

Cuadernos de Ejecución Penal

Publicación semestral
Noviembre 2015
Año III, N°5

La complejidad creciente de la cuestión penal exige una reactualización permanente de los debates y desafíos contemporáneos como una estrategia fundamental para el diseño de la política pública.

Así, aportar a la construcción de un saber específico que oriente críticamente prácticas y discursos resulta un requisito insoslayable.

El Patronato de Liberados propone, por este medio, generar un espacio de reflexión, fortaleciendo el debate constructivo, enriqueciendo y optimizando el cumplimiento del rol institucional.



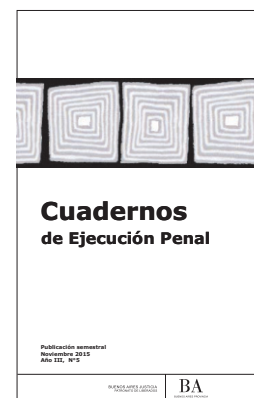
Cuadernos de Ejecución Penal

Dirección
Dra. María Alejandra López

Publicación semestral
Noviembre 2015
Año III, N°5

Patronato de Liberados Bonaerense
Calle 72 N° 186.
La Plata, Buenos Aires, Argentina
CP 1900, tel 221-4578363
www.plb.gba.gov.ar
dic@plb.gba.gov.ar

Tapa de Publicación

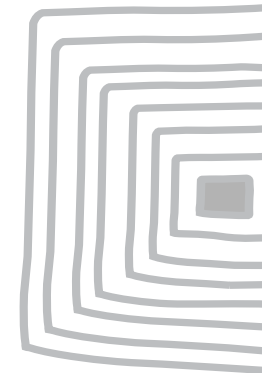


La complejidad creciente de la cuestión penal exige una reactualización permanente de los debates y desafíos contemporáneos como una estrategia fundamental para el diseño de la política pública.

Así, aportar a la construcción de un saber específico que oriente críticamente prácticas y discursos resulta un requisito insoslayable.

El Patronato de Liberados propone, por este medio, generar un espacio de reflexión, fortaleciendo el debate constructivo, enriqueciendo y optimizando el cumplimiento del rol institucional.





Autoridades

Sr. Daniel Osvaldo Scioli

Gobernador

Dr. Ricardo Casal

Ministro de Justicia

Dr. César Albarracín

Subsecretario de Política Criminal

Dra. María Alejandra López

Presidenta Patronato de Liberados

Diseño, diagramación e ilustración

D.C.V. Sonia Ferrer

Armado y compaginación

D.C.V. Alejandro Maitini

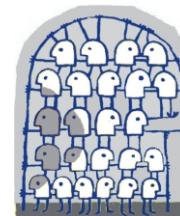
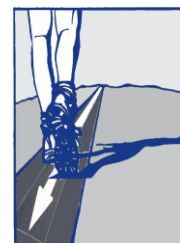
Colaboración

Florencia Aguirre

Romina Carretero

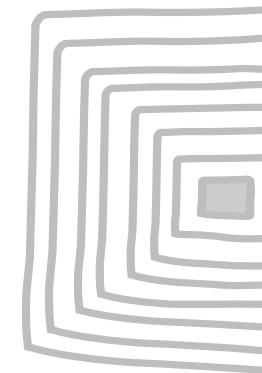
Laura Cuñarro

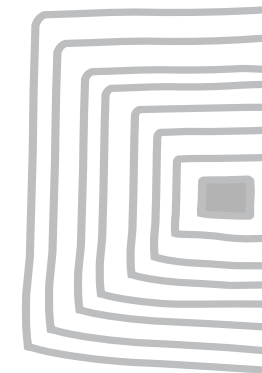




Indice

Presentación	7
Ley de Salud Mental: Una epifanía contrahegemónica Eduardo Aguirre	10
La prevención en el campo de la Salud Mental Graciela S. Simonetti	18
El Artículo 34 del Código Penal argentino a la luz de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 Mariana A. Pagani	32
Acerca de la salud mental y las adicciones Graciela Cárdenas	44





Presentación

En continuidad con este espacio de divulgación, presentamos nuestro cuaderno N° 5 sobre Salud Mental.

Abarcativa de importantes temas que atraviesan el campo de la Ejecución Penal, la Salud Mental contiene en estos tiempos un sustancial cambio de paradigma, reflejado fundamentalmente en la sanción y promulgación de la Ley 26.657 (2010).

En su artículo 3°, esta ley define a la salud mental “...como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. Y en su artículo 4° incorpora a las adicciones como problemáticas que “...deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental...”

El primer artículo de este cuaderno 5 se refiere a la Ley de Salud Mental como un modelo más afinado para la protección de derechos y garantías de las personas con padecimiento mental.

El segundo, ejemplifica cómo, a través de la inclusión en actividades grupales, puede ejercerse prevención en el campo de la salud mental.

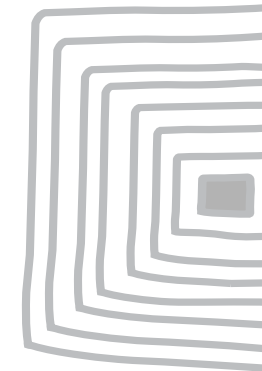
El siguiente, toma precisamente el artículo 34 del Código Penal (inimputabilidad), pero bajo la mirada de la Ley de Salud Mental 26.657.

Por último, se presenta una suerte de guía práctica para profesionales no médicos, de los cuadros psiquiátricos que pueden observarse con más frecuencia en las entrevistas en el marco institucional.

Es nuestro deseo que esta publicación - incluida en nuestro proceso institucional de capacitación permanente - sea un instrumento válido no sólo para el conocimiento teórico sobre Salud Mental, sino también para la problematización y apertura de debates de sus distintos aspectos, en los campos de las disciplinas actuantes en nuestra institución, aportando miradas que promuevan la construcción interdisciplinaria.



Dra. María Alejandra López
Presidenta Patronato Liberados Bonaerense



Ley de Salud Mental: Una epifanía contrahegemónica

Eduardo Aguirre¹

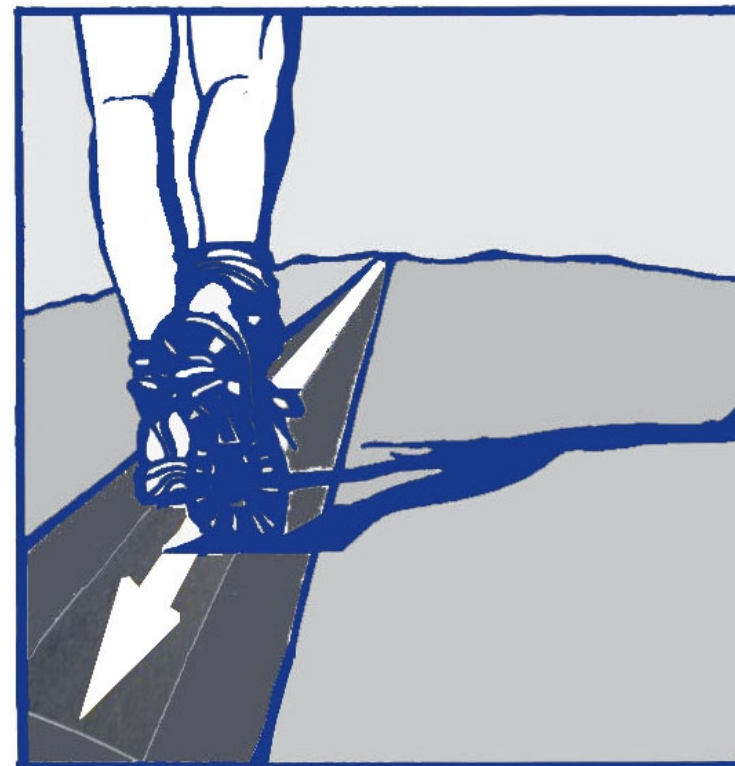
La sanción y puesta en vigencia de la “nueva” ley de Salud Mental N° 26657 no ha provocado entre los penalistas, extrañamente, un debate compatible con la envergadura del nuevo paradigma que establece la norma, a pesar de que la misma impacta directa e indirectamente sobre el poder punitivo del Estado.

De manera inesperada, Argentina ha incorporado a su legislación interna un nuevo paradigma que irradia y condiciona derechos y garantías en materia de Salud Mental, que parecían imposibles de ser pensados hace apenas una década.

En primer lugar, la ley conceptualiza a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (artículo 3).

En concordancia con esta perspectiva, se establecen en favor de las personas con padecimientos mentales una serie de derechos fundamentales (artículo 7): **a)** Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las

1. Eduardo Luis Aguirre - Defensor General de la Pcia. de La Pampa. Doctor en Ciencias Jurídicas y Sociales por la Universidad del Litoral y Doctor en Derecho Penal por la Universidad de Sevilla. Artículo elaborado para Cuadernos de Ejecución Penal en el año 2015.



prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud. **b)** Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia. **c)** Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. **d)** Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria. **e)** Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe. **f)** Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso. **g)** Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas. **h)** Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión. **i)** Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento



mental actual o pasado. **j)** Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales. **k)** Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades. **l)** Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación. **m)** Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente. **n)** Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable. **o)** Derecho a no ser sometido a trabajos forzados. **p)** Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

El proceso de atención de estos sujetos de derecho debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (artículo 9).

La norma establece así un camino concatenado, una suerte de determinismo teleológico, al decir de Jorge Alemán, que debería conducir nada más y nada menos que al fin de la manicomialización.

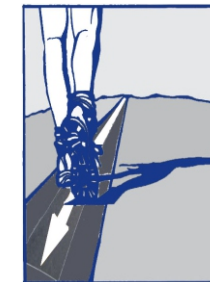
Más aún, le pone plazo a ese objetivo: “*Queda*

prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos” (artículo 27).

Mientras tanto, la cotidianeidad de los dispositivos, todavía un territorio en disputa, igualmente tracciona sobre la conciencia de los vivos y pone a prueba la capacidad de los operadores para adecuarse a nuevas formas de abordar la situación de los pacientes en la materia.

