarios, comidas y actividades estaban programadas, actualmente, tienen la posibilidad de elegir sus horarios, comidas, actividades.

En las entrevistas pude observar que a pesar de que la mayoría ha sido institucionalizado, pudieron lograr una organización para una buena convivencia. A continuación se expondrá el análisis de los resultados de las entrevistas. Su desarrollo se basará en las siguientes categorías:

CATEGORÍAS PREVISTAS	CATEGORÍAS EMERGENTES
Inicio del padecimiento mental	Dispositivos artísticos
Estrategias habitacionales, económicas de salud, entre otras	
Estrategias de inclusión	Vida cotidiana
Función del Trabajador Social	
Concepción del curador	Figura del Acompañante Terapéutico
Red socio familiar	

I) INICIO DEL PADECIMIENTO MENTAL

En este capítulo se abordará el análisis de las entrevistas intentando explicar el surgimiento del padecimiento mental en las personas entrevistadas.

SURGIMIENTO DEL PADECIMIENTO MENTAL

Al hacer mención al surgimiento del padecimiento mental, me refiero a lo que Rolland denomina fase de la crisis. La cual comienza con un periodo sintomático anterior al diagnóstico efectivo, en el que el individuo tiene la sensación de que “algo anda mal”, pero la índole exacta o el alcance del problema no están claros.

1) Indicios del surgimiento del Padecimiento Mental

Al preguntar por los primeros indicios que dieron cuenta del surgimiento del padecimiento mental, los entrevistados refirieron a modificaciones generadas por cambios de conducta.

Del total de los casos seleccionados para este trabajo, cinco expresaron específicamente dificultades de pautas de conducta y comportamiento.

Al respecto Mari en la entrevista decía:

“Estaba trabajando y de golpe se me hizo la idea mía en la cabeza de que tenía una hermana melliza. Que esa hermana quería sacarme el lugar de trabajo en combinación con otros compañeros de trabajo que según mi idea también me ponían droga en el café, contaminaban el agua del dispenser y que me querían perseguir para matarme. Así que todo eso pensaba yo todo el día y andaba por las calles buscando a mi hermana melliza”. (Mari)

Siguiendo esta misma línea Smith expresó:

“Me sentía muy mal, estaba agresivo, medio con nerviosismo y le dije a mi vieja que me internara. Eso empezó después que falleció mi papá, y yo me enfermé” (Smith)

2) Modo del surgimiento del padecimiento mental

Con respecto a la forma de inicio de una enfermedad, esta puede originarse de manera gradual o abrupta.

En la historia natural de una enfermedad pueden describirse diferentes fases de crisis y crónica.

La fase de crisis comienza con un periodo sintomático anterior al diagnóstico efectivo, en que el individuo tiene la sensación de que “algo anda mal” pero la índole exacta o el alcance del problema no están claros.

Este periodo es con frecuencia angustia, vulnerabilidad e incertidumbre

La fase crónica, sea larga o corta, es el lapso que transcurre entre el diagnóstico inicial y el periodo de adaptación y la fase terminal, cuando predominan cuestiones relativas a la muerte. Este es un periodo que se puede caracterizar por la constancia, la progresión o el cambio episódico.

“La transición entre la fase de crisis y la crónica es quizás la más importante: es el momento de diseñar un programa de acción viable para convivir con una enfermedad crónica”. (Rolland, 2000, p. 81).

De los seis casos analizados, en cinco se visualizó que el comienzo del padecimiento mental se presentó de manera gradual.

Por ejemplo Carlos hace mención de la siguiente manera:

“Yo empecé a los 26 años, porque me sentía mal y fui a ver una señora que se llamaba xxxx, ahora esta jubilada, me sentía muy solo, ella era jueza, ella me dijo, te vamos a dar una manito, yo quería otra mamá, porque mi mamá la mataron, entonces yo estaba mal, muy mal, entonces ella me dijo vas a tener otra mamá acá, pero te vamos a dar medicamentos, ahí después de un largo tiempo me llevaron al hospital” (Carlos)

Siguiendo esta misma línea Smith dice:

“Con mi enfermedad en el 2001 estuve internado y salí en el 2001, desde el 2001 hasta el día de hoy son las pastillas que me hacen bien, me había puesto así agresivo y le dije a mi vieja si me internaba, eso empezó después que falleció mi papá, y yo me enferme” (Smith).

II) ESTRATEGIAS HABITACIONALES, ECONÓMICAS Y DE SALUD

En este apartado se analizará las diferentes estrategias implementadas desde la COA teniendo en cuenta la mirada del entrevistado y la lectura de los informes sociales elaborados desde la dependencia.

Si tomamos a la vivienda enfocada en el cumplimiento y la ampliación de los derechos sociales, que posibilitan la emancipación y la autonomía de los sujetos, permitiendo la inclusión comunitaria de los mismos y apuntando a la desmanicomialización.

Las estrategias habitacionales implementadas en las personas entrevistadas fueron las siguientes: Una de ellas habita en casa propia, dos residen en hoteles, dos en hogar sustituto y el restante en un hogar con modalidad de amplias salidas.

Las alternativas implementadas pueden agruparse de la siguiente manera:



- Casa propia: Se incluyen 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
- Casa cedida: Incorporamos 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 solo 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.

Dos de los entrevistados manifestaron que se encontraban viviendo en un hotel:

Al respecto en la entrevista Smith dice:

“...estoy viviendo en el Hotel xxxx, esta es la cuarta temporada...antes vivía en mi casa...yo perdí un departamento...se perdió todo eso...yo no vi un peso y mi vieja tampoco...me usurparon la casa personas que pensamos que eran buena gente...” (Smith).

A su vez Alberto comenta:

“...a mí me había quedado la casa de mi papá y yo estaba viviendo, eso fue hace como 10 años...ahí estuve viviendo un tiempo...un día ellos decidieron arreglarme la casa pero no nos poníamos de acuerdo...después de las internaciones volví a mi casa...pero ahí se metieron mis hermanos...fueron y me denunciaron y curaduría prefirió darles la parte...la casa se vendió, se hizo la sucesión y le dieron la parte...después de ahí estuve en un geriátrico...luego en una pensión donde no estaba muy cómodo...y luego fui a otra donde estuve hasta el año pasado...ahora estoy en un hotel...al principio era todo muy autoritario...se me designaba un lugar y yo tenía que ir ahí...ahora sí puedo decidir...pero tienen sus tiempos...” (Alberto)

“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”... (Giovanna Del Giudice; 1997, S/D).

Las intervenciones que se realizaron en el caso 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, quien además evaluó las diferentes alternativas que se presentaban en pos de buscar un hábitat que facilite los vínculos sociales, la producción de relaciones.

En el caso de los representados con casa propia, las intervenciones también son indirectas, por los motivos expuestos para el caso anterior, sumado a la realización de gestiones destinadas a la normalización de la situación patrimonial (sucesiones), regularización de 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 que se evaluó a que dicha modalidad constituía la mejor respuesta posible, 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 en Salud Mental hace que las diferentes intervenciones queden supeditadas a las iniciativas particulares de cada institución y/o profesional.

De la lectura de los informes sociales elaborados por el trabajador social surge la siguiente información con respecto al eje económico y de salud:

Del total de las personas entrevistadas, dos de ellos cobran la pensión derivada de su padre, uno cobra un sueldo de la municipalidad, más alquiler del inmueble de su propiedad y se le iniciaran los trámites para la jubilación por discapacidad, dos cobran pensión de desarrollo y del IPS, y el restante percibe únicamente el subsidio Ley 10315 y complementan sus ingresos la Jubilación percibida por su madre que les permite poder alquilar una habitación en el hotel donde residen actualmente. Asimismo dicho subsidio Ley 10315 también son percibidos por cuatro de los entrevistados.

En relación al tema de salud el total de los entrevistados realiza tratamiento mensual por consultorios externos y control farmacológico, como así también controles anuales de salud que incluyen consulta con médico clínico, realización de laboratorio, control ginecológico y estudios de rutina complementarios que sean necesarios.

Del análisis de las entrevistas surge la información que en algún momento de su vida los entrevistados sufrieron internaciones. En algunos de los casos fueron por periodos cortos, mientras que en otros los periodos fueron prolongados y se repitieron en más de una oportunidad:

A modo de ejemplo, citaré una parte de la entrevista realizada a Mari:

“...yo pasé por una situación...bueno que por distintas circunstancias termino internada en una clínica psiquiátrica...y a mí mamá la internan en un geriátrico...ahí se hizo cargo una persona allegada de mis cosas...estuve casi tres años internada...a la noche cerraban las puertas de las habitaciones con llave y a las siete de la mañana las abrían...después te daban el desayuno, el agua para el mate...jugábamos al truco, después venía la profesora de plástica, gimnasia, etc...me atendía el psiquiatra tres veces por semana y aparte la psicóloga” (Mari)

A su vez Alberto nos dice:

“...estuve dos veces internado en el regional...ahí era chico tendría 14 años...después estuve en el open door...luego en el hospital de San Isidro y también estuve en el Grupo Suizo en el año 2009–2010 una vez estuve seis u ocho meses y la otra internación estuve un año y medio...” (Alberto)

Por su parte Smith relata:

“...en el año 2000 estuve internado y salí en el 2001...tenía 30 años y me había puesto muy agresivo y le dije a mi vieja que me internara...yo me enfermé después que falleció mi papá...” (Smith)

Al respecto Pablo en la entrevista decía:

“...Tuve internaciones siempre en el regional...renuncié a un trabajo y bueno después me arrepentí y ahí empecé a tener problemas de salud mental...me daban drogas para estabilizarme...mantenerme....regularme...” (Pablo)

III) ESTRATEGIAS DE INCLUSIÓN

En este apartado se analizará como estrategias de inclusión utilizadas por la COA la figura del Acompañante Terapéutico y la inclusión de los representados en Dispositivos artísticos.

La institución interviene con personas que presentan padecimiento psíquico de larga data, con diagnóstico de patologías psiquiátricas crónicas y que en muchos casos registran periodos de internación prolongada.

Al momento que se toma intervención aparece en un alto porcentaje de representados, la existencia de un deterioro de la red social.

La COA utiliza como unidad de trabajo, la perspectiva de redes sociales, en tanto modalidad de abordaje que supera la persona y su familia; y donde se distinguen, la red primaria informal y la red secundaria formal. Sus espacios de articulación y/o activación de redes formales (en circunstancias que las primeras no existieran) constituyen objeto de intervención de la institución.

En este sentido, “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”. (Taucar y Méndez, 1996, S/D).

En esta línea se parte de dos aspectos fundamentales: el eje clínico, que toma en cuenta el diagnóstico psiquiátrico conjuntamente con la sintomatología que lo caracteriza y los tratamientos instituidos; y el eje social, donde se evalúa

en qué situación se encuentra la red vincular de la persona y se plantea como meta el mantenimiento de la plena reinserción al medio.

La institución interviene desde un enfoque integral, que no solo está conformado por el eje clínico sino que también se tiene en cuenta el eje social, cuyo objetivo es el mejoramiento de las condiciones socio-ambientales de la persona.

De los seis casos analizados se observa un deterioro de la red social/familiar:

Por su parte Francisco relata:

"...yo no tengo familia, tengo una prima en Junín...pero yo no la quiero porque desde que murió mi papá no me habla y era muy interesada...tengo amigos en Colectivo Crisálida y en Marimbarte...". (Francisco)

A su vez Mari nos dice:

"...mirá...yo soy adoptada, mis padres que yo tuve siempre no son mis padres biológicos y ahora los dos fallecieron...y de mi familia biológica nunca supe nada...yo tenía una persona muy allegada a mí que era mi jefa pero ahora ella falleció hace poquito...tengo contacto por teléfono con un primo que me manda mensajes nada más...pero no tengo contacto directo...pero es como si no estuviera...pero la familia de ahí...de la pensión es como si fuera mi familia...porque ellos son tan especiales...porque te hacen sentir como si fueras parte de la familia...hasta las mascotas que se encariñan con nosotros..." (Mari)

Al respecto Carlos comenta:

"...vivía con mi tía en el barrio las Lilas y mi tía se cambió de ahí y no sé dónde está...tengo tres hermanos pero a ninguno los veo...ellos trabajan en Capital y otro vive en Mirasolo...me gustaría mucho ver a mi hermana...yo hablo con ella por teléfono cuando voy a Curaduría...tengo dos hijos de 26 el más grande y la nena 15 pero no los veo...ellos viven en el campo...". (Carlos)

Por otra parte Alberto expresa:

"...tengo tres hermanos...no estoy yendo a la casa...pasaron cosas con ellos...ellos quieren tener razón y yo tengo la mía...que ellos hagan su vida y yo la mía...si nos cruzamos por casualidad hablamos...charlamos pero nada más...". (Alberto)

Una de las estrategias de inclusión y ampliación de la red socio familiar que se incorpora en la COA es la figura del Acompañante Socio Terapéutico que surge en el año 1989/1990, por parte de los profesionales del Servicio Social de la institución, quienes frente a la intervención con personas internadas en clínicas psiquiátricas, observaban que existían necesidades primordiales no cubiertas de larga data. No obstante, estas personas contaban con medios económicos para solventar la satisfacción de sus gastos básicos, por lo que se le incorporó la figura del AT como agente auxiliar en la resolución de esas problemáticas.

En muchos casos las redes sociales se habían desactivado a raíz de largos periodos de internación, lo cual obstaculizaba la efectivización del alta, si bien estaban dadas las condiciones clínicas. En estos casos la intervención del AT se constituyó como un eje fundamental en posibilitar la externación y su continuidad en el tiempo.

La intervención del AT parte de una estructura establecida desde la convocatoria del servicio social. Este encuadre se configura como sostén a partir del cual funciones y actividades se planifican y organizan con libertad y flexibilidad. Las supervisiones no son sistemáticas, sino a demanda tanto del profesional como del AT. El seguimiento de la intervención se sistematiza en forma escrita a través de la presentación de informes regulares.

Con relación a los profesionales que dirigen el tratamiento de los acompañados (psiquiatras, psicólogos), estos también guían la intervención del AT, como referentes fundamentales al momento de proponer acciones que favorezcan el proceso de reinserción de estas personas.

Las primeras acciones consisten en generar un vínculo entre el AT y el acompañado. Este se realiza a través del acceso a la información que aporte el profesional convocante -documentada en expediente judicial- como también por medio de entrevistas, encuentros y/o salidas con la persona.

En cuanto a los propósitos que guían la tarea, se preveen objetivos comunes a todos los casos, a los que se suman aquellos que refieren ciertos casos en particular.

Asimismo, se intenta promover en los acompañados, el ejercicio de sus derechos civiles y sociales, elevar su autoestima y el propio reconocimiento de

capacidades y habilidades; y favorecer una ocupación creativa de su tiempo libre, intentando mejorar la calidad de vida del representado.

En los relatos siguientes se visualiza la figura del AT en cinco de los entrevistados:

Al respecto Carlos en la entrevista manifestó:

“...yo le pedí a la Srta.... que me ponga un AT, porque yo no daba más estaba muy cansado de hacer tramites yo...es la primera vez que tengo un AT...antes los tramites los hacia yo...” (Carlos)

Siguiendo esta misma línea Mari dice:

“...de lunes a viernes yo tengo una AT una hora por día...asique salgo con ella a la mañana o a la tarde...vamos a caminar, o hacer trámites a la obra social...o a tomar un café....ella me acompaña al psiquiatra y a la psicóloga voy sola...también me acompaña a las entrevistas en la COA...vamos con una lista para que me autoricen a comprar lo que necesito...” (Mari)

Por otra parte Francisco expresa:

“...Yo tengo un AT que se llama XXX...me siento bien...hace dos o tres años que estoy con ella...a veces salimos, ella viene a mi casa...a veces caminamos por la plaza...la medicación me la administra mi AT...” (Francisco)

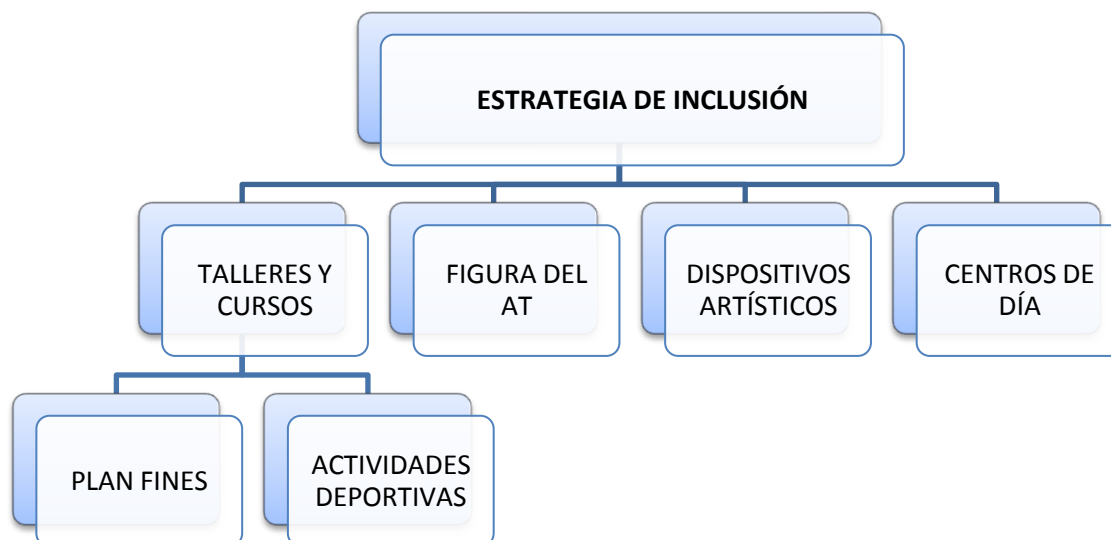
A su vez Pablo comenta:

“...yo tengo un AT que lo veo una vez por semana...me comunico con él por el celular...salimos a tomar café y me compra cosas...me ayuda...no estoy solo...no me gusta estar solo también se encarga de la medicación...” (Pablo)

Solo reciben la figura de AT aquellas personas que cuentan con recursos económicos para sostener este beneficio, tratando de impulsar progresivamente a la persona de acuerdo a sus posibilidades, el ejercicio independiente de actividades de la vida cotidiana, apoyando sólo en aquellas actividades que lo requieran, generalmente las funciones del AT se orientan a intervenciones específicas a demanda del acompañado, ajustándose a generar autonomía en los representados.

Otra de las estrategias de inclusión utilizadas por la COA es la incorporación de los representados a diferentes dispositivos, centros de día, inclusión en talleres, cursos, programas que permitan acceder a la finalización de tramo educativo u otros lugares que sean de interés del causante y que le permita ampliar su red socio familiar.

De la totalidad de los casos analizados todos asisten a dispositivos artísticos y dos de ellos fueron incluidos en programas que le permitieron acceder al título secundario (Fines).



IV) DISPOSITIVOS ARTÍSTICOS

Se realizará una breve descripción utilizando las entrevistas realizadas a las personas representadas por la COA, de las mismas surge que el total de los casos analizados asisten al Proyecto de Extensión de la UNMDP “Colectivo Crisálida Arte + Salud Mental + Intervención Comunitaria”.

Dicho dispositivo está destinado a personas con padecimiento psíquico y en situación de vulnerabilidad social, económica y familiar, el mismo no está configurado como un taller terapéutico ni de arte terapia, sino que se utiliza el arte como una herramienta de transformación social, que aborda los procesos individuales, grupales y comunitarios, siendo la finalidad la construcción de redes sociales además de la inserción de personas con padecimiento psíquico.

Los lineamientos fundamentales que se trabajan en el taller son: poder lograr la modificación del rol de las personas que asisten, generar un cambio del ser “pacientes” a ser agentes de transformación cultural con el fin de lograr su reinserción social.

