

SUMARIO

1. Apertura de la Audiencia Pública
2. Decreto de Convocatoria
3. Exposición de los participantes

- 1 -

APERTURA DE LA AUDIENCIA PÚBLICA

-En la ciudad de Mar del Plata, Partido de General Pueyrredon, a los catorce días del mes de agosto de dos mil uno, reunidos en el recinto de sesiones del Honorable Concejo Deliberante de General Pueyrredon, con la presencia de concejales, invitados especiales y público en general, y siendo las 10:20, dice el

Sr. Presidente (Pagni): Se da comienzo a la Audiencia Pública Consultiva convocada para el día de la fecha por este Concejo Deliberante a los efectos de conocer la opinión de la ciudadanía con relación a la campaña iniciada por la Organización Mundial de la Salud sobre salud mental y neurológica, bajo el lema "Acabar con la exclusión debido a la falta de tratamiento". Por Secretaría se dará lectura el Decreto de Convocatoria.

- 2 -

DECRETO DE CONVOCATORIA

Sr. Subsecretario (Dughetti): (Lee) Decreto N° 90. Mar del Plata, 28 de mayo de 2001. Visto el Decreto N° D-928 sancionado por el H. Cuerpo en la Sesión Pública Ordinaria celebrada el día 10 de mayo del corriente, y **CONSIDERANDO:** Que por el mismo se encomienda a la Presidencia del H. Cuerpo, la convocatoria a Audiencia Pública Consultiva, en el marco de la campaña iniciada por la Organización Mundial de la Salud, sobre la salud mental y neurológica bajo el lema "Acabar con la exclusión debido a la falta de tratamiento". Que la realización de dicha Audiencia se encuentra contemplada en el Art. 5° de la Ordenanza 12.336 y en el Decreto Reglamentario D-870. Por ello el **PRESIDENTE DEL HONORABLE CONCEJO DELIBERANTE DECRETA Artículo 1°:** Convócase a Audiencia Pública Consultiva en el marco de la Ordenanza N° 12.336 y del Decreto del Honorable Concejo Deliberante N° D-870, a efectos de conocer la opinión de la ciudadanía con relación a la campaña iniciada por la Organización Mundial de la Salud sobre la salud mental y neurológica, bajo el lema "Acabar con la exclusión debido a la falta de tratamiento". **Artículo 2°:** La Audiencia Pública Consultiva convocada en el artículo anterior, tendrá como fin analizar la temática relacionada con la salud mental, de acuerdo con los siguientes puntos: Concepto de salud y enfermedad mental. Insuficiencia en los métodos o estrategias implementadas para enfrentar esta problemática. Rol de las instituciones frente al problema. Participación de la comunidad, del Estado y las instituciones intermedias. **Artículo 3°:** Fijase el día 14 de agosto de 2001 a las 10:00 horas, para la realización de la Audiencia Pública Consultiva, a llevarse a cabo en el Recinto del Honorable Concejo Deliberante. **Artículo 4°:** Designase una Comisión "ad-hoc" encargada de la organización administrativa, la que estará integrada por el Secretario del Honorable Concejo Deliberante Dr. Carlos J. Pezzi, el Subsecretario Administrativo CPN. Carlos A. Dughetti, la Directora de Administración Claudia E. Pérez, la Directora de Comisiones Delia I. Lucifora y el Director de Actas de Sesiones, Referencia Legislativa y Digesto Marcelo E. Barbieri. **Artículo 5°:** Determinase como lugar de consulta de la documentación y antecedentes referentes al tema objeto de la convocatoria, la Dirección de Comisiones (entrepiso del ala izquierda del edificio municipal). **Artículo 6°:** Los participantes deberán inscribirse en la Dirección de Comisiones desde el 30 de julio y hasta el 13 de agosto de 2001 a las 13:00 horas, horario en que se cerrará la lista de oradores, debiendo acreditar su identidad y/o representación legal en forma fehaciente. **Artículo 7°:** Comuníquese, publíquese en el Boletín Municipal y a través del área de Prensa del Honorable Concejo Deliberante, procédase a difundir la realización de la Audiencia Pública Consultiva."

