

La Voz de los Protagonistas

Introducción

En concordancia con uno de los principios fundamentales del Enfoque de Derechos, se reivindica la participación de los usuarios de servicios de salud mental en tanto actores ineludibles en el diseño, implementación y evaluación de las políticas en esta materia, así como en el monitoreo de las prácticas cotidianas que se sostienen en los servicios.

Sin embargo, no existen actualmente en la Provincia de Córdoba espacios legitimados de participación de los usuarios que tengan una incidencia real en la formulación de las políticas públicas, por lo cual, resulta crucial a los fines de este informe la posibilidad de incluir sus voces, sus consideraciones y posicionamientos en relación a algunas de las problemáticas y urgencias trabajadas en este capítulo.

Considerar las voces de los usuarios en tanto principales protagonistas de las discusiones en cuestión significa, a su vez, problematizar aquellas nociones que tradicionalmente han vinculado sus discursos a la incoherencia o la incapacidad, para avanzar en relación a la revalorización de su palabra a los fines de ampliar su capacidad de incidencia política en este terreno.

En relación a ello, una persona usuaria de servicios de salud mental sostiene:

“No es lo mismo enseñarle a tu lorito en tu casaa hablar y escuchar lo que te causa gracia, a escuchara una persona que está internada dentro de unainstitución y que puede repetir tantas cosas como unlorito, pero las tantas cosas que repite son reclamos, alas cuales tiene derecho de ser escuchado.”

Para el presente apartado, se tomarán como insumos grabaciones de audios sobre debates y otras producciones realizadas en el marco de la radio abierta Los Inestables, en tanto materializan pronunciamientos de las personas usuarias, construidos de manera participativa, libre e implicada, propia de los procesos de producción discursiva que caracterizan a esta experiencia alternativa de salud mental de Córdoba.

Sobre los procesos de producción discursiva en Radio Los Inestables

Radio Los Inestables es una organización autogestiva e independiente que nace en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba en el año 2010, y que se ha ido construyendo colectivamente desde sus comienzos hasta la actualidad. Entre los objetivos que orientan el desarrollo de las líneas de acción de esta experiencia se encuentran:

- Favorecer la defensa de los Derechos Humanos y el ejercicio de la ciudadanía de personas que demandan atención en salud mental promoviendo su participación activa en espacios colectivos de apropiación de la palabra a efectos de potenciar su capacidad de incidencia política.
- Contribuir a la visibilización de las problemáticas en salud mental y a la desnaturalización de concepciones y prácticas imperantes en este ámbito, promoviendo modos alternativos de abordaje basados en el reconocimiento de las personas como sujetos de derecho.
- Fortalecer los vínculos entre las personas que demandan atención en salud mental y sus comunidades y grupos de pertenencia, a través de la participación en espacios comunitarios que favorezcan su integración y el reconocimiento de sus recursos y potencialidades.

Participan en el espacio radial personas que están en situación de internación, que han estado internadas y se encuentran o no en tratamiento ambulatorio, familiares de las personas internadas, artistas, estudiantes de distintas carreras universitarias, miembros de diversas organizaciones sociales y personas de la comunidad en general.

En un escenario signado por el aislamiento social, la desubjetivación y la invisibilización de las voces de quienes padecen experiencias negativas de atención en salud mental, cobra sentido recuperarenunciaciones producidas en el marco de un dispositivo radial participativo, que avala y permite la expresión de “otras voces” potenciando la palabra en un proceso de intercambio y crecimiento colectivo. Asimismo, resulta destacable el hecho de que se promueva la participación activa de las personas involucradas tanto en la construcción del espacio como en el devenir de los sucesivos encuentros, lo cual posibilita que la definición de las temáticas a abordar en cada programa no responda a criterios determinados a priori por quienes coordinan este espacio, sino que sea elaborada colectivamente según las experiencias propias de quienes participan semanalmente de la radio.

Al comienzo de cada encuentro radial semanal, se confecciona conjuntamente una grilla con las secciones que guiarán la programación de cada día. Generalmente, en la sección central cobran un lugar protagónico los debates, que suelen ser de lo más variados y se hallan en función de los intereses e inquietudes de quienes los proponen. Aun cuando exista cierta diversidad de temáticas propuestas para cada programa (que van desde política y filosofía, hasta temas de actualidad), se destaca la recurrencia de cuestiones relacionadas a la salud mental, a la internación, a la estigmatización social y a los derechos de las personas, en tanto aluden a problemáticas que atraviesan a la mayoría de los participantes. Se promueve la reflexión conjunta de estas temáticas, así como su problematización, lo que lleva a que los debates se constituyan en espacios de construcción de información accesible

para quienes participan, en los cuales se pueda reconocer situaciones de vulneración de derechos así como pensar en términos propositivos y colectivos respecto de las mismas.

Sobre la utilización de la información a los fines de este informe

Radio Los Inestables posee una base de datos que consta de todos los programas producidos desde comienzos del 2010 hasta la actualidad, así como un registro de las grillas de todos esos programas, con la especificación de las temáticas abordadas en cada uno de ellos. A los fines de este informe, se realizó una revisión de ese registro con el objeto de identificar todos aquellos programas en los que se hayan abordado temáticas relacionadas a la salud mental y los derechos humanos, para luego proceder a la desgrabación de los audios correspondientes.