La frecuencia del taller es de dos veces por semana los días martes y viernes de 15 a 17 30 y se trabaja en las siguientes áreas:

- Taller de Lenguajes Artísticos Combinados que incluye cuerpo, escritura y artes visuales, se trabaja con la potencialidad que cada persona posee, recuperando saberes adquiridos individuales y sus atravesamientos sociales.
- Economía Solidaria, bajo la forma de una cooperativa de arte y la concreción de intervenciones socio comunitarias en diferentes ámbitos culturales, barriales y de salud.

Los concurrentes a Crisálida son personas con internaciones psiquiátricas prolongadas, que han sido excluidas no solo del ámbito familiar sino del resto de los contextos sociales.

Al preguntar qué opinan de los dispositivos de arte surgieron las siguientes respuestas:

Al respecto Francisco en el desarrollo de la entrevista comentó:

“ la salud mental es ser totalmente una persona...el arte para empezar sería pensar libremente...no sé cómo decirlo...me siento muy cómodo asistiendo a los talleres...tengo amigos que hice en Colectivo Crisálida...a veces salimos los domingos...vamos a la playa...” (Francisco)

Por otra parte Carlos expresó:

“...yo asisto a Colectivo Crisálida hace más o menos un año....antes iba cuando era Arquimia...yo opino que el taller está muy bien...te satisface mucho porque te quedas tranquilo, descansas la mente mientras que dibujas, tenes la mente en blanco...y a mí me gusta ir...antes cuando iba era Arquimia y ahora es Colectivo Crisálida...había otros profesores que no están ahora...éramos poquitos y ahora es una cantidad enorme, ahora hacemos teatro todas esas cosas lindas y ahora estoy bien para respirar y puedo caminar...estoy bárbaro...yo creo que voy a mejorar...” (Carlos).

A su vez Smith mencionó:

“...yo asisto al taller desde el año 2014...el taller es otra vez prepararme para otra vida...como el que se recibe de abogado, de doctor...el taller es lo que me hace bien...lo valoro mucho...el certificado que me dieron el año pasado...cuando terminó el año, eso me hizo muy bien...somos todos iguales...nos reímos de todo...me gusta el teatro...participar de las actividades que se hacen en el taller...siempre mi rutina era igual desde que empecé el gimnasio y en el taller me hace bien...” (Smith)

Esta propuesta se inicia para trabajar con personas representadas por la COA, siendo este un grupo estable y acumulativo, ya que en su mayoría permanecen vinculados de por vida con la institución, actualmente se han incorporado nuevos concurrentes derivados de centros de salud municipales, Salud Mental del HIGA y, en muy poca proporción, derivados por otros profesionales.

Las personas que concurren provienen de todo tipo de nivel educativo, desde personas con dificultades para leer y escribir, otros sin escolaridad y profesionales universitarios.

El fortalecimiento del proyecto permite a las personas con padecimiento psíquico recuperar un lugar social, viéndose modificada la mirada que sobre ellos tiene la comunidad.

V) VIDA COTIDIANA

En la vida cotidiana se despliegan estrategias de conservación y subversión, es un ámbito de lucha “por la simple supervivencia, por un puesto mejor intención en la interpretación dada, por un puesto en el seno del conjunto de la sociedad, cada uno según sus necesidades y capacidades (...) como la vida en cuanto apropiación de la alienación, forma (y deforma) al hombre particular”. (Heller, 1977, S/D).

“En la vida cotidiana los tipos de actividades son tan heterogéneos como las habilidades, los tipos de percepción y los afectos, o más exactamente ya que la vida cotidiana requiere tipos de actividades netamente heterogéneos, en ellas se desarrollan habilidades, aptitudes y sentimientos netamente heterogéneos. Proceso de homogeneización como una “salida” de la cotidianeidad, donde no actúa toda nuestra entera individualidad”. (Heller, 1977, S/D).

Los causantes entrevistados, han sido institucionalizados en alguna etapa de su vida, así a partir de la institucionalización se observa esta homogeneización que viven o “sobreviven” los pacientes en clínicas de salud mental donde la singularidad de cada sujeto no existe, no es tenida en cuenta, es todo un gran proceso de personas que no tienen capacidades y habilidades individuales. Se cosifica al sujeto privándolo de su autonomía “imponerle una

rutina diaria que considera ajena, forzándolo de tal modo a asumir un papel que lo desidentifica, hay modificación del yo". (Heller, 1977, S/D).

Esa rutina que no tiene en cuenta la opinión o necesidades de las personas donde "se indicaran las horas de sueño, el manejo de la sexualidad, la forma de pararse, sentarse y descansar". (Carballeda, 2004, S/D).

Al consultarle como es tu vida cotidiana las respuestas que se obtuvieron fueron:

Francisco comenta al respecto lo siguiente:

"...mi vida cotidiana, ahora no trabajo, porque me dijeron que no puedo, me levanto a la mañana...a veces me levanto tarde, porque no sé si son los remedios que me hacen dormir mucho y me levanto tarde...y voy hacer mandados a la señora que vive en la casa en frente, hago limpieza en la casa y me hago la cama...voy a Colectivo Crisálida y Marimbarte...ya hace 9 años...también tengo una Acompañante que veo una vez por semana con ella salimos a caminar a la plaza, también viene a casa..." (Francisco).

Por su parte Mari relata:

"...yo me levanto temprano generalmente, seis, siete de la mañana. Preparo el agua para tomar mate con una compañera que se levanta conmigo, que es mi compañera de habitación. Las otras dos personas que están en la habitación duermen hasta más tarde. Así que nos vamos abajo que tenemos para calentar el agua, la cocina, y hay una parte que es un lavadero cerrado, donde podemos fumar y tomar mate. Eso es un fin de semana. Pero después los otros días, de lunes a viernes yo tengo una acompañante terapéutica, una hora por día. Así que salgo con ella de mañana o de tarde. Y vamos a caminar, o hacer trámites a IOMA, o a tomar un café..." (Marie).

A su vez Smith nos dice:

"...mi rutina de un día de la semana...por ahí me levanto un poquito más tarde...después del mediodía voy a la playa y a la tardecita al gimnasio...los martes y los viernes voy al taller y después estoy con mi vieja...a veces pienso en el día que no la tenga..." (Smith).

Al respecto Alberto en la entrevista manifestó:

"...yo me levanto siempre a las cinco o seis de la mañana, me levanto a tomar mate después de las 8 u 8 30 salgo, si tengo que hacer algo, hay veces

que voy a tomar un café, también me voy a ver a mi novia o a Curaduría...”. (Alberto).

Por otra parte Pablo mencionó:

“...un día mío es normal...tengo mucha paz interior, me levanto a las 6 30 de la mañana, según las ganas que tenga, espero que salga algún trabajito, leo el diario, ayudo a los demás...dos veces por semana voy al taller los martes y los viernes y veo a mi acompañante una vez por semana, me comunico por el celular, salimos a tomar café...me compra cosas...” (Pablo).

En los discursos se refleja la rutina diaria fuera de las instituciones, donde más allá de cumplir horarios de tratamiento, asistencia a centros de día, dispositivos artísticos, también realizan actividades que ellos mismos elijen; como pasear, ir a la playa, asistir a realizar actividades deportivas.

Antes eran “sujetos institucionalizados, sobre adaptados, sometidos, dependientes, que adoptan en general la manipulación como técnica de supervivencia y que pierden autonomía”. (Pellegrini, 2005, S/D), donde los horarios, comidas y actividades estaban programadas. Actualmente tienen la posibilidad de elegir horarios, comidas, actividades y salidas.

La vida cotidiana en la institución nos da un “sentimiento de que todo el tiempo pasado allí es tiempo perdido, malogrado o robado a la propia vida”. (Goofman, 1988, S/D)

Mari relata un día en la clínica:

“...a la noche cerraban la puertas de las habitaciones con llave y a las siete de la mañana la abrían, ahí uno ya podía salir al pasillo y a las 8 ya daban el desayuno. Luego del desayuno te daban el agua para el mate, después jugábamos al truco, después venía el profesor de gimnasia, de plástica, de canto...”

La institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros (Goofman, 1988, S/D) homogeneizando a todos, sin posibilidad de que exista la individualidad. Mientras que en la vida cotidiana “se desarrollan habilidades, aptitudes y sentimientos netamente heterogéneos, (Heller, 1977, S/D) permitiendo que cada persona desarrolle su propia individualidad.

VI) FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL

Los trabajadores sociales del ámbito de la justicia que trabajan con salud mental, como es el caso de la COA, aportan una mirada del sujeto y de su red socio familiar no ingenua sino intencional y consciente, superando aquella construcción que definía a los Trabajadores Sociales como los “ojos del juez”.

Creo que el profesional del Trabajo Social cumple un rol fundamental en este ámbito, en tanto que:

“Para nuestra profesión, en este campo no es sólo importante evaluar las condiciones psicológicas de la aparición del padecimiento mental en un sujeto dado, sino, y de una manera más específica, las condiciones sociales e históricas que fundamentan los conflictos psicológicos en contradicciones reales del medio. Esta característica le da especificidad a nuestro capital científico en el campo. Y en esta especificidad dentro del campo la que resiste a los embates de las estrategias de conservación de aquellas disciplinas que ocupan las posiciones más altas en el campo de la salud mental, -psiquiatras y psicólogos-”. (Méndez, 2006, p. 40).

Del análisis de las entrevistas surge que las personas entrevistadas confunden el rol del trabajador social con el del curador. Si bien identifican que el contacto lo realizan con el trabajador social no tienen en claro bien que función realizan específicamente cada profesional.

Por ejemplo Mari hace referencia:

“...asisto una vez por semana a la COA solo para cobrar. Salvo que tengamos reunión por algún tema puntual con el asistente social que es de ahí. Generalmente vamos a pedirle plata, siempre con una listita con un presupuesto...” (Mari).