Sr. Presidente: De acuerdo a lo expuesto en el artículo 21° de la Ordenanza 12.336 y el Decreto Reglamentario, informo que el procedimiento a aplicar en esta audiencia pública son las normas recientemente enunciadas por el Subsecretario, y el Reglamento Interno del Concejo Deliberante. Van a tener voz en la audiencia todas las personas que se inscribieron en el registro de oradores, los funcionarios y los concejales que quieran participar. Cada participante podrá hacer uso de la

palabra por el término de cinco minutos, pudiendo intervenir una sola vez. La lista de oradores fue confeccionada en función al orden cronológico de inscripción, agrupándose en primer término a quienes representan a entidades intermedias y en segundo término quienes lo hacen en carácter individual. Las dudas que se planten en la audiencia o en el debate serán resueltas por la Presidencia en carácter de instancia única. La Presidencia podrá llamar a la cuestión al orador cuando se aparte del tratamiento específico del objeto de la convocatoria.

- 3 -

EXPOSICIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Sr. Presidente: Convoco entonces a la señora Patricia Batalla.

Sra. Batalla: Señor Presidente, señores concejales, público en general. Hoy nos convoca una audiencia pública de un tema fundamental que hace a la calidad de vida, que es la salud mental. Para poder entender el concepto de salud mental tenemos que comprender cuál es el concepto de salud, debido a que todavía hay muchos individuos que definen a la salud como ausencia de enfermedad. Tenemos que hacer un recorrido histórico y nos encontramos en el año 1946, cuando la Organización Mundial de la Salud define como un estado de bienestar en lo físico pero también en lo social y en lo mental. Este nuevo concepto de definir la salud, más allá de la ausencia de una enfermedad o dolencia, hace que marque un hito en la estructura rígida del concepto de salud, convirtiéndola en algo más flexible y para nada estereotipada. Es así que la salud mental se transforma en una dimensión fundamental para la salud. En 1984 la misma Organización Mundial de la Salud vuelve a reafirmar esta definición, definiéndola como el estado de bienestar biosicobiológico. Desde una postura totalmente integrada, amplia y globalizadora. La salud mental comienza a ser vista ya como un eslabón de la salud. Por eso nosotros como profesionales de esta área, tenemos el deber ético y moral de velar por la salud de todos los individuos, y de velar por mejorar la calidad de vida. A partir de mi experiencia profesional he recorrido varios institutos y voy a hacer referencia a los hogares. A los hogares ya sea geriátricos como hogares de discapacitados mentales y físicos. Y si bien hay un montón de hogares que son ejemplo en la ciudad de Mar del Plata y que son modelos, lamentablemente la mayoría no lo son. En la mayoría el paciente deja de ser paciente para convertirse en un número. Hay que sumar camas, no importa cómo, lo que importa es tener un número. ¿Qué pasa con el paciente en estas instituciones?, aparece la despersonalización, aparece la deshumanización. ¿Debido a qué? Debido al abandono, debido al hacinamiento, debido a la sobremedicación, porque justamente es más fácil sobremedicar al paciente que rehabilitarlo. Además de contar en muchos de estos casos con personal no capacitados. ¿Qué pasa con estos pacientes, qué logramos con estos pacientes?, que día a día la salud mental se vaya deteriorando. Donde la rehabilitación pasa a ser en este caso un status quo, un status quo imposible de revertir, por eso, con todo el permiso quiero usar esta audiencia pública para comprometernos, nosotros los profesionales que trabajamos en salud, los concejales, las distintas Secretarías de la Municipalidad, toda la comunidad en general, a tomar conciencia de esta seria problemática, y a comprometernos entre todos para buscar soluciones. Y así como desde la Municipalidad para habilitar estos hogares se tiene que tener en cuenta y cumplir un montón a normas en cuanto a infraestructuras edilicias, yo considero que es importante que se piense en una comisión, donde se pueda supervisar a los individuos, a los pacientes, que se encuentran desamparados en estos hogares y ayudar y caminar junto con la familia de estas personas a mejorar su calidad de vida. Este es un compromiso que debemos tomar no desde un lugar, es un compromiso que tenemos que tomar todos los actores sociales y todos los sectores sociales, donde debemos hacer de la salud mental un patrimonio de la comunidad, promoviendo conductas positivas y favorables a la promoción y la reinstauración de la salud mental, para que de una vez por todas los pacientes institucionalizados sean tratados como individuos, sean revalorizados en su rol, atendidos con profesionalidad y con humanidad, donde la rehabilitación sea posible buscando en cada uno de estos pacientes su potencialidad que siempre está, maximizando lo sano sobre lo enfermo. Es mi deseo realmente que a partir de hoy esta problemática no quede en el olvido, que encontremos el camino justo para construir entre todos una solución. Es un desafío, es un gran desafío, pero es un desafío que debemos tomar toda la comunidad marplatense para que nunca más ningún paciente sienta lo que yo voy a leer en este momento, que lo escribió León Felipe y que lo pudo plasmar de forma poética pero resume lo que siente un paciente. “No es lo que me trae cansado este camino de ahora, no cansa una vuelta sola, cansa el estar todo un día, hora tras hora y día tras día, un año y años tras años, toda una vida.” Espero que podamos hacer algo. Muchas gracias.