Se llevó a cabo una lectura minuciosa de la información obtenida, procurando identificar aquellas temáticas más recurrentes o que revistieran particular interés para los participantes de la radio al momento de debatir sobre las mismas. Posteriormente, se organizó ese caudal de información mediante la definición de categorías y dimensiones que resultaron emergentes de los datos trabajados.

A pesar de la heterogeneidad de participantes que caracteriza a Radio Los Inestables en su condición de radio abierta, se consideraron particularmente aquellas enunciaciones sostenidas por personas usuarias de servicios de salud mental (que se encontraban en situación de internación y/o externadas al momento de dicha enunciación) y que condensan mayor información en relación a las temáticas abordadas.

Todos los participantes de Radio Los Inestables reconocen que -en tanto se trata de un medio de comunicación- la información producida en cada programa es de acceso público y elaborada a los fines de la difusión. No obstante, la decisión de incluir parte de ese material en el marco de este informe fue trabajada en dos instancias de asamblea y consensuada de manera colectiva entre todos los participantes. A su vez, se decidió omitir de la información recuperada los nombres de quienes enunciaron cada cita, acorde a los principios de la confidencialidad y a la preocupación sostenida por algunos usuarios respecto de las garantías existentes frente al temor a posibles represalias institucionales.

Hay qué decir sobre...

INTERNACIONES/EXTERNACIONES

En función de los derechos y garantías reconocidas en los nuevos marcos normativos en salud mental, quienes demandan atención en este ámbito tienen derecho a ser tratados con la alternativa terapéutica más

conveniente y que menos restrinja sus derechos y libertades. En este sentido, se deben priorizar modalidades que promuevan y protejan la integración familiar, laboral y comunitaria.

Sin embargo, ante la falta de dispositivos de atención situados fuera del ámbito hospitalario, la internación resulta una de las alternativas terapéuticas más utilizadas a pesar de ser considerada como un recurso de carácter restrictivo.

En repetidas ocasiones, las disposiciones de internación no cumplen con los plazos estipulados de realización de evaluación y diagnóstico que justifiquen los motivos de las mismas. Por el contrario, quienes demandan atención en este ámbito refieren que transcurren tiempos excesivos entre el momento de la internación y la atención profesional.

“Yo cuando entre pasaron como 10 días antes de que conozca quién era mi doctor, y así le pasa a un montón de gente. Te meten acá adentro y no entendés nada, y pasan semanas sin que veas a un doctor. Y hasta tanto te medican, te sobremedican pero el médico ni. ¡Y anda a hacerte el gallito con los enfermeros! Si los molestas, te meten en contención y listo. Y ahí menos ves al doctor y más dopado estas.”

A su vez, la ausencia de estrategias de atención comunitarias y de abordajes integrales e intersectoriales trae aparejada la prolongación de los tiempos de internación debido a problemáticas sociales y/o de vivienda así como la necesidad de reinternaciones constantes.

“Está el tema de que nos externan y después uno no tiene donde ir, no tiene trabajo. Tampoco es fácil el tema de la externación, de que te saquen. Por ejemplo, por momentos se corre la bola en el internado de que como hay tanta gente, necesitan sacarse de encima a los pacientes también.”

“Nos pasó de un compañero que no tenía a donde ir y lo dejaron en la calle. Le dieron el alta y tuvo que estar dos días en la calle porque no tenía donde ir.”

“Sea cual sea el motivo por el que uno está internado, que la internación cumpla una función, de ayudar a la persona a superar la situación. Porque lo que está más establecido y lo que se busca cambiar, es que la gente llega al hospital y no se va mas, se queda a vivir acá. Y también con el tipo de tratamientos que reciben y con la medicina, no se los está ayudando a reinsertarse a la sociedad. Se cae como en estado de medicación y de dependencia de la medicación, entonces, hay que hacer que la persona se logre reinsertar en la sociedad.”

La inexistencia de un Órgano de Revisión local imposibilita el monitoreo de los motivos, condiciones y plazos de las internaciones que tienen lugar en las instituciones de atención en salud mental en Córdoba, y por lo tanto, del cumplimiento de los derechos reconocidos de los usuarios de estos servicios.

PRÁCTICAS DE CONTROL Y CASTIGO

A continuación, se retomarán algunas de las prácticas más distintivas que los usuarios reconocen como orientadas por lógicas represivas y de castigo, sin desconocer que también existen otras formas más sutiles, quizás menos flagrantes, que radican en la asimetría de poder propia del sistema manicomial, muchas veces naturalizada en el discurso de los usuarios.

a. Encierro

Actualmente, en las instituciones monovalentes de atención en salud mental, las internaciones no sólo se prolongan en el tiempo, sino que se concretizan mediante prácticas de encierro. Tal como refieren constantemente quienes participan en el espacio de radio, esta modalidad vulnera el derecho a la libertad de las personas, a la vez que dificulta el sostenimiento de vínculos familiares y comunitarios, y obstaculiza la participación en espacios laborales y de pertenencia.

“Ninguna persona con ninguna enfermedad puede ser privada de la libertad. Un hospital no es una cárcel y no puede haber una cárcel en un hospital, ni rejas, ni esposas, ni nada que coarte la libertad del paciente, en ningún sentido.”

“Yo estuve en el CPA que es un lugar de custodia. El CPA es un lugar en el que estas 22 horas encerrado, y te sacan media hora para merendar, media hora para almorzar y no podes ni fumarte un cigarrillo, no podes hacer nada.”

“La cuestión de la reja es algo que no tuviera que existir. El encierro es perjudicial para la salud. Entonces, ¿por qué no sacan esa reja? Que la saquen directamente y empiecen a hacer las cosas como se deben.”

A pesar de que las rejas materializan físicamente el obstáculo a la libertad de circulación, la apelación institucional a respuestas simplistas basadas en mantener abiertas las puertas de las instituciones, sin el correspondiente acompañamiento de estrategias integrales e interdisciplinarias, en ocasiones genera el incremento de medidas de sujeción y el aumento de la medicalización como prácticas de control compensatorias.

b. Sobremedicación

Tal como lo explicitan las leyes actuales, el tratamiento psicofarmacológico debe estar fundado en fines exclusivamente terapéuticos inserto en el marco de un abordaje interdisciplinario integral. Sin embargo, en repetidas ocasiones se enuncian experiencias signadas por efectos de sobremedicación, que se atribuyen a modalidades institucionales de control y que son vivenciadas como una anulación subjetiva de las personas y de sus posibilidades reales de incidencia en ese entramado.

“Aparentemente acá hay una cuota de triples que debemos recibir. La triple, para los que no lo saben, es el famoso chaleco químico, nos paraliza. Nos paraliza el cuerpo, el cerebro, y principalmente la lengua. Y pensando en eso anoche, pensaba en la consigna de Sarmiento que decía “con la espada, con la pluma y la palabra”. Y creía ver en la espada la herramienta, en la pluma la idea y en la palabra el verbo, o sea, el cambio. Y la triple nos paraliza esas tres cosas.”

La sobremedicación también es significada por parte de los participantes de la radio como la respuesta de los profesionales de la institución ante la inexistencia de otros recursos terapéuticos. Al respecto, la falta de equipos interdisciplinarios y de prácticas de acompañamiento y contención, se ven suplidas con el incremento de medicación, a pesar de que ello no resulte la alternativa más beneficiosa para la preservación de la salud, sino que, por el contrario, sea identificada como una experiencia de vulneración de los derechos fundamentales.

“Los médicos no saben a veces qué hacer con nosotros los locos, no saben con qué darle, porque no tienen un arsenal para echar mano y darle una solución al problema, pero meterle un Halopidol a alguien y dejarlo inmóvil, me parece bastante salvaje, ¿no?”

“Un tema grave que yo creo que pasa acá, que no lo hablé con el doctor todavía, es la sobremedicación. A mí me espanta ver cómo nos caemos y cómo nos vamos arrastrando hasta llegar a comer del hambre que uno tiene por haber estado tirado en la cama dos, tres días durmiendo no se sabe cuánto, si fue al baño, si comió, si no comió.”

d. Salas de “contención” o aislamiento

La utilización de las salas de contención o aislamiento constituye un capítulo aparte en lo que hace a medidas de castigo y control en las instituciones psiquiátricas. Esta práctica puede ser considerada como un trato cruel, inhumano y degradante, acorde a los principios establecidos por la “Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o

Degradantes”¹ y se encuentra expresamente prohibida en la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental.

En el espacio de la radio, se trata de una temática que insiste casi semanalmente y que pone de manifiesto un sufrimiento expreso por parte de quienes han pasado por esta situación y moviliza estrategias de cuidado mutuo entre las personas que se encuentran internadas. Dicho dispositivo es de utilización frecuente, y a pesar de las pretensiones terapéuticas –infundadas– que pretenden atribuirle, es claramente identificado por los usuarios como una medida de castigo que afrenta contra la condición humana.

“Cuando entran a la sala de contención a uno le sacan la ropa, no lo dejan con nada. Es un cuarto de cuatro paredes sin ventanas. Es como un calabozo y te ponen un colchón de goma espuma totalmente sucia y te tiran ahí entre cuatro paredes y te dejan como dos o tres días. Por ahí te traen un plato de comida, te lo pasan por la puerta y no puedes ir al baño, nada. Inclusive hay gente que le ponen pañales para desentenderse, gente joven que le ponen pañales. Todo tiende a un deterioro de la persona. En vez de salir adelante, es un deterioro.”

“Entonces me metieron en contención con piojos, sarnilla, colchón en el piso, sin sábanas, un calor que sofocaba. Era pleno verano, sin agua, sin derecho de ir al baño cuando uno necesita y tiene que hacer sus heces ahí en el suelo, que es lo que me urge cuando veo alguien en contención que necesita ir al baño, ir a insistirle a los enfermeros de que los asistan, porque es espantoso. Lo peor que me podía pasar era eso.”

“Un trato inhumano, infrahumano. Poner una persona en una celda que haga sus necesidades, sus excrementos en medio de su comida, no es un trato... es una agresión de lesa humanidad, y cuando hablamos de la represión de aquellos años, estas personas están sufriendo el mismo castigo que sufrieron esas personas por tener una ideología.”

“Para mí, contención es contener, proteger, estar al lado de esa persona. Contención no significa encerrar a una persona para darle un castigo. Eso me parece que es otra cosa. Contención es justamente proteger a esa persona, estar al lado de ella, solidarizarse. Pero el hecho de encerrar a una persona me parece que no tiene nada que ver con la contención, sino con un castigo para que esa persona siga las leyes de una institución en la cual esté. No me parece que eso se llame contención.”

e. Presencia de personal de la policía como medida de control

¹Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1984, y con jerarquía constitucional en la República Argentina.

En el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, muchas de las mujeres en situación de internación que están atravesando un proceso judicial, se encuentran bajo la custodia de personal policial por orden de un juez.

En estas situaciones, se visibiliza la contradicción entre los criterios de salud y aquellos propios de lógicas de seguridad, que priorizan el control de la persona por sobre las prácticas que posibiliten su bienestar.

“El policía va a actuar como policía. ¿Y cómo están preparados ellos para definir algún encierro? Carcelero, carcelero te lo van a definir. Van a decir *“usted está en libertad, o está condicional”*, o en fin. ¿Cómo te va a decir un médico o un enfermero de acá de la institución? *“Usted está de alta, o usted está de permiso”*. La policía hace abuso de autoridad. Toman las cosas como si estuvieran en una penitenciaría.”

“Acá hay seguridades, hay policías. Van cambiando los turnos. Te dicen que están para que haya más seguridad. ¿Pero seguridad de quién? Si los policías no están para cuidarnos a nosotros, es más, hasta nos maltratan o algunos se burlan cuando vamos pasando. Entonces ¿para qué están? Para cuidar que no nos escapemos, igual que en la cárcel, pero no para cuidarnos a nosotros, sino para cuidar a los otros, a los que no son locos.”

El personal policial imposibilita a su vez la participación de las personas en los escasos espacios existentes que tienden a modalidades alternativas de atención, incluso en los casos en que éstos son prescriptos por los profesionales como parte de la estrategia terapéutica. A su vez, quienes se encuentran con custodia, poseen aún más cercenada su posibilidad de circulación en tanto deben permanecer dentro de su habitación sin poder alejarse del personal policial, lo cual atenta contra la comunicación y el mantenimiento de vínculos, tanto con familiares y allegados como con el resto de las personas que transitan por la institución.

c. Medidas de sujeción

En ocasiones, aún como si no bastaran las medidas de encierro y la coerción del personal policial para proscribir la libertad de circulación, comunicación y participación, se toman medidas de sujeción física mediante ataduras, cadenas o cepos. Al respecto, se enuncia un fuerte desacuerdo por parte de los usuarios en tanto se considera un trato inhumano, con graves consecuencias físicas y subjetivas.

“Yo hablando de la libertad que hablábamos, de la forma humana, del trato humano, acá también, quiero avisarles o comunicarles a todos ustedes que hay policías, hay una chica con cepo, encadenada a una silla, y si la celda de contención es terrorífica eso es mucho más. Esa

chica no tendría que estar acá, y sino las policías que están encargadas - que siempre hay una o dos o tres por una persona- tendrían que estar cuidándola, porque eso es peor lo que está pasando esa chica que las salas de contención que ya es terrible, ¡haya hecho lo que haya hecho! No es el lugar, por más problemas psiquiátricos que tenga. La pobre chica se la pasa todo el día con una silla, arrastrando la silla.”

“Yo estuve quince días encadenada. Me dejaron quince días ahí, en una silla sentada sin poder ir a comer, o tomar agua o nada, y se me hicieron ampollas en las piernas y me salía sangre.”

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN

Las prácticas discriminatorias hacia personas que demandan atención en salud mental constituyen una constante que atraviesa tanto los ámbitos de atención de la salud como otros espacios de su vida social.

a) En los lugares ligados a la atención de la salud

La concepción de enfermedad mental propia del modelo manicomial se refleja cabalmente en las prácticas institucionales, que, basándose en las premisas de la incoherencia, la incapacidad y la peligrosidad, justifican muchas de las vulneraciones de derechos que allí se cometen.

-Criminalización

El hecho de “criminalizar” la conducta de las personas con padecimiento subjetivo, fundado muchas veces en el estigma relacionado a la peligrosidad, lleva a situaciones como las descritas a continuación, en las cuales se confunden los criterios de salud/bienestar con los de control/ordenamiento social, otra premisa troncal del modelo manicomial que se mantiene inamovible en las instituciones de la provincia.

“Aquí se cree que el que tiene un desequilibrio mental merece un castigo y no un tratamiento, que es un delito el que comete el que no es dueño de sus actos. El desequilibrado, ¿no? Entonces merece un castigo, entonces lo vamos a tratar, lo vamos a maltratar por haber cometido los hechos que haya hecho, de violencia seguramente o de rebelión ante la imposición de no dejarlo hacer lo que a él le parece en ese momento. Entonces me parece que está tratado más como un delincuente que como un enfermo que merece un tratamiento terapéutico y no una agresión física por el estado en el que está.”

-Psicopatologización

Lo que aquí se enuncia como psicopatologización se encuentra relacionado al hecho de asignar categorías psiquiátricas a ciertas prácticas que

en otro ámbito podrían considerarse como “normales”. En el siguiente ejemplo, se observa cómo se medicaliza y castiga la conducta religiosa de una persona internada, sin mayores reparos a las vulneraciones de derechos que estos prejuicios traen aparejados, no sólo en tanto afrentan contra la libertad de culto y de expresión, la autonomía y la libre determinación en el uso del tiempo y los espacios, sino en cuanto implica la vulneración cabal de derechos fundamentales tal como se refirió en relación al uso de las salas de contención.

“Yo estuve en contención tres veces. Una vez por quedarme a alabar a Dios en el patio y me venían a buscar y era la noche, y yo no quería ir, porque me sentía bien y quería alabar a Dios. Entonces me vinieron a buscar entre varios profesionales y me llevaron a contención. Y las otras dos veces me parece que también partió de la necesidad o del prejuicio que tienen los profesionales. O sea que hay una distancia entre la realidad de cada paciente y la teoría que dispensan.”

- Negación de la atención en salud

En ocasiones, el rechazo por las personas con padecimiento subjetivo es tal, que se incurre en graves vulneraciones a sus derechos al negárseles atención en servicios de salud que están expresamente contemplados por ley para cumplir tal función. Aún cuando se prevé que la atención de urgencias en salud mental se realice en hospitales generales y que debe promoverse la accesibilidad geográfica de los usuarios a los servicios generales de salud, en el relato que sigue se observa una máxima discrecionalidad en este punto, la cual es considerada como un acto discriminatorio por la Ley Nacional de Salud Mental:

“Dicen que la ley se cumple todo, yo no veo que se cumple la ley. A mí me pasó en un hospital, la semana pasada fui al Misericordia yo el otro día a hacerme ver, que yo me sentía mal, estaba con vómitos, estaba mareado. Y lo que me dijeron es: *“ah, vos sos del Neuro, tenés que ir allá así te atendés porque vos sos loquito”*, me dijo el enfermero y el médico. *“Yo vengo acá porque me siento mal, porque me queda más cerca”* le digo yo, y me dicen: *“No, no, no. A vos te conocemos, vos sos del Neuro, vos tenés que ir allá, hacete ver allá, porque a vos te hacen mal los remedios allá. Vos tomás remedios de ellos y te hacen mal”*. Entonces, ¿qué ley hay?”

b) En el ámbito de la vida social

Las prácticas discriminatorias sustentadas en la persistencia de discursos hegemónicos en torno a la locura afecta a las personas en sus posibilidades de conseguir un trabajo, de participar plenamente de espacios comunitarios y de ser reconocidos como sujetos políticos. En relación a ello, algunas personas afirman:

“Estamos, pero en realidad no estamos. Es ambigua la cosa. Porque estamos, pero para muchos no estamos, porque pasan por acá y *“ah, están los locos ahí”* y pasan. Pero en realidad no saben qué pasa adentro, que hay personas y que hay que rescatar a la persona ante todas las cosas, no a la enfermedad, sino a la persona. Pero lo que ven y acusan es una enfermedad, como si eso fuera todo”.

“No tenemos que discriminar a ningún tipo de persona, y no lo digo yo, lo dice la Constitución. Y tampoco nosotros tenemos por qué ser discriminados ni abordados como locos cuando salgamos de acá, ni encontrarnos en la calle y tener que tolerar la injuria gravísima que cae sobre una persona que trata de recuperarse y reinsertarse en la sociedad.”

Una de las mayores afectaciones que generan estos discursos estigmatizantes se encuentran vinculadas a la expulsión de las personas con padecimiento subjetivo del mundo laboral, lo cual incide negativamente en la estructuración de su identidad personal y social, y en la posibilidad de construir un proyecto extra muros que les permita sostener una vida activa, digna y autónoma.

“He sido paciente y soy paciente del Neuropsiquiátrico de General Paz, desde el 2007 hasta el día de la fecha. Muchas veces fui a entrevistas de trabajo: Call Centers o X trabajo, y algunos que me conocían. Me pasó una vez en una carnicería en la que trabajaba, era lejos de casa, y como el mundo es un pañuelo, da la casualidad de que entra un muchacho que me conocía, y me dice *“eh loco, ¿Qué, te largaron ya?”* Y yo, *“sí, si amigo, todo bien”*. Y le quedó la duda a mi patrón, me dice *“¿de dónde te largaron a vos? ¿Estuviste a la sombra?”* Eso significa que uno estuvo preso. Y le dije *“no, ¿sabes qué pasa amigo? Que estuve internado en un neuropsiquiátrico y estoy haciendo un tratamiento, ahora lo estoy haciendo ambulatorio”*. Te lo juro por mi hija, al otro día me presenté a trabajar y me dice *“no, negro, sabes que ahora hay poco trabajo, estuve haciendo cifras y no me dan los números”*. Antes de que llegara ese amigo, estaba todo fenomenal, era el ejemplo de empleado. Y después de esa charla, al otro día quedé sin trabajo por simplemente decirle que estaba haciendo un tratamiento psiquiátrico.”

Esta persistencia de discursos y prácticas discriminatorias en la vida social, no exime al Estado de su responsabilidad de generar políticas públicas que actúen en favor de la inclusión de las personas con padecimiento subjetivo tanto en ámbitos laborales como educativos, de salud, de justicia y de vivienda digna, mediante un trabajo interministerial e intersectorial que articule acciones a tal fin.

A su vez, y dada la importante presencia de los medios de comunicación en tanto legitimadores de hechos e ideas, resulta imprescindible el trabajo articulado con los organismos de aplicación de la nueva Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual, para avanzar en relación a la problemática del estigma y la discriminación, y promover significaciones respetuosas de los derechos de las personas que demandan atención en salud mental.

PARTICIPACIÓN DE USUARIOS Y FAMILIARES

Una constante en el discurso de los usuarios es el hecho de que se encuentran cercenadas sus posibilidades de participación en los centros de atención en salud mental, y que sus intentos de avanzar en este sentido suelen ser socavados mediante diversos mecanismos.

“El paciente no tiene voz ni voto. En este mundo pueden plantear algo los que tienen voz y en este lugar los que tienen voz son los profesionales médicos, y después los psicólogos, etcétera.”

“Acá cuando abrís la boca para decir algo, te la cierran con una pastilla: *“Doctor yo estaba pensando...”* ¡Pum! Te meten una pastilla y listo, no pensás más, y ya no te escuchan más. Así funciona acá. Es como que el loco no tiene nada importante que decir, entonces más vale darle una pastillita así se calma y no molesta.”

“El otro día yo estaba hablando con mi médica y me dijo: *“Usted le dice a los otros lo que tienen que hacer, a los pacientes que se tienen que juntar, que se tienen que organizar. Usted no les tiene que decir nada a los pacientes, usted deje que haga cada uno como le parezca.”* A los pacientes yo les propuse, para que haya soluciones, eso. (...) Y me contestó así *“Usted no diga nada, usted deje que ellos... el que no haga nada, que no hagan nada. Deje que ellos tengan libertad. ¿Por qué los amedrenta así?”*

a. Consentimiento informado

Acorde a las enunciaciones de los usuarios, puede afirmarse que en las instituciones de salud mental se burocratiza el uso del consentimiento informado, que lejos de implementarse en clave de derechos, se toma como una instancia administrativa más, propia de las admisiones psiquiátricas.

“¡El consentimiento informado! Algo que no te lo explican, te lo hacen firmar, y por allí si uno dice o pregunta qué es lo que es... O sea, no te informan ni siquiera ahí en la guardia, ni te informan. Y cuando llegas al internado, no hay nada que pueda compartir el paciente con el profesional. El profesional psicólogo, psiquiatra o enfermero. O sea, es como recién te decía, es internación y medicación. ¿Informarme ellos de algo a mí? No me van a informar nada. A lo sumo por ahí te pueden

decir *“le voy a dar tal pastilla porque es para la depresión”*, pero no te dicen qué pastilla es, o qué medicación. Como ser, la triple, yo no sé en qué consiste la triple. Y es la básica. La triple es la que te duerme, te puede dormir 12 horas a 48, poniéndote la inyección esa. Pero no te dicen en qué consiste, para qué es lo que es. Te dopan de una, te duermen así de una y no te dicen *“bueno es para tal cosa”*. O te meten una inyección y te dicen *“bueno, eso reemplaza a las pastillas”*, pero ¿qué pastillas estoy tomando? O sea, desde ahí nomás ya te puedes imaginar que no hay ningún diálogo entre paciente y profesional”.

“No se me informó qué medicación se me daba, y cuando me hacía mal yo decía *“tal pastilla me hace mal”*, *“y bueno, ya vamos a ver, vamos a continuar con ésta, o le vamos a bajar un poquito la dosis”*. O sea, es decisión propia del médico, no es que dice *“¿qué dice usted, seguimos con ésta o la cambiamos por otra?”* No, es: *“como yo sé, se hace lo que yo digo”*.”

En relación a la prescripción de la medicación (como medida terapéutica primordial, y muchas veces exclusiva), no existe una explicación clara, precisa y adecuada de su naturaleza, de sus efectos, de las ventajas y/o consecuencias de su administración, ni de los procedimientos alternativos. Incluso este “consentimiento”, poco libre e informado, muchas veces tampoco es voluntario, ya que basados en la premisa infundada de la incapacidad, se delega esta responsabilidad en los familiares y se promueve una situación de desinformación deliberada respecto de la persona y su propio tratamiento.

“Yo cuando llegué aquí me paso algo muy particular. Yo llegué y era una persona normal, la verdad que me entregué, como quién dice, a quedarme internada. Por la parte médica empecé a recibir medicación, medicación, medicación, medicación. Lo cual, cuando me dieron de alta, el doctor le dio a escondidas a mi madre *respiredona*. Y si bien yo me sentí muy bien cuando salí de acá, mi madre me daba a escondidas esa medicación y no entendí yo el por qué. (...) Y me dolió mucho que me lo de a escondidas porque empecé a orinar fuerte, empecé a tener mareos, yo hago danza, canto, bailo, y empecé a sentir que mi organismo no estaba bien. Empecé a sentir temblequeos, parálisis en el cuerpo, balbuceaba, no podía hablar. Mi psicóloga me mandó nuevamente aquí, con lo cual me dieron otra medicación para contrarrestar el efecto de la medicación que me dieron cuando salí de aquí. Me pusieron un inyectable que supuestamente me iba a durar 5 días hasta la próxima consulta pero que casi me mandan para el otro lado. Y estaba tan mal que yo le decía a mi mamá *“mami, me está por dar un ACV”*; *“no hija, estas bien, estas bien, estas bien”*. Eso fue lo que me dijo mi madre, sin saber. Entonces es el aprovechamiento por ahí, mi madre es una persona del campo, ignorante, ilusa quizás en ciertas cuestiones que yo

sí las sé. Me sentí defraudada por la parte médica, me sentí defraudada por mi propia familia.”

El testimonio anterior refleja las consecuencias que esta situación genera en los usuarios y nos interpela seriamente respecto de esta práctica que atenta contra este derecho básico y contra la participación plena de los usuarios en relación a su tratamiento y su vida.

b. Confidencialidad

Otro punto nodal en lo que hace a la participación de los usuarios en su tratamiento, y que se encuentra alterado en algunas instituciones de la provincia, es la confidencialidad en el uso de la información y las barreras en su accesibilidad por parte de los usuarios, lo cual atenta contra el derecho a la intimidad y contra la posibilidad de ejercer un protagonismo pleno en relación a la propia atención.

“Está escrito en la historia clínica, o sea que viene mi hija y puede leer, y le pueden informar lo que yo dije, ¡y eso es algo mío! Cuando yo necesite o quiera hacer terapia con mis hijos, haré con mis hijos. Pero eso es algo que yo hablé con el psiquiatra y con el psicólogo, no puede estar en manos de los enfermeros y de todo el mundo leyendo lo que yo he hablado. Creo que acceden todos menos el paciente. Es decir, el paciente vuelca ante el psicólogo, la psiquiatra, y acceden todos menos el paciente”.

c. Exigibilidad

Como se mencionó anteriormente, no existen espacios legitimados de participación de los usuarios para incidir en la planificación, ejecución y evaluación de las políticas. En lo que hace al monitoreo de las prácticas cotidianas, y ante la ausencia de mecanismos como el Órgano de Revisión que garanticen la exigibilidad de los derechos reconocidos, emerge como principal alternativa la judicialización de las situaciones individuales. Sin embargo, la dificultad en el acceso a la justicia y el temor a posibles represalias institucionales, obstaculizan la posibilidad real de apelar a esta alternativa. Incluso, en caso que se pudieran salvar estas dificultades, aparece el temor en relación a la falta de pruebas y a la credibilidad de sus declaraciones, menoscabada por los ya mencionados prejuicios acerca de las personas con padecimiento subjetivo. Esta situación trae aparejadas sensaciones de desamparo, impotencia y desesperanza respecto de transformaciones certeras en el corto plazo que garanticen restitución y garantía de derechos.

“Es muy difícil hacer un juicio individualmente a un médico por el uso de las salas de contención. Van a decir que estaba agresiva la persona, que era peligrosa y va a quedar ahí.”

“Acá estamos conversando, estamos hablando de la situación de muerte de una persona, o de varias personas. Acá mucho hemos hablado, porque a este tema lo venimos tratando desde siempre. Pero yo me pregunto qué posibilidad de movilidad podemos tener los pacientes externados del hospital para hacer algo que sea, como parte de una realidad, de lo que sabemos, que todos sabemos. ¿Qué seguridad nos pueden dar si hablamos, si contamos, si decimos, si nos reunimos, para decir de las muertes que conocemos de acá, de Santa María, de Oliva? Que ha sido terrorífico lo que pasó en Oliva, la gente que moría encadenada en los pasillos en aquella época, hace 10 o 15 años, morían encadenadas de sed, de hambre y de frío. ¿Qué garantías nos dan para que podamos compartir esta información y que no suceda lo que ya todos sabemos? No quiero que me suceda nada, y tampoco quiero que le suceda nada a otros internados de, por ejemplo, de acá del Neuropsiquiátrico. ¿Qué garantía tenemos nosotros con estas nuevas leyes de salud mental de que no nos metan un caño? Muchos estamos asustados porque ya hemos pasado por eso, no es algo de ahora. Hay gente que ha desaparecido. ¿Qué hacemos si tenemos la denuncia pero no tenemos garantías?”

“Yo creo que a la garantía la tenemos, pero tenemos que tener el cuidado de los comentarios que se hagan no solamente aquí a través de este medio sino en la sociedad. Porque para hacer una denuncia como vos decís, hay que tener pruebas fehacientes pero en papel. No basta mi opinión, mi vida, lo que yo he vivido, lo que yo he visto. No basta si no hay papeles. Y esos papeles no van a aparecer nunca.”

En relación a este punto, las principales deudas del Estado se encuentran relacionadas no sólo a la urgente creación de un Órgano de Revisión que garantice la exigibilidad de los derechos reconocidos, sino también a las necesarias transformaciones a realizar para promover la capacidad de acceso a la justicia, el debido proceso en causas vinculadas a la salud mental, y la creación de programas de protección de testigos para personas con discapacidad psicosocial.

En lo desarrollado hasta aquí, cabe destacar que al abordar en la radio la temática de la participación, insiste la referencia a la ausencia de la misma en los ámbitos de atención, tanto de los usuarios en lo que hace a su tratamiento como en lo atinente a espacios de organización colectivos para la búsqueda de soluciones comunes. Además de ello, son casi nulas las referencias a posibilidades de participación en otros espacios comunitarios,

tales como un centro vecinal u otros organismos del Estado o la sociedad civil. Este hecho no debiera llevar a preguntarnos: ¿por qué la gente no participa? Sino mas bien ¿qué barreras se han construido y sostenido que obstaculicen esa participación?

PRÁCTICAS VALORIZADAS EN SALUD MENTAL

Al referirse a servicios de salud mental, los usuarios valoran particularmente aquellas experiencias que se encuentran relacionadas con la posibilidad de participar, de expresarse, de compartir espacios con otros, de establecer y mantener vínculos saludables, de trabajar, de crecer en autonomía. Se valoran también aquellas prácticas que, alejadas de lógicas manicomiales, promueven relaciones de mayor cercanía y horizontalidad con los profesionales, signadas por un trato cordial y respetuoso.

“Sigo viniendo porque me renueva la alegría, el autoestima. Me hace sentir feliz y alegre de estar con compañeros que están pasando por lo mismo, y ayudarlos en lo que más pueda, ya sea con una palabra de aliento, hacerles levantar el autoestima, con una sonrisa, con un abrazo, con un beso, con la ayuda mutua y agradecer y que siga por muchos años la Radio Los Inestables.”

“Acá en Balcarce y Oliver, Pasaje Oliver, funciona una casa que se llama Medio Camino y ahí les buscan trabajo, las atienden con acompañantes terapéuticas, las ayudan a conseguir trabajo, a hacer un currículum, las acompañan a pedir asistencia psicológica, a seguir un tratamiento. Pueden dormir ahí, pueden limpiar, aprender a independizarse y no a estar tan metidas como estuvieron en el Neuro durante tantos años. Entonces esa casa se llama Medio Camino.”

“Yo estoy agradecido del taller Sociolaboral, voy a herrería, y gracias a ellos me siento que sirvo para algo. Con la plata que yo he ido juntando me pude hacer mi propio microemprendimiento, compre una soldadora, una amoladora, un taladro, así que me defiendo solo, gracias a lo que aprendí ahí en el taller.”

Los mayores énfasis están dados en la integralidad de la atención, en el diálogo y la escucha, en el acompañamiento, en la contención afectiva y familiar y en el reconocimiento como personas, ciudadanos y sujetos de derecho.

“Yo prefiero la palabra hablada y escuchada que un comprimido. La pastilla lo que hace es tapar el problema.”

“Yo creo muy importante rever acá y replantear desde el punto de vista efectivo, profesional, y buscarle la solución a las cosas de la vida psíquica en la espiritual también. Porque somos alma, mente, cerebro,

oídos, pero somos un cuerpo conjunto, un cuerpo humano. Y a veces se interpreta la teoría sin aplicarla al paciente.”

“No nos tenés que ver como “el loco más”, tenés que vernos como la persona que necesita estar en este lugar porque algún problema está teniendo. Entonces ¿qué necesitamos nosotros? La contención tanto del médico como del enfermero. Pero la contención humana, hablamos de la parte humana que tienen que tener. ¿Sabes por qué? Porque yo una medicación tranquilamente te la puedo dar, pero la persona no necesita solamente la medicación; la persona necesita la parte humana, el afecto.”

“La contención para mí no pasa a través de una reja, de estar encerrado en un lugar. Para mí la contención es la familia. La familia es lo más importante de la palabra contención.”

REFLEXIONES FINALES

Las enunciaciones aquí consideradas revisten un valor particular dado que si bien se expresan en el plano discursivo, tienen un correlato en el plano de los sentimientos, de los pensamientos y de las acciones que sostienen las personas en su transitar por los espacios de atención en salud mental.

Estos “decires”, que generan una interpelación en tanto reflejan una fuerte afectación subjetiva, fueron enunciados en ejercicio del derecho a la expresión y la comunicación, con la intención de cuestionar y desnaturalizar prácticas imperantes, y de comunicar experiencias que trasciendan la mera descripción del dolor para convertirse en una herramienta de visibilización e incidencia política ante las demoras de la implementación de las leyes, la desidia de las instituciones, las deudas del Estado en el cumplimiento de los compromisos preexistentes.

“Estamos viendo que las leyes no se aplican. Cuando pasé por Salud Mental hoy día me dijeron “*no sé, no sabemos, venite después*”. O sea, las vidas, las personas, tienen todo el tiempo del mundo, pueden esperar. Y ellos se pueden tomar el tiempo que se les plazca hasta que se decidan a hacer algo serio.”

Cabe destacar que la visibilización de la existencia y sostenimiento de las lógicas manicomiales y modalidades desubjetivantes aquí descritas, no pretende culpabilizar el accionar de trabajadores particulares, sino que se reconoce que estas vulneraciones encuentran asidero en un sistema de atención que genera sufrimiento en las personas que transitan por las diversas instituciones de salud en la provincia.

La coexistencia simultánea de paradigmas contrapuestos en lo que respecta a la atención en salud mental, requiere de una voluntad política que se

materialice tanto en el fortalecimiento de aquellas prácticas fundadas en la consideración de una atención integral y humanizada, como en la abolición de prácticas violatorias de los derechos humanos. En este sentido, y acorde a los principios de interdependencia e indivisibilidad de los derechos reconocidos, no basta con la transformación de manera aislada de las prácticas vulneratorias aquí enunciadas, si ello no encuentra sustento en estrategias integrales e intersectoriales que promuevan, protejan y restituyan los derechos de las personas que demandan atención en salud mental.

La consideración de las voces de los usuarios en este informe constituye en sí mismo un hecho político de gran trascendencia en el campo de la salud mental, en tanto les permite posicionarse como actores autorizados con capacidad de enunciar y denunciar, de reclamar y proponer, de construir estrategias con otros que permitan avanzar en el ejercicio de sus derechos en tanto principales protagonistas de las transformaciones en cuestión.