



ANEXOS



ANEXO 1

LEY 26657 PODER LEGISLATIVO NACIONAL (P.L.N.)

Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Derógase la Ley Nº 22.914.

Sanción: 25/11/2010; Promulgación: 02/12/2010; Boletín Oficial: 03/12/2010

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

Capítulo I

Derechos y garantías

Artículo 1º - La presente ley tiene por objeto asegurar 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 que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Art. 2º - Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores; para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

Capítulo II

Definición

Art. 3º - En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalentes en la comunidad donde vive la persona;
- Elección o identidad sexual;
- La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

Art. 4º - Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

Art. 5º - La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

Capítulo III

Ámbito de aplicación

Art. 6º - Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

Capítulo IV

Derechos de las personas con padecimiento mental

Art. 7º - El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- 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;
- Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- 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;
- Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- Derecho del asistido, su abogado, un familiar, o allegado que éste designe, a acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- 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;
- Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
- 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;
- Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
- 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;
- Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
- Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable;
- Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
- 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.

Capítulo V



Modalidad de abordaje

Art. 8° - Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente.

Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

Art. 9° - El proceso de atención 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.

Art. 10. - Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

Art. 11. - La Autoridad de Aplicación debe 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.

Art. 12. - La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

Capítulo VI

Del equipo interdisciplinario

Art. 13. - Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

Capítulo VII

Internaciones

Art. 14. - La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

Art. 15. - La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

Art. 16. - Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- 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.

Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

Art. 17. - En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

Art. 18. - La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación.

En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

Art. 19. - El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

Art. 20. - La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

- Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;
- Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;
- Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

Art. 21. - La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

- Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;
- Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;



c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata. El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

Art. 22. - La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

Art. 23. - El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

Art. 24. - Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

Art. 25. - Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

Art. 26. - En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

Art. 27. - 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. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

Art. 28. - Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales.

A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la [ley 23.592](#).

Art. 29. - A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.

Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

Capítulo VIII

Derivaciones

Art. 30. - Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden 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.

Capítulo IX

Autoridad de Aplicación

Art. 31. - El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

Art. 32. - En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

Art. 33. - La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

Art. 34. - La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

Art. 35. - Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes.

Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

Art. 36. - La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

Art. 37. - La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

Capítulo X



Organo de Revisión

Art. 38. - Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Organo de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

Art. 39. - El Organo de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

Art. 40. - Son funciones del Organo de Revisión:

- a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;
- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;
- d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;
- e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;
- f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;
- g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las situaciones en que hubiera irregularidades;
- h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;
- i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;
- j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;
- k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;
- l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

Capítulo XI

Convenios de cooperación con las provincias

Art. 41. - El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

- a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;
- b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;
- c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

Capítulo XII

Disposiciones complementarias

Art. 42. - Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

Art. 43. - Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

Art. 44. - Derógase la [Ley 22.914](#).

Art. 45. - La presente ley es de orden público.

Art. 46. - Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

Dada en la sala de sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a los veinticinco días del mes de noviembre del año dos mil diez.
Julio C. C. Cobos; Eduardo A. Fellner; Enrique Hidalgo; Juan H. Estrada.



ANEXO 2: Encuestas realizadas a los enfermeros y personal de Hospital de Zonda

Marco en el que se inscribe la encuesta.

Proyecto de Tesis de Arquitectura: CENTRO INTEGRAL PARA PACIENTES CON PADECIMIENTO MENTAL.

La temática elegida es salud mental. A raíz de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y el conocimiento del nuevo paradigma en psiquiatría se intervendrá en el Hospital Neuropsiquiátrico de Zonda, en Rivadavia, San Juan. Actualmente es un hospital monovalente, y con grandes barreras arquitectónicas negativas para la rehabilitación del paciente. El proyecto apunta a adaptar el actual nosocomio a la nueva normativa, diseñando los nuevos espacios que consideramos necesarios en un centro de salud de la escala que requiere, como así también el diseño de readaptación de sus funciones.

Estamos interesadas en las nuevas tendencias del tema, siguiendo algunos autores como: Revolución Delirante, la Psiquiatra española Martín Laura, neuroarquitectura, ... y la transformación que propone la nueva ley de salud mental 26.657.

Cualquier aporte que desde su experiencia considere que nos puede llegar a servir será bienvenido
*aquellas preguntas de las cuales no tenga información, no es necesario que las responda

ENTREVISTA 1

Perfil de el / la entrevistado/a.

Nombre: Alejandra Galvez

Profesión: Lic. en Psicología

¿Hace cuanto ejerce la profesión? Cuatro años

¿Su manera de ejercer se relaciona con este nuevo paradigma sobre la salud mental? ¿Qué opina al respecto?

Considero que es necesario tiempo y formación para que comencemos a trabajar con los lineamientos de la nueva ley. Si creo que la propuesta de la ley es velar por la calidad de vida de los usuarios (pacientes) y sobre todo considerar el criterio profesional de todos los miembros del equipo de salud.

En nuestra provincia, muchos intentamos trabajar en equipo, valorar las decisiones que se tomen de manera interdisciplinaria, pero es una realidad que aun siguen habiendo obstáculos y cierta hegemonía médica.

¿Trabaja actualmente o ha trabajado en algún neuropsiquiátrico?

Actualmente trabajo en la Residencia de Psicología, que depende del Ministerio de Salud Pública. He rotado un año en el Hospital Mental Zonda, sigo colaborando con los proyectos de reinserción laboral.

¿Cuánto hace que trabaja en el neuro psiquiátrico?

Comencé a rotar en marzo del 2013 hasta diciembre del mismo año, actualmente no asisto al hospital pero colaboro en la ejecución de proyectos.

¿Cuantas personas trabajan en el Hospital actualmente?

No lo sé con precisión



¿Cuáles y con qué frecuencia son los horarios de visita? ¿Existen pacientes abandonados dentro del hospital?

No lo se con precisión. Lo que se es que hay pacientes que sus familiares hace mucho tiempo que no visitan.

¿Sabe algo respecto de la historia del establecimiento, de los edificios? No lo recuerdo.

¿Cuántos pabellones dispone el hospital? ¿Cuántos viven en ellos?

Tiene 3 salas donde duermen los pacientes, dos de varones y una de mujeres. Una sala de laborterapia, en otra sala se encuentra el comedor y por otro lado los consultorios externos, farmacia y dirección.

¿Están divididos en unidades de internación? (Crónicos, agudos, etc)

Las mujeres se encuentran todas en la misma sala. Los varones por lo que recuerdo están los que llevan más tiempo en la Sala A, pero también todo depende de la disponibilidad de cada sala cuando llega un paciente nuevo.

¿Disponen de espacios comunes? ¿Son todos al aire libre?

El comedor, laborterapia y el patio son los espacios comunes.

¿Que actividades practican las personas dentro de este hospital?

Algunos pacientes están dentro de los proyectos de reinserción laboral y otros llevan a cabo algunas tareas que se les proponen en el espacio de laborterapia.

¿Cree que está relacionada las enfermedades mentales con actos violentos?

No, por supuesto que no. Las enfermedades mentales no necesariamente conllevan actos violentos o agresivos, todo depende de la singularidad de cada persona.

¿Hay personas con antecedentes penales? ¿Las mismas reciben algún trato especial?

Sí, hay personas que están internadas por causas judiciales. Algunas tiene custodia policial, en relación al trato todos las personas que están allí son tratadas como pacientes.

¿Qué enfermedades son las que llegan con mayor frecuencia al neuropsiquiátrico?

Con mayor frecuencia pacientes psicóticos.

¿Quiénes pueden acceder al hospital?

Por lo que recuerdo, en primera medida toda persona que tenga criterios de internación psiquiátrica. Luego se evalúa si tiene obra social y puede acceder a una clínica privada o es pertinente que este internado en un hospital general.

¿Si hubiese más capacidad cuántas personas cree que ingresarían?

No lo sé, es importante no solo velar por la comodidad física, sino también por poder brindarles un adecuado tratamiento a todos, por lo que se sería necesario más personal

Sobre los pacientes.

¿Qué significa el encierro para los pacientes?

La respuesta es distinta para cada paciente, para algunos estar en el hospital significa tranquilidad y estabilidad, ya que han desarrollado pertenencia por los años que llevan allí. Para otros puede significar es encierro y agotamiento, para otros es una etapa de recuperación y de oportunidad...en cada caso es distinto.

En la orientación del paciente, ¿Ésta se ve afectada en distintos espacios?

No entiendo a que te referis con la orientación del paciente



En caso de una crisis, ¿Hay que inmovilizarlos? si hay que inmovilizarlo, ¿Cuál sería la manera más humana? ¿Se deben encerrar en algún lugar? ¿Qué cualidades debería tener?

Las crisis son distintas en cada caso, no sé bien como intervienen en relación a la “inmovilización”.

Si he participado de entrevistas donde se intenta contener el paciente y registrar los eventos que hayan podido desencadenar la crisis.

¿Se puede evitar el brote con prevención primaria? ¿De qué manera? ¿Hay aviso previo?

No sé si con prevención primaria, pero si con un adecuado tratamiento, con terapia y con la colaboración familiar.

Muchos pacientes con análisis pueden ir localizando aquellas situaciones que desencadenan sus crisis, la familia también colabora en esto; pudiendo pedir ayuda para evitarlas, cuando comienzan a sentirse mal acudiendo a control, etc.

Sobre la arquitectura.

¿Cómo puede colaborar la arquitectura en la orientación de los pacientes?

Considero que generas espacios en compartidos con propuestas de actividades recreativas y terapéuticas puede ser de gran ayuda al tratamiento y la rehabilitación de paciente.

Es importante tener en cuenta que la mayoría los pacientes de los pacientes fuman por lo que la ventilación es necesaria.

Espacios donde puedan estar con sus familiares en las visitas, espacios cerrados con mesas y sillas.

¿Puede ver alguna reacción particular en el comportamiento del paciente ante curvas, esquinas o ángulos?

Nunca he escuchado ni he leído que haya alguna contraindicación en relación a esto.

¿Y sobre colores? Tampoco.

¿y sobre sonidos? No lo sé tampoco, si hay pacientes con mayor sensibilidad al ruido o las voces en tonos elevados, pero no puedo afirmar que eso afecte al comportamiento.

¿Cómo están organizados los espacios de dormitorio?

La sala de las mujeres y una de las salas de hombres tienen habitaciones compartidas, hay algunas más grandes y otras pequeñas (dos camas).

La otra sala de hombres es un como un pabellón donde hay muchas camas.

¿Es positivo o negativo que duerman de a grupos?

Depende del paciente. Cuando están descompensados se busca que duerman solos para que estén tranquilos.

¿Cómo manejan el tema de las cerraduras en dormitorios?

Por lo que recuerdo no tienen cerradura.

¿Que significa tener su propio espacio para los pacientes? ¿Qué cualidades deberían tener esos espacios?

¿Cree que es positivo los espacios para guardar objetos personales?

Si, considero que es positivo

Cree que se le concede a los pacientes espacios suficientes para guardar sus objetos personales?

No lo se.

¿Ve alguna tendencia de alguno de ellos a acumular un sin numero de objetos inútiles?

Si, varios pacientes tienen tendencia acumular cosa.



¿Realmente son inútiles? "este afán de atesorar es a menudo una reacción defensiva engendrada por un sentimiento de desposeimiento"

No considero que sea inútil, hay que ver en cada caso que finalidad tiene para cada paciente guardar cosas.

Cada persona hace un tratamiento de su enfermedad muy singular, la acumulación de objetos puede ser una modalidad.

¿Está de acuerdo con la siguiente cita? "Algunos enfermos muy angustiados necesitan vivir en espacios muy reducidos, pues es así como se sienten en mayor seguridad. Y los agitados o ruidosos deberán ser alejados en cierta medida para que no molesten a los demás."

No, no estoy de acuerdo. Antes que nada hay que conocer el paciente y las cuestiones que lo aquejan, que lo angustian, que lo agitan, etc. En salud mental para mí las decisiones no son matemáticas, hay que evaluar qué es lo mejor para cada caso.

Como creen que necesitan vivir las personas angustiadas? Y los agitados y ruidosos?

Sobre la ley 26.657, ¿hay cambios con respecto al cierre perimetral del predio y el no libre acceso? No lo sé.

Sobre los talleres.

¿Cree conveniente crear talleres con diferentes cupos para las diferentes adaptaciones del paciente? dividirse en grupos mayores y de grupos reducidos?

Considero que es importante generar talleres en los cuales la participación de los pacientes sea voluntaria. Por supuesto de acuerdo a las características de los pacientes y de las actividades se evalúa cual es el número de participantes conveniente.

¿Cree conveniente que haya una rutina con horarios que combine distintas actividades?

Si, por supuesto. La rutina ayuda mucho a la organización del paciente, que puedan asumir responsabilidades en tareas y actividades favorece la recuperación.

ENTREVISTA 2

Entrevista: Narváez GUSTAVO

Alumnas: ¿Sabe algo respecto de la historia del establecimiento, de los edificios?

Gustavo: Sé que fue inaugurado más o menos en el 70 pero los edificios estaban desde antes y pertenecían a la familia Cantoni. Donde hoy se encuentra el edificio de terapia ocupacional antiguamente funciono como el casino de esta familia, es por eso que es el único que tiene mejores materiales y un piso de madera radiante.

También funciono este establecimiento como hospital de tuberculosis

Alumnas: ¿Cuántos pabellones dispone el hospital? ¿Cuántos viven en ellos?

Gustavo: existen actualmente 3 unidades de internación: 1 de mujeres y 2 de hombres. En ellos viven aproximadamente 80 personas entre hombres y mujeres

Alumnas: ¿Porque dice que están divididos en unidades de internación?

Gustavo: Están divididos según sean pacientes en etapa agudos o si son crónicos.

Alumnas: ¿Disponen de espacios comunes? ¿Son todos al aire libre?

Gustavo: Si contamos con un comedor y el resto son espacios al aire libre

Alumnas: ¿Que actividades practican las personas dentro de este hospital?



Gustavo: Los pacientes pueden hacer gimnasia con un profesor que les enseña. Por otro lado tenemos servicios de terapias ocupacionales que permitan la reinserción laboral, a través de talleres ya que los pacientes encuentran abolida la voluntad. Algunos de los emprendimientos son "CAFEZITO" que es un emprendimiento manejado por los pacientes

Otro es "PAPELITO" donde se confeccionan tarjetas que luego son vendidas. Y un taller de maderas. En las tareas se dividen los pacientes según sean más autónomos y aquellos que están más deteriorados

Alumnas: ¿Cuántas personas trabajan en el Hospital actualmente?

Gustavo: en total el personal está conformado por 130 personas más los empleados de cocina y limpieza

Alumnas: ¿Cuáles y con qué frecuencia son los horarios de visita? ¿Existen pacientes abandonados dentro del hospital?

Gustavo: Los horarios de visita son de turno tarde. Los pacientes agudos están aproximadamente entre 15 y 30 días internados, luego en la etapa crónica muchos si son abandonados y no tienen donde vivir.

Alumnas: ¿Cree que está relacionada las enfermedades mentales con actos violentos?

Gustavo: el paciente es violento por la enfermedad ya que se aumentan los niveles cerebrales esto hace que tenga excitación mental, generando en la persona impulsos que lo lleva a cometer algún acto violento pero no significa que ES violento

Alumnas: ¿Hay personas con antecedentes penales? ¿Las mismas reciben algún trato especial?

Gustavo: El 70% de los internados son pacientes judiciales, y el trato es el mismo para todos.

Alumnas: ¿Qué enfermedades son las que llegan con mayor frecuencia al centro?

Gustavo: la enfermedad mental se dividen en neurosis y psicosis y luego estas se dividen en las distintas patologías

Alumnas: ¿quiénes pueden acceder al hospital?

Gustavo: aquellos que no tienen cobertura social, para estos pacientes el Estado es quien provee la medicación y pueden ser internadas, en cambio las personas con cobertura social están auto gestionadas y se les realiza una factura a la obra social como hospital, y solo se atiende la urgencia, pero no son internadas, son derivados a centros privados como son Clínica Santa Lucia

Entrevista: paciente

Alumnas: ¿Qué piensa que podría mejorar dentro del hospital?

Paciente: lo más importante para mí es potabilizar el agua, porque como acá hay sistemas de bombas cuando se corta la luz nos quedamos sin agua. Antes teníamos huertas con lechuga, espinaca, pero por el mismo problema de la falta de agua ya no podemos tenerlas. Otra cosa sería bueno tener espacios de recreación.

NOTA: Nos informaba el paciente que fue uno de los pioneros en la construcción del emprendimiento CAFEZITO, y que realizaban viajes en grupos de 14 personas a distintas instituciones del centro como la Municipalidad de la Capital para vender café en las oficinas. Los viajes eran realizados gracias al sistema de transporte que le ofrecía el mismo Hospital. Y que solo cuentan con dos unidades

Este emprendimiento se encuentra fuera del cerco perimetral del Hospital, como forma de reinserción de la persona a la comunidad. El emprendimiento comenzó con la compra de un gazebo

donde se vendía solo café y luego se concretó con estructuras que utilizan con el reciclado de materias (techo del Hospital)

El Neuropsiquiátrico se encuentra aproximadamente a unos 16 km del centro de la Capital de San Juan, y teniendo en cuenta la gran distancia con respecto a la ciudad y considerando que existen actualmente solo dos líneas de colectivos que llegan al Establecimiento, la accesibilidad es mala.

En el momento de la visita, los pacientes se encontraban fuera de los pabellones, porque se estaban realizando desinfecciones en todo el lugar, nos contaron además que las mismas se realizan con frecuencias de un mes.

Hablamos además con la psicóloga Alejandra Rodríguez y un grupo de jóvenes profesionales que se encontraban realizando residencia en el hospital y respecto al entendimiento de la Nueva Ley 26657 de salud mental notamos cierta resistencia en la implementación por una parte del personal, mientras que otra parte se encuentran conformes y reclaman que los pacientes necesitan mayor cantidad de herramientas que permitan y propicien la reinserción de las personas a la comunidad. Nos hablaron de algunos proyectos que tienen en mente como la construcción de un lavadero de autos que se ubicaría al lado del emprendimiento de venta de cafés, pero que la misma dada la dificultad de disponibilidad de agua es imposible realizarlo

Notamos que los talleres de terapia ocupacional no disponen del espacio suficiente, son muy reducidos y finalmente no funcionan bien porque faltan iniciativas en este emprendimiento.

ALGUNO DE LOS EMPRENDIMIENTOS



ENTREVISTA 3

Perfil de el / la entrevistado/a.

Nombre: Carolina Egea Edad: 32 años

Profesión: Médico Psiquiatra

¿Hace cuánto ejerce la profesión?

10 años en total como médico y 5 años como psiquiatra.

¿Su manera de ejercer se relaciona con este nuevo paradigma sobre la salud mental? ¿Qué opina al respecto?

Si, comparto absolutamente la atención en salud mental en el marco de los Derechos Humanos.



Considero que la ley Nº 26657 ha aportado mucho en esta materia.

¿Trabaja actualmente o ha trabajado en algún Neuropsiquiátrico?

Si, en el Hospital El Sauce, Guaymallén, Mendoza.

¿Cuánto hace que trabaja en el Neuro psiquiátrico?

Hacen 10 años, de los cuales 5 años fui residente.

¿Cuántas personas trabajan en el Hospital actualmente?

No lo sé con exactitud, aproximadamente 320 personas

¿Cuáles y con qué frecuencia son los horarios de visita? ¿Existen pacientes abandonados dentro del hospital?

Existen 5 servicios de internación, cada uno tiene su propia dinámica en relación a esto. En general hay horarios de visita diariamente, aproximadamente 2 horas por la tarde.

Si, existen pacientes que viven en el Hospital y que no son visitados por nadie.

¿Sabe algo respecto de la historia del establecimiento, de los edificios?

El edificio data de 1951, época del Gobierno de Perón, el Hospital fue inaugurado en 1952.

¿Cuántos pabellones dispone el hospital? ¿Cuántos viven en ellos?

El hospital dispone de 5 servicios de internación: Pabellón A: hombres (31 camas), Pabellón B: Hombres con alguna situación judicial (37 camas), Pabellón C: Personas mutualizadas (mixto) (20 camas), Pabellón D: Mujeres (27 camas) y SAC (Servicio de Atención en Crisis, mixto) (6 camas).

Cuenta además, con un edificio donde funcionan los Consultorios externos (atención ambulatoria) y un Servicio de Rehabilitación (tanto para pacientes internados, como ambulatorios) y un Edificio donde funciona la Administración. Además funciona en el predio del hospital, un Centro de Salud y una pequeña escuela.

¿Están divididos en unidades de internación? (Crónicos, agudos, etc.)

No, están divididos como se detalló más arriba. Hay pacientes crónicos y agudos en todos los servicios de internación.

¿Disponen de espacios comunes? ¿Son todos al aire libre?

Si, los servicios tienen espacios comunes dentro de los mismos y disponen de un pequeño patio.

¿Qué actividades practican las personas dentro de este hospital?

Las personas internadas pueden elegir la actividad que les guste en el Servicio de Rehabilitación: actualmente hay talleres de teatro, plástica, alfabetización, cerámica y telar.

¿Cree que están relacionadas las enfermedades mentales con actos violentos?

No necesariamente, la violencia es inherente a los seres humanos, posean o no algún padecimiento mental.

¿Hay personas con antecedentes penales? ¿Las mismas reciben algún trato especial?

Actualmente funciona una Alcaldía en el predio del Hospital (que depende del Ministerio de Seguridad), en dicho lugar hay personas internadas (10 camas) derivadas del Sistema Penitenciario Provincial.

¿Qué enfermedades son las que llegan con mayor frecuencia al Neuropsiquiátrico?

Llegan con más frecuencia personas que padecen esquizofrenia y otras psicosis, trastornos del estado de ánimo y problemáticas de consumo (principalmente alcoholismo)

¿Quiénes pueden acceder al hospital?



Cualquier persona que lo requiera.

¿Si hubiese más capacidad cuántas personas cree que ingresarían?

No creo que sea necesario un aumento de la capacidad, si creo que se necesita adecuar el Hospital a lo planteado por la Ley 26657 y crear dispositivos de atención comunitarios que reduzcan y prevengan las internaciones.

Sobre los pacientes.

¿Qué significa el encierro para los pacientes?

Significa aislamiento, significa despojo de sus pertenencias y de sus afectos, significa muchas veces, soledad.

En la orientación del paciente, ¿Ésta se ve afectada en distintos espacios?

La orientación del paciente puede estar afectada por su padecimiento, no por los distintos espacios.

En caso de una crisis, ¿Hay que inmovilizarlos? si hay que inmovilizarlo, ¿Cuál sería la manera más humana? ¿Se deben encerrar en algún lugar? ¿Qué cualidades debería tener?

En caso de crisis leves, se realiza contención verbal (se habla con el paciente, se lo escucha). En caso de crisis graves, cuando no es posible hablar por el nivel de excitación del paciente, se utiliza la medicación. La fijación e inmovilización es un recurso cada vez menos usado, por suerte. Se usa en situaciones extremas, cuando de no utilizarse, correría riesgo la vida del paciente y la de los demás. El aislamiento ya casi no se indica en nuestro Hospital.

¿Se puede evitar el brote con prevención primaria? ¿De qué manera? ¿Hay aviso previo?

Si, puede prevenirse, ya que hay indicios previos que si se detectan permiten ajustar la medicación y evitar una descompensación aguda. Para esto es fundamental que los referentes de los pacientes conozcan estos indicadores y que haya dispositivos comunitarios donde se puedan detectar tempranamente estos signos de alarma.

Sobre la arquitectura.

¿Cómo puede colaborar la arquitectura en la orientación de los pacientes?

Para la orientación de los pacientes ayuda lo que les es familiar, creo que espacios acogedores, donde puedan compartir con sus seres queridos y sus compañeros podrían colaborar.

¿Puede ver alguna reacción particular en el comportamiento del paciente ante curvas, esquinas o ángulos?

La misma que para cualquier persona en relación a su comodidad.

¿Y sobre colores?

Lo mismo que para cualquier persona, los lugares armoniosos transmiten tranquilidad.

¿Y sobre sonidos?

Lo mismo que para cualquier persona

¿Cómo están organizados los espacios de dormitorio?

La mayoría de los dormitorios son comunes (8 y 10 camas), hay muy pocos individuales o con dos o tres camas.

¿Es positivo o negativo que duerman de a grupos?

Creo que sería importante un mayor resguardo a la privacidad de los pacientes, pero por las características edilicias esto no es posible.

¿Cómo manejan el tema de las cerraduras en dormitorios?



En general no tienen llave, las puertas están abiertas

Sobre el sentido de pertenencia, ¿Que significa tener su propio espacio para los pacientes? ¿Qué cualidades deberían tener esos espacios?

Sería muy importante que los pacientes puedan tener su propio espacio, como lo es para cualquier persona. Creo que esto favorecería el proceso de mejoría. Deberían ser espacios acogedores, aireados y cómodos.

¿Cree que son positivos los espacios para guardar objetos personales?

Sí, creo que es fundamental

Cree que se le concede a los pacientes espacios suficientes para guardar sus objetos personales?

No, creo que haría falta más espacio para que los pacientes tengan guardadas sus pertenencias.

¿Ve alguna tendencia de alguno de ellos a acumular un sin número de objetos inútiles?

¿Realmente son inútiles? "este afán de atesorar es a menudo una reacción defensiva engendrada por un sentimiento de desposeimiento"

Creo que hay que respetar lo que cada uno decida guardar.

¿Está de acuerdo con la siguiente cita? "Algunos enfermos muy angustiados necesitan vivir en espacios muy reducidos, pues es así como se sienten en mayor seguridad. Y los agitados o ruidosos deberán ser alejados en cierta medida para que no molesten a los demás."

No estoy de acuerdo. Creo que es una generalización. Hay que considerar el caso por caso.

Como creen que necesitan vivir las personas angustiadas? Y los agitados y ruidosos?

Consideraría cada caso en particular, escuchando los deseos del paciente y haciendo primar un criterio de salud.

Sobre la ley 26.657, ¿hay cambios con respecto al cierre perimetral del predio y el no libre acceso?

El Hospital el Sauce no está cerrado perimetralmente, el acceso es libre. Pero creo que el cierre perimetral opera mucho más en la cabeza de quienes trabajan en salud mental, que en lo concreto.

Sobre los talleres.

¿Cree conveniente crear talleres con diferentes cupos para las diferentes adaptaciones del paciente? dividirse en grupos mayores y de grupos reducidos?

Sí, creo que hay que tener en cuenta las particularidades de cada paciente y los criterios de agrupar personas.

¿Cree conveniente que haya una rutina con horarios que combine distintas actividades?

Sí, creo que las rutinas ayudan al proceso de mejoría de los pacientes, ya que permiten un ordenamiento, pero hay que adaptarlas a cada situación particular.

ENTREVISTA 4

ENTREVISTA ALEJANDRA LABARRACIIN

Algunos fingen alucinaciones visuales, auditivas, y uno se da cuenta cuando le están mintiendo, pero son personas con órdenes judiciales y los tenemos que tener allá. El nuevo hospital considera que la transformación debería ser un pabellón de salud mental en el penal de chimbas, y no como hasta ahora que casi tenemos un pabellón de Chimas, en zonda. En Usuaia, si bien la población es más chica se contienen de otra manera, hay mucha expresión artística, Hay una caso interesantísimo de un hospital que se llamaba Cenarezo hasta el 2003, actualmente es el Hospital Nacional en Red, donde fuimos a unas jornadas en Bs As, ese hospital sufrió unas transformaciones importantísimas a



partir de la implementación de la ley, transformación edilicia, redefinición técnica espectacular, comandado por una psicóloga. El edificio era similar al de la Zonda, pero la aplicación de la ley fue en primer lugar en mejora de la calidad de vida. Nosotros conocimos en unas jornadas de Salud Mental a la Directora, quien nos llevó a conocerlo. Es un lugar que es un sueño. Milo lokke, el artista, entramos a un hall al estilo del cirio libanes, donde había la exhibición de este tipo. Y al final una canasta con frutas. No parecía el hospital, parecía que no era parte la sala de espera. Los fondos provinieron en ese caso de la Presidencia de la Nación.

En nuestro caso como es el tema de los fondos?

Según la ley, A salud mental le corresponde el 4 % del total correspondiente a Salud, que jamás lo vemos.

En Mendoza, en una parte de la aplicación de la ley, han conseguido que la División de salud mental, se transforme en Departamento de Salud Mental, (la divisiones no tienen presupuesto, los departamentos sí), entonces la misma división maneja la plata, con un jefe en Salud Mental, que si hablas con él para hacer un congreso te dan la guita ellos. Acá, tienes que hacer un expediente, que te lo revisa el ministro, que generalmente no entienden un pito de salud mental y se diluye. Todo se diluye.

... volviendo al Cenarezo, el hall era inmenso, nada que ver a Zonda que ni un lugar así posee, jardines cuidadísimos, muchas plantas, que favorece el clima, de ahí pasamos a la dirección, que también parecía un consultorio particular, en mucha cosa antigua, rarísimo para nosotros. Nos llevó a uno de los pabellones donde tienen internación aguda, con dos pisos, algo raro, pero con todas las medidas de seguridad, vidrio fijo, etc.

Nuestro comedor, no es del hospital esta terciarizado, nosotros no tenemos acceso tampoco, (proyecto que no dejaron ambientar con grabador música, seleccionada, con sistémica, estampado de manteles cuadros y no nos dieron bola, no nos autorizaron los del comedor), yo me los del proyecto llevo a comer al café, que también ha sido una pelea con ellos. La comida en el hospital sea lo que sea, se sirve con cuchara de plástico, los motivos: marcar.... no por peligro. La peligrosidad esta cuando hay una ocasión, pero si vos tienes un enfermero supervisando, nadie le va a venir a enterrar un cuchillo en la garganta a otro. Comen la carne como animales, es denigrante.

Han hecho denuncias? Un médico de guardia lo hizo por la calidad de la comida, por lo que salen a comer al patio, se dieron cuenta, notaron que había una cucaracha, lo cual una se creyó. Frenamos cuando sabemos que Selaricor es de Gioja. La mayoría de las empresas que trabajan del estado terminan siendo de alguien que isa fuerte.

Hacen una pantomima también con esto de los nuevos proyecto, 3 estudio de arquitectura, presentado plantas, hemos hablado con muchos muchas entrevistas, pero sabemos que esta con dedo quien lo va a hacer en el cenerazo, la habitación de cuidados especiales, es un término suplanta al de habitación de contención.

Que diagnósticos entran al Neuro? Las que tienen están bien solo falta paranoia, es una de las más importantes dentro de los trastornos psicóticos, en los manuales actuales como sicosis delirante crónica es un f22 en el dcm4 que es el manual de diagnóstico de sintomatología mental estadounidense, es el equivalente a sie10 europeo. También hay otra polémica respecto a eso porque es un catálogo. Son iguales porque esta atomizado la salud mental. Por ejemplo si dice que si padece



el sujeto dos o más de estos síntomas es durante el periodo de un mes, tal o tal otra cosa. Parte de la hegemonía ha hecho que todos sean esquizofrénicos, pero uno dice cómo es que nunca más deliro en 25 años? Y no es solo por el antipsicótico, el antipsicótico atenúa, pero no elimina nada, hay gente que debería haber delirado hace rato y no lo hace.

Los son todos los de salud mental(...)volviendo al Cenarezo el comedor, por ejemplo, tiene mesas redondas con 6 sillas, para que todos se miren las caras entre ellos. Hay un olvido que es un centro de salud

La habitación de contención de zonda, nosotros desde psicología, dentro del hospital no somos un servicio, sin poder dentro de salud, dependemos de psiquiatría, hicimos una presentación, que nos costó casi los puestos de trabajo. LA ley dice que debe haber un órgano revisión, por ello acá en san juan hay una comisión especial como si fuera este órgano. Una pantalla par que no jodieran. Antes de todo esto presentamos un escrito saltando todas las jerarquías, diciendo de nuestra desconformidad de las medidas adoptadas en la habitación de contención, y nosotros hace 7 años que no indicamos ab de contención para nadie, preferimos que se fuguen antes que entrar ahí adentro, que es una privación de la libertad.

En que consiste la habitación de contención?

Es una habitación común del hospital, no acolchada, con una chapa galvanizada en una ventana que debería llegar hasta el techo, de ventanas que son hasta dos metros, solo un poco de luz entra, hay una cama con un colchón con un plástico no ponen sabanas. Por miedo a que se cuelguen, la puerta es toda de chapa doble, con una venta chiquita por donde ve el enfermero.

En general, históricamente un aguantadero hasta que actué la medicación, días a veces, antes se los fijaba a la cama, pero hace 10 15 años que ya no está más, tampoco hay electroshock, como algo a favor, que se rompió por suerte. El único que tiene es el marcial Quiroga, porque tiene quirófano.

Es necesario? Es que hay casos que hay una resistencia total a la medicación.

Hay una de las enfermedades, sicosis maniaco depresiva, la crisis como las del exorcismo, personas que no las pueden contener entre seis, se hacen daños a ellos y a los demás, de alguna manera hay que estabilizarlo. Los antipsicóticos inyectables, tardan en hacer efecto 48 horas. Si nunca fue medicado, lleva un montón de tiempo

La habitación de contención del Cenarezo: era mejor que mi pieza, pasabas por un pasillo que venias de un comedor, había un vidrio fijo donde había un office de enfermería, computadoras, cámaras, todo limpio, había una puerta placa, otro vidrio fijo y dos camas, con sabanas totalmente normales y una puerta corrediza que iba a un baño (en zonda tienen un balde, lo más denigrante). En crisis por suerte no se acuerdan de nada, pero es inhumano. Nosotros con esa nota propusieron que se traslade la habitación de contención a una habitación de enfrente, que tiene un baño al menos, que comparte pared con el office de enfermería, para adaptarlo. Hacer una ventana a la altura de los ojos, al otro le hace falta el contacto humano también. No van a la habitación. Se los aísla totalmente. El grado de sedación no los permite interactuar, pero en esa habitación que nos pareció genial, comedor con pared redonda con ventanas que dan al jardín, caminas por el pasillo, doblabas para las habitaciones comunes, y después te encontrabas con ese vidrio fijo con la puerta la otra puerta, el office y la habitación de contención con el baño, que tiene una puertea corrediza por detrás para acceder para que no lo traben. Además de eso el lugar esta monitoreado por cámaras, que hay quién vigila. Un



lugar y una persona para reaccionar en una crisis, en zonda son los mismos pacientes lo que nos avisan.

Gastón Sánchez fue el ministro que se hizo toda la pantomima que estaba todo bien, la parte de ropería es una parte de las grandes, estarías llenas de ropa que no usan.

Que cantidad de personas estadísticamente pueden padecer enfermedades mentales? usuarios=?
Números actuales de estadísticas, se los doy, pero para hacer un cálculo o da la estrategia ha cambiado, pocito por ejemplo, desde hace 2 años tiene tres camas gracias a la ley, el MQ tiene 12, y el Rawson no tiene pero va a tener 14 camas está aprobado el proyecto de ellos entendemos que la demanda nuestra va ser la misma, no debería haber una cama más, aumentar. Nosotros con uno de los estudios, Martín arq, el único lugar que va quedar va a ser de laborterapia, el "casino", lo demás se va a demoler. El edificio central donde funciona papelito es el único que va a quedar.

En la maqueta del proyecto, no hay un solo espacio común, no hay un sum, solo para profesionales, pero paciente que recibe visitas esta abajo un árbol, por eso el café sire para las visitas, a las salas no puede ir nadie, ni familiares.

Feafes son los españoles que tienen muy buenos trabajos.

En lo urbano...

este centro de tratamiento precoz es lo que vendría a tener pocito y Jáchal que han implantado Psiquiatría en la Periferia, programa en la ley.

Tenemos 6 en forma muy precaria que concurren en calidad de pacientes de hospital de día.

Porque no psicodoliente

el sinónimo de enfermedad mental que se usa es persona con padecimiento mental.

Todas las enfermedades mentales pero sobretodo las más alienantes, esquizofrenia y paranoia, carecen de conciencia de la enfermedad, ellos no saben que están enfermos, son síntomas egosintónicos, en sintonía con el yo, no les jode delirar, les jode que los esté vigilando, entonces el doliente el pareciente, es relativo.

Así como las casas de medio camino que conozco, de Córdoba, de oliva que son las que conozco son micro neuros, no son eficaces cuando tienen un montón de gente metida, alejadas, casas de villa, que tienes que ir en auto, el problema es cuando no se plantea con otras estrategias. Por ejemplo las casas del natania que alquilaron para ello, que no se concretó, ese proyecto iban a fracasar por que dijeron aquellos cuatro e van, mandando un equipo deambulatorio que iba a ser lo mismo que un mini Neuro. Yo soy de otra idea, donde funciona papelito es privilegiado, con un baño, que no abundan en zonda y una cocina. Entonces donde esta maderita habíamos propuesto un comedorcito y del otro lado dos camas, y que eso funcionara como una casa, que fuera una enfermera pero que sepa armarse la cama, lavar el baño, etc.

una vez que salís, tienes que salir solo. Nosotros hemos sacado a una mujer que vive a 6 cuadras de acá, que hace 11 años que viene solo a los talleres. Es factible, vive sola, pero como un psicópata es muy importante el papel de la familia. Debería haber un escalón en zonda. El Pereyra en Mendoza es diferente porque está en pleno centro, pero en zonda estamos lejísimo, una sola línea de colectivo, que lo dificulta.

El programa.... Armarios y espacios propios? Tienen actualmente un lugar? Si, armados por ellos.(...)



Bibliografía general

- II ENCUENTRO NACIONAL DE FUNCIONARIOS REFERENTES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES
- Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría por Guillermo Vidl, Renato D. Alarcon y F. L Stepke, Buenos Aires 1995
- Cuadernos de Salud Pública – Servicios Psiquiátricos y Arquitectura / A. Baker – R Davies – P. Sivadon. Ginebra, 1963
- Nueva Ley Nacional de SALUD MENTAL: Ley 26.657

Conferencias – Entrevistas

- Conferencia Tedex, Psiquiatra Laura Martin, Valladolid, España.2015

Colaboraciones de:

- Gustavo Saldaña, Acompañante Terapéutica, Director de Residencia de Esquizofrénicos
- Alejandra Albarracín, Profesional Psicóloga del Hospital de Zonda, San Juan
- Malena Gago, Arquitecta, Tesis Arquitectura basada en salud mental, Mendoza
- Carolina Egea, Psiquiatra del Hospital El Sauce, Mendoza