-Aplausos de los presentes

Sr. Presidente: Tiene la palabra la licenciada señora Sofía Canosa.

Sra. Canosa: Yo voy a hablar como directora de un centro de adicciones, de la inclusión y exclusión de las drogadependencias en las políticas de salud. Mucho título y quizás sea poco lo que voy a poder resumir. Al hablar de drogadependencia entramos en un campo tan complejo, que se entrecruzan tantos discursos, los jurídicos, los sanitarios, los sociales, los educativos, etc. Parece que todavía hoy es muy difícil saber de qué índole es el problema. Históricamente ha tenido distintas presentaciones, podemos decir de un ritual ceremonial de algunos pueblos, la revolución hippy de los '60 hasta lo cotidiano de nuestros días, pero históricamente hubo consumo. Estamos en condiciones de afirmar que el consumo se ha incrementado notablemente en los últimos diez años, que se ha extendido como negocio y paliativo entre los más carenciados, que la edad de inicio es cada vez más baja, estamos hablando entre 8 y 10 años. Pegamento, marihuana, pastillas y algunas veces como dicen "aparece merca por allí". La marihuana es la droga que posee la mayor aceptación entre los jóvenes y muchos adultos, lo que la convierte en una droga aceptada, socialmente se la denomina como blanda y casi inocua, con el consiguiente peligro para los más chicos por el momento vital que están atravesando. Y por supuesto continúa el consumo en todas las clases y en todas las edades, con el consiguiente deterioro de las relaciones familiares, laborales y sociales. La cocaína con su bajo precio a entrado en todos los niveles sociales, y podemos decir entonces cómo se ha respondido a esta problemática que nos está afectando. También las formas fueron variando en cuanto a las respuestas desde lo social y desde la forma de atención y también obviamente de la salud pública. En el período entre guerras se realizaba el tratamiento médico de desintoxicación solamente, el paciente entraba, se lo desintoxicaba, eran estos pacientes que sufrían la adicción, era morfina para paliar los dolores en ese momento de las heridas. Entraban y salían, se les llamaba tratamientos de puertas giratorias. Allí es donde intervinieron los médicos en este tratamiento. Pero obviamente el paciente entraba, salía, volvía a consumir y terminó dejando de ser un problema médico, y quedó. El que consumía no sé que pasaba. En los '60 aparecieron las comunidades terapéuticas, basadas en el modelo de alcohólicos anónimos, en 1956 fue la primera comunidad terapéutica, en los Estados Unidos. Estos eran modelos sin presencia profesional, con lo cual el adicto era considerado alguien a quien reeducar, no era un enfermo, alguien a quien reeducar, tenían que cambiarle este vicio, al punto que casi se puede pensar que se los trataba castigándolos, había que trabajar, había que hacer determinadas cosas para sacarse esto de encima, que era el consumo. Este modelo continúa en la actualidad, pero con la incorporación de profesionales, a partir de los '80. Aparecen sicólogos y psicoanalistas que nos interesamos en el tema y se crean algunos servicios de toxicología en algunos hospitales, en Buenos Aires, esto no sucede en Mar del Plata. Algunos hospitales en Buenos Aires tienen servicio de toxicología. Es también la década de los '80 la de mayor control referente al narcotráfico, por lo tanto hay una fuerte oferta de consumo. Ahí aparece recién como problema de salud pública, en los '80. Aparece también ahí la legislación, la Ley 23.737 que pena la tenencia de sustancia, así sea para consumo. Aparece la SEDRONAR, se crea la Secretaría de lucha contra el narcotráfico y las drogas, a nivel nacional. Y a nivel provincial tenemos la Secretaría de Prevención y Asistencia de las Adicciones. Recién en 1997 se incorpora el Ministerio de Salud como reguladora de los programas de atención de adictos, hay una resolución 4839 del año '97, donde aparece una forma de atender a estos pacientes. Se exige en ese caso, la dirección si de profesionales médicos y sicólogos además de otros profesionales de la salud. Sin embargo creo que se continúa separando la drogadependencia del campo de la salud mental, dado que los hospitales en general rechazan la atención de estos pacientes, en nuestro hospital no se los atiende. Yo creo que sí es un problema de salud y también es un problema de la salud mental. Alguien que consume a punto de depender de una sustancia la mayor parte de su vida, realmente está ocultando un problema y una patología de base. Puede ser un trastorno de la personalidad, puede ser de tipo más o menos serio el trastorno que esté de base. En todos los casos sí puedo afirmar que evita la angustia. Evita este sufrimiento que nos toca por la vida, y por mantener y soportar esta vida. Elimina cualquier síntoma, el que consume no sufre de lo que consume, entonces elimina totalmente cualquier síntoma en relación a sus problemas. A su vez en muchos casos evita otro tipo de desorganizaciones, como la pantalla que permite seguir funcionando, y no pensar que si no se tuviese esa sustancia el deterioro y la desorganización síquica sería terrible. A su vez la ingesta de sustancia es causa también de deterioro, porque no nos olvidemos que son incorporaciones que se hacen a un físico que tiene que soportarla, con lo cual esto lleva también a deterioros de índole mental y físicos. Desde el deterioro de las funciones cognitivas como lo más elemental que parece una cuestión que no pasa nada en relación por ejemplo a la marihuana, y después encontramos chicos que no pueden hacer normalmente su curso estudiantil, en cuanto a su educación, porque están

consumiendo y creen que con esto “no pasa nada”. Hasta la anulación de toda motivación en la vida, estos casos existen. Personas que podían haber sido brillantes y terminan anulados totalmente en su vida. Paros cardíacos, aislamientos, deterioros, deterioro familiar y social, lo laboral. Si bien acá esto ni lo podemos considerar pero ya en el mundo lo que se está viendo es el deterioro a nivel laboral. Cuánta gente, hoy han salido porcentajes muy altos de gente que está padeciendo estas cuestiones y que con el consiguiente abandono de su lugar y todo lo que esto significa como costo para un país. Esto acá no lo podemos ni pensar, porque la exclusión en realidad es de todos en este punto. Creo que lo que mencioné es de la índole de la salud mental, no podemos seguir con un discurso que la adicción implica exclusión, discriminación y castigo, y que no tiene en cuenta la tensión particular y singular de cada caso. Nos compete a todos, a la salud pública, a la ONG, que represento, para que trabajemos en la prevención y la asistencia. La política de salud pública tiene que salir de este recinto. Recordemos que existe una Ordenanza, febrero del 2000, que crea este Consejo Municipal de Prevención de Asistencia de las Adicciones, esto está creado y tiene que funcionar, y creo que es responsabilidad de los políticos ayudar a que funcione, ¿para qué?, no para que nos reunamos, para que demos respuestas, de verdad demos respuestas a todo este problema. No nos quedemos hablando entre los profesionales, entre los políticos, sino que se traduzca en acciones concretas para que llegue a la gente y al chiquito que está inhalando pegamento al lado nuestro.

-Aplausos de los presentes

Sr. Presidente: Tiene la palabra María Cristina Suárez.

Sra. Suárez: Buenos días señor Presidente del Honorable Concejo Deliberante, señores concejales y concejalas presentes y público en general. El aporte en carácter de directora de la Dirección de la Mujer, lo voy a referir a la salud mental pero en el campo de los estudios de géneros, un campo bastante nuevo e innovador que está íntimamente ligado a los bruscos cambios que ha sufrido nuestra sociedad en los últimos 20 años. No podía dejar de contextualizar el campo de la salud mental de las mujeres y varones, separado de un modelo en el cual nos encuentra en roles que tradicionalmente han estructurado a las mujeres como sujetos o destinatarias de las políticas de salud mental y que hoy nos presenta un gran desafío desde el Estado pero también desde la comunidad a través de las distintas organizaciones y redes sociales, a asumir en este comienzo de siglo lo que yo podría humildemente desde mi disciplina, que no es la clínica, no provengo de la psicología sino del campo de lo social, decir que estamos ante una situación de malestar o sufrimiento humano, que atraviesa de maneras distintas a hombres y mujeres. ¿Cuáles son los riesgos que enfrentan las mujeres en el campo de la salud mental?, la irrupción de la mujer al mundo de lo público, no siempre en las mejores condiciones, no siempre por elección, no siempre respondiendo haber elegido un camino para desarrollarse individualmente, es la respuesta a una crisis y a un despliegue de estrategias de sobrevivencia, que al hombre lo han ubicado tal vez en este comienzo de siglo y sobre todo a partir de los '90, con este proceso fuertemente de recesión y de ajuste, lo ha excluido del sistema de trabajo para lo cual años de la cultura han estereotipado determinados roles, las mujeres deben tener una salud mental para poder mantener el equilibrio socioemocional de la familia y permitir el desarrollo de cada uno de sus miembros, y los hombres el sostén económico del hogar, el poder racional, y encontrar la plenitud de su desarrollo personal dentro del ámbito de lo público. Comparto con ustedes esta paradoja que nos presentan, que ante la fuerte expulsión, de una manera degradante del hombre, de ese rol para el cual fue preparado, como sostén de familia, empiezan a aparecer determinados estados de malestar –repito-, no voy a hablar de patologías porque no es mi especialidad, en el cual el hombre en este mundo de incertezas tiene que reubicarse pero por características culturales el hombre tiende ante problemas al aislamiento y tal vez a compartir, sobre todo si hablamos de una vida en pareja o de un matrimonio, con códigos culturales diferentes. La mujer ante una situación de angustia, de desesperación, de incerteza, trata, o es la costumbre comunicarse por eso algunas veces se nos adjudica que las mujeres hablamos mucho, en cambio el hombre culturalmente se aísla, comparte a lo sumo con un grupo muy estrecho de amigos o se dedica más a los deportes para poder superar estos estados de desasosiego. Yo quiero introducir esta noción de malestar o sufrimiento humano, porque me quiero referir a un paradigma que rompería con el clásico binomio de salud-enfermedad, es decir, un poco lo que quisiera humildemente es despatologizar o desiquiatrizarse la vida cotidiana. Históricamente las mujeres o la salud mental de las mujeres, o la salud en general, estuvo relacionada a la etapa reproductiva, poniendo un énfasis especial en el rol materno como el mayor estado de plenitud de la mujer, de ahí deriva que tanto el embarazo, el parto y el climaterio, luego iban a traer determinados problemas como la depresión pos-parto, el síndrome del nido vacío y después determinadas alteraciones o neurosis que la mujer en primera

instancia consulta a su médico clínico o a su ginecólogo sobre este tipo de síntomas, y por último a especialistas de salud mental. ¿Esto qué provoca?, por un lado un riesgo a la administración de psicofármacos por aquellos que no son especialistas en el tema de la salud mental, es decir, que la mujer frecuentemente en su consulta habitual, y dicho por cifras de la Organización Mundial de la Salud, concurre dos o tres veces más a la consulta médica que el hombre, como es sabido también que tanto la psicología clínica, la mayoría de pacientes y concurrentes por consultas propias o de la familia, son las mujeres. En este contexto la noción de malestar que yo quiero introducir y que corresponde a algunas corrientes de los estudios de géneros en el campo de la salud mental, incluyen lo tensional, lo emocional, la contradicción entre la pasión y la razón, superar el conflicto, pensar en que estamos viviendo en una sociedad donde un Estado está en retirada, es decir el Estado benefactor está mermando sus funciones tradicionales, esto no quiere decir sin duda que el Estado en todos sus niveles tenga una enorme responsabilidad por mantener la salud mental de la ciudadanía. Pero también la ciudadanía es una forma de prevenir la salud mental. Está comprobado que aquellas mujeres que participan en grupos vecinales, en grupos políticos, en organizaciones no gubernamentales, en redes informales, en voluntariado, en proyectos culturales, son factores de promoción de la salud mental, como también en estos tiempos de enorme desocupación, la dirección en la orientación del tiempo libre.

-Siendo las 10:40 de retira el concejal Pagni y ocupa la Presidencia la concejal Di Rado. Continúa la

Sr. Suárez: Desde la propuesta en estos estudios quisiera también decir que tenemos un concepto tal vez de familia, que ha variado y que la nueva familia hoy se caracteriza por sumarse al tipo de familia nuclear, la posnuclear, de los hogares monoparentales, que en nuestra ciudad el 30% están encabezados por mujeres jefas de familia, no quiere decir la ausencia del hombre sino que la mujer es la proveedora con mayor ingreso económico del hogar. Si en la atención a esta salud mental, aquellos que trabajamos, psicólogos, psiquiatras, antropólogos, sociólogos, psicólogos sociales, operadores comunitarios, no tomamos este binomio que la mujer está en el campo de lo público, pero aún no ha podido delegar o democratizar el ámbito doméstico y de lo privado, no estaríamos viendo a la mujer en su plenitud. Como también no trabajar con las mujeres, para que puedan asistir y comprender los profundos cambios a los cuales este modelo que le exige una hipervaloración del individualismo sobre lo social y comunitario, no le permite o le dificulta ver al hombre como realmente está en este momento. Es así que en la depresión que fuera emblemática del siglo pasado, anteriormente había sido la histeria, hoy podríamos decir que la mayoría de las personas deciden o eligen vivir solas o solos. Creo que también hay otro dato muy importante, que lo reflejan las estadísticas, que podría decir que tira muchos mitos y estereotipos, es decir, los hijos adolescentes permanecen hasta edades muy avanzadas en las familias maternas y paternas. Las mujeres tienen nuevas uniones, en algunos casos también estas uniones son con hombres más jóvenes que ellas. Y hay muchos mitos y estereotipos que van moldeando algunos aspectos con respecto a la salud mental, y con esto quiero decir que desde el Estado Municipal no se trata de tener un programa de salud mental para las mujeres, creo en la transversalidad de todas las acciones, tanto en el campo municipal, provincial, nacional, no gubernamental, y como lo hacemos coordinadamente con algunas acciones de Calidad de Vida, que se tenga en cuenta que la perspectiva de género debe ser atendida en esta sensación de sufrimiento humano, y para esto necesitamos tener profesionales innovadores creativos, flexibles, bien formados teóricamente y operativos, para poder comprender en su complejidad que esto no puede ser tratado únicamente por una única disciplina y que debe ser abordado desde una visión integral. Muchas gracias.

-Aplausos de los presentes

Sra. Presidenta (Di Rado): Tiene la palabra el Grupo Construir, en la persona de la señora Beatriz Francaelite.

Sra. Francaelite: Como integrante del Grupo Construir, que es un grupo de profesionales que trata problemáticas psicosociales, me gustaría empezar a hablar sobre el problema de la salud mental en época de crisis a nivel mundial y llegar al nivel actual de nuestro país. El estrecho vínculo entre salud mental y salud social, nos señala la necesidad de dar cuenta de los procesos sociales que, de una u otra manera, aparecen como generadores de enfermedades mentales. El ser humano como ser social es una resultante de su ambiente. Desde su nacimiento y durante el desarrollo de toda su existencia habrá de necesitar del otro para construir su propia identidad, desde lo psíquico, lo afectivo y material. En la medida en que ese otro individual o social responda a sus necesidades y demandas, éste habrá de hallar y mantener ese equilibrio psicofísico que genéricamente llamamos "salud". Es justamente con la pérdida de esas condiciones vitales,

producto de un mundo globalizado, con sus cambios y transformaciones, la que a nuestro criterio, está propiciando la aparición y proliferación de enfermedades mentales que derivan directamente de nuestro entorno social el cual tiene como signo propio la exclusión. Así entonces, el ser humano ha quedado librado a sus propias fuerzas y potencialidades, para superar los casi permanentes estados de crisis a los que se ve expuesto. La pérdida de contención familiar, laboral e incluso de las redes comunitarias primarias, como consecuencia de la crisis económica que deriva de la falta de empleo estable, de posibilidades de acceso e incluso de conservación de logros materiales, en los que de alguna manera, podemos decir, que el ser humano “cristaliza” y afirma su propio ser individual y social, lo conduce a la desintegración como componente social y al desvío de conductas adquiridas que hasta hoy le proporcionaron una vida sana. Así entonces pone en juego mecanismos de defensa, las más de las veces inadecuados por la falta de asistencia y contención, que lo conducen a buscar amparo por ahí a veces en el alcohol, la droga, el delito, en sus manifestaciones más graves, dirigidas a eludir el afrontamiento de una problemática que le es mayúscula y para la cual no está preparado. La sensación de desesperanza en el futuro y el descreimiento en las instituciones, y porqué no, en sus propias posibilidades para resolver con éxito la amenaza externa, ha creado un moderno “lobo estepario”, al que solo le queda la posibilidad de confiar en sus propias fuerzas. Esta crisis abarca la política, la economía, la cultura, la justicia y la estratificación social. Abordamos hoy un estado de desequilibrio, de desestructuración y disgregación. La crisis implica también el estallido visible de una articulación, de una pérdida de cohesión del sistema que envuelve a la sociedad protectoramente y que conduce generalmente a una situación de aguda inadecuación que a nuestro parecer, afecta directamente al proceso de trabajo como forma concreta para que el hombre se inserte en la sociedad y que se vaya y la vaya construyendo. Así entonces el trabajo posee la peculiaridad de atribuir al sujeto un sentimiento de pertenencia que lo identifica, lo inserta en la trama social. He allí el nudo de la problemática. En nuestro país el cuadro de situación resulta por demás grave. Los antecedentes históricos de la conformación de la sociedad argentina, con un nivel de clases medias muy amplio, con una movilidad vertical significativa, se encuentra hoy absolutamente desquiciado, surgiendo una nueva y numerosa clase de excluidos del sistema, con elevados niveles de desocupación y un gran deterioro de la cobertura social, como por ejemplo los sistemas de salud, asistencia social, servicio de educación. A ello se agrega un amplio espectro de falta de salida laboral y de personas que no tienen la seguridad de conservar el empleo que hoy poseen, lo que nos presenta un panorama poco alentador. El hombre argentino se encuentra hoy día desorientado, no encuentra perspectivas y consecuentemente su día a día se torna insostenible. La falta de posibilidades de atender a la prevención de los problemas de salud, lo conducen al descuido de las más elementales normas al respecto. Se trata de solucionar el hoy, nada se espera del mañana. El Estado, como organización social posibilitadora de la convivencia y de políticas que contemplen las posibilidades de desarrollo colectivo, dejó de ser un referente o modelo válido, porque actualmente no brinda respuestas concretas, ni tampoco planes a corto, mediano o largo plazo, que posibiliten poder insertarse en el sistema y planear un futuro digno, por lo que los individuos indefensos se sumergen en un estado de crisis permanente que conlleva a una sensación de falta de contención, seguridad, cansancio, impotencia, exclusión y descalificación social. En este momento, hay un fuerte cuestionamiento a la clase política, visualizándose una pérdida de confianza en el sistema institucional, así como de sus representantes, el cual o bien se omite deliberadamente en atender la problemática social e individual, o bien ofrece alternativas vacías de contenido que no van más allá de las formas, creando así una crisis de representatividad. Esto puede generar en el individuo una serie de síntomas como la depresión, baja autoestima, dudas crecientes acerca de sus propias capacidades y destrezas, ansiedad, angustia y consecuentemente la adopción de modos sociales de evasión, que se reflejan en el aumento del consumo de alcohol, principalmente entre los jóvenes, los cuales no logran insertarse en el mercado laboral, lo que conlleva a la violencia, la marginación, las adicciones, con mayor desgaste orgánico por disminución de las defensas y permanente sometimiento a situaciones de riesgo y estrés, dando lugar a la aparición de enfermedades psicosomáticas posibles de evitar. Esta situación, por ende, aparece como un factor estresante directo, como también indirecto, ya que genera restricciones financieras, cambios en la relaciones familiares, pérdida de la vivienda, pérdida de la capacidad de ahorro, movilidad geográfica (migraciones internas y externas) y el deterioro de la identidad social. Desde el núcleo familiar, los padres ya no pueden cumplir acabadamente con su función orientadora, formadora y sostenedora. Esta incapacidad es consecuencia no solo de su propia falta de alternativas, como también de un verdadero cansancio moral, que les quita la energía necesaria, tanto para cumplir con su rol, como para arremeter contra la sensación de frustración que se apodera del conjunto social. Lo mismo ocurre en la escuela, donde los docentes tampoco pueden desarrollar su función coformadora y contenedora, porque se encuentran desbordados, no solo por situaciones puntuales, que se manifiestan incluso en ataques personales con daños físicos (violencia escolar), como también por el esquema general del sistema educativo actual, el cual resulta insuficiente para lograr una adecuada

contención del alumnado, a la vez que ellos mismos también se hallan atravesando por la misma problemática social. Igualmente la cantidad de nuevos profesionales, unida a la reducción en los niveles de la demanda, desde el mercado laboral, fruto de su achicamiento, han originado que esta crisis se traslade a ese nivel social, provocando una acentuada proletarización del mismo, que lo conduce a la frustración al quedarse sin objetivos de progreso. El fenómeno migratorio, como emergente de la problemática, constituye una estrategia para superar una situación de estrés, desamparo y falta de oportunidad colectiva, en un intento de sortear el problema y reencauzar su vida, abrigando la esperanza de un futuro mejor, en detrimento de su propia identidad como integrante de una sociedad determinada y de su cultura, referida a una fuente de legitimación como lo sería su familia, sus amigos, vecinos, compañeros de trabajo. Todo ello enmarcado en un paisaje que le es propio, sin tener en cuenta y considerar el costo del desarraigo. El objetivo entonces, debería ser la búsqueda común de estrategias de afrontamiento y abordaje para intentar la restauración del tejido social. Esta tarea es el primer paso que nos hará transitar el reconocimiento del derecho que todo ser humano, hombre o mujer, tiene de recibir la adecuada atención respecto de su salud mental, como uno de los aspectos esenciales de la vida junto con la atención espiritual y física. Es necesario entonces ayudar a que los individuos puedan sentir nuevamente confianza en sus capacidades y posibilidades sociales. Para ello se puede pensar en la construcción de espacios de reflexión intra e interdisciplinarios, conjuntamente con todos los sectores y actores sociales que posibiliten un cambio en el contexto social a través de una red solidaria amplia y eficaz, con el objetivo final, de una mejor calidad de vida para todos, sin exclusión. Gracias.

-Aplausos de los presentes

Sra. Presidente: Muchas gracias. A continuación, del mismo Grupo Construir, tiene la palabra la señora Nilda Moreira.

Sra. Moreira: Gracias. Yo voy a hablar en nombre del Grupo Construir y de la Fundación Latinoamericana de Ayuda al Menor y la Familia, de la que soy coordinadora del Centro de Salud Mental de base. Para seguir un poco hablando de la crisis, voy a hablar en principio de la definición de salud mental y de salud en general, para después hablar de la crisis del contexto y los efectos de la crisis en la salud mental. Las crisis individuales y las del macrocontexto. La salud mental es un componente integral de la salud, por medio del cual una persona aprovecha su todo potencial cognitivo y afectivo, así como su capacidad de relacionarse. En el lenguaje popular llaman salud al buen funcionamiento del ser orgánico y a las libertades y bienes públicos y privados, y cotidianamente salud se utiliza como saludo, precisamente para desear el bien. La diferencia entre salud y enfermedad mental, se manifiesta en la vida práctica y depende de la satisfacción y la actividad de la que la persona es capaz. El concepto clínico de salud-enfermedad nos permite observar la realidad desde los abordajes individuales, familiares y comunitarios, además de proveernos parámetros que nos permiten concebir a la salud o enfermedad no como pares irreconciliables, sino como puntos de vista de una continuidad en donde los puntos extremos son por un lado: Un sujeto o sistema que adhiere al amor por la vida y su cuidado (que esto sería la salud) o un sujeto o sistema que no puede gobernarse a si mismo y pone en peligro su vida y la de los demás (esto sería la enfermedad), por el otro. La salud mental y la crisis. La crisis psicosocial actual de la que tanto se habla y muy poco se sabe aunque se siente en todos los costados, nos obliga a redefinir algunos conceptos relacionados con el concepto de crisis. Los conflictos y crisis forman parte de la vida y son inherentes a la condición humana, en tanto que nos permiten experimentar rupturas dentro de un estado de cosas, y, recuperar equilibrios nuevos dando lugar a nuevas organizaciones, que conllevan crecimiento y aprendizaje. La patología mental sería entonces -patología aquí como enfermedad mental- la cristalización, la rigidez, la dificultad, la dificultad de elecciones de posibilidades y no la presencia de conflictos o crisis, no el conflicto en si mismo sino la forma de resolverlo. La patología más que un hecho biológico e individual es una praxis social y cultural, y está relacionada con el sufrimiento. La crisis y el contexto. La crisis individual, en el contexto familiar, dentro de una comunidad o dentro de cualquier sistema social con sus valores culturales. Es un estado temporal de trastorno y desorganización caracterizado principalmente por la incapacidad del sujeto, institución o comunidad para abordar situaciones particulares, utilizando las estrategias acostumbradas con la pérdida de potencial para obtener resultados tanto positivos como negativos, que acarrea un sentimiento de fracaso, con la pérdida de potencial en el intento de solución de los problemas, que puede iniciar y perpetuar si se mantiene un ