

Salud Mental:

**Definición y alcance bajo la ley 26.657
“Una visión interdisciplinaria”**

*Por Guillermo C Alonso Sainz[1], Karina Beatriz Cachia[2], Mónica Liliana Cuschnir[3],
Karina Giselle Orlando[4] y Gabriel Orlando Romano[5]*

Introducción

“Desde el nacimiento mismo de las instituciones públicas de asistencia, los proyectos reformadores y las iniciativas filantrópicas aparecen invadidos por la inercia de la segregación y el abandono de los asilados. (...) contradicción entre un proyecto de asistencia y reforma del sujeto y la presión hacia la exclusión lisa y llana del destinatario de la acción médico social, y con ello los grandes ideales humanistas se cruzan permanentemente con las formas históricas de la segregación”. (Vezzetti, 1985:25)

La Política es la actividad humana que tiende a gobernar o dirigir la acción del Estado en beneficio de la sociedad. Es a través de sus leyes que las fuerzas políticas expresan y ordenan el marco social, corrigiendo los elementos negativos de la vida comunitaria y alentando el desarrollo de los elementos positivos.-

El espíritu y contenido de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 se considera un instrumento de avanzada para regular y orientar políticas en lo referido a los tratamientos destinados a los ciudadanos, con el propósito de restaurar los derechos humanos avasallados durante siglos por un sistema que, pese a la predisposición y buena voluntad de la mayoría de los trabajadores profesionales y no profesionales de los llamados manicomios, carga con una lógica de segregación de los padecimientos mentales.-

Asimismo, se aprecia una “persistencia de modelos de formación reduccionistas, centrados en la enfermedad y no en los problemas de la comunidad” (Di Nanno, 2009).-

Este trabajo analiza algunos artículos de la Ley en relación con su aplicabilidad, en un contexto en el que las instituciones públicas padecen las consecuencias de décadas de desinversión, de falta de personal como síntoma crónico, de “falta de políticas de promoción y estímulo de determinadas carreras con el objetivo de revertir el déficit marcado de algunas categorías profesionales, Enfermería, por ejemplo” (Di Nanno, 2009) y de ausencia de decisiones políticas en cuanto a las ideologías de trabajo en el sentido que marcan las tendencias actuales en Salud Mental a nivel mundial.-

Además, centrado en el Capítulo ii de la Ley Nacional de Salud Mental, el informe desarrolla la definición de salud mental, su relación con las adicciones y la ética profesional de quienes se

encuentran involucrados en la temática.-

Se ha buscado suficiente información para desarrollar los temas tanto desde el punto de vista físico como jurídico y así exponer distintas opiniones sobre esta Ley que está aprendiendo a caminar y con ella, todos los profesionales involucrados

La noción de “salud mental” ¿Cambio de paradigma?

La Ley de Salud Mental explicita desde el comienzo el concepto operativo de “salud mental” en su artículo 3.-

Artículo 3: 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

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

Lo primero que se destaca es la noción de proceso como construcción de la salud mental. Instala la idea de una serie de instancias que se ensamblan unas a otras y que remiten a la concepción de aspectos que se sobre determinan unos a otros, generando fases o períodos de estados influenciables, dejando de lado la antigua postura de la salud mental como una constante que se desenvolvía en la vida de los seres humanos, prácticamente ajena a las injerencias de los otros factores. Los componentes que conforman la salud mental aparecen indicados en una secuencia horizontal, ausente de jerarquías entre ellos, que se integran dinámicamente bajo la esfera de lo social y al amparo de los derechos humanos, cimientos de la base constitutiva del devenir de todo sujeto.-

Este enfoque complejo pone en tela de juicio la preponderancia del aspecto orgánico y, con ello, cuestiona de base la mirada hegemónica del saber médico, redistribuyendo la potestad de opinión y actuación a aquellos representantes profesionales de todos los campos mencionados. No se trata de negar la importancia de lo neurobiológico, ni de menoscabar los avances que se hubieran producido, sino de evitar resumir la complejidad que conforma el campo de la salud mental en el marco de neuronas y sinapsis, delegando automáticamente en lo farmacológico la única respuesta ‘real y posible’, dirimida omnipotentemente, sin necesidad de asesoría alguna de otro profesional,

excepto el propio médico. Se pretende incluir otros saberes en un plano de igualdad sin excluir al que ya era reconocido, pero sí recortando su supremacía, condición única para garantizar el equilibrio de atribuciones legales.-

Concepción histórica

Al respecto, resulta novedosa la inserción de la concepción histórica en paralelo a otros componentes considerados antiguamente como de mayor importancia. La historia de un sujeto determina aquello que es en el presente, cómo entiende las cosas, cómo conforma sus miradas acerca de lo que compone su realidad y cómo interacciona con los otros. Lo significativo y preponderante de un oriental del siglo v resultaba distintivo de un individuo de la Edad Media, como de un africano en la época del comercio de esclavos, de un indígena precolombino o de un sujeto que integra hoy la cultura occidental prevalente. Lo histórico conforma un componente fundamental en el encuadre dinámico que propone el artículo mencionado, más aun, cuando se fusiona con el marco social específico donde se despliegan los vínculos entre las personas.-

Según el psicoanalista Fernando Ulloa “La salud mental, ajustada a algunas circunstancias, es una producción cultural”.-

Este reconocimiento de lo histórico-cultural como determinante de la salud mental tiene no sólo una vertiente individual, no sólo tiene en cuenta la propia historia de los sujetos insertos en una determinada cultura y tiempo sino, también, un componente propiamente histórico del concepto mismo de ‘salud mental’, es decir que lo que se entienda por salud/enfermedad mental en cada época determina las prácticas en dicho campo.-

Origen del concepto

El origen del propio concepto de ‘salud mental’ explica muchas de las vicisitudes que, aún en la actualidad, giran en torno de los diagnósticos o de los tratamientos y otorga, a su vez, mayor sentido a las acotaciones expuestas en la última parte del artículo que conforman el listado de los ‘prejuicios’ sobre los cuales se compele a estar alerta en todo momento.-