De hecho, la ley salda cualquier disidencia en clave de Derechos Humanos y de la manera más categórica: aboliendo la internación como práctica consuetudinaria y sistemática, poniéndole claros límites a las posibilidades de reincidir en la arbitrariedad de las medidas restrictivas de la libertad de sectores vulnerables en la medida que las mismas no cumplan un categórico procedimiento establecido por el artículo 20 y concordantes. Concretamente, se superan los prejuicios del peligrosismo biologicista y se lo sustituye por la noción (algo) menos regresiva del riesgo. El internamiento se acota, ahora, a los supuestos de “*constatación de riesgos cierto o inminente. Las internaciones involuntarias quedan restringidas y sujetos a control por un Órgano de Revisión en el que participarán organismos de derechos humanos*”. Y, aún con la debilidad de la apelación a la polisémica y para nada fiable noción de riesgo, lo importante es que “*se propician las internaciones por plazo breve*”.

Paradójicamente, mientras el recurso a la prisión se mantiene como una herramienta esencial del primitivismo punitivista en materia penal, en materia de salud mental se recorre un camino inverso y se propone un cambio estratégico que implica en la práctica la imposibilidad de





recurrir a los establecimientos genéricos de internamiento estatal.

Los locos y los presos parecen recorrer, en nuestro país, un destino antitético.

Pero la potencia de la ley de salud mental convoca a pensar de forma conglobante el destino coercitivo de los privados de libertad.

Los denominadores comunes entre locos y presos como los sectores más vulnerables de la sociedad, encuentra algunos puntos de contacto que esta ley de salud mental resuelve en el primero de los casos. Esta norma no puede ser inocua de cara al futuro, en un país donde existen las naves de los locos. Pero para pacientes de salud mental y también para presos.

El artículo 30 de la Ley 26657 pone a estos sujetos de derecho a resguardo de prácticas segregativas consuetudinarias. Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponderán ahora si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.

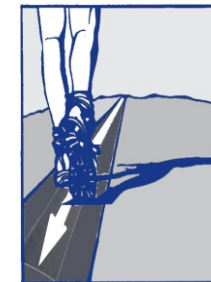
Extrañamientos similares, que datan de siglos, dan cuenta de un poder brutal sistémico basado en premios y castigos y en la supuesta necesidad de “*hacer algo*”; que en el discurso y las prácticas dominantes de juristas y psiquiatras conducen históricamente al encierro. No hay demasiadas diferencias entre el desplazamiento forzado de pacientes de salud

mental con los traslados que unilateralmente deciden los servicios penitenciarios.

Esa sola analogía debió convocar a la doctrina de los penalistas y a los criminólogos críticos a hacer un hincapié activo y militante respecto del nuevo régimen que emerge de la ley.

Para poner esta exhortación en otros términos, podríamos preguntarnos ejemplificativamente lo siguiente. ¿Cuál sería la reacción social previsible frente a una ley, sancionada por el Estado, que estableciera taxativamente la prohibición de crear más cárceles, alcaidías, celdas, etc.? ¿Cómo respondería la sociedad argentina si, en lo inmediato, esa misma ley prohibiera las detenciones si no se acotaran al plazo más breve posible, no respondieran a criterios peligrosistas y además se creara un organismo destinado al contralor estatal de esas condiciones de detención? Realizadas estas analogías imaginarias, tal vez se comprenda la evocación respecto del escaso interés que la Ley de Salud Mental ha despertado entre penalistas y criminólogos.

No ignoramos que una transformación paradigmática de estas características deberá sortear en lo sucesivo ingentes y variados obstáculos. Siempre las contrarreformas se expresan a través de una multiplicidad de medios. Y no estamos aludiendo, ahora, a las racionalidades de los efectores de las distintas agencias estatales. Resta por ver, por ejemplo, las reacciones de las corporaciones afectadas por motivos de realismo extremo, la jurisprudencia dominante de los tribunales, las esperables réplicas que, bajo el ropaje de decisiones administrativas o burocráticas encubren en realidad motivaciones ideológicas, el avance de la implementación de los órganos de revisión en las distintas Provincias, las rémoras de las gramáticas peligrosistas y su influencia

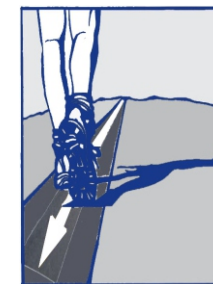




cultural de casi dos siglos en la Argentina, la disposición de medios que el Estado instrumente y hasta la creatividad de quienes deban poner en funcionamiento el nuevo sistema.

Creemos que una de las claves fundamentales será la consistencia operativa que adquieran los dispositivos que inaugura el artículo 11, que conmina a la Autoridad de Aplicación a promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

Ninguno de estos desafíos debería inquietar si se toma la ley en clave de su verdadera significación, que no es otra que una tentativa inconclusa de democratización de las instituciones del Estado y no la toma del palacio de invierno. Los antagonismos que vienen deben formar parte de un bienvenido territorio cultural en disputa, pero nunca erigirse en una división artificiosa de las distintas intuiciones e imaginarios vigentes. La ley, incluso, deberá poner a prueba su aptitud adaptativa frente a los cambios sociales. Que, como en todas las épocas, fatalmente sobrevendrán.



La prevención en el campo de la salud mental

Graciela S. Simonetti¹

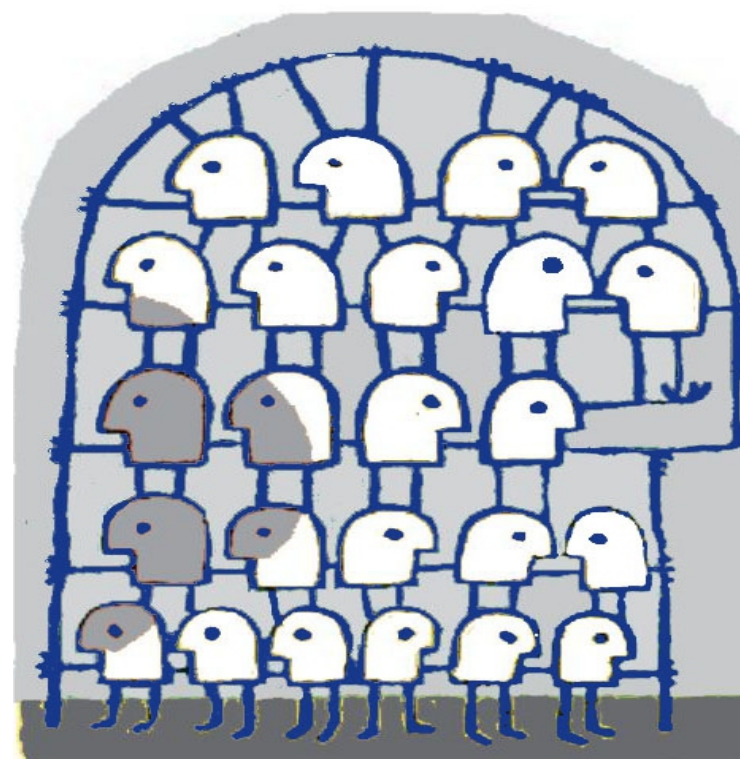
Salud mental, concepto e instrumento

La teorización sobre salud, y en especial salud mental, es tan vasta como diversos son los enfoques con que se aborda; los mismos varían desde una posición donde el individuo es una realidad que se explica en sí misma con independencia del contexto social, hasta una posición donde el sujeto es un mero producto de sus circunstancias. Asimismo, es posible distinguir ciertos enfoques que parten de una concepción dinámica de la realidad procurando superar las antinomias que absolutizan la comprensión de esta temática extremadamente compleja. Así, indagan la naturaleza de los lazos que los sujetos logran establecer con el medio social e intervienen en las particularidades del intercambio singular y concreto, cotidiano y permanente con las instituciones, es decir, en la trama social en la que se desenvuelve la vida de los sujetos.

Acerca de salud mental, el médico y psicoanalista Galende E. (1997)², refiere que la multiplicidad de sentidos con que el término salud mental fue introducido generó un nuevo foco desde el cual abordar los problemas: el

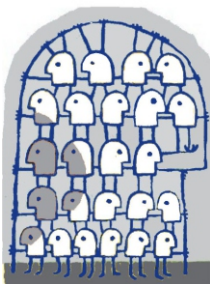
1. Graciela Simonetti – Lic. En Trabajo Social. Asesora en el Gabinete de Asesores del Patronato de Liberados Bonaerense. Artículo elaborado para Cuadernos de Ejecución Penal en el año 2015.

2. GALENDE, E. "De un horizonte incierto (cultura). Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual". Buenos Aires Ed. Paidós-1997



comprender los sufrimientos mentales del individuo en el conjunto de sus relaciones familiares, grupales y sociales. En este sentido, el sufrimiento psíquico y subjetivo no debe ser comprendido como un mero asunto individual, en cuanto a estructura mental o dimensión privada, ni definido a partir de determinantes únicos y aislados, sino por el contrario, como la expresión concreta de la interrelación entre múltiples dimensiones sociohistóricas y trayectorias de vida, las cuales condicionan las potencialidades y las vulnerabilidades de los grupos humanos y de los sujetos que los componen.

Lo cierto es que en la actualidad asistimos a conformaciones sociales sumamente complejas y la salud mental es una situación humana que puede ser severamente perturbada o afectada por condiciones de vida desfavorables, modos de convivencia turbulentos, fuentes de apoyo social deterioradas. Entre otros, estos factores apremiantes impactan en la subjetividad, incrementando el padecimiento mental y el riesgo de enfermar, generando, a la vez, demandas específicas que llaman a dar respuesta disciplinar, profesional, institucional y ciudadana



reconociendo que las circunstancias de desventaja pueden ser mejoradas y transformadas.

En efecto, un esfuerzo y compromiso académico, institucional y social acompaña la producción conceptual e instrumental que en esa dirección se suscita. Al respecto, la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657³ y su Decreto Reglamentario N° 603/13 constituyen un hito en la materia. El artículo 3° de la mencionada ley define salud mental como “...un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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”. La naturaleza de esta concepción jurídica contempla 'persona' de manera integral y 'proceso' de manera dinámica, instalando la importancia de considerar la interacción constante entre aspectos psicológicos y sociales, entre otros⁴.

Precisamente, desde esta perspectiva, el campo de análisis e intervención profesional debe incorporar adecuadamente recursos legales que, junto con otras categorías de las ciencias sociales y humanas, configuren un conocimiento sustantivo que permita indagar *qué es y por qué sucede* un fenómeno social⁵, minimizando los riesgos de quedar situado en sus bordes o facetas al no alcanzar la comprensión integral de lo que se pretende abordar. En este sentido la labor profesional, que siempre requiere de formas de legitimación, normativas, procedimientos y fundamentos teóricos que le sirvan de piso de actuación, comprende además la reflexión sobre las particularidades relevantes y los resultados mensurables de esquemas de trabajo sostenidos en tiempo real, en ámbitos institucionales y comunitarios concretos con el aporte singular de las personas destinatarias. Así, el desarrollo sociohistórico de los instrumentos conceptuales, legales y operativos, subraya

3. Ley N° 26657 sancionada por el Congreso en noviembre de 2010, promulgada por el Poder Ejecutivo Nacional y publicada en el Boletín Oficial N° 32041 en Diciembre de 2010.

4. En el artículo 7° - Inc. n) de la Ley N° 26657 establece el derecho a que “(...) el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.”

5. TESTA, M. (1997). En “Saber en salud. La Construcción del Conocimiento”, desde un pensamiento estratégico plantea que (...) las categorías que dan cuenta de los problemas deben definirse para cada situación concreta.”

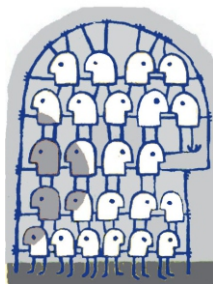


la constante interrogación (epistemológica, metodológica, ideológica) que incentive el diálogo creativo y constructivo entre dichos instrumentos y las experiencias desarrolladas en el terreno de los derechos humanos y obligaciones ciudadanas. Ciertamente, muchos son los profesionales, trabajadores en el campo social, que declaran sus preocupaciones disciplinares en estrecha vinculación con los derechos de grupos y personas que transitan por situaciones adversas y logran desarrollar intervenciones que contribuyen efectivamente con los sujetos a situarse, moverse, mejorar y trascender de manera activa esas situaciones⁶.

En este orden, el presente artículo es el resultado de sucesivas reflexiones suscitadas a partir de una experiencia profesional desarrollada en el campo de la protección y prevención de la salud mental como derecho individual y colectivo. Al respecto, cabe mencionar, que esta producción se sustenta en la afirmación de que las profesiones y los profesionales no sólo estamos para la recuperación de situaciones graves o de extrema urgencia⁷, y en la evidencia empírica de que un enfoque amplio en salud mental siempre produce, con diversos alcances, una marca en las prácticas y en los discursos configurados colectivamente, principalmente en aquellos orientados a personas que transitan un intrincado recorrido social e institucional. Vale decir, también, que no hace referencia exclusiva a los establecimientos, dispositivos profesionales o aparatos instrumentales que fueron formalmente diseñados e implementados para atender específicamente esa necesidad social; sobre todo, intenta visibilizar el compromiso y la intencionalidad de otros actores y organismos del sistema institucional cuyas acciones, también, afianzaron la promoción y la protección de aquel derecho en íntima relación con otros derechos humanos y libertades fundamentales.

6. STOLKINER, A. (1999). En su texto “La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas” Revista El Campo Psi, afirma que “(...) toda relación con una disciplina es pasional: podemos someternos a ella, refugiarnos en ella, o hacerla trabajar, desafiarla.”

7. A partir de diferentes estudios en el campo de la salud mental en la región Latinoamericana y el Caribe -OPS (2009)- es posible inferir que el problema de la enfermedad mental que requiere de atención psiquiátrica es inferior en número de los problemas crecientes que producen las patologías sociales: “(...) los trastornos neuropsiquiátricos son responsables sólo de una fracción de los problemas determinados por la morbilidad social y psicológica total.”



8. En el presente desarrollo no se hacen referencias personales. La Ley N° 25326 de Protección de Datos Personales Art 1°-Párrafo1° especifica su objeto "(...) la protección integral de los datos personales asentados en archivos, registros, bancos de datos, u otros medios técnicos de tratamiento de datos, sean éstos públicos o privados destinados a dar informes, para garantizar el derecho al honor y a la intimidad de las personas, así como también el acceso a la información que sobre las mismas se registre, de conformidad a lo establecido en el artículo 43, párrafo tercero de la Constitución Nacional." ; y en su Art. 7°, inciso 4° que "(...) los datos relativos a antecedentes penales o contravencionales sólo pueden ser objeto de tratamiento por parte de las autoridades públicas competentes, en el marco de las leyes y reglamentaciones respectivas."

9. El artículo 16 de la Ley N° 26657, establece que la internación debe cumplir con determinados requisitos, entre ellos: Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra; búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar; consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda.

10. El artículo 7° de la Ley N° 26657, establece el derecho a "(...) recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud."

11. En instalaciones del Patronato de Liberados Bonaerense de la localidad de La Plata se implementó la capacitación en oficinas a cargo de la Dirección General de Cultura y Educación - Centros de Formación Profesional.

12. Articulación con el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires - Programa Oportunidades

Relato de una experiencia

Un breve recorrido en la historia de una persona⁸ que transitaba por una instancia de ejecución penal en libertad supervisada por el Patronato de Liberados de la Provincia de Buenos Aires, permitirá precisar las dificultades y los desafíos asumidos singularmente, así como también, el alcance de las intervenciones realizadas en el campo de la prevención en salud mental.

Esta persona, *voluntariamente*⁹ internada en una Comunidad Terapéutica, llevaba adelante una modalidad de tratamiento al consumo problemático de sustancias adictivas. Como resultado de las intervenciones y articulaciones efectivas entre los profesionales del Centro de Prevención de Adicciones al que asistía de manera ambulatoria, del Patronato de Liberados donde se supervisaban las medidas que le fueran impuestas judicialmente, de la Comunidad Terapéutica y del Juzgado competente, se logró llevar adelante un abordaje multireferencial en la temática¹⁰ y, además, ampliar el objetivo social integrando otras oportunidades y derechos sociales. En efecto, antes de su internación, se había inscripto personalmente en un dispositivo interinstitucional orientado a mejorar las condiciones sociolaborales de las personas supervisadas por el Patronato de Liberados en situación de vulnerabilidad social, a través de la capacitación en oficios¹¹ y el acceso a un incentivo económico¹² para facilitar el proceso de capacitación, entendida como contraprestación.

En este marco se le realizó una entrevista, se indagó en sus intereses y se le brindó información sobre las posibilidades y los requerimientos delimitados por el tratamiento de adicciones, el cumplimiento de la medida judicial, el encuadre de capacitación y el acceso a una beca. A partir de los acuerdos establecidos con el interesado y con

los actores institucionales involucrados se justificaron las ausencias necesarias para favorecer el tratamiento iniciado, se argumentó el sostenimiento de la beca y se programó una modalidad especial para recuperar clases y equiparar conocimientos, entre otras acciones que lograron consolidar la estrategia global posibilitando un mejor aprovechamiento de las instancias y servicios institucionales.

Del compromiso individual al horizonte grupal

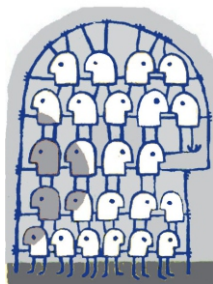
El compromiso individual rebasó prontamente su propia dimensión y configuró un horizonte colectivo que alcanzó al conjunto de los integrantes de la capacitación¹³. La tarea profesional destinada a fortalecer los lazos entre los participantes y promover la futura incorporación provocó que ciertos relatos de vivencias surgieran e hicieran impostergable prestar atención a una convergencia significativa: *vulnerabilidad y salud mental*; una demanda grupal incipiente que comprendía la promoción y protección de derechos.

¿Cuál era la posibilidad de abordaje profesional e institucional? La implementación de un dispositivo grupal de prevención en salud mental viable, inteligible, y respetuoso de las responsabilidades institucionales asumidas fue la propuesta fortalecida por la orientación de profesionales de la salud dependientes del propio organismo, de equipos interdisciplinarios del programa que otorgaba la beca y de la referida comunidad terapéutica. Esta propuesta requirió de un trabajo programado de articulación entre distintos componentes de un mismo proceso orientado por la perspectiva *de derechos, subjetividad y resiliencia*¹⁴ entre las principales categorías que logran introducir al sujeto en su dimensión



13. La configuración grupal fue significativa para orientar el abordaje hacia lo colectivo desde la perspectiva de salud mental desarrollada. Al respecto, un grupo poco numeroso de varones con edades similares (entre 21 - 26 años), que en el marco de la experiencia realizada, no solo posibilitó compartir patrones y códigos coetáneos, también, experiencias y vivencias en contextos sociales e institucionales similares.

14. GUINSBERG, E (2004). En su artículo "Acerca de la subjetividad" alude a ese concepto "(...) como procesos de constitución de la experiencia, como el resultado de múltiples determinaciones, la mayoría de ellas y su articulación, altamente complejas y cada una de ellas terreno de profundas discusiones teóricas, epistemológicas, etcétera." Por su parte, en "Resiliencia" RODRÍGUEZ PIAGGIO, A. (2009) plantea que este es un concepto relativamente nuevo en los programas de promoción humana y salud mental y define resiliencia como "(...) la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse, ser fortalecido o transformar activamente la realidad, habiendo vivido experiencias de adversidad."



individual, colectiva y social. En este orden, la coordinación global, contribuyó con la retroalimentación entre el encuadre de capacitación que comprendió un ciclo lectivo-anual de formación teórica y práctica con una frecuencia de tres encuentros semanales, y el dispositivo de reflexión que, por una parte, se organizó en momentos abiertos de trabajo que permitieron sumar otros profesionales, recursos o testimonios externos y, por la otra, en momentos más estables y estructurados de trabajo que permitieron sintetizar, acordar, compartir y contribuir conjuntamente desde la perspectiva de prevención en salud mental. De este modo, en torno a un supuesto básico *no hay salud mental sin palabra*, se instauró un dispositivo centrado en el afianzamiento de las condiciones de interacción grupal a través de técnicas participativas, en el discernimiento sensible de la revelación de información privada, y en el abordaje reflexivo de aquellos signos de ruptura y postergación social que pudieran provocar algún padecimiento. En efecto, este dispositivo posibilitó que los participantes lograran expresar y sentirse libres para manifestar la forma en que se siente un problema o un padecimiento: la palabra fue el recurso por excelencia para enunciar un problema o malestar así como para buscar, expresar y comprender el alcance de posibles soluciones y resoluciones materiales y subjetivas¹⁵.

Aproximaciones analíticas

Toda intervención intersubjetiva en el campo de la salud mental es muy compleja, *la subjetividad se inscribe en todo lo humano*, sin embargo la mirada profesional ofrece instrumentos metodológicos para identificar analizadores y dar visibilidad a las particularidades y a las producciones más significativas. En este sentido y sin pretender agotar las potenciales aristas de interrogación respecto de la

15. Desde el enfoque desarrollado, resolución hace referencia a buscar en un proceso reflexivo para intentar encontrar una solución; mientras que, solución, hace referencia al acto de poner en juego un recurso que ya se dispone.

intervención en aquel ámbito grupal, a continuación se presentan algunas aproximaciones analíticas en conexión con las líneas de interés conceptual del presente artículo.

Acerca de la salud mental como un enfoque teórico y soporte instrumental, el análisis confirmó su influencia conceptual y operativa al ocupar un lugar predominante en el abordaje de la dialéctica entre realidad, y significado.

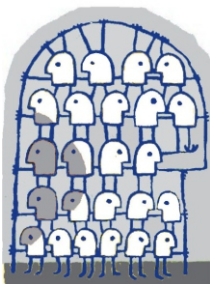
Dicho enfoque de prevención en salud mental, brindó el marco conceptual para interpretar de manera singular y contextualizada aquella demanda grupal y, en consecuencia, llevar adelante las acciones para abordarla¹⁶. De este modo, la salud mental vinculada a cómo nos sentimos con nosotros mismos, con los demás y con cómo entendemos y respondemos a situaciones de vida, orientó determinado soporte instrumental para su abordaje. En ese sentido, las narrativas, aún las más frágiles, siempre vehiculizan historicidad, procesos externos e internos y, además, logran estimular los recursos existentes y potenciar los nuevos.

Así, a través de sus expresiones fue posible reconocer ciertos nudos conflictivos para abordarlos reflexivamente y, a fin de reducir ansiedades, tensiones, resistencias, inicialmente, esta tarea reflejó el *aquí y ahora* de la trama grupal, es decir, la producción sobre la propia acción y sobre los núcleos de actividades compartidos, ya constituido en terrenos grupales conocidos y en situaciones institucionales suficientemente seguras como para experimentar un proceso de subjetivación sin perderse en lo abstracto.

Gradualmente, el devenir grupal, posibilitó ampliar esos márgenes de reflexión para alcanzar otras percepciones, emociones, acciones y, fundamentalmente, aquellos factores que pudieran suponer el agravamiento de las situaciones por las que atravesaban los participantes. Los relatos que surgieron dieron lugar a la contención y



16. CASTEL, R (1986). En "De la peligrosidad al riesgo", se niega a encasillar en el ámbito psiquiátrico los problemas vinculados con la marginación y la alienación; asimismo, reflexiona sobre las nuevas estrategias preventivas implican la disolución de las nociones individuo y peligrosidad como inherentes al sujeto.



orientación brindando la oportunidad de organizar sentidos en torno a sus problemáticas sociales (*salud, trayecto formativo-laboral*), a sus vínculos (*hijo, padre, pareja*) y a sus situaciones judiciales (*ejecución penal, juez, trabajador social, comunidad*). Un aprendizaje significativo de corte preventivo y reparador que favoreció la viabilidad de sus metas y proyectos¹⁷. Cabe mencionar, también, que en ocasiones los participantes manifestaron enojo e irritabilidad frente a circunstancias o problemáticas que percibían injustas.

¿Qué tenían en común esas percepciones? ¿Que relaciones guardan con el entorno? ¿Qué significados otorgaban a sus vivencias? A través de las expresiones suficientemente claras se evidenció el porqué, en gran medida, actuaban de un modo y no de otro; el enojo les resultaba una modalidad para manifestar, proteger un valor, poner un límite pero, no siempre ocurría que expresaran aquello que sentían o necesitaban de manera racional y asertiva¹⁸, por el contrario, fundadas exclusivamente en enojo e irritabilidad, sus conductas, resultaban inapropiadas.

Considerando que ciertos aprendizajes, experiencias y valores configuran de manera singular las posibilidades de manejar las emociones, se trabajó en la comprensión conjunta del enojo como estado de producción de vivencias y en la necesidad de identificar otros recursos para comunicar y ser escuchado. Esencialmente, fue importante captar oportunamente dichas verbalizaciones y actitudes a fin de evitar su enraizamiento en el modo de interrelación, entendiendo que las mismas podían ser paulatinamente modificadas hasta alcanzar posiciones más flexibles y constructivas¹⁹.

Además, en la medida que determinados acontecimientos a escala individual, familiar y comunitaria pueden fragilizar el sentido de identidad, sus narrativas fueron especialmente respaldadas por las acciones

17. FERRARA, F (2009). En "Conceptualización del campo de la salud" señala que "(...)salud presupone un enfrentamiento a los conflictos, un buscar modificar la realidad; la salud se expresa cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le impone, y cuando en esta lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vive o modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones."

18. Actuar asertivamente, según diversos autores contemporáneos, se relaciona con la habilidad social para transmitir y recibir mensajes de sentimientos, creencias u opiniones de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa con el propósito de lograr la comunicación efectiva, requerida en determinado proceso de relación.

19. En este punto, cabe recordar que "las pautas básicas de contención verbal" han demostrado empíricamente sus resultados favorables, aún, en situaciones muy críticas.

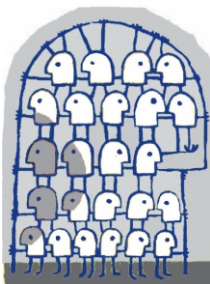


profesionales a fin de afianzar el respeto a la diversidad de vivencias y evitar la radicalización de los pensamientos y de las visiones. Incluso fue propicio resaltar la genuina influencia de aquella persona que se integró y sostuvo dicho proceso desde una Comunidad Terapéutica. La resonancia de sus acciones y de sus relatos asociados a la elaboración de conflictos de orden subjetivo, social e institucional hicieron visible el aprovechamiento de la orientación psicosocial recibida, las responsabilidades judiciales asumidas, el esfuerzo personal y familiar, el compromiso con el tratamiento al consumo de sustancias adictivas, la formación en un oficio y su visión "...hacia delante" facilitando la reflexión grupal. Estos aspectos de su historia personal aportaron, a modo de puente biográfico, con la configuración de un nexos significativo entre participantes. La superación de sus experiencias cargadas de negatividad y de sus estados emocionales de confusión sobrellevó imágenes potenciadoras de capacidades y habilidades personales y grupales; los sentimientos de unicidad y pertenencia configurados en este entramado intersubjetivo donde también había diferencias, les permitió ocupar un lugar desde el cual formular y alcanzar nuevas metas.

Acerca del dispositivo de prevención y el trabajo en red, el análisis reveló que la naturaleza de los roles técnicos y profesionales favoreció la constitución del compromiso y la participación activa de los destinatarios.

La dimensión relacional de esta experiencia de intervención cumplió funciones motivadoras y vinculantes que fueron primordiales para que los participantes se acerquen y se sostengan en el tiempo haciendo frente a una propuesta de esta naturaleza.

¿Cuál fue la estrategia para lograr dicho involucramiento? Desde la perspectiva relacional se desarrollaron intervenciones a nivel grupal e individual que construyeron con la accesibilidad de los interesados



posibilitando un tránsito de la incertidumbre y vago interés, a la aprehensión y participación responsable. En principio diversas técnicas se orientaron a afianzar, en los integrantes del grupo, el conocimiento y la comprensión de dichos roles y del sentido de las actividades comprendidas en el dispositivo, logrando establecer bases para desarrollar confianza y reciprocidad, y movilizar un proceso significativo para paulatinamente alcanzar la integralidad de las instancias de capacitación y de reflexión; a modo ilustrativo, los participantes reconocieron y manifestaron ansiedad y desconfianza de sí mismos por el futuro desempeño del oficio, a punto tal que alguno presumió no continuar con la formación.

¿En qué habilidades se focalizó la tarea? Los recursos de orden comunicacional como expresión, postura, distancia, contacto visual, tono de voz, contenido e intencionalidad, fueron entrenados en el grupo; en algunos momentos dicha tarea, también, convocó al instructor de oficio²⁰ a fin de fortalecer las particularidades de orden técnico y aportar desde la propia experiencia situaciones que pudieran presentarse, comunes y conflictivas, así como también, las tácticas que él mismo habría adoptado para afrontarlas. En suma, la aprehensión de dichos recursos y tácticas de comunicación basados en la anticipación de potenciales situaciones, logró plasmar las afirmaciones personales y grupales necesarias para superar aquellas preocupaciones y seguir avanzando.

De igual manera, el rescate reflexivo de la vivencia de valoración de las propias acciones y de las metas alcanzadas por parte de otras personas -familiares, vecinos, pares- logró fortalecer la imagen de sí, del grupo y de las actividades que llevaban a cabo²¹. Sin duda, esas vivencias contuvieron sus intentos de superación y sus desafíos ante lo nuevo, así como también, la autopercepción de realización que facilitó el trabajo sobre la autoestima y la toma de

20. El instructor, un hombre de mediana edad, logró transmitir conocimientos técnicos y habilidades específicas al constituirse en referente de los jóvenes, quienes valoraban y discutían activamente sus aportes.

21. En el marco del proceso de aprendizaje-acción en el oficio, los participantes, brindaban un servicio gratuito a la comunidad, supervisado por el instructor. Esta situación fue relevante para dar visibilidad a las capacidades y a las habilidades adquiridas en los componentes de un mismo proceso.

conciencia de proceso, de temporalidad, de punto de partida y situación alcanzada y de capacidades adquiridas.

Acerca del campo profesional y la promoción de derechos, el análisis reforzó uno de los aspectos indispensables en la tarea de facilitación y orientación profesional: la observación de las propias acciones o reacciones, emociones, prejuicios y tácticas de comunicación.

En relación a este tema, actualmente existe un movimiento creciente orientado a la revisión de las intervenciones profesionales y, sobre ellas, se advierte que -de manera inconciente más que conciente- se puede ejercer una función profesional muy distante de lo que se pretende lograr. En términos generales, los profesionales del campo social y humano conocemos que existen riesgos y/o dificultades sobre los que debemos estar muy alertas y que son necesario cuestionar: estigmatización, culpabilización, apropiación de deseos, paternalismo o maternaje, idealización de intervenciones, etc. y que, con límites muy difusos, estos riesgos y/o dificultades no favorecen la solución o resolución de situaciones adversas, por el contrario, provocan estancamiento o las agravan.

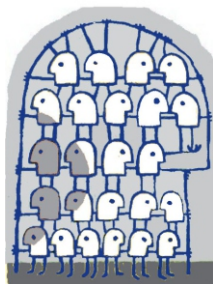
¿Cómo se logró minimizar estos aspectos? El campo de salud mental es inherente al sector salud pero ese saber aislado no hubiese podido abarcar la amplitud de metas y servicios institucionales involucrados tanto en el referido abordaje individual como en el abordaje grupal o en la proyección de nuevas alternativas inclusivas²². Es decir, con diversas modalidades la cooperación interdisciplinaria e intersectorial se orientó por un trabajo en red que destacó la construcción de una percepción colectiva en torno a la visión y a la valoración de las problemáticas logrando concretar diversas acciones articuladas en torno a los proyectos de los destinatarios²³.

¿Cómo se sostuvo en la práctica dicho consenso?



22. A modo de ejemplo, continuidad en otros niveles de formación del mismo oficio, incorporación a programas tendientes a fortalecer las iniciativas laborales, inclusión en otros espacios grupales y/o programas vinculados a la protección y prevención en salud mental o bien al tratamiento específico de alguna problemática.

23. CYRULNIK B, (2009) En "De cuerpo y Alma. Clínica e Investigación Relacional" describe como una actitud opuesta, que integra disciplinas diferentes obstaculiza la evolución sectaria de todo poder que se fortalece excluyendo a sus rivales. Cuando uno procura abrazar las informaciones de naturaleza diferente en un mismo sistema, cada uno de los que participan se esfuerza para hacerse comprender. Esto no sólo es agradable, además hace surgir ideas inventivas.



La planificación de respuestas que dependían de dicho consenso lograron hacer tangible ciertas actuaciones profesionales e institucionales que no se limitaron al mero señalamiento del carácter disfuncional de los procesos o dinámicas sociales, ni se refugiaron en la repetición y acomodación operativa de un campo disciplinar o área de un organismo (salud, educación, justicia, otra), por el contrario, asumieron uno de los retos que impone la conciencia y ética profesional: desarrollar toda práctica disciplinar e institucional *posible* en el convencimiento del valor positivo del propio trabajo.

Para finalizar, se especifican algunas dimensiones sociales vinculadas a las principales líneas estratégicas de protección y prevención en salud mental. Entre ellas: participación en redes sociales (formativas, laborales, salud); sostenimiento y recreación de los lazos; utilización de los recursos disponibles y reinención de otros; enfrentamiento y resolución de conflictos; logro de las metas propuestas; involucramiento en proyectos colectivos; reconocer y ser reconocidos. Sin duda, desde la perspectiva desarrollada, la salud mental resulta un concepto transversal a estas dimensiones sociales contribuyendo significativamente con la dinámica social de inclusión, participación y organización del sujeto.

Bibliografía

CASTEL, Robert. *De la peligrosidad al riesgo - En Wright Mills, C., Foucault, M. Pollak, P. Marcuse, H. Habermas, J. Elias, N. Editorial Materiales de sociología crítica. Madrid. Ediciones de la piqueta, 1986.*

CYRULNIK, Boris. *De cuerpo y Alma. Clínica e Investigación Relacional. Barcelona. Gedisa, 2009.*

FERRARA Floreal, *Conceptualización del campo de la salud. Relectura de la formación docente en salud. Seminario, Buenos Aires, 2009.*

GALENDE E. *De un horizonte incierto (cultura). Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Buenos Aires Ed. Paidós, 1997.*

GALENDE, E y KRAUT, A. *El Sufrimiento Mental- El Poder, la Ley y los Derechos. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2006.*

GUINSBERG, E *Acerca de la subjetividad. Artículo publicado en Topía N°40. Sitio de psicoanálisis, sociedad y cultura, 2004. Consulta realizada en agosto 2015.*

Ley NACIONAL DE SALUD MENTAL N° 26657 sancionada, promulgada y publicada en el Boletín Oficial de la Nación (N° 32041), 2010.

PAVLOVSKYE y DE BRASIJ. *Lo grupal: historias-devenires. Buenos Aires. Galerna, 2000.*

RODRÍGUEZ PIAGGIO, A. *Resiliencia. Revista Psicopedagógica vol.26. São Paulo, 2009.*

SAMAJA, J. *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004.*

STOLKINER, A. *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Revista El Campo Psi, 1999.*

TESTA, M. *Saber en salud. La Construcción del Conocimiento, Buenos Aires. Colección Salud Colectiva, 1997.*



El artículo 34 del Código Penal argentino a la luz de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657

Mariana A. Pagani

Art.34 (Imputabilidad).- No son punibles:

1º- El que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteración morbosa de las mismas o por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad de acto o dirigir sus acciones.

En caso de enajenación, el tribunal podrá ordenar la reclusión del agente en un manicomio, del que no saldrá sino por resolución judicial, con audiencia del ministerio público y previo dictamen de peritos que declaren desaparecido el peligro de que el enfermo se dañe a si mismo o a los demás.

En los demás casos en que se absolviera a un procesado por las causales del presente inciso, el tribunal ordenará la reclusión del mismo en un establecimiento adecuado hasta que se comprobare la desaparición de las condiciones que lo hicieren peligroso.

Los párrafos segundo y tercero del artículo 34 del Código Penal, reflejan la impronta que la corriente positivista ha dejado en nuestra legislación.- La incorporación de las disposiciones que establecen la reclusión penal para incapaces psíquicos reconoce su origen en la idea de peligrosidad positivista que no hacía otra cosa que otorgar rango científico al prejuicio público y policial que identificaba al loco como peligroso.

Para quienes comulgaban con los ideales positivistas, la culpabilidad del sujeto era concebida desde



una óptica psicologista, en la que primaba el derecho penal de autor, el delito era considerado como una falla dentro de la sociedad, generador de peligro y objeto de neutralización social.

La culpabilidad ya no como lugar donde aparece el sujeto, sino el lugar donde el sujeto es borrado, y en su lugar se coloca la función punitiva del Estado; por la real necesidad de castigo para estabilizar los prejuicios populares sobre la inevitabilidad de las penas para que exista cualquier sociedad.

Este tipo de pensamiento lleva a estigmatizar y caratular a quienes padecen afecciones mentales, como simples enfermos peligrosos, y tiende a fomentar el despliegue de todo el aparato punitivo del Estado a fin de neutralizar el peligro, sin asumir que son personas emergentes de conflictos que los trascienden, que merecen ser integrados socialmente y tratadas con dignidad y humanidad.

La referida norma como convive con otras que integran nuestro bloque de Constitucionalidad, y que declaran principios que aseguran el derecho a la protección



de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental; planteado ello, consiste el esfuerzo del presente trabajo en tratar de encontrar una armonización entre ambas, a fin de realizar un aporte a quienes nos toca lidiar con la difícil tarea de interpretar la legislación, de manera de reducir al máximo posible aquella que más afecte los derechos fundamentales de las personas.

Para comenzar resulta necesario acordar el carácter de sanción penal de las medidas de seguridad; reconociendo su evidente carácter punitivo análogo a la pena, con el agravante que resultan indeterminadas en cuanto a su duración.

Tenemos en nuestro país el principal exponente de la inconstitucionalidad de las medidas de seguridad, el ilustre Dr. Eugenio Raúl Zaffaroni, quien en su tratado de Derecho Penal, parte General, asimila las medidas de seguridad a las penas, con lo degradante para la personalidad humana que implica su carencia de límite máximo y por ende su total desproporción con la magnitud de la lesión jurídica causada. Dice Zaffaroni: “... no es racional sostener que una persona por el azar de haber puesto en funcionamiento de las agencias del sistema penal, resulte sometida a esa potestad con la posibilidad de sufrir una pena indeterminada...” “... la agresividad de un paciente mental no depende del azar de la intervención punitiva, sino de características de la enfermedad que debe valorar el juez civil en cada caso...” “... Se ha defendido la Constitucionalidad de las medidas de seguridad con el argumento de que se tratan de medidas administrativas y no sólo formalmente penales, pero debe concluirse que las medidas de seguridad resultan inconstitucionales, dado que no se explica como encontrándose legalmente regulada la internación en pacientes agresivos –una regulación diferente para quienes resultan objetos del poder criminalizante; lo que es igual a

afirmar una desigualdad intolerable...”

En efecto resulta inconstitucional para el honorable académico las previsiones de los párrafos segundo y tercero del inciso primero del artículo 34 del Código Penal, en especial atención a la prohibición de penas perpetuas; a la mínima irracionalidad; a la dignidad de la persona que impide que se la trate con valor instrumental o de medio; al nullum crimen sine conducta; al nullum crimen sine culpa y al principio de igualdad.

Continúa diciendo el Dr. Zaffaroni: “*así es que lo que debiera ser derecho psiquiátrico pasa a cumplir la función latente de una pena cuando por su propia rigidez excede sobradamente la necesidad terapéutica, prescribiendo una reclusión innecesaria*”.

Es real que el artículo 34 del Código Penal transmite la premisa que el enfermo mental requiere internación mientras es peligroso, y siendo peligroso porque es enfermo, deberá permanecer en reclusión mientras dure la enfermedad.

Y que si postulamos la culpabilidad como límite de la pena, como una consecuencia necesaria de la posibilidad de conocer y de comprender la ley penal y que la pena corresponde a la violación a dicha prohibición, seguramente comulguemos con el Dr. Zaffaroni y empecemos a cuestionar la constitucionalidad de las medidas de seguridad por la peligrosidad y no por la culpabilidad así entendida, reconociendo que las mismas no contienen mención alguna a la entidad del injusto penal adjudicado al agente ni a la escala penal respectiva, en contra de todos los principios sobre los que se funda la tradición jurídica ilustrada y liberal.

Pero como se dijera al inicio, el objeto del presente trabajo no consiste en afirmar la inconstitucionalidad de los párrafos segundo y tercero del inciso 1° del artículo 34 del Código Penal, postura que comparto plenamente con el





catedrático argentino, sino intentar armonizar la misma con el bloque de Constitucionalidad, a fin de arrojar desde mi humilde rol de defensora pública un poco de claridad a quienes les toque enfrentarse con temas como el que nos ocupa, y proporcionarle alguna posible herramienta, aunque mínima, para facilitar su actuación.

Ahora bien, integran el bloque de Constitucionalidad en materia de Salud Mental: La Ley Nacional de Salud Mental 26.657; los Principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental; la Declaración de Caracas para la reestructuración de la atención psiquiátrica dentro de los sistemas locales de salud y los Principios de Brasilia, rectores para el desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas; todos ellos en pos del respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales, proclamando el respeto al derecho de las personas con algún padecimiento mental a ser tratados con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana.

El principio n° 20 de los Principios de Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales, se dirige a quienes cumplen penas de prisión por delitos penales o que se encuentran procesadas por una investigación penal en su contra y que padecen una enfermedad mental, y en tal sentido proclama:

- Todas estas personas deben recibir la mejor atención posible en materia de salud mental, según lo estipulado en el principio 1, los que se aplicarán en la medida más plena posible, con las contadas modificaciones y excepciones que vengan impuestas por las circunstancias y ninguna de estas podrá menoscabar los derechos de las personas reconocidos en los instrumentos señalados en el párrafo 5 del principio 1 supra.

- La legislación Nacional podrá autorizar a un

Tribunal o a otra autoridad competente, para que basándose en un dictamen médico competente e independiente disponga que esas personas sean internadas en una institución psiquiátrica.

- Su tratamiento será en todas circunstancias compatibles con el principio 11 supra.

Asimismo, el principio 1 enuncia todas las libertades fundamentales y derechos básicos que deben serle garantizados a las personas que padecen una enfermedad mental, entre los que se encuentran: El derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, el de ser tratados con respeto a su humanidad y dignidad inherente a todas las personas, el de no ser sujeto de ningún tipo de discriminación –entendida esta como cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad-, el derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales reconocidos– que sean compatibles en el caso que nos ocupa con los derechos reconocidos en el conjunto de principios destinados a la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión-, y la presunción de capacidad legal de todas las personas y cuando exista una determinación de tribunal competente que determine que la persona que padece la enfermedad mental no puede ocuparse de sus propios asuntos, se adoptarán las medidas para asegurar la protección de sus intereses.

A su vez el principio 20 supra, dispone que el tratamiento para las personas que padecen alguna enfermedad mental y se encuentran detenidas o cumpliendo pena, también debe compatibilizarse con el principio 11 de dicho instrumento declarativo de derechos que se refiere al consentimiento informado –entendido este como el obtenido sin amenazas ni persuasión indebida-





y en el caso que se trate de un paciente involuntario debe haber una autoridad independiente que disponga que el paciente está incapacitado para dar su consentimiento al plan de tratamiento propuesto, o si así lo prevé la legislación nacional en pos de la seguridad del paciente y la de terceros, o cuando se determine que el mismo es urgente y necesario para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a otras personas. Ese tratamiento no se aplicará más allá del período estrictamente necesario para alcanzar ese propósito, y no se someterá a ningún paciente a restricciones físicas o de reclusión involuntaria salvo con arreglo a los procedimientos oficialmente aprobados de la institución psiquiátrica y solo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros, y el paciente sometido a reclusión será mantenido en condiciones dignas y bajo el cuidado y la supervisión inmediata y regular de personal calificado, entre otros, siendo los transcriptos los más relevantes en relación al tema analizado.

A su vez, la Ley Nacional de Salud Mental 26657, recepta dichos principios como parte integrante de la ley, reconociendo los mismos derechos, disponiendo la internación como último recurso terapéutico de carácter restrictivo, debiendo promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familias y allegados salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas –debidamente fundadas- establezca el equipo de salud.

En el caso de internaciones involuntarias, también la establece como último recurso terapéutico excepcional (Art.20) y solo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí y para terceros, siendo necesario además de los requisitos exigidos para todas las internaciones: dictamen profesional que determine la situación de riesgo inminente, con la firma

de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no posean relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona; la ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento e informe de instancias previas si las hubiera.

También para el caso de internaciones involuntarias se prevé la solicitud de informes en un plazo no superior a los treinta (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida y si transcurridos noventa (90) días continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no hay intervenido hasta el momento.

A su vez prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes; y en los casos de los existentes deben adaptarse a los objetivos y principios expuestos en la ley, partiendo de la premisa de garantizar el trato digno y humano a las personas bajo tratamiento.

De la lectura de la normativa constitucional citada y comentada, se colige un verdadero cambio de paradigma en relación a la manera de considerar a la persona que se encuentra afectada por una cuestión psíquica, costó muchos años el cambio de paradigma y creo que recién estamos en el comienzo de un nuevo camino, en el que se parte de la mirada de persona con una determinada afección, la cual merece un trato digno y humano como cualquier otra persona, intentando poco a poco ir alejándonos de ese monstruo positivista que como lo dijera al inicio, veía a la persona con enfermedades mentales, como un elemento peligroso que en pos del bienestar social se debía neutralizar.

Puede pensarse cuanto más difícil resultará el cambio en el campo del Derecho Penal, donde el Estado interviene ante la comisión de hechos socialmente





dañosos y en muchos casos de extrema gravedad.

Como conclusión entiendo que ante la presencia de normas como la de los párrafos 2do y 3ero del artículo 34 del Código Penal, y en presencia de la obligación contraída por el Estado de velar por el cumplimiento de Garantías Constitucionales en materia de reconocimientos de derechos e imposición de límites al Estado en relación a la restricción de derechos fundamentales, debemos interpretar la legislación de manera armónica y acordarle a la persona detenida provisionalmente con padecimientos mentales, y diagnóstico de peligrosidad inminente para sí o para terceros, las mismas garantías penales y procesales que protegen a quienes se encuentran privados cautelarmente de su libertad con más las inherentes a las previstas para las personas que sufren afecciones mentales.

En este sentido considero que conforme ha sido interpretado el artículo 7.3 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, por la Corte Interamericana de Derechos Humanos que ha expresado que cuando la convención reza “nadie puede estar sometido a detención por encarcelamiento arbitrarios”, se está en presencia de una condición según la cual nadie puede ser sometido a detención o encarcelamiento por causas y métodos que –aún calificados de legales- puedan reputarse como incompatibles con el respeto a los derechos fundamentales del individuo por ser, entre otras cosas, irrazonables, imprevisibles o faltos de proporcionalidad” (sentencia del 21 de enero de 1994, en el “Caso Gargaram Panday Vs. Surinam”, párrafo 47).

Al respecto, la Corte expresó en el caso “*Chaparro Alvarez y Lapo Iñiguez Vs Ecuador*”, que “no es suficiente que toda causa de privación o restricción al derecho a la libertad esté consagrada en la ley, sino que es necesario que esa ley y su aplicación respeten los requisitos que a continuación se detallan, a efectos que dicha medida no sea arbitraria: **i)** que la finalidad de las medidas que priven o

restrinjan la libertad sea compatible con la Convención. Valga señalar que este Tribunal ha reconocido como fines legítimos el asegurar que el acusado no impedirá el desarrollo del procedimiento ni eludirá la acción de la justicia; ii) Que las medidas sean idóneas para cumplir el fin perseguido; iii) que sean necesarias, en el sentido de que sean absolutamente indispensables para cumplir con el fin deseado y que no exista medida menos gravosa respecto al derecho intervenido entre todas aquellas que cuentan con la misma idoneidad para alcanzar el objetivo propuesto. Por esta razón el Tribunal ha señalado que el derecho a la libertad personal supone que toda limitación a ésta deba ser excepcional, y iv) que sean medidas que resulten estrictamente proporcionales, de tal forma que el sacrificio inherente a la restricción del derecho a la libertad no resulte exagerado o desmedido frente a las ventajas que se obtienen mediante tal restricción y el cumplimiento de la finalidad perseguida” (idem, párrafo 93).

En tal sentido, resulta indispensable a los fines de armonizar la legislación comentada, que al momento de decidir una internación provisional o el dictado de una medida de seguridad en materia penal, se realice el juicio de proporcionalidad, de idoneidad y de necesidad explicitados por la Corte interamericana de Derechos humanos, a los que debe agregarse el cumplimiento de los principios rectores en materia de salud mental.

En relación a este tópico, entiendo que la internación debe resultar verdaderamente el último recurso; que el dictamen de peligrosidad inminente para sí o para terceros debe ser realizado por un equipo interdisciplinario tal como lo dispone la normativa nacional y ser periódicamente revisado; que en caso de ser necesaria la internación se garantice al sujeto un trato digno y humano, que a la vez resulte adecuado para el





tratamiento de la patología psíquica que padece, por lo que deviene necesaria la adecuación de los establecimientos generales de salud para la internación de pacientes psiquiátricos y con mayor razón si se trata de autores de injustos penales dejando de lado los prejuicios aún existentes y la tendencia al rechazo a recibirlos, especialmente si requiere medidas de custodia.

Con el deseo sincero de que el presente trabajo pueda resultar útil para quienes se interesan por la vigencia y reconocimiento de los derechos humanos, me despido agradeciendo profundamente a la Dra. María Alejandra López, Presidenta del Patronato de Liberados de la Provincia de Buenos Aires, la oportunidad de escribir y publicar este pequeño artículo.



Acerca de la salud mental y las adicciones

Graciela Cárdenas¹

Con la finalidad de acercar información sobre un tema que se ve frecuentemente durante el desempeño profesional en nuestra institución, se elaboró esta guía que brinda una descripción sencilla de los cuadros psiquiátricos más frecuentes, incluyendo alguna observación destinada a favorecer la intervención profesional en el marco de la supervisión que se lleve a cabo.

Entendiendo que, el conocimiento de algunos síntomas y la posibilidad de ampliar la mirada en las intervenciones facilitará la toma de decisiones que establezcan las estrategias a seguir, y particularmente entre ellas, las relacionadas a la necesidad de recurrir a los profesionales especializados que correspondan de acuerdo a cada caso.

Por último, vale recordar que con la sanción y reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26657), se han reconocido los derechos que tiene el paciente a decidir sobre como llevar a cabo su tratamiento -siempre que conserve su juicio crítico- y, que las internaciones deben ser el último recurso terapéutico al cual acudir.

Salud y salud mental

El concepto de salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene una definición concreta: *es el estado*

1. Graciela Cárdenas – Médica Psiquiatra. A cargo de Unidad de Tratamiento en el Medio Libre del Patronato de Liberados Bonaerense. Artículo elaborado para Cuadernos de Ejecución Penal en el año 2015.

Colaboraron en la elaboración de este trabajo:

Dra. Carolina Susana López Osornio – Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica.

Lic. Lisandro José Inclán- Licenciado en Psicología U.N.L.P.

Dra. Beatriz Susana Yabor- Especialista en Psiquiatría y Psicología Médica.



completo de bienestar físico y social que tiene una persona. Esto implica que no se trata sólo de ausencia de enfermedades biológicas.

En los años cincuenta, la OMS revisó la definición de salud y finalmente la reemplazó por esta nueva, en la que la noción de bienestar humano trasciende lo meramente físico. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) aportó luego un dato más: la salud también tiene que ver con el *medio ambiente* que rodea a la persona.

La OMS, luego de caracterizar el concepto de salud, también estableció una serie de componentes que lo integran: el estado de *adaptación al medio* (biológico y sociocultural), el estado *fisiológico de equilibrio*, *el equilibrio entre la forma y la función del organismo* (alimentación), y la *perspectiva biológica y social* (relaciones familiares, hábitos). La relación entre estos componentes determina el estado de salud, y el incumplimiento de alguno de ellos genera el estado de enfermedad.

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales



de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Datos a tener en cuenta a la hora de abordar el tema de Salud Mental, según la OMS:

- 1) Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales.
- 2) Los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias son la principal causa de discapacidad en el mundo.
- 3) Cada año se suicidan más de 800.000 personas.
- 4) La guerra y las catástrofes tienen efectos importantes en la salud mental y el bienestar psicosocial.
- 5) Los trastornos mentales figuran entre los factores de riesgo importantes de otras enfermedades y de lesiones no intencionales o intencionales.
- 6) La estigmatización y la discriminación de la que son víctimas los enfermos y sus familiares disuaden a los pacientes de recurrir a los servicios de salud mental.
- 7) En la mayoría de los países son frecuentes las denuncias de violaciones de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental o psicológica.
- 8) Existen grandes diferencias en el mundo en la distribución de profesionales competentes en atención de salud mental.
- 9) Para que aumente la disponibilidad de servicios de salud mental, hay que superar obstáculos claves, como por ejemplo la falta de financiación o la escasez de recursos humanos.
- 10) Los recursos financieros que se necesitan para que aumenten los servicios son relativamente modestos (se necesitarían US\$ 2 por persona y año en los países de ingresos bajos y de US\$ 3 a 4, en los de ingresos medios).

La enfermedad mental

La enfermedad o el trastorno mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y del comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Esto dificulta la adaptación de la persona al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

No es fácil establecer una causa-efecto en la aparición de la enfermedad mental, dado que las causas son múltiples y confluyen además factores biológicos (alteraciones bioquímicas, metabólicas, etc.), factores psicológicos (vivencias del sujeto, aprendizaje, etc.) y factores sociales (cultura, ámbito social y familiar, etc.) que pueden influir en su aparición.

Internacionalmente se ha clasificado a las enfermedades mentales y se las ha agrupado, según consenso internacional en el manual DSM IV. De esa clasificación hemos considerado describir aquí, aquellos trastornos que en el quehacer profesional se ven con más frecuencia.

Retraso mental

El “*Retraso Mental*” ha tenido diversas denominaciones a lo largo de la historia, oligofrenia, anormalidad, deficiencia, insuficiencia, subnormalidad, etc., pero actualmente, con los nuevos criterios del DSM-V, se da paso a la denominación de **Trastornos del Desarrollo Intelectual** (TDI) para referirse a los casos que anteriormente se definían como Retraso Mental.

Las diferentes clasificaciones internacionales y europeas consideran el Trastorno del Desarrollo Intelectual





(TDI) como: “*Un desarrollo mental incompleto o detenido que produce el deterioro de las funciones completas de cada época del desarrollo, tales como las cognitivas, lenguaje, motrices y socialización*”

La persona que lo sufre no puede cumplir con las funciones mentales y cerebrales de acuerdo al potencial común de los seres humanos por presentar algún tipo de patología, desorden o complicación. El retraso mental se evalúa sobre todo a un nivel cognitivo, es decir, teniendo en cuenta las posibilidades que una persona tiene para aprender y asimilar información a lo largo de su vida. De tal modo, alguien que posee algún nivel de retraso mental muestra posibilidades menores o más lentas de aprender algo que una persona de su edad fácilmente logra asimilar. Además, el retraso mental dificulta la vida en sociedad y el desarrollo de cuidados propios como los que tienen que ver con la alimentación, la higiene o la salud. Esto deriva en que aquellas personas que tienen este tipo de retraso deben estar permanentemente acompañadas por alguien que las cuide, incluso cuando ya se encuentran en edad adulta.

Detección y evaluación del TDI

Antes de efectuar la evaluación, deberá procederse a recoger con detalle toda la historia evolutiva de la persona, con los diagnósticos médicos si los hay, así como las circunstancias pasadas y presentes.

La aplicación de diferentes escalas para averiguar el nivel del desarrollo es importante en un primer momento. Es a partir de los 4 años de edad que puede empezarse a evaluar el C.I. con las diversas escalas.

Estimulación precoz

Es un tratamiento educativo que debe iniciarse lo



antes posible, en los primeros días o meses de vida, para mejorar o prevenir los déficits del desarrollo psicomotor de niños con riesgo de padecerlo, tanto por causa orgánica como ambiental. Consiste en crear un ambiente estimulante adaptado a las capacidades de respuesta de cada niño para que aquellas vayan aumentando progresivamente y su evolución sea lo más parecida al niño normal.

Observaciones para mejorar la intervención profesional

*Interrogar acerca de su escolaridad (nivel alcanzado, repetición de grados, escolaridad incompleta, etc.);

*Recabar antecedentes de tratamientos psiquiátricos anteriores.

*Es importante que el paciente gestione un certificado de discapacidad, y si ya lo posee, verificar cual es la fecha de vencimiento del mismo, como así también si ha gestionado una Pensión No Contributiva.

Psicosis

Las personas que sufren un brote psicótico interpretan la realidad de una forma alterada. Este trastorno lo conforman enfermedades que varían de acuerdo a sus características, conocidas como trastornos psicóticos.

El Trastorno psicótico es una entidad que se caracteriza por una alteración de la percepción de la realidad, es decir, las personas que lo sufren perciben durante un periodo de tiempo una realidad alterada que no es la que el resto de personas viven, pero que ellos creen cierta.

Esta sensación de irrealidad les genera angustia y nerviosismo y los hace mostrarse vigilantes hacia todo lo que les rodea, llegando en algunos casos al aislamiento emocional y social.

Es importante mencionar que quienes sufren estos trastornos asumen que su percepción de la realidad es la real, a pesar de las evidencias en contrario y aunque otra persona les diga que lo que escuchan o ven no existe.

Entre los síntomas más característicos de este desorden mental podemos citar los siguientes:



alucinaciones visuales o auditivas, sensaciones corporales; delirios (interpretaciones subjetivas alejadas de la realidad); pensamiento desorganizado; cambios muy marcados en la personalidad; comportamientos extraños e inusuales (que permiten decodificar que algo no está bien) como aislamiento, abandono personal, hablar o reírse solos; mayor desconfianza o misticismo; dificultad para desenvolverse en un ámbito social e incapacidad para desarrollar las tareas diarias que antes las resolvían con mayor holgura.

Es importante tener en cuenta que un paciente psicótico no se reconoce como enfermo y requiere de controles psiquiátricos periódicos y del cumplimiento del tratamiento farmacológico indicado por el profesional tratante, ya que de ello depende que su cuadro pueda estabilizarse.

Observaciones para mejorar la intervención profesional

*Averiguar si la persona tuvo internaciones y/o tratamientos psiquiátricos anteriores.

*Observar si su diálogo es incoherente o confuso; si se observan conductas extrañas; si su familia hace referencia de comportamientos como encerrarse, dejar de comer, si habla solo o se ríe de manera inmotivada, si tiene una actitud mística, o se torna muy desconfiado, etc.

*En estos casos es importante que la persona concurra a un Centro de Salud para que evalúen su situación y pueda iniciar el tratamiento correspondiente.

*También se debería gestionar el certificado de discapacidad, y si corresponde la Pensión No Contributiva.

Neurosis

Según la OMS, es un trastorno psíquico sin una alteración orgánica demostrable, en las cuales el juicio de la realidad se halla conservado y hay lucidez.

Una neurosis es una respuesta inadecuada a una situación de estrés que puede padecer un individuo. Puede desarrollar síntomas variados pero comprende que algo está funcionando mal, circunstancia que da cuenta de que los vínculos con la realidad se mantienen.



Los cuadros neuróticos se producen como consecuencia de conflictos en la estructura psíquica de la persona. Dichos conflictos son inconscientes y aunque sus causas también los son, poco tiempo antes de la aparición del cuadro puede observarse que ha ocurrido un hecho de cierta significación, como la pubertad, embarazo, adolescencia, fallecimiento de un ser querido, divorcio, etc.

Para tratarla, pueden utilizarse distintos métodos como la psicoterapia, la terapia conductual o el uso de fármacos.

Observaciones para mejorar la intervención profesional

*Generalmente la persona puede presentar un malestar emocional leve que en la mayoría de los casos puede ser la angustia o la necesidad de llamar la atención del otro.

*Si estos síntomas interfieren en su vida personal, familiar y/o laboral, debería sugerirse una consulta psicológica.

Trastornos de personalidad

Son un grupo de afecciones de salud mental en las cuales la persona tiene un patrón prolongado de comportamientos, emociones y pensamientos, diferente a las expectativas de su cultura.

Este patrón de comportamiento diferente a lo esperado, generalmente comienza en la adolescencia y puede interferir de una forma directa en planos básicos de la rutina cotidiana, por ejemplo, en las relaciones personales, en el rendimiento laboral o académico y en la rutina cotidiana.

Generalmente se presentan conductas manipuladoras; discurso seductor o de victimización; pensamiento rígido o poco flexible; teatralidad en las actitudes.

Al principio, las personas con estos trastornos



usualmente no buscan tratamiento por su cuenta, sino que tienden a buscar ayuda una vez que su comportamiento ha causado problemas graves en sus relaciones personales, laborales, o cuando les diagnostica otro problema psiquiátrico, como un trastorno del estado anímico o drogadicción.

Aunque lleva tiempo tratar los trastornos de personalidad, hay indicios crecientes de que ciertas formas de psicoterapia pueden ayudar a muchas personas. En algunos casos, los medicamentos pueden ser un complemento útil para la terapia.

Observaciones para mejorar la intervención profesional

*Generalmente las personas que padecen un Trastorno de Personalidad presentan conductas manipuladoras (discurso de seducción o victimización, conductas desafiantes, amenazantes o de intimidación) para lograr un beneficio secundario; pueden tener una tendencia a la teatralización; su pensamiento es poco flexible; y presentan una marcada dificultad en las relaciones interpersonales y un déficit en el control de sus impulsos.

*Teniendo en cuenta estas características es importante durante la intervención, pesquisar este tipo de conductas a fin de no involucrarse con el contenido de su discurso.

Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

Las adicciones son un síndrome constituido por un conjunto de signos y síntomas característicos. Puede desarrollarse adicciones tanto a sustancias psicotrópicas como a actividades y hasta relaciones. Algunos casos de adicciones son a:

- *Sustancias psicotrópicas como el alcohol, la nicotina y diferentes tipos de drogas
- *Juegos de azar
- *Comidas o componentes comestibles
- *Sexo
- *Trabajo



*Relaciones interpersonales, por ejemplo una pareja.

Trastorno por consumo de sustancias

Es una enfermedad biopsicosocial, caracterizada por el abuso y la dependencia de sustancias químicas. Produce graves problemas físicos, familiares, laborales y sociales.

Una característica central a las conductas adictivas, es la pérdida de control. La persona con una conducta adictiva no tiene control sobre esa conducta, aparte de que la misma le produce dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y una incidencia negativa muy importante en su vida, que va a ser en muchos casos la causa de que acuda en busca de tratamiento o le fuercen a buscarlo.

Los elementos característicos de una adicción son:

- *Un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible).
- *La capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre).
- *Malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer.
- *Persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias.

Otras características de las conductas adictivas son, la fuerte dependencia psicológica, la pérdida de interés por otras actividades gratificantes y la interferencia grave en la vida cotidiana.

La terapia individual puede ser de ayuda en las



primeras etapas del tratamiento como una forma de lograr expresar los sentimientos, recibir apoyo emocional, elaborar una estrategia de intervención y comenzar la recuperación individual.

Los grupos de familia y los grupos entre los pacientes adictos son de suma utilidad en el tratamiento, pues proveen de soporte emocional y de contención en la recuperación.

Observaciones para mejorar la intervención profesional

*Generalmente las personas con algún tipo de trastorno por consumo de sustancias presentan conductas manipuladoras; dificultad en el control de impulsos; cambios en su estado de ánimo; aparición de conductas agresivas y cambios en la vida cotidiana.

*Manifiestan también una marcada dificultad en la aceptación de límites, con tendencia a transgredirlos permanentemente.

*Es importante trabajar en la toma de conciencia de su enfermedad para que acepten incorporarse a un tratamiento para su Trastorno por Consumo de Sustancias.

Demencia

Es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficits de múltiples funciones, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. Se acompaña de deterioro del control emocional, del comportamiento o de la motivación. Estas pérdidas son mayores que en el envejecimiento normal y de entidad suficiente como para afectar a las actividades cotidianas que la persona realizaba previamente. Si los problemas cognitivos se inician a partir de los 65 años se considera que la demencia es de inicio tardío o senil. Si se inicia por debajo de los 65 años se considera que la demencia es de inicio precoz o presenil.

Como consecuencia de tratarse de una enfermedad progresiva, paulatinamente se van notando sus diversos síntomas. Es probable que a medida que avanza la



enfermedad, pueda verse que la persona sufre pérdida en la orientación del tiempo y el espacio y, en algunos casos más graves y avanzados, no se reconozca a sí mismo ni a su entorno, perdiendo la capacidad de autovalerse.

Observaciones para mejorar la intervención profesional

*Generalmente las personas con síndrome demencial presentan múltiples déficits a nivel cognitivo (fallas de memoria, frases reiterativas, desconocimiento del manejo del dinero), conductual (pueden observarse conductas agresivas) y en el lenguaje, (dificultad para expresarse), de manera tal que no pueden realizar las actividades cotidianas y dependen de terceros para poder cumplirlas.

*En este caso es importante que la persona realice controles médicos/psiquiátricos periódicos, y que su familia lo acompañe en esta etapa.

Emergencias psiquiátricas

Se define la urgencia psiquiátrica como la situación en la que el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta son en tal grado disruptivas, que el paciente mismo, la familia o la sociedad, consideran que requiere atención inmediata. Pueden presentarse en condiciones que:

*Manifiestan una alteración psicológica aguda (ansiedad, pánico, depresión, trastornos de adaptación).

*Implican riesgo de daño personal o interpersonal (agresión, suicidio, homicidio).

*Evidencian un comportamiento profundamente desorganizado (psicosis, delirio).

Cuidados y tipos de intervención en las urgencias psiquiátricas

Hay, esquemáticamente, cuatro tipos de intervención en el abordaje y tratamiento de urgencias psiquiátricas:



Intervención verbal: la comunicación es primordial. Con las transacciones explícitas, la ganancia siempre es alta y los riesgos menores. La comunicación debe ser directa, comprensiva, persuasiva y firme.

Intervención farmacológica: referida al empleo adecuado, seguro y juicioso de los psicofármacos que, en la actualidad, constituyen recurso de privilegio técnico en el tratamiento. Así, es indispensable el conocimiento cabal de la psicofarmacología.

Intervención física: implica restricción por la fuerza humana o contención mecánica. Será necesaria en algunos casos para proteger al paciente mismo o a los demás. El médico comandará con seguridad las acciones evitando involucrarse personalmente en actos de fuerza; la experiencia demuestra que cuando los pacientes se restablecen suelen agradecer el haberseles cuidado.

Solicitud de ayuda: deberá ser hecha sin demora cuando la situación lo requiera, al especialista o a las entidades que en casos singulares deben intervenir.

Se muestran a continuación, características de los cuadros más significativos: paciente suicida, ansiedad y pánico, agitación y violencia.

El paciente suicida.

Las ideas, la amenaza y el intento de suicidio son causa importante de urgencia psiquiátrica. Farberow clasifica los pacientes suicidas en cuatro grupos:

- Los que conciben el suicidio como el paso a una vida mejor.
- Los que cometen el suicidio como consecuencia de psicosis asociada a alucinaciones.
- Aquellos que cometen el suicidio como venganza contra una persona amada.



- Aquellos de edad avanzada para quienes el suicidio es una liberación.

Se considera que hay una relación entre suicidio o intentos de suicidio y enfermedades de diferente tipo. Factores importantes incluyen alcoholismo, abuso de drogas, depresión, esquizofrenia, trastornos de pánico, situaciones vitales agudas o de gran tensión. En cuadros orgánicos con conducta proclive al suicidio se citan los pacientes afectados de enfermedades crónicas, así como aquellos que están en diálisis renal.

No todos los pacientes con ideación suicida deben hospitalizarse. La determinación dependerá de algunas consideraciones, por ejemplo: si se presenta como pensamiento obsesivo, se le tranquilizará; si el intento fue manipulatorio o si manifiesta arrepentimiento, podrá ser enviado a consulta externa psiquiátrica. Por el contrario, deben hospitalizarse los pacientes que hayan hecho un intento suicida serio; los que no muestran arrepentimiento; los que tienen intensos sentimientos de culpa y expresan que estarían mejor muertos; los ancianos con enfermedad crónica; los pacientes con alucinosis alcohólica; los esquizofrénicos con alucinaciones auditivas que les ordenan matarse.

El paciente con ideación o intento suicida necesita ayuda, cuidado y simpatía. No se debe formular críticas ni juicios sobre su estado. La actitud debe, siempre, transmitir esperanza.

Ansiedad y pánico

La ansiedad es una de las manifestaciones psiquiátricas más frecuentes. En la ansiedad o angustia se vive fundamentalmente una amenaza a los sistemas de seguridad personal. Es un estado afectivo sumamente desagradable e intolerable.

El cortejo sintomático y signológico de la ansiedad



se caracteriza por: torturante sentimiento vital de opresión, desasosiego y tensión nerviosa, impresión de estar a merced de amenazas imprecisas, expresión facial característica, manifestaciones neurovegetativas, tales como: midriasis, palidez facial, sudores profusos, taquicardia, taquipnea, diarrea, sequedad de boca, disminución del apetito, insomnio, hipertensión e hipoglucemia. A lo expuesto, se agregan otros síntomas como tensión muscular, cefalea, polaquiuria, etc.

Los ataques de pánico, caracterizados por episodios breves de ansiedad intensa, surgen súbitamente, alcanzan su máximo rápidamente y no están asociados a situaciones amenazantes de la vida ni agotamiento físico o estímulo fóbico. Se acompañan de un acentuado temor a morir, a volverse loco o a perder la razón, junto a una sensación de falta de aire o asfixia y predominio de síntomas vegetativos de gran intensidad.

Agitación y violencia

Agitación es la actividad motora exagerada y desorganizada, asociada a exaltación y excitabilidad mental. Se presenta en los cuadros psicóticos, trastornos no-psicóticos y en trastornos mentales orgánicos. Es también, parte constitutiva de los cuadros de agresión o violencia.

Violencia o agresión, es la acción espontánea o reactiva que descarga estímulos nocivos o dañinos sobre otros organismos o el propio.

La agitación psicomotriz puede presentarse como sintomatología grave de diversos trastornos: de adaptación, angustia intensa, pánico, esquizofrenia, manía, orgánico cerebrales y otros.

Hay una serie de causas médicas que pueden producir síntomas de agitación:

- **Tóxicas:** Drogas simpaticomiméticas, digitalismo, cafeinismo, psicoestimulantes
- **Abstinencia del alcohol o drogas hipnosedantes.**
- **Metabólicas:** Hiper o hipotiroidismo, hipoglicemia, síndrome carcinoide, etc.
- **Cardiovasculares:** Angina, infarto, arritmias.

En el abordaje al paciente violento o agudamente agitado, es el médico quien debe actuar, y si éste es altamente violento deberá protegerse él y al personal auxiliar, de posibles daños.

En los casos de pacientes violentos con ideas homicidas orientadas a alguna persona en particular, es necesario hacérselo saber a ésta última.

Observaciones para mejorar la intervención profesional

*Frente a una urgencia psiquiátrica debe intervenir un profesional de la salud capacitado para encaminar la resolución del cuadro, por lo que se debe acudir al sistema local de atenciones en emergencias.

*En personas judicializadas debe darse intervención al Juzgado de Familia, solicitándole la evaluación de la persona a fin de determinar si hay necesidad de una internación para lograr la remisión del cuadro agudo.