A su vez Pablo comentó:

“...tomé contacto con la COA cuando salí de la internación en el año 2004, a la salida de la internación no tenía nada, estaba esperando que salga la pensión, mi plata y todo eso...considero al trabajador social como un ayuda, me organiza en mis ingresos...” (Pablo).

Por otra parte Alberto hace mención a lo siguiente:

“...ahora estoy conforme con el trabajador social, yo hablo por mí, cada uno tiene su historia, yo sé que cuidan mis ingresos, a veces son reticentes a decirte las cosas, será su política manejarse así...” (Alberto).

Siguiendo esta misma línea Francisco comentó:

“...con la COA tomé contacto porque una señora que yo le alquilaba la pieza supo que me estafaron y me llevó a la asesoría de incapaces y de ahí la asesoría me hizo un curador y conocí la COA...voy todas las semanas a cobrar el subsidio...a mí me parece bueno porque ayudan mucho a los enfermos como yo...” (Francisco).

Desde el abordaje de la singularidad, se piensa que “la práctica interpela al conocimiento desde lo empírico, pregunta, interroga desde el hacer cotidiano. Pero requiere una instancia reflexiva en dialogo con la teoría (...) una sumatoria de diferentes componentes que intentan dar desde el hacer cotidiano una coherencia a la totalidad de la misma”. (Carballeda, 2007, S/D).

Las prácticas desde la singularidad no implican trabajar sobre lo que creemos que es lo mejor, o más apropiado para las personas, es más profundo que eso, pretende la particularidad de cada situación, sin generalizar, propiciando la construcción en conjunto del “sujeto único, histórico, de experiencia”, fundamentando que “la comprensión del sufrimiento mental no puede entenderse fuera del afecto y la sensibilidad del que sufre, de los modos de su experiencia como sujeto y de la historia vivencial de su vida, es decir de su historia”. (Galende, 2008, S/D).

El trabajo social se inscribe en esta propuesta desde un abordaje interdisciplinario debido a que “el trabajo social como disciplina científica tiene una finalidad transformadora de plena constitución de sujetos sociales, es decir de personas capaces de auto gestionar su propia vida personal, familiar y comunitaria y generar formas organizativas que ofrecen el pleno ejercicio de la ciudadanía. (Eroles, 2006, S/D).

Las actividades que se llevan a cabo son de un abordaje individual, grupal, familiar y comunitario entre las que podemos resaltar:

- Acompañamiento individual.
- Trabajo con la familia o la red socio familiar.
- Gestión de recursos (personales, institucionales).

- Articulación institucional (Organismos gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, privadas, entre otros).
- Redes.
- Sistemas de apoyo.



Siendo los objetivos del Trabajo Social:

- Establecer acciones tendientes al ejercicio de la autonomía de las personas con padecimiento psíquico, generando redes sociales de apoyo en la toma de decisiones que permitan el ejercicio de la ciudadanía, es decir la capacidad de ser titulares de derechos y a su vez ejercerlos.
 - Generar acciones tendientes al armado de la red social de apoyo de la persona con padecimiento psíquico.
 - Estimular el reconocimiento de los recursos comunitarios existentes a los efectos de satisfacer las necesidades que surjan en la cotidianeidad.
 - Resolver el aspecto habitacional.
 - Orientar al sujeto y a su grupo socio familiar en caso de que hubiera.
 - Posibilitar la inserción del representado en centros de día, dispositivos artísticos u otras actividades que pudiera realizar.



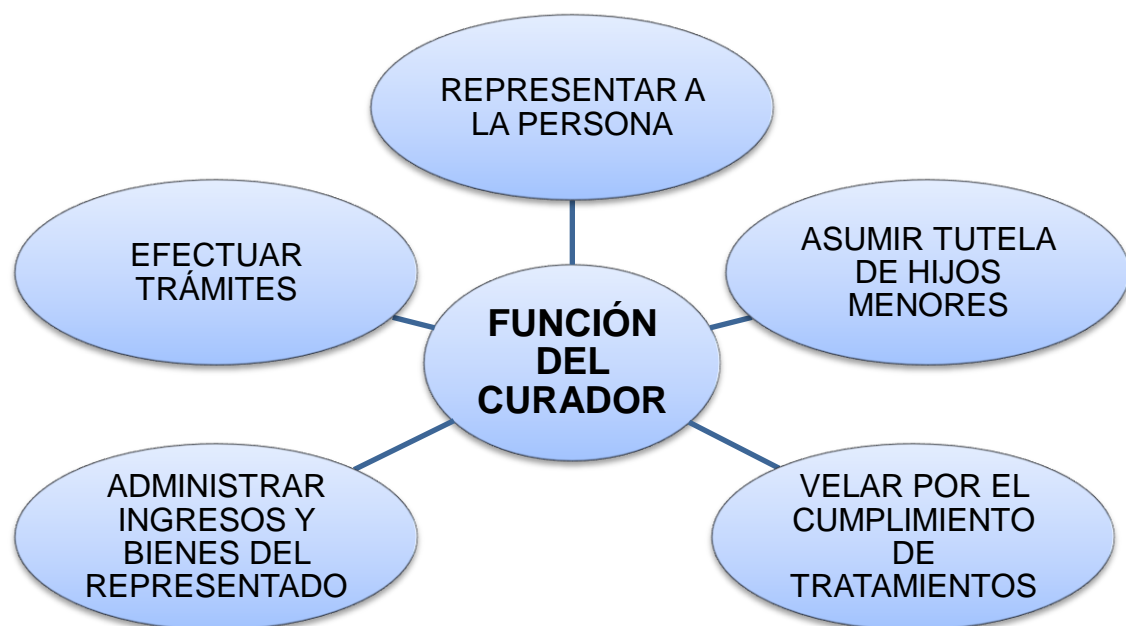
VII) CONCEPCIÓN DEL CURADOR

En este apartado se analizará la concepción del curador, es decir como el representado comprende la curatela y las tareas y funciones que debe desempeñar el curador.

Uno de los objetivos de la legislación nacional es brindar a las personas con padecimiento mental, una protección a su persona y a su patrimonio. Desde la perspectiva de Subies, la finalidad de la curatela es, por una parte, preservar la salud del curado o incapaz, por lo cual, la obligación principal del curador será que dicha persona recobre su capacidad, siempre y cuando esto sea posible, o al menos que mejore su salud o su calidad de vida al máximo posible y a ello se han de aplicar preferentemente las rentas de los bienes del curado (si este posee patrimonio propio). Por otra parte, también evitar que por su incapacidad o por la explotación de los terceros, estas personas sean perjudicadas en su patrimonio.

De la lectura y análisis de documentos, sistematizaciones y producciones realizadas por miembros de la Curaduría Oficial Departamental, se extrae como funciones del Curador respecto de las personas declaradas insanas las siguientes:

- La representación y el cuidado de su persona.
- Asumir la tutela de los hijos menores de sus curados, cuando no existan otros parientes con capacidad para hacerlo.
 - Velar por que se cumplan los tratamientos indicados en cada caso, tanto en los internados como en los externados.
 - Intervenir en la derivación de un establecimiento asistencial a otro, en las intervenciones quirúrgicas, en las externaciones e internaciones cuando cualquiera de estas fueren convenientes o necesarias y medicamente aconsejadas, promoviendo la reinserción social.
 - Administrar los ingresos y bienes de los insanos.
 - Efectuar trámites ante las autoridades previsionales, judiciales, administrativas, de obras sociales y particulares, o pedidos de pensión o jubilación ante las Cajas de Previsión, o de afiliación a las obras sociales.



Desde esta perspectiva, considero que la intervención del Curador Oficial implica la defensa, la guarda, la libertad individual, el derecho a la salud y la protección de los bienes e intereses de los representados.

En base a lo expuesto y los relatos de los entrevistados, encuentro que si bien hay una confusión entre el rol del trabajador social y del curador,

coinciden con algunas de las funciones que cumple dicho profesional, surgiendo dichas categorías:

- Protección de bienes
- Viabilidad de gestiones

CONCEPCIÓN DEL CURADOR VINCULADA A LA PROTECCIÓN DE BIENES

Como ya se mencionó anteriormente, una de las principales funciones del curador tiene que ver con la protección y administración de bienes e ingresos de la persona declarada insana. Si bien dicha figura no se reduce solo a eso, se encontró que tres de los entrevistados consideraron que así era.

A modo de ejemplo, citaré una parte de la entrevista realizada a Mari quien comentó lo siguiente:

“...A parte de manejar la parte del dinero, es para todos los temas legales. Porque por ejemplo, yo tengo el departamento que tengo está en juicio todavía, por una hipoteca que yo hice. Entonces de eso se encarga todo Curaduría. Me preguntaron para alquilarlo. Por eso me dijeron que era conveniente para mantener los gastos del departamento y tener otro ingreso...” (Mari).

Por otra parte Alberto hizo referencia a lo siguiente:

“...Curaduría prefirió darle la parte a mis hermanos, la casa se vendió, se hizo sucesión y le dieron la parte a cada uno...” (Alberto).

A su vez Francisco comentó:

“...con Curaduría tomé contacto porque una señora que yo alquilaba la pieza supo que me estafaron y me llevó a la asesoría de incapaces, y de ahí la asesora de incapaces me hizo un curador y era xxx y xxx y ahí conocí a la curaduría y se ocuparon de mi casa...” (Francisco).

CONCEPCIÓN DEL CURADOR VINCULADO A LA VIABILIDAD DE GESTIONES

En uno de los casos se encuentra que el entrevistado refiere al Curador vinculándolo su función a la eficacia para la realización de trámites que considera que en forma particular le resultaba dificultoso.

Al respecto Pablo en la entrevista decía:

“...a la salida de la internación no tenía nada, estaba esperando que salga la pensión, mi plata...que se hizo de curaduría...” (Pablo).

VIII) RED SOCIO FAMILIAR

Al analizar este punto, se visualiza la ausencia de red familiar de los entrevistados a pesar de que los mismos cuentan con algún familiar. Solo uno de los entrevistados relató que vive con su mamá, el resto mantiene contacto de manera telefónica y en forma esporádica con sus familiares.

Smith comentó en la entrevista lo siguiente:

“...siempre viví con mi mamá, mi papá falleció cuando tenía 15 años, solo somos mi vieja y yo...” (Smith).

A su vez Alberto relató:

“...Yo tengo tres hermanos, si me los cruzo los saludo, pero no estoy yendo a su casa, pasaron cosas con ellos, ellos quieren tener razón y yo tengo la mía, que ellos hagan su vida y yo la mía, si nos cruzamos por casualidad hablamos, charlamos pero nada más...” (Alberto).

En relación a la misma temática Pablo contó lo siguiente:

“...yo tengo un familiar en México y en Buenos Aires, tengo contacto con ellos por teléfono...” (Pablo).

Por otra parte Mari decía:

“...tengo contacto por teléfono, con un primo, que me manda mensaje nada más, pero no contacto directo. Pero es como si no estuviera. Pero la familia de la pensión es como si fuera mi familia. Porque ellos son tan especiales, porque te hacen sentir como si fueras parte de su familia. Hasta las mascotas se encariñan con nosotros...” (Mari).

Y siguiendo la misma línea Francisco contó:

“...no tengo familia, tengo una prima en Junín, pero yo no la quiero porque desde que murió mi papá no me habla y era una mujer interesada...” (Francisco).

Y para finalizar Carlos hizo mención:

“...Yo tengo tres hermanos y a ninguno los veo. Ellos trabajan en Capital y otro en Mirasolo. Yo vivía con mi tía en el barrio Las Lilas y mi tía se cambió de ahí y ahora no sé dónde está. Yo tengo dos hijos, una nena y un varón, pero no sé nada de ellos...” (Carlos).

Las relaciones familiares y de amistad refuerzan la reconstrucción de la autonomía, forman una red de contención y de sociabilidad. Sin embargo los entrevistados dejaron ver que cuando se dio esa ausencia de sostén tuvieron que recurrir a la internación. Señalando la importancia del apoyo y la contención. La libertad de estar fuera de una institución permite el ejercicio de la autonomía en la vida cotidiana, realizar actividades que surjan de su propio interés y no estén impuestas.

CAPITULO V
LECTURA DE LOS CASOS SEGÚN INFORMES DEL TRABAJADOR
SOCIAL

En este capítulo se desarrollará una síntesis de los casos trabajados, según lectura de legajos y teniendo en cuenta los informes realizados por los Trabajadores Sociales de la COA.

De la lectura se problematiza la vida de las personas con padecimiento psíquico y las estrategias llevadas a cabo por el equipo de la Curaduría Oficial de alineados de los Departamentos Judiciales Mar del Plata Necochea, particularmente la intervención del área de Trabajo Social. Las intervenciones están orientadas a la reconstrucción de la autonomía de los mismos.

A pesar de que la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 es un gran avance en el campo de las políticas en Salud Mental, se observó dificultades y carencias para sostener los postulados enunciados en dicha ley, ya que en algunas situaciones se visibiliza la ausencia de soportes sociales y dispositivos adecuados. Quedando el sujeto con padecimiento psíquico expuesto a condiciones de vulnerabilidad, la tarea es reconstruir la autonomía que perdieron en el paso por las diferentes instituciones.

A partir de la lectura se puede visualizar que no se puede brindar respuesta a las diversas cuestiones que se presentan, ya que el recurso con el que se cuenta en Salud Mental no es suficiente para resolver todas las problemáticas que presentan las personas representadas, a lo que se le suma la falta de políticas integradoras, haciendo que varias intervenciones queden supeditadas a las iniciativas particulares de cada institución y/o profesional.

En este apartado se analizará las diferentes estrategias llevadas a cabo por los Trabajadores Sociales de la COA. Tomando diferentes ejes: tales como el clínico, social, habitacional; como así también acciones implementadas que permitan mejorar la calidad de vida del representado, generando la mayor autonomía posible y la inclusión del mismo en la sociedad.

CASO I: Francisco

EDAD: 57 años

NACIONALIDAD: Argentino

ESTADO CIVIL: Soltero

DIAGNÓSTICO: Psicosis esquizofrénica

COBERTURA SOCIAL: PROFE

Síntesis del caso:

El causante padece “Psicosis esquizofrénica y se encontraba a cargo de su padre, dependiendo de él para la satisfacción de sus necesidades básicas. Luego de su fallecimiento creó un vínculo afectivo con la Sra. Paula quien se encargaba del cuidado de su progenitor y vivía en el departamento del fondo. Actualmente el causante vive en el departamento de atrás y la Sra. Paula se quedó con la casa del frente.

Desde el aspecto económico el accionado percibe como ingreso una pensión del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y el subsidio por externación Ley N° 10315, suma que se le abona semanalmente a través de la COA, como estrategia para apoyar al causante en su administración. Asimismo esta distribución de haberes posibilita mantener entrevistas regulares con el Servicio Social de la Curaduría, lo que se complementa con visitas domiciliarias de orientación y de apoyo. Esto ha permitido avanzar en otros aspectos, tales como el cuidado de su salud.

Desde el aspecto habitacional, la vivienda que ocupa el encartado es una unidad funcional al fondo de la propiedad, la misma es de mampostería, con un patio de escasas dimensiones en la parte delantera. Posee agua corriente, servicio eléctrico y gas natural.

Desde el aspecto vincular el encartado no cuenta con familiares directos, siendo su único eje socio afectivo la Sra. Paula, quien se encarga de suministrarle el almuerzo y la cena todos los días. Desde el inicio de las actuaciones de esta Curaduría se ha podido integrar al encartado a diversos dispositivos grupales, en los cuales ha podido ampliar su red familiar. En el año 2016 finalizó el secundario enmarcado en el plan fines y cuenta con la figura de un Acompañante Terapéutico con quien realiza diferentes actividades.

Las diferentes estrategias implementadas apuntan a generar autonomía en el causante, apoyándolo solo en aquellas cuestiones que necesite.

Desde el punto de vista sanitario, el mismo realiza tratamiento en forma ambulatoria en una Sociedad de Fomento de manera mensual.

Entre las estrategias realizadas por el Servicio Social de la COA se pueden mencionar las siguientes:

- Incorporación de la figura de un Acompañante Terapéutico.
- Inclusión en diferentes dispositivos grupales.
- Entrevistas regulares en la COA.
- Incorporación al plan fines para concluir estudios secundarios.
- Supervisión en la continuidad de los tratamientos médicos.
- Cobro del subsidio por externación Ley N° 10315.
- Visitas socio-ambientales en el domicilio del encartado.

CASO II: Smith

EDAD: 47 años

NACIONALIDAD: Argentino

ESTADO CIVIL: Soltero

DIAGNÓSTICO: Psicosis Esquizofrénica

COBERTURA SOCIAL: PROFE

Síntesis del caso:

El representado que a la fecha cuenta con 47 años de edad es oriundo de esta ciudad y desde hace casi 25 años se encuentra en tratamiento en el Servicio Social de Salud Mental del HIGA.

En relación al aspecto económico el encartado percibe una pensión graciable que él mismo administra. Dicha pensión es administrada con supervisión de la madre en forma adecuada. Asimismo su madre percibe en su haber un salario por hijo discapacitado a cargo, pero no ha podido incorporarlo en su obra social.

Si bien la madre del encartado es propietaria de dos inmuebles, ambos se encuentran actualmente ocupados. En una primera instancia debido a situaciones de violencia denunciada por vecinos, se dispuso el ingreso de la madre al Hogar Municipal y del encartado a la Casa del Deportista. Una vez organizada la situación de los nombrados se organizó el ingreso de los mismos en el mes de octubre del año 2013 a un hotel de nuestro medio.

Teniendo en cuenta la situación descrita se plantea como estrategia de intervención el ingreso al hotel, la habitación que ocupa se trata de un ambiente que dispone de dos camas de una plaza, un placard, una mesa de luz pequeña, un televisor color, dos banquetas y baño privado instalado.

El representado conserva una buena capacidad de las acciones relativas a trámites y gestiones pero bajo estrictas supervisiones.

En los vínculos interpersonales en un principio presentaba serias dificultades para hacer frente a la satisfacción de las necesidades primordiales, dado que tenía tendencia a agruparse con grupos marginales, realizaba tareas de "cuidacoches". A partir de su concurrencia a un dispositivo artístico, se ha

notado una repercusión altamente satisfactoria. Asimismo concurre a un gimnasio ubicado en la zona céntrica de la ciudad.

Actualmente se encuentra estabilizado en su cuadro y bajo tratamiento farmacológico en los consultorios externos del Servicio de Salud Mental del HIGA.

El encartado no cuenta con la figura de Acompañante Terapéutico ya que no requiere apoyos y se apunta a la autonomía de las personas.

Entre las estrategias realizadas desde el servicio Social de la COA se pueden mencionar los siguientes:

- Mantener contacto regular con el causante y su entorno inmediato.
- Promover su autonomía.
- Incentivar el ingreso a diferentes actividades que le permitan ampliar su red socio familiar.
- Gestión del beneficio del subsidio por externación Ley N° 10.315, lo que le permite organizar su cotidianeidad y tratamiento.

CASO III: Carlos

EDAD: 60 años

NACIONALIDAD: Argentino

ESTADO CIVIL: Soltero

DIAGNÓSTICO: Esquizofrenia Paranoide

COBERTURA SOCIAL: IOMA

Síntesis del caso:

El causante es oriundo de la provincia de Corrientes y se radicó en la ciudad de Mar del Plata en la década del 80, entra en contacto con la COA por hallarse viviendo “en la calle”. Fue declarado insano en el año 1987.

Desde el aspecto familiar el representado no cuenta con familiares en esta ciudad, sus dos hermanos residen en otra provincia.

En los últimos años el accionado ha manifestado en forma continua su necesidad de visitarlos, pero por cuestiones económicas y vulnerables situaciones clínicas no ha podido llevar a cabo dicho viaje.

En relación al aspecto económico el accionado cuenta con el respaldo de una pensión no contributiva de la provincia (IPS) y el ingreso proveniente del subsidio por externación Ley 10.315.

El causante siempre residió en pensiones hasta el año 2015, donde debido a una descompensación clínica se realiza un cambio habitacional ingresando a un Hogar. Actualmente se encuentra adaptado a la dinámica institucional y cuenta con amplios permisos de salidas.

En relación a la red socio familiar cuenta con la figura de un Acompañante Terapéutico y en el año 2016 ingresó a un dispositivo artístico, donde presenta una alta participación y concurrencia permitiendo ampliar su red socio familiar.

Desde el aspecto sanitario realiza controles psiquiátricos mensuales de manera privada, siendo atendido en calidad de becado, la medicación prescrita se le gestiona de forma gratuita en su obra social. Asimismo realiza controles médicos periódicos en el área de endocrinología y neumonología.

En relación a las estrategias implementadas desde el Servicio Social de la COA se pueden mencionar las siguientes:

- Incorporación de la figura de un Acompañante Terapéutico.
- Inclusión en dispositivos artísticos.
- Ingreso a Hogar con amplias salidas.
- Gestión de subsidio por externación Ley 10.315.
- Controles médicos periódicos en diferentes áreas (Psiquiatría, Endocrinología neumonología).
- Vinculación periódica con el causante a través de entrevistas en la COA.

CASO IV: Mari

NACIONALIDAD: Argentina

EDAD: 47 años

ESTADO CIVIL: Soltera

DIAGNÓSTICO: Trastorno disociativo de tipo esquizofrénico paranoide

COBERTURA SOCIAL: IOMA

Síntesis del caso:

El diagnóstico según el informe psiquiátrico en el ingreso a la clínica es de “Trastorno disociativo del tipo esquizofrénico paranoide de inestabilidad moderada grave y de curso crónico”, en la actualidad el diagnóstico ha variado a “padecimiento psíquico de aducción cíclica defectual y curso cronificado”.

En el año 2005 la causante comenzó a tener conductas extrañas con modalidad compulsiva, situación que se complica en el año 2011, porque aparecen conductas de riesgo físico y económico.

Ingresa a internación en el año 2011 permaneciendo en dicho lugar hasta el año 2013.

La declaración de incapacidad se inicia en el año 2011 y la sentencia con designación del curador se realizó en el año 2014.

Desde el eje económico la accionada percibe su sueldo como profesional de una institución pública donde se desempeñó hasta su internación.

En relación a la red socio familiar la encartada no mantiene contacto con familiares directos. En referencia a las actividades que realiza actualmente asiste a un dispositivo artístico dos veces por semana, asimismo cuenta con la figura de un Acompañante Terapéutico de lunes a viernes.

La causante se desenvuelve en forma independiente y autónoma. La misma conserva su plena capacidad, excepto para determinadas cuestiones. Se encuentra en condiciones de estudiar, realizar actividades deportivas, realizar actos personalísimos, ejercer derechos civiles y políticos. Para los actos de administración y disposición de bienes como también lo referente a su salud se designa al Curador Oficial.

En relación al aspecto habitacional, desde el año 2013 la encartada vive en un hogar sustituto (de carácter privado). Dicho hogar constituye la mejor propuesta que se ha logrado dado a la falla de contención familiar que tiene la accionada, dada la imposibilidad de la misma de vivir en forma independiente, debido a las dificultades de autocuidado y de incumplimiento en el tratamiento demostrado en experiencias anteriores.

En dicho hogar la encartada vive con otros residentes y la condición de la ocupación de la vivienda es a través del pago mensual.

En relación al aspecto sanitario la causante concurre a terapia dos veces por semana y realiza tratamiento psiquiátrico una vez por semana de manera particular en consultorios privados.

De acuerdo a las características del caso y las dificultades que tiene la causante para la administración del dinero se establece el siguiente plan de acción:

- Organización con respecto a la administración de sus ingresos.
- Realizar trámites para que la causante pueda acceder al beneficio de la jubilación por discapacidad.
- Mantener contactos de forma periódica a fin apoyar a la encartada en aquellos tareas que tiene dificultad.

CASO V: Pablo

EDAD: 58 años

NACIONALIDAD: Argentino

ESTADO CIVIL: Soltero

DIAGNÓSTICO: Síndrome esquizofrénico

COBERTURA SOCIAL: PAMI

Síntesis del caso:

El causante porta el diagnóstico de “síndrome esquizofrénico” dictándose sentencia en el año 1998 y designándose un Curador Oficial en el año 2003.

A raíz de la patología se requería constantes tratamientos, si bien el causante registra internaciones, las mismas estuvieron influenciadas principalmente por la falta de un medio familiar continente, falta de control ambulatorio y psicofarmacológico.

En primera instancia luego del alta se implementó tratamientos ambulatorios por consultorios externos.

Desde el eje económico el accionado cuenta con el respaldo de la pensión derivada de su padre fallecido, más ayudas económicas otorgadas por su obra social, que consisten en subsidios para pago de Acompañante Terapéutico, subsidio habitacional.

En referencia a la red familiar el accionado cuenta con una hermana que reside en otro país y con quien mantiene contacto esporádico vía telefónica.

En cuanto al aspecto habitacional, si bien la patología del accionado se ha estabilizado progresivamente, permitiéndole vivir en forma independiente, desde su última internación en el año 2004 y hasta la actualidad ocupa una habitación en una pensión. En el mencionado lugar se desenvuelve satisfactoriamente, sin episodios problemáticos.

En relación al aspecto sanitario, al concurrir a la modalidad de hospital de día el encartado es supervisado en forma diaria en su tratamiento psicofarmacológico.

Como métodos de inclusión el encartado cuenta con la figura de un Acompañante Terapéutico y asiste dos veces por semana a un dispositivo

grupal. Asimismo asistió al plan fines que depende del área de Salud Mental Municipal que está destinado a personas con padecimiento psíquico, también se lo ha incluido en un deporte dos veces por semana de manera particular.

Las estrategias del Servicio Social de la COA pueden resumirse en los siguientes ítems:

- Incorporación de la figura de un Acompañante Terapéutico.
- Inclusión en dispositivos grupales y hospital de día.
- Gestión de la pensión derivada del padre fallecido.
- Gestión de diferentes subsidios que le permitan mejorar su calidad de vida.
- Incorporación al plan fines para la terminalidad de los estudios secundarios e incorporación en deportes de forma particular.
- Ingreso a una pensión de tipo hogar sustituto de nuestro medio.

CASO VI: Alberto

EDAD: 53 años

NACIONALIDAD: Argentino

ESTADO CIVIL: Soltero

DIAGNÓSTICO: Debilidad Mental Leve

COBERTURA SOCIAL: IOMA

Síntesis del caso:

El encartado es soltero y sus padres han fallecido. Al fallecer el progenitor del causante, el mismo comenzó a protagonizar conductas de tipo desadaptativo, peleas con vecinos y hermanos, quedó viviendo en la casa familiar, pasando el inmueble a estar en deplorable estado de conservación. Dicha propiedad con el paso del tiempo logró ser vendida y el dinero de la venta se repartió entre los cuatro hermanos.

Desde su adolescencia el causante se encuentra en tratamiento psiquiátrico por padecer debilidad mental leve, asimismo atravesó breves y reiterados periodos de internaciones psiquiátricas en clínicas de la ciudad. La última se registró en el año 2009. El accionado en un principio no comprendía las funciones de la COA, las que habían sido explicadas en reiteradas entrevistas insistiendo en que administraría sus ingresos.

En relación a la red socio familiar el encartado cuenta con tres hermanos que residen en esta ciudad con los cuales no mantiene contacto y desde el año 2012 el mismo estableció una relación noviazgo con una compañera de hogar (también representada de esta dependencia) que continúa en la actualidad. Cuenta con permisos de salidas amplias y se ocupa de temas relacionados a la salud de la misma. Asimismo desde el año 2010 cuenta con la figura de un Acompañante Terapéutico a fin de brindar al accionado posibilidades de mejorar su calidad de vida, a partir de promover su desarrollo personal, la igualdad de oportunidades al permitirle crear lazos sociales. Desde el aspecto socio rehabilitador el causante continúa participando en dispositivos grupales, permitiéndole ampliar sus posibilidades de socialización.

Desde el aspecto económico desde la dependencia, se efectuaron gestiones para percibir el haber jubilatorio derivado del padre, cuya

administración se ejerce dentro de los parámetros institucionales, buscando satisfacer las necesidades de subsistencia y hábitat del encartado. Es necesario en forma regular efectuar señalamientos con relación a la administración del dinero, ya que el accionado presenta continuas demandas de diferentes artículos.

Desde el eje habitacional el encartado se encuentra viviendo en hotel de nuestro medio, pasando por diferentes hogares y pensiones.

Desde el aspecto sanitario y debido a la patología de base del accionado, se observó al mismo con una total falta de conciencia de enfermedad y de situación, debido a lo que registro diferentes internaciones. Desde su última internación el accionado comenzó a presentar adherencia al tratamiento instituido. Actualmente concurre mensualmente a control psicofarmacológico de forma particular con buena adherencia al tratamiento.

Estrategias establecidas desde el área de Servicio Social de la COA:

- Vinculación periódica con el encartado.
- Incorporación de la figura de un Acompañante Terapéutico.
- Inclusión en dispositivos grupales.
- Gestión del haber previsional de su padre.
- Administración de sus ingresos.
- Evaluaciones periódicas a fin de re direccionar el proceso, en caso de ser necesario.
- Ingreso del accionado a un hotel de este medio.

SÍNTESIS DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS:

A partir de la lectura de los informes se detectaron los diferentes ejes trabajados en las intervenciones para lograr la inclusión y la autonomía del representado.

Dichos ejes son los siguientes: el clínico, habitacional, económico, como así también estrategias de inclusión. Dichas intervenciones se encuentran enmarcadas en la Ley de Salud Mental N° 26.657, Convención Internacional de las personas con discapacidad y Reformas del Código Civil y Comercial.

Las estrategias que se implementaron y que se pueden considerar comunes entre las personas seleccionadas y representadas por la COA se encuentran:

- Incorporación de Acompañante Terapéutico, de los seis casos seleccionados solo uno no cuenta con dicha figura. Dicha estrategia apunta a apoyar en aquellas cuestiones que lo requieran pero siempre sin quitar autonomía a la persona.
- Inclusión en dispositivos grupales artísticos, deportivos y educativos, donde se pone el eje central en reforzar la red social ya que la mayoría de los representados no cuenta con familia.
- Supervisión en la continuidad de los tratamientos médicos, no solo en lo referido a controles psiquiátricos sino que se apunta a que se realicen controles anuales en las diferentes especialidades (Clínico, ginecológico, odontológico entre otros).
- Gestión de subsidios que permitan contar con un mayor ingreso (subsidio por externación Ley N° 10.315, por Acompañamiento, por alquiler entre otros).
- Visitas socio-ambientales y entrevistas en COA en forma periódica, lo que le permite realizar un seguimiento continuo evitando posibles recaídas.

En relación al aspecto habitacional las alternativas pueden agruparse en:

- Casa Propia: se incluyen 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 COA.
- Casa Cedida: incorporamos 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 proporcionan alojamiento junto con atención, acompañamiento y control del tratamiento, para aquellas personas que tienen dificultades para el desenvolvimiento autónomo, sin llegar a constituir un régimen de internación.

Las intervenciones que se realizan en los diferentes ejes son tanto directas como indirectas. Las mencionadas intervenciones son tendientes y están orientadas a “clarificar-apoyar”, “informar-educar”, “poner en relación-crear nuevas oportunidades”.

El propósito de este trabajo consiste en explorar sobre las intervenciones que realiza el Trabajador Social teniendo en cuenta los recursos disponibles, centrándose en el diseño y planificación de intervenciones tanto propias como así también las llevadas a cabo por los diferentes profesiones que intervienen para que las mismas se puedan realizar.

CONCLUSIONES

La presente sistematización tuvo como objetivo indagar la relación procedimientos, intervenciones profesionales del Trabajador Social, estrategias implementadas y los recursos disponibles en relación con los derechos de las personas con padecimiento psíquico representadas por la Curaduría Oficial de Alienados, de los Departamentos Judiciales Mar del Plata y Necochea.

En primera instancia se estableció el perfil poblacional de las personas con padecimiento psíquico crónico declaradas insanas, representadas por la COA. No solo para conocer socio-demográficamente a la población, sino también como paso necesario para definir los representados que participarían de las entrevistas.

En las entrevistas se indagó en torno a cuestiones que se consideraron necesarias para responder al problema central.

Los indicadores de análisis abordados a lo largo de las mismas fueron:

- Inicio del padecimiento mental.
- Estrategias habitacionales, económica, de salud, entre otras.
- Red socio familiar.
- Inclusión.
- Concepto del curador.
- Función del Trabajador Social
- Contacto con COA.

A fin de alcanzar uno de los objetivos específicos, me enfoqué en estrategias implementadas por el Trabajador Social en los diferentes ejes de intervención tales como: eje habitacional, sanitario, económico, social y de inclusión, entre otros. Mediante la construcción de categorías de análisis, se pudo dar cuenta de la intervención del Trabajador Social, estando las mismas orientadas a la reconstrucción de la autonomía de los representados.

Se realiza un abordaje intersectorial, con centro en la comunidad, haciendo hincapié en la persona, “el sujeto de la experiencia”, sus vínculos,

historias, sentimientos. De esta forma se pasó de un objeto a un sujeto de derecho, a pesar de los avances, todavía queda mucho por recorrer, entendiendo que las prácticas de institucionalización como de desinstitucionalización conviven en el campo de Salud Mental.

A lo largo de la sistematización se pudo profundizar sobre el contexto jurídico – legal para el abordaje de prácticas en el campo de la Salud Mental. La Convención Internacional de las personas con Discapacidad, Los Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud, La Ley Nacional de Salud Mental y el Código Civil y Comercial, dan legitimidad y legalidad a una nueva forma de intervención, centrándose en la persona, garantizando el ejercicio de sus derechos. Reconociendo a la persona con padecimiento mental como el protagonista en su proceso a partir del consentimiento informado y participativo. Desde una mirada superadora el artículo 3 de la Ley de Salud Mental expresa: *“se reconoce a la salud mental por un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”*. Por lo cual se plantea para los equipos de salud intervenir desde la complejidad de cada caso, y no reduciendo el mismo a una sola dimensión (biológico, psicológica o social). Esto forma parte al obligar a los profesionales de los equipos de salud al trabajo interdisciplinario (art. 8, 9, 12, 13, 15) donde cada disciplina debe no perder de vista su especificidad pero a su vez reconocer la necesidad de un abordaje integral.

De acuerdo a uno de los objetivos específicos se exploró las estrategias habitacionales, sanitarias y otras implementadas desde la COA. Se destaca que aquellas intervenciones relacionadas al aspecto habitacional las alternativas implementadas pueden agruparse en: casa propia, casa cedida, alquilada y hogar sustituto.

Todas están fuertemente connotas 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 solo 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.

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, quien además evaluó las diferentes alternativas que se presentaban en pos de buscar un hábitat que facilite los vínculos sociales, la producción de relaciones.

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

Con relación a los que residen en *Hogar sustituto*, también las intervenciones fueron “indirectas”, dado 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, sumando el apoyo y sostén dentro de las características no institucionales. Además de facilitarle nuevas formas de vida social al ampliarle su marco relacional u red social.

Cuando nos referimos a las intervenciones indirectas, las mismas fueron acompañadas con intervenciones directas, consistentes en entrevistas individualizadas de frecuencia regular, estableciendo en cada caso la duración y periodicidad de las mismas. Las mencionadas intervenciones son tendientes y están orientadas a “clarificar- apoyar”, “informar- educar”, “poner en relación- crear nuevas oportunidades”.

Otro aspecto que se profundizó fueron los sistemas de apoyo como estrategias de inclusión para garantizar un trato digno y continuado de las personas asistidas por la COA. Se exploró sobre el impacto que producen los dispositivos grupales, el total de las personas entrevistadas asiste a este tipo de dispositivos, los mismos si bien no cumplen funciones terapéuticas les permiten ampliar su red social, trabajando desde su potencialidad y autonomía.

Se debe recuperar la condición de ciudadanía y sujeto de derecho de las personas que han sido atrapadas en los dispositivos manicomiales (Amarante, 2009, S/D). Se debe considerar a las personas con padecimiento psíquico crónico su condición de sujeto de derecho, que debe verse reflejada en las prácticas del Trabajador Social en contextos interdisciplinarios.

La recopilación de la información obtenida a partir de las entrevistas llevadas a cabo (entrevistas en profundidad, observación, lectura de legajos y documentación) han permitido sistematizar la práctica de intervención del Trabajador Social, las mismas deben ser continuamente pensadas y repensadas en el ejercicio profesional, debido al dinamismo y la contradicción del campo.

El trabajo final permitió analizar la intervención profesional del Trabajador Social en el ámbito de la Salud Mental de personas judicializadas, a partir de intervenciones estratégicas, siendo el objetivo lograr un trabajo social transformador poniendo en el centro de la escena el sujeto de la experiencia. La falta de dispositivos (habitacionales, grupales, sanitarios, entre otros) no se vio como un obstáculo en la práctica, sino como una oportunidad para pensar, crear, para preparar y no quedarnos esperando una solución porque “somos parte del problema y de la solución (...) no tirar la pelota fuera de la cancha”. (Pellegrini, 2006, S/D).

Como trabajadores sociales es oportuno tomar conciencia que a través de intervenciones sistemáticas y estratégicas, podemos brindar respuesta (aunque no suficientes) a las cuestiones que se plantean. 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 respuestas 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 en Salud Mental hace que las diferentes intervenciones queden supeditadas a las iniciativas particulares de cada institución y/o profesional.

Para finalizar quiero destacar que más allá de los fines explícitos de este trabajo, el modo de abordar la comunicación con las personas entrevistadas que brindaron sus experiencias, permitiendo generar un espacio de reflexión,

de “dicha expresión” en torno a sus emociones y vivencias generadas a lo largo de su historia.

“En más de un caso, tuvimos la sensación de que la persona interrogada aprovechaba la oportunidad que se le brindaba para interrogarse a sí misma, (...) para efectuar un trabajo de explicitación, gratificante y doloroso a la vez y enunciar, a veces con una extraordinaria intensidad expresiva, experiencias y reflexiones reservadas o reprimidas durante largo tiempo” (Bourdieu, 1999, p. 536).

Considero que el camino recorrido del trabajo final me permitió analizar la intervención profesional del Trabajador Social, a partir de las intervenciones y construir un Trabajo Social transformador en el campo de la Salud Mental, a partir de la construcción y desarrollo de vínculos sanos, creativos y solidarios, haciendo partícipes a los sujetos en decisiones que se relacionan a la vida cotidiana, dándole la posibilidad de participar en la construcción de sus proyectos.

BIBLIOGRAFÍA

- AMARANTE, P. (2006). *“Locos por la vida. La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil”*. Buenos Aires. Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- AMARANTE, P. (2009). *“Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial”*. Buenos Aires. Editorial Topia.
- AMICO, L. (2005). *“La institucionalización de la locura. La intervención del Trabajo Social en alternativas de atención”*. Buenos Aires. Editorial Espacio.
- ANDER-EGG, A. (1987). *“Técnicas de investigación social”*. Buenos Aires. Editorial Humanitas.
- BASAGLIA, F. (2008). *“La condena de ser loco y pobre. Alternativas al manicomio”*. Buenos Aires. Editorial Topia.
- BERTAUX, D. (2005). *“Los relatos de la vida. Perspectiva etnosociológica”*. Capítulo 2. Barcelona. Editorial Bella Tierra.
- BOURDIEU, H. (1999). *“La miseria del mundo”*. Buenos Aires. Editorial Fondo de Cultura Económica.
- BRU, G; GARRO, M. (2016). *“Familia y padecimiento mental. Un análisis en el ámbito de la justicia”*. Mar del Plata. Editorial Eudem.
- CASTELLANOS, B; TAUCAR, N y otros (2002). *“Una mirada sobre la repetición y el cambio en la comprensión de la locura”*, en A.A.V.V. La función social de la locura. Una mirada desde el poder. Argentina. Editorial Espacio.
- CARBALLEDA, A. (2004). *“Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad”*. Buenos Aires. Editorial Espacio.
- CARBALLEDA, A. (2007). *“Escuchar las prácticas”*. Buenos Aires. Editorial Espacio.
- CARPINTERO, E. (2011). *“La subjetividad asediada. Medicalización para domesticar al sujeto”*. Capital Federal. Editorial Topia.
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- DECLARACIÓN DE CARACAS. (1990). Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.

- DE LA ALDEA, E. (1999). *“Grupos que tejer redes”*. VIII Congreso de AMPAG, Xalapa, México.
- DE LA PEÑA, R; y TOLEDO GUARDIA, R. (2004). *“Como acercarse a la sociología”*, en José Samuel Martínez López “Estrategias metodológicas y técnicas para la investigación social”. Universidad mesoamericana asesorías del área de la investigación.
- DE ROBERTIS, C. (2006). *“Metodología de la intervención en Trabajo Social”*. Buenos Aires. Editorial Lumen.
- DSM – IV. (1995). *“Brevario. Criterios diagnósticos”*. Barcelona. Editorial Masson.
- DE SOUZA MINAYO, C. (2004) *“Investigación social. Teoría método y creatividad”*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- GALENDE, E. (1987). *“Situación actual de la Salud Mental en Argentina”*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- GALENDE, E. (1993) *“Psicoanálisis y salud mental”*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- GALENDE, E. (2006). *“De un horizonte incierto”*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- GALENDE, E. (2007) Entrevista por Geller Bruno. Agencia CyTA-Instituto Leloir.
- GIONANNA DEL GIUDIC (1987). *“Las estructuras sociales en el Departamento de Salud Mental”*. DSM. Servizio Abilitazione Residencialita. Trieste.
- GONZALEZ SAIBENE, A. (2007). *“El objeto de intervención profesional: un mito del Trabajo Social”*. Rosario. Fundación Futuro Solidario.
- HELLER, A. (1977). *“Sociología de la vida cotidiana”*. Barcelona. Ediciones península.
- HELLER, A. (1970). *“Historia y vida cotidiana”*. México. Colección enlace.
- IANANTUONY, C. (2012). *“Salud Mental y Derecho a la vivienda. Repensando la situación habitacional de las personas ‘en’ sufrimiento mental, desde el Trabajo Social”*. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- IGLESIAS, M. G. (2011). *“Poder decirlo todo: hombre, persona y Ley 26657”*. Universidad Nacional de Mar del Plata.

- IGLESIAS, M. G. (2012). *“Capacidad Jurídica: restricciones a la capacidad en el anteproyecto de reforma al código civil Argentino. Entre la Incapacidad y los apoyos”*. Mar del Plata.
- JARA HOLLIDAY, O. (2011). Entrevista *“La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos”*
- JARA HOLLIDAY, O. (2011). *“Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias”*.
- JARA HOLLIDAY, O. (2012) *“Sistematización de experiencias, investigación y evaluación: aproximaciones desde tres ángulos”*. Revista Internacional sobre Investigación en Educación Global y para el Desarrollo.
- Ley Nacional Derechos del Paciente en relación con los Profesionales e Instituciones de Salud 26.529. Buenos Aires. Argentina <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- MÉNDEZ, R. (2006). *“Trabajo Social en el Campo de la Salud Mental”*. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Ministerio de Salud. (2010). *“Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657”*. Buenos Aires. Argentina. <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- NAJMANOVICH, D. (2001) *“Pensar la Subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia. Utopía y Práxis Latinoamericana”*, Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social. Facultad de Ciencias Económicas Sociales de la Universidad de Zulia. Venezuela.
- NEGRONI, P. (2011) *“Castoriadis y el proyecto de autonomía”*. Revista Cátedra Paralela N° 8.
- NÚÑEZ, R. (2008). *“Redes Comunitarias. Afluencias teórico metodológicas y crónicas de intervención profesional”*. Buenos Aires. Espacio Editorial.
- PALACIOS, A. (2008) *“El Modelo Social de Discapacidad. Orígenes, caracterización y plasmación en la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad”*. España. Ed. Cinca.

- PELLEGRINI, J. (2005) *“Cuando el manicomio ya no está...”* San Luis. Fundación Gerónima.
- ROLLAND, J. (2000). *“Familia, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica”*. Barcelona. Editorial Gedisa.
- STOLKINER, A. (2005). *“Interdisciplina y Salud Mental”*. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental /Jornadas Provinciales de Psicología Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de Hoy. Posadas Misiones Argentina.
- SUBIES, L. (2005). *“El derecho y la discapacidad”*. Buenos Aires. Editorial Cathedra Jurídica.
- TAUCAR, N. (1998). *“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. UNMDP.
- TAUCAR, N; MÉNDEZ, R. (1996). *“Las Curadurías de Alienados-un enfoque integrado”*. Tercer encuentro sobre Curadurías Oficiales. Comisión II.

Normativa consultada:

- Código Civil y Comercial
- Acordada 1989/81 Régimen de las Curadurías Oficiales de Alienados. Dictada el 01/12/1981. Provincia de Buenos Aires.
- Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Ley de Salud Mental 26657.
- Ley Nacional Derechos del Paciente en relación con los Profesionales e Instituciones de Salud 26.529. Buenos Aires. Argentina.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
INTRODUCCIÓN	3
FUNDAMENTACIÓN	6
CAPÍTULO I: REFERENTES TEÓRICOS	9
SALUD MENTAL – DISCAPACIDAD	9
PROCESOS ACTUALES EN SALUD MENTAL	17
TRANSFORMACIÓN EN LA CAPACIDAD JURÍDICA	20
CURATELA	24
AUTONOMÍA	25
EL TRABAJO SOCIAL Y SUS MODOS DE INTERVENCIÓN	26
Intervenciones Directas	28
Clarificar – Apoyar	29
Informar – Educar	31
Influir – Persuadir	32
Controlar - Ejercer autoridad	32
Poner en relación - Crear nuevas oportunidades	33
Estructurar una relación de trabajo con el asistido	34
Intervenciones Indirecta	34
Organización y documentación	35
Programación y planificación de intervenciones directas	36
Intervenciones en torno del asistido	36
Colaboración con otros Trabajadores Sociales	36
EL TRABAJO SOCIAL Y SU INTERVENCIÓN DESDE LA COA	38
CARACTERIZACIÓN DE LOS PADECIMIENTOS MENTALES	41
Retraso Mental	41
Retraso Mental Leve	42
Retraso Mental Moderado	42
Retraso Mental Grave	43

Retraso Mental Profundo	43
Esquizofrenia.....	44
Síntomas Positivos.....	45
Síntomas Negativos	46
Trastornos Bipolares	47
Trastorno Bipolar I.....	47
Trastorno Bipolar II.....	47
Trastorno Ciclotímico	48
Trastorno Bipolar No Específico	49
CAPÍTULO II: REFERENTES EMPÍRICOS.....	51
EL CONTEXTO INSTITUCIONAL DE LA EXPERIENCIA.....	51
Funciones de la Curaduría Oficial.....	54
EL TRABAJO SOCIAL EN EL PODER JUDICIAL DE ACUERDO A LA NORMATIVA VIGENTE	55
UNIVERSO DE ESTUDIO	56
CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACION DE LA COA	57
Representados de la Curaduría por Departamento Judicial	58
Representados del Departamento Judicial MDP según Sentencia	59
Insanos del Departamento Judicial MDP según Ciudad de Residencia	60
Distribución de los Causantes por Sexo	60
Distribución de los Causantes según Internación / Externación.....	61
Análisis por Franja Etaria.....	62
Distribución de los Causantes según Padecimiento Mental.....	63
ASPECTO METODOLÓGICO	64
TÉCNICAS Y FUENTES.....	67
Observación Documental y Análisis Bibliográfico	68
Análisis Estadístico.....	68
Observación Participante.....	69
Entrevista Semiestructurada.....	69
Entrevistas en Profundidad.....	70

CAPÍTULO III: MARCO JURÍDICO LEGAL EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL	72
CONVENCIÓN INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD N° 26.378S	74
LEY DE DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE SALUD N° 26.529.....	76
LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26.657	77
NUEVO CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL	80
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	84
INICIO DEL PADECIMIENTO MENTAL.....	86
Indicios del surgimiento del Padecimiento Mental	86
Modo del surgimiento del Padecimiento Mental.....	86
ESTRATEGIAS HABITACIONALES, ECONÓMICAS Y DE SALUD	87
ESTRATEGIAS DE INCLUSIÓN.....	92
DISPOSITIVOS ARTÍSTICOS	96
VIDA COTIDIANA	98
FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL	101
CONCEPCION DEL CURADOR.....	104
Concepción del Curador vinculada a la Protección de Bienes	106
Concepción del Curador vinculado a la Viabilidad de Gestiones	107
RED SOCIO FAMILIAR	107
CAPÍTULO V: LECTURA DE LOS CASOS SEGÚN INFORMES DEL TRABAJADOR SOCIAL	109
SINTESIS DE LAS INTERVENCIONES REALIZADAS	122
CONCLUSIONES	124
BIBLIOGRAFÍA	129
ÍNDICE	133

ANEXO

LEY DE SALUD MENTAL

RECURSERO