Higiene mental

‘Salud mental’ aparece por primera vez en 1908 como “higiene mental” de la mano del psiquiatra estadounidense Clifford W. Beers después de la publicación de su libro autobiográfico Una mente que se encuentra a sí misma (A mind that found itself) en donde relata su experiencia como interno en una institución mental con diagnóstico de depresión y paranoia. Su escrito fue celebrado entre la comunidad médica de su época y obtuvo el apoyo de numerosos profesionales en su tarea de prevenir los desordenes mentales, a la vez que instalaba, por primera vez, la discusión acerca de los derechos de los pacientes internados. De hecho, un año más tarde, fue quien fundó el Comité Nacional de Higiene Mental y, en 1913, la primera clínica para pacientes mentales que abordaba los tratamientos desde este enfoque.-

Eugenésia

El ‘otro lado’ de Beers lo muestra abogando intensamente en su país por la eugenésia, una postura considerada científica en esa época. Definida como ciencia para unos y como filosofía social para otros, la eugenésia defiende la mejora de todo aquello que enmarca como rasgo hereditario humano, sosteniendo como necesaria la intervención en el proceso de gestación de los sujetos. La creación de personas más sanas e inteligentes, con menos defectos genéticos, promoviendo una ‘mejora evolutiva de la raza’, han sido las metas perseguidas desde antaño, donde la selección artificial era el método elegido como el más adecuado y propicio para el beneficio de la sociedad. Si bien algún esbozo de esto se rastrea desde Platón, en *La República*, pasando por los registros espartanos del abandono de bebés con defectos congénitos, fue Francis Galton quien, durante los años 1860 y 1870, sistematizó estas ideas y costumbres de acuerdo con el nuevo conocimiento sobre la evolución del hombre y los animales provisto por la teoría de su primo Charles Darwin. Luego de leer *El origen de las especies*, Galton elaboró su propia teoría en la cual los mecanismos de selección natural eran generalmente frustrados por los postulados de la organización social de aquel momento. En especial, en los ámbitos donde se buscaba salvaguardar, de alguna manera, a los desfavorecidos y a los débiles, se oponían a la ‘selección natural’ protegiendo de la extinción a estos defectuosos. Sólo cambiando estas políticas sociales, pensó Galton, podría la sociedad ser salvada de una “reversión hacia la mediocridad”, frase que acuñó primero y que más tarde cambió por la usada hoy como “regresión hacia la media”.-

De uno y del otro lado del Atlántico, este antropólogo e inventor, que gustaba de utilizar la estadística como método de comprobación de sus ideas, recibió además el título de Sir por parte de la reina y tuvo importantes seguidores. La eugenésia (término derivado del griego ‘bien nacido’ o ‘buena reproducción’) fue apoyada por destacados personajes en España, Francia y otros países de Europa. Pero los más notorios impulsores europeos de esta ‘disciplina académica’, que se enseñaba en universidades de todo el mundo, fueron Alexander Graham Bell, George Bernard Shaw y Winston Churchill. Este último escribía en un artículo de 1910:

“El aumento rápidamente creciente y contranatural de las clases enfermas e imbéciles, constituye un peligro nacional y para la raza, imposible de exagerar. Creo que debería cortarse y sellarse la frente a partir de la cual se nutre la corriente de locura antes de que pase otro año.”

El corte que proponía iba desde la esterilización forzada hasta el uso del gas venenoso en casos que consideraba “extremos y masivos”. Shaw, por su parte, era un ferviente admirador de Mussolini, tanto de sus métodos como de la composición física del hombre, de quien destacaba su frente marcada y la mirada penetrante “ideal”. En cuanto a Bell, cuando emigra a América, investiga la tasa de sordera en un instituto de Massachusetts y concluye en su informe *Memoria sobre la formación de una variedad sorda de la raza humana* que padres con sordera congénita tenían más probabilidades de tener hijos sordos e invitaba a prohibir que las parejas en que ambos fueran sordos se casaran o tuvieran hijos. Tiempo más tarde patentaba el teléfono.-

Evolución histórica

Esta postura ideológica y filosófica no apareció de la nada, sino que fue la secuela de un recorrido dentro del siglo XIX, la centuria positivista por excelencia. Recibió como legado del siglo anterior el comienzo del agrupamiento en grandes urbes, productos de las migraciones internas del campo a la ciudad, así como las de países vecinos e, incluso, de otros continentes como se dio en América.

A la vez que los estados se establecían como organizaciones de mayor poder, el naciente sistema capitalista producto de la revolución industrial necesitaba de masas laborales baratas para gestarse y sostenerse. Visto como ineludible por la incipiente burguesía dominante, heredera en muchos casos de la antigua oligarquía de los nobles, los grupos poblacionales que se asentaron a la vera de las grandes ciudades también se constituían en amenazas al poder establecido y traían consigo nuevas características que conmocionaban el orden jerárquico imperante.-

Estos ‘otros’ requerían ser disciplinados para que aceptaran condiciones de vida y de trabajo que hoy se considerarían inadmisibles. El hacinamiento que traía serios problemas en la salud de la población, el magro salario y las injusticias sociales de toda índole, incentivaban a la violencia y al delito, poniendo en riesgo la tranquilidad de la clase dominante. Así la amanecida medicina social, con el médico como protagonista principal, viene a transformarse en un instrumento del poder, como bien lo describe Foucault en la *Vida de los Hombres Infames*. La asociación de la marginalidad al delito, y de allí a la locura, generó nuevos dispositivos hospitalarios cuya prestación principal, en torno a la ‘medicina mental’, dio génesis al alienismo, la primera doctrina psiquiátrica que sostenía la necesidad del tratamiento moral de la alienación. El resultado buscado justificaba el aislamiento y medicalización de los sujetos alrededor los hospicios, primero en mano de las comunidades eclesiásticas, después en derredor del poder médico. A los escasos beneficios de tratamiento y recuperación, se sumaba la creciente agrupación de masas y con ello el caldo de cultivo de los movimientos sociales reivindicatorios y una creciente necesidad de control policial. El estoicismo, encuadre filosófico de esta visión, mostró su incapacidad para garantizar la permanencia de las ecuaciones de poder vigente; hacía falta añadirle una orientación más tajante que ampliara la brecha. Así se sumó la eugenesia, escondida detrás de los incesantes nuevos descubrimientos que aportó el siglo XIX. Ya no solo se los aislaba y se les administraban drogas sino que, como muchos venían ‘fallados de base’ e iban a lacerar el desarrollo de la especie humana (los occidentales, por supuesto), no quedaba otra opción que la segregación o, más aun, la eliminación directa.-

La eugenesia en Norteamérica

En 1910 se fundaba la Oficina de Registro de Eugenesia al tiempo que se organizaba el primero de varios congresos internacionales. Tanto se extendió esta mirada que, en 1926, la Corte Suprema estadounidense aprobó una ley de esterilización (los estados de Virginia e Indiana venían desde hacía más de una década atrás aplicando la esterilización en los ‘subnormales’). Elaborado por un equipo de prestigiosos biólogos, el borrador de dicha ley incluía a los ciegos, sordos, deformes, alcohólicos, tuberculosos, sifilíticos, leprosos, criminales, idiotas, pobres y personas sin domicilio fijo. En cuanto al objetivo perseguido, el proyecto legal lo enunciaba sin ambigüedades: “preservar la pureza de la raza blanca”. Hubo quienes presionaron para colocar aquí a los homosexuales, que resultaban el arquetipo de los “no locos” que degeneraban la especie por su elección sexual que imposibilitaba la reproducción y por situarse en una tercera posición (ni hombres ni mujeres reproductores) estando “fuera de género” pero, finalmente, no tuvieron éxito debido a los movimientos a favor de sus derechos que comenzaban a gestarse en varios lugares del mundo, paradójicamente también en Alemania. Y fue en este lugar precisamente donde las posturas eugenésicas alcanzaron su máxima exposición.-

La eugenesia en Alemania

El régimen nazi hizo de este racismo genético su filosofía de base, llevándolo a límites increíbles, sosteniendo con total impunidad y convencimiento, que la procreación de los seres pertenecientes

a ‘razas inferiores’ debía ser extinguida, así como se hacía con el ganado, para evitar la propagación de los rasgos y de los peligros potenciales (como la locura) considerados perjudiciales para ‘la raza’ humana superior. El conocimiento mundial de las perversidades cometidas, que incluso dio origen a una nueva expresión (crímenes de lesa humanidad), obligó a los detentores de estas posturas al replanteo de su exposición direccionándolas hacia vertientes que garantizaran no ser identificadas como tales indignidades aplicando nuevas tecnologías reproductivas como la fertilización ‘in vitro’ y la amniocentesis, así como la clonación y la experimentación con células madre.-

La eugenésia en Argentina

La Argentina, por su parte, con su tradicional mirada hacia la pretendida modernidad de las ideas científicas, sociales y económicas que ostentaba la burguesía europea no era en absoluto ajena a estas prácticas. Independizada de España y con la mirada posada sobre Francia e Inglaterra, se hacía necesario el poblar el vasto territorio, generando las condiciones de origen de la burguesía nacional. La primera proclama oficial la realiza Bernardino Rivadavia (firmada también por Chiclana y Pueyrredón) apuntando a traer al país a cierto grupo de inmigrantes, especialmente anglosajones y escandinavos.-

Considerados representantes de una cultura superior, se buscaba favorecer la génesis de una nueva clase para civilizar a los principales núcleos poblacionales integrados por descendientes de los españoles, al igual que a los restantes pueblos originarios.-

Su objetivo fue moralizar al mestizaje indómito, dotar de una fuerza ‘naturalmente superior’, de costumbres similares con las que se identificaba el intelectual de clase, adoctrinar y ordenar. De relativo éxito en cuanto a intento real (ya que quienes conformaron mayoritariamente las corrientes migratorias poco tuvieron que ver con este perfil idealizado) si dejó sus huellas en otros personajes que otrora se convertirían en protagonistas de la política argentina, D.F. Sarmiento y J.B. Alberdi, quienes retomaron años después las ideas sobre la importancia de promover la inmigración, primero desde la literatura (*Facundo*) y luego *in situ* por haber tenido que exiliarse en la época de Rosas. Este vínculo con la Europa intelectual y oligárquica a la vez posibilitó la permeabilidad de las ideas sobre el concepto de raza, imperantes en el viejo continente y luego canalizadas y transportadas por los mismos jóvenes latinoamericanos que recibían su educación en instituciones de Francia e Inglaterra, o bien por medio de la lectura de los grandes pensadores europeos de la época. Como consecuencia de ello, los intelectuales finiseculares fueron influenciados por el positivismo, el darwinismo social, el determinismo y las teorías raciales emanadas de Europa en sus postulados sobre la conexión social y raza, historia y psicología. José María Ramos Mejía, su discípulo José Ingenieros y Carlos Octavio Bunge representan a los herederos de estas posturas que tuvieron notable influencia en la mirada sobre la salud, lo social y su entrecruzamiento directo con el poder y la política. Claramente lo expresa Vezzetti

Es posible rastrear intensamente, en las producciones científicas y literarias argentinas, de 1880 al Centenario, la marca de la tesis de un darwinismo vulgarizado: enfoque genético, atención a herencia, lucha por la vida y selección natural. Pero si el progreso social aparece fundado en las leyes irreductibles de la biología, no deja de pagar un precio: la figura siniestra de la degeneración condensa el negativo exacto de los valores morales deseados. Un lazo sólidamente significativo liga esa noción, asociada a la locura urbana, por una parte a una reedición de la barbarie en la gran ciudad, y a la vez a una expresión agudizada de los conflictos de la inmigración.-

Tiempo después, y con el surgimiento de la criminología, el ‘loco inmigrante’ se torna peligroso, algo más que un cuadro psiquiátrico. Resultaba fundamental, además de encerrarlo y medicarlo, la prevención y previsión, el galeno debía desarrollar cierta capacidad de anticipación al futuro a fin de evitar daños en la sociedad. La figura del médico psiquiatra (luz de la ciencia, restaurador del orden y la moral), encarnada por J. Ramos Mejía y L. Meléndez, adquirió una preponderancia significativa, concentrando cada vez más poder, incursionando en cargos políticos, tornándose autónomos de las otras instancias públicas, como los ámbitos jurídicos y policiales. La aparición del higienismo de la mano de G. Rawson y E. Wilde amplia los horizontes de la potestad de los representantes de la salud, como concluye Vezzetti:

Cuando prevalecen las concepciones de la Higiene Mental, la locura es ya un desajuste mínimo en el campo de la conducta cotidiana. Nuevo desplazamiento entonces, desde la marginalidad a la familia, el trabajo, la escuela, la vida comunitaria. Correlativamente comienza a hablarse de Salud Mental, noción ambigua que parece completar el círculo que busca encerrar las capacidades y virtudes en el marco de una medicalización de la vida cotidiana. La mirada occidentalizada, moralista y en la búsqueda incesante de la supremacía de un orden (jerárquico y categórico) continuaba presente. Luego de la última guerra mundial se reedita y resignifica bajo la constitución de organismos centralizados del poder (oms) apropiándose de un discurso que sostiene la preeminencia de un saber taxativo, básicamente médico y de neto corte organicista, a los efectos de propiciar desde allí referentes (incuestionables) del conocimiento y de dirigir los tratamientos de las patologías psíquicas que marcan la impronta hasta el día de hoy.-

El Capítulo II de la Ley Nacional de Salud Mental

El título del Capítulo es ‘definición’. Al respecto, dice el Diccionario de la Real Academia Española:

Definición: Proposición que expone con claridad y exactitud los caracteres genéricos y diferenciales de algo material o inmaterial.-

La ley desarrolla en tres artículos la definición de salud mental a la vez que condiciona el proceder de los profesionales en salud mental y afecta la condición misma de las personas que por uno u otro motivo se encuentren alcanzadas por lo ahí indicado.-

Y esa condición de persona será dirimida en un juzgado, en el que jueces y abogados deberán tener la capacidad de interpretar y entender todos los informes profesionales que se realicen sobre el paciente.-

Se presenta, entonces, la interpretación desde el punto de vista legal de este Capítulo.-

Artículo 3

Como puede observarse, se define salud mental de manera amplia, contemplando aspectos sociales, culturales, económicos. Ello constituye la clara demostración de que todos pueden ser pasibles de una enfermedad mental, de carácter tanto transitorio como permanente. Tal como se expone, se abarcan todas las variables del ser humano y su vida de relación y se busca el

resguardo de los derechos de quienes tienen un padecimiento mental; se pretende, no ya su aislamiento, sino el restablecimiento de sus vínculos sociales y su reincisión en la sociedad.-

El informe de la Organización Mundial de la Salud (oms) del año 2001 indica que “a la luz de los avances científicos y técnicos, de las reformas sociales, y de las nuevas legislaciones en el mundo, no hay motivo ético o científico que justifique la exclusión de la persona con padecimiento de salud mental de la sociedad”.-

Como surge del mencionado artículo, y en armonía con el sistema implantado por el Código Civil, la capacidad es la regla y se presume, salvo que medie una declaración judicial al respecto, tal como ha quedado plasmado en el artículo 140 del cuerpo normativo mencionado:

Artículo 140 C.C.: Ninguna persona será habida por demente, para los efectos que en este Código se determinan, sin que la demencia sea previamente verificada y declarada por juez competente. Es decir que sin dicho pronunciamiento judicial todo sujeto es tenido por capaz.-

Se introduce, a su vez, un criterio biológico-jurídico: es necesaria la comprobación de la enfermedad mental en concreto y, a su vez, y en razón de ella, la imposibilidad del sujeto de dirigir su persona o administrar sus bienes.-

Artículo 141 C.C.: Se declaran incapaces por demencia las personas que por causa de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes

Por otro lado, vuelve a tomar relevancia la reforma de la ley 17711 ya que da inicio a la concepción del riesgo, a pesar de que en el año de su dictado – 1968 – había una serie de situaciones médicas no del todo conocidas o quizás inexistentes, como el estrés, los ataques de pánico y, sobre todo, las distintas variantes de las adicciones a las que, en la actualidad, se consagra protección tanto médica como jurídica, tal como surge del artículo siguiente

Artículo 4: 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

El artículo antes citado incluye las adicciones como tema de intervención de las políticas de salud mental: el adicto requiere de una adecuada atención terapéutica. Es decir, pone explícitamente al consumo de drogas como un problema de salud mental siguiendo los lineamientos implantados por la oms. Para este organismo una adicción es: “Cualquier actividad que el individuo no sea capaz de controlar, que lo lleve a conductas compulsivas y perjudique su calidad de vida”.-

El ex Director General de la OMS, Dr. LEE Jong-wook, ha señalado:

La comunidad de salud pública tiene que prestar más atención a los problemas sanitarios y sociales asociados con el consumo de tabaco, alcohol y sustancias ilícitas, y con la dependencia de esos productos, y es necesario dar una respuesta normativa apropiada para abordar esos problemas en diferentes sociedades.-

Esto es importante porque en la práctica, en los hospitales generales, se tendería a excluir a los adictos de la atención, derivándolos a centros especializados o simplemente ignorándolos. Hoy, se reconoce la necesaria protección del adicto, al amparo de la Ley Nacional de Salud Mental

Cuando se habla de adicciones no solo hay que referirse a las drogas y el alcohol. También es usual hablar de la adicción a Internet, la ludopatía, al sexo, a las compras, al trabajo y, dentro de lo que es la informática, a todas las variables con ella relacionadas bajo la forma de las distintas redes sociales que constituyen, en muchos casos, el uso de las tecnologías en su abuso. Por supuesto que la dependencia de las drogas ilegales como el abuso de la ingesta de medicamentos se encuentra en la cima de las adicciones según resulta de la lectura de distintos trabajos.-

La figura del alcoholismo fue introducida en la reforma del Código Civil mediante la ley 17711 y categorizada bajo la forma de la inhabilitación, de acuerdo con el artículo 152 bis inciso 1, cuya parte pertinente dice que “podrá inhabilitarse judicialmente: 1. a quienes por embriaguez habitual [...] están expuestos a otorgar actos jurídicos perjudiciales a su persona o patrimonio”.-

Obsérvese que la propia ley, si bien introduce la figura del alcoholismo, para que se dé el supuesto crítico de su inhabilitación requiere la habitualidad; por ende, realiza un distingo de lo que hoy se denomina bebedor social.-

Un tema que no es menor y que también se incluye dentro del conjunto de conductas adictivas es la ludopatía. Sin embargo, la interpretación y alcance que se intenta dar en las nuevas formas de adicciones es distinto al histórico concepto contemplado en nuestra legislación, aún cuando se está analizando ingresarla en el DSM-5 (Manual de diagnóstico y estadística de trastornos mentales) para mediados del año 2013. Al respecto, el juego era considerado como un acto de prodigalidad y no constituía interés del Estado proteger, pero sí de preocupación de la familia directa del ludópata. Por lo tanto, se creaba una situación donde no primaba el orden público, el que sí regía para el caso de los incapaces del artículo 141 del Código Civil (dementes en sentido jurídico como personas que han perdido su aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes) y para los inhabilitados del artículo 152 bis donde se referencia a los alcohólicos, a los adictos a las drogas y a aquellas personas que sin llegar a estar incurso en el 141 tienen alteradas ciertas facultades que potencialmente pueden poner en riesgo su persona y su patrimonio.-

Las nuevas formas de adicciones traen y traerán críticas tanto en el plano médico como en el jurídico; por lo tanto es oportuno insistir, desde el punto de vista netamente técnico-jurídico en lo que es la aptitud: la pérdida o falta de aptitud para dirigir su persona y administrar su patrimonio.-

La nueva ley de salud mental no solo ratifica sino que también da la mayor de las prevalencias a lo que son las adicciones por el uso de estupefacientes en sus distintas formas

Artículo 5: 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.-

Desde el punto de vista jurídico está evitando el prejuicamiento. Se busca que el antecedente sea solo una herramienta para la verdadera evaluación de los facultativos en su conjunto.-

Se toma al sujeto en su particularidad y en un momento determinado, es decir, se debe efectuar un estudio especializado y de carácter interdisciplinario. Esta ley obliga a dicha actuación interdisciplinaria. Se indica que debe instarse a que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo integrado por profesionales de distintas áreas, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psiquiatría, psicología, trabajo social, terapia ocupacional y otras disciplinas. El trabajo interdisciplinario impulsa el intercambio de los conocimientos propios de cada área y favorece la participación, contribuyendo a lograr un diagnóstico integral y más certero.-

A su vez, vuelven a tomar relevancia – al hacer referencia a la evaluación de cada situación particular ‘en un momento determinado’– y como freno a todo abuso, dos conceptos de la práctica judicial para la declaración de incapacidad o inhabilitación: la actualidad y la habitualidad.-

Con respecto a la habitualidad, el Código Civil en su artículo 141 presupone un estado de demencia con la perdurabilidad y con la estabilidad en el tiempo. Si el sujeto goza normalmente de buena salud y presenta ataques de demencia esporádicos no procedería la interdicción. Este rasgo puede entenderse, a su vez, si se analiza la finalidad del artículo: la protección permanente de los intereses del insano y no en determinados actos aislados.-

En cuanto a la actualidad, es necesaria en todo momento. Carecería de sentido si al momento de dictar sentencia la enfermedad mental ha desaparecido.-

Actuación judicial

La falta de reglamentación de la ley hace que su aplicación sea lo que lo jueces dicen. Por ende, no se cuenta con un criterio homogéneo y se llega a las más disímiles variaciones, no solo en los distintos procedimientos de acuerdo con nuestro sistema federal, sino también en el propio ámbito de la Justicia Nacional. Igualmente, tal criterio no es descalificado, toda vez que los magistrados tienen la obligación de juzgar en los supuestos de silencio, oscuridad o insuficiencia de las leyes, conforme da cuenta el artículo 15 de nuestro Código Civil.-

Ante la presencia de las lagunas legislativas, el juez no puede dejar de fallar. Al respecto, ha dicho Palacio de Cairo en su obra Constitución Nacional en la Doctrina de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que cuando por imprevisión del legislador se dan algunas lagunas normativas, el juez no puede negarse a fallar. Debe hallar la decisión del caso inspirándose en el espíritu y fin de la ley, abriendose ante el juez un amplio campo de actividad creadora. Los jueces ni pueden ni deben dejar de juzgar aunque una cuestión no este legislada por los Códigos o se trate de una relación jurídica desconocida, y así pueden fundar su resolución por vía de interpretación en alguna disposición que no tiene relación directa con el punto que le ha sido sometido.-

Política y ley en el uso de sustancias psicoactivas

¿Historia consumada?

En lo que respecta a la problemática de adicciones y a las políticas públicas, en la década de los 90, exactamente en 1993 el Gobernador de la Provincia de Buenos Aires, en ese entonces el Dr. Eduardo Duhalde, crea la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones, bajo la órbita del Ministerio de Salud de la Provincia, con el objetivo de dar respuesta a la problemática de las adicciones con una propuesta integradora de todos los actores sociales a través de un sistema de redes solidarias: educativas, sanitarias, barriales, académicas, judiciales, religiosas, juveniles y familiares en toda la provincia.-

Para llevar a cabo la promoción, prevención y asistencia de las adicciones se crean los Centros Preventivos Asistenciales (cpa), los Centros de Desintoxicación y las Comunidades Terapéuticas, estableciendo de esta manera una red asistencial pública de la provincia.-

La Secretaría de Programación para la prevención de las adicciones y la lucha contra el Narcotráfico (Sedronar) se crea el 17 de Julio de 1989 por Decreto Presidencial Nº 271 para implementar un "Programa Nacional de Prevención y Asistencia de la Drogodependencia".-

Ese mismo año se impulsa la Ley 23737 de estupefacientes, modificada por la Ley 26052 que tipifica, entre otras conductas, la tenencia simple, la tenencia para consumo personal y la tenencia de estupefacientes para su comercialización.-

Ambas leyes correlacionan la problemática del consumo con el delito y con la inseguridad social.-

La seguridad se la vincula con la certeza que debe tener la población de que no será afectada por un comportamiento delictivo. Específicamente, se la relaciona con la confianza de que ciertos bienes jurídicos, como la propiedad y la vida no están expuestas al riesgo de ser lesionadas, esta es la forma en la que el poder busca consenso para una falsa solución, basada en la escalada represiva. (Martín E. Vázquez Acuña, pág. 82)

La política criminal de tolerancia cero corresponde a un Estado Penitencia, cuyas acciones no están orientadas a la rehabilitación sino a la penalización y a la criminalización del usuario, generando el aislamiento, la desprotección y el distanciamiento de los usuarios de los servicios de salud.-

Se sabe, y las estadísticas así lo demuestran, que esta política de control social no es efectiva porque, más allá de reducir el consumo, segregá y estigmatiza generando mayor daño social, sanitario y subjetivo.-

En esa época, la multiplicación de las Comunidades Terapéuticas y de las granjas como dispositivos de control social hipotecan la posibilidad de un futuro diferente, ya que sus objetivos terapéuticos quedan reducidos a lograr la abstinencia y a encauzar a los pacientes a la norma establecida sin tener en cuenta el contexto familiar-social singular.-

La inmediata detención del 'adicto' conlleva la orden de internación, primando esa intervención sobre las otras, sin previa evaluación de los profesionales y sin darle demasiado lugar a la palabra del 'señalado'. El tratamiento consiste en aislarlo de su ámbito familiar y de su contexto social con el objetivo de educarlo: ¿tratamiento moral?

Desde ese marco, el adicto es mirado como un ‘sujeto enfermo’ al que hay que tratar para su rehabilitación ya que el tóxico es la causa del problema (discurso médico), es un ‘sujeto, desviado, delincuente y peligroso’ para la seguridad social y entonces hay que encerrarlo (discurso jurídico). El discurso social lo estigmatiza, dándole el lugar de desecho, la salida es el encierro como a los ‘locos’.-

Al decir de Gustavo Hurtado, la ley de Estupefacientes entra en contradicción con el artículo 19 de la Constitución Nacional (CN):

Artículo 19 CN: Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan el orden y la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están reservados a Dios y exentas de la autoridad de los magistrados.-

Adicciones y salud mental

Las adicciones interrogan porque son síntoma de la cultura y su malestar, del estrago que va dejando el progreso tecnológico, de la lógica del Mercado, del desinterés por la subjetividad y por la condición humana. Es una problemática de esta época en donde los lazos sociales están arrasados, no hay tiempo para pensar, la respuesta a los problemas y al sufrimiento pareciera esperarse con objetos (drogas, alcohol, cirugías estéticas), respuestas rápidas que tienen la virtud de anular la pregunta y la subjetividad pero que al mismo tiempo es la posibilidad para visibilizar un goce allí.-

La salud debe entenderse como un proceso que no solo se refiere a la ausencia de la enfermedad sino que está determinada por las condiciones de vida, por la justa distribución de los ingresos, por los hábitos saludables (higiene, alimentación, recreación) por la participación en los proyectos de la comunidad, por la confianza entre las personas y con las instituciones y por la existencia de redes de apoyo y contención.-

La necesidad del ser humano

Es imprescindible para el ser humano, como sujeto social, tomar la palabra y sentirse respetado en sus derechos: a hablar, a pensar y a participar en las decisiones de su vida y en los proyectos de su comunidad.-

El ser humano como sujeto constituido en relación con un ‘otro’ primordial es por esencia social. Entonces, participar, compartir, vivenciar, confiar en los otros, sentir que se pertenece a un grupo, forma parte de las condiciones para una vida saludable

Las políticas de Estado: Es necesario subrayar la importancia y el avance que propone la Ley de Salud Mental en lo que respecta a las políticas del Estado, ya que apunta a restablecer los derechos vulnerados de aquellos que padecen trastornos mentales y de los usuarios de drogas.-

Esta Ley, regida por los principios de la Atención Primaria de la Salud, otorga, en su artículo 4, derechos y garantías.-

Es así que, plantear la problemática de las adicciones en el ámbito de la Salud Pública incluyéndola como parte de las políticas de Salud mental, reposiciona a los usuarios de drogas mas acá de lo humano. Respeta al ciudadano y a sus derechos. Enmarcar la problemática desde esta perspectiva, ilumina en la escena al sujeto y no al objeto droga, es decir, la causa de esta práctica individual no es la sustancia sino la subjetividad del usuario.-

Y además, garantizar los derechos de los usuarios de drogas en su relación con los servicios de Salud, implica el compromiso y participación que debe haber de los diferentes sectores. La acción intrasectorial e interministerial es fundamental a la hora de pensar en estrategias de intervención conjunta ya que la problemática atraviesa diversas dimensiones del sujeto.-

Es en este punto y en otros que a todos los actores que intervienen en los problemas de Salud de la comunidad les espera un gran desafío. La ley plantea 'obligaciones y deberes' que rigen las intervenciones pero se sabe que, en la práctica, muchas veces 'se hace' con lo que se tiene y sino, se trata de 'crearlo.'

Los profesionales y el ámbito de trabajo

Como se ha visto, la definición de salud mental establecida por la ley, involucra el entorno físico en el que se encuentra la persona afectada y los profesionales de la salud que atenderán sus necesidades. Por este motivo, se desarrollan a continuación, aun cuando escapan al capítulo ii de la Ley, los artículos que precisan un poco más estos temas.-

Ambiente

Artículo 7: El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- I) 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;

Los lugares físicos donde se alojan los pacientes en los hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires, a modo de ejemplo, están muy lejos de favorecer el resguardo de la intimidad. Se trata de pabellones generales, donde se encuentran salas muy grandes en las que las camas se disponen una al lado de la otra sin divisiones, con algunas mínimas excepciones. Asimismo, en muchos de los mencionados pabellones, no hay una estructura física donde se cuente con consultorios para la atención individual con privacidad, en consecuencia, la atención debe efectuarse en salas compartidas entre varios profesionales simultáneamente, donde permanentemente circula gente.-

Equipo interdisciplinario

Artículo 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

Por los motivos mencionados en relación con la escasez de personal para atender la demanda, resulta sumamente complicado constituir equipos interdisciplinarios. Desde antes de la sanción de la ley, se abordan los tratamientos por los distintos profesionales que intervienen, intercambiando opiniones, evaluaciones y tácticas. Plantear un trabajo interdisciplinario en el que ‘cada caso’ pueda ser tratado por un equipo y adoptar decisiones conjuntas, es lo esperable y deseable. Sin embargo, la exigencia que plantea la necesidad de atender un número de pacientes excesivo para el número de intervenientes, profesionales y técnicos, por el momento parece una utopía

Sectores involucrados

Artículo 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.-

Se desprende de este artículo, que a los efectos de generar más inclusión, intervendrán sectores supuestamente ajenos al campo de la salud. Las nuevas corrientes aconsejadas por la ops en Atención Primaria, se dirigen hacia la Salud Mental Comunitaria, en la que ni el campo socio-laboral, ni el campo de la educación, pueden permanecer ajenos al campo de la salud. Las prácticas cotidianas operan en este sentido, sin tener casi ninguna clase de formalización, tratando de reclutar voluntades en un trabajo que se podría llamar ‘de hormiga’, sin exagerar. Los pocos instrumentos que a veces se logran, por circunstancias inefables, a veces las mismas autoridades las desarticulan, por ejemplo, desafectando recursos humanos imprescindibles. “Las frecuentes deficiencias de los dirigentes en el área de la salud mental en cuanto a su experiencia y destrezas en materia de salud pública” (Di Nanno, 2009).-

De la manera que lo que expresa el artículo 11, es un objetivo que, se estima, requiere de concientización social y fundamentalmente de decisiones políticas y de acompañamiento de las decisiones en el terreno de su aplicación.-

Presupuesto

Artículo 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.-

Es moneda corriente que muchos casos se encuentran comprendidos en la situación que la Ley ordena que no debe hacerse. Es urgente que quienes tienen el poder de decisión y asignación de presupuesto, destinen partidas para el alquiler de casas, o asignen viviendas a través de planes. Asimismo, sería deseable que se abran instancias de atención intermedias tales como hospitales de día. A través del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida, se viene trabajando con los precarios recursos de los pacientes quienes, en su mayoría, cobran pensiones por discapacidad, con lo que se consiguen viviendas precarias, externándose en condiciones de pobreza, y resultando muy difícil referenciarlos a dispositivos de asistencia intermedios.-

Ética y deontología

Los profesionales que trabajan en el campo de la salud mental, se preguntan: ¿En qué se basa la ética profesional? ¿Cuáles son los alcances de las leyes que rigen la profesión? ¿En qué grado lo normativo afecta el quehacer profesional? La responsabilidad de los profesionales ¿está determinada únicamente por lo normativo? Se intentará situar una posición al respecto desde una perspectiva psicoanalítica.-

La deontología refiere a los deberes relativos de una práctica determinada, en el presente caso, la ley nacional N° 26657 constituye parte de la deontología en tanto regula la actividad profesional en el campo de la salud mental. Esta ley prescribe derechos para los pacientes y para toda aquella persona cuya salud mental se encuentre afectada de alguna manera, y obligaciones para los profesionales que intervienen en el campo de la salud mental, sin distinción entre psicólogos, psiquiatrías, médicos de otra especialidad, abogados, trabajadores sociales aunque, en la práctica, efectivamente tengan distintos tipos de responsabilidad.-

Es interesante resaltar que lo normativo se configura y tiende a funcionar en tanto universo, es decir, como una totalidad, que hace referencia anticipada a situaciones posibles y por venir. En palabras de la licenciada Gabriela Salomone:

La formulación de la norma y el criterio que sustenta deben permitir que una variedad de casos sean contemplados en ella. La norma ordena, pero la condición es que ordene más allá del uno a uno, haciendo homogéneos a los cada uno en un todos. Se trata de la lógica jurisprudencial: un nuevo caso será analizado en función de las categorías establecidas [...] La lógica del Universo prescinde de la existencia de lo no clasificado, de aquello no comprendido en el universo. Evidentemente, lo singular que un sujeto comporta –siempre diverso y heterogéneo– no estará contemplado en la norma; este hecho introduce el problema de la articulación entre el campo normativo y la clínica.-

Es decir, las leyes se refieren a un sujeto abstracto, universal, mientras que en la heterogeneidad de la praxis se trabaja con sujetos particulares. El desafío es situar la ética del profesional en salud mental en esa coyuntura. En la praxis, si bien la ética se soporta en el universo normativo deontológico, no es sinónimo de deontología, es un concepto más amplio.-

Una ética profesional asociada exclusivamente a la deontología genera un desdoblamiento de la función profesional con deberes de ciudadano, abogando por los derechos de las personas,

atendiendo a las exigencias sociales y legales de la profesión, dirigiendo su práctica en función de un sujeto de derecho. Por otra parte, lejos de las regulaciones normativas, se encuentra el profesional que lida con el sufrimiento del paciente, que debe operar con otra concepción de sujeto [...] se elide así una responsabilidad profesional ligada más específicamente a las coordenadas de nuestro objeto de estudio y praxis: el sufrimiento psíquico del sujeto. (Salomone)

Es decir, pensar la ética profesional únicamente en términos de pautas deontológicas supone elidir la dimensión del sujeto de la ética profesional y eso conlleva la creencia de que ellas constituyen una garantía de las propias decisiones.-

La ética profesional se sostiene en dos pilares: por un lado el campo normativo, que tiene una lógica general y, por otro lado, el campo de la subjetividad. Lo normativo se pretende universal en tanto intenta abarcar todos los casos posibles, sin embargo debe apostarse a la 'singularidad del sujeto', que excede los casos particulares y no se deja clasificar. Lo 'singular' de cada caso particular va a suplementar aquel universo normativo, que entonces se demuestra incompleto y, por lo tanto, no puede ofrecer garantías para todos los casos.-

En este sentido, la ética profesional que se propone debe encontrarse en la dialéctica entre la lógica de las normas que tiende a lo universal y, por lo tanto, a la completud y a la lógica subjetiva que se rige por la lógica de la falta, es decir, de la incompletud. El desafío radica en sostener la tensión entre dichos campos y no reducir la complejidad de la praxis por la vía de la exclusión de alguna de las perspectivas (deontológica o subjetiva).-

En relación con esto último, en la investigación sobre ética profesional de la ubacyt llevada a cabo en la Ciudad de Buenos Aires en 1992, de una muestra de 400 profesionales de la Salud Mental (en su mayoría psicólogos y psiquiatras), pudo verificarse que, confrontados a situaciones dilemáticas, existen entre ellos dos posiciones:

Los que buscan como única referencia la letra de los códigos y encuentran allí la resolución del problema.-

Los que obvian por completo las normativas vigentes fundamentando las respuestas en argumentos de índole exclusivamente clínica

¿Se podrá implementar esta ética profesional en relación con la nueva ley? Otro desafío en este último sentido es ¿cómo transmitir esta ética? Sobre todo, teniendo en cuenta que en el campo de la salud mental intervienen no sólo psicólogos, que tal vez están más advertidos de la dimensión subjetiva, sino también profesionales de diversas disciplinas.-

Tal vez esta posición ética que se propone brinde un marco para reflexionar la propia práctica y pensar el 'caso por caso' con estas coordenadas de lo universal–particular–singular y discernir cada vez, en cada situación, qué será lo más apropiado para la emergencia de la singularidad del sujeto que se tiene frente, pretendiendo articular los puntos de vista de los diferentes profesionales para intentar dar la respuesta más ajustada a la circunstancia de cada singularidad, en lugar de ofrecer soluciones estandarizadas Prêt-à-porter.-

De esta manera, quizá se puedan observar alternativas que no estén contempladas en la ley

26657; así, es posible que no siempre lo mejor para un paciente sea una casa de medio camino o que una persona que padece un consumo problemático, quizá no pueda resolverlo en un hospital general.-

Conclusiones

La articulación entre lo que la Ley enuncia y la práctica, requerirá de fuertes decisiones políticas de las instancias de poder y la provisión de recursos adecuados para lograr los nobles objetivos propuestos.-

El fortalecimiento de equipos multidisciplinarios regionales de salud mental (incluyendo acompañantes terapéuticos), que actúen en las externaciones en la tarea de inclusión social, articulando de este modo con Atención Primaria, se evalúa de extrema importancia y urgencia. Si de lo que se trata es de 'desmanicomializar' no se puede perder de vista que es necesario institucionalizar otras prácticas adecuadas a los nuevos tiempos, solidarias de las diversas políticas públicas de inclusión social que se despliegan a nivel nacional en la actualidad.-

Bibliografía

Bertolote, José M. (2008) Raíces del Concepto de Salud Mental, Área de Políticas De Salud Mental. Department of Mental Health, World Health Organization. Ginebra, Suiza.-

Cantero Vázquez, Mónica, José R. García Camacho (2010) Consideraciones en torno al movimiento alienista y el tratamiento moral de la locura. Uaricha. Revista de Psicología Nº 14. (pp. 89-104)

Carballo, Alejandra K. (2006) Raza, Clase, Etnia y Género en la Representación de la Mujer Inmigrante y Extranjera en Argentina (1880-1930). Tesis de Doctorado en Filosofía, College Of Arts And Sciences, The Florida State University. Florida.-

Di Nanno, A. (2009) Ponencia Isalud. Clases del curso Políticas en Salud Mental correspondiente a la Carrera de Especialización Política y Gestión de la Salud Mental.-

Di Nanno, A (2012) Políticas Públicas en Salud Mental. Clase dictada en Carrera de Especialización en Política y Gestión de la Salud Mental. uba. Buenos Aires.-

Elías Marco, José A (1910) Los débiles mentales, un peligro social. Revista de eugenésia. Gran Bretaña.-

Fernández Verano, Alfredo (1931) Eugenesia. La Reforma Sanitaria del Matrimonio. Revista Médica Hondureña. Honduras. (pp. 21-30)

Galton, Francis (1904) Eugenics. It's Definition, Scope, and Aims. The American Journal of

Sociology. V. x, Nº 1.-

Galton, Francis (1886) Regression towards Mediocrity in Hereditary Stature. Journal of The Anthropological Institute. Nº 15. (pp. 246-263)

Hurtado, Gustavo (2000) "El fracaso de la penalización de la tenencia de estupefacientes para uso personal". En Donghi Alicia. Vázquez Liliana (comp). Adicciones. Una clínica de la cultura y su malestar. jve Ediciones.-

Lombardo, Paul y Stephen Jay Gould (1981) "Eugenics Laws Restricting Immigration". The mismeasure of man. Norton. Nueva York.-

Salomone, G. (2008) "Consideraciones sobre la Ética Profesional: dimensión clínica y campo deontológico-jurídico". La transmisión de la ética. Clínica y deontología. Letra Viva. Buenos Aires.-

Vezzetti, Hugo. La Locura en la Argentina. Paidós. Buenos Aires.-

[1] Abogado. Cumplió funciones de auxiliar de la Justicia Nacional, de docente de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la UBA y fue miembro de la Comisión de Defensa y Asamblea de Delegados del Colegio Público. Actualmente, en el ejercicio de la actividad profesional. Autor sobre la materia y disertante invitado en universidades, seminarios y congresos. Mediador e incluido en la lista de auxiliares para la Justicia Nacional del Colegio de Abogados de la Capital Federal.

[2] Licenciada en Psicología. Psicoanalista. Responsable de la Unidad Prestacional del Centro Provincial de Atención de las Adicciones de Avellaneda (**cpa**). Ex directora de la Casa de Día de Avellaneda. Ex coordinadora de Acompañantes Terapéuticos. Asistencia en Consultorio Privado.

[3] Licenciada en Psicología. Psicóloga de planta en el Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Colonia "Dr. Domingo Cabred" (**prea**). Ex subdirectora a cargo del despacho dsm Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Ex instructora de Residentes hien Colonia Dr. Domingo Cabred.

[4] Licenciada en psicología (uba). Psicoanalista. Participante en cursos y seminarios de actualidad sobre la Ley de Salud Mental.-

[5] Licenciado en psicología (**uba**). Psicoanalista. Especialista en Psicooncología. Jefe de Servicio de Psicología del Instituto de Inmunooncología Ernesto J.V. Crescenti. Ex coordinador del Programa Convivir y ex integrante del Servicio de Epidemiología y Capacitación del Sector Discapacidad y del Servicio de Salud

Citar: elDial DC194A

Publicado el: 13/09/2012

copyright © 1997 - 2025 Editorial Albrematica S.A. - Tucumán 1440 (CP 1050) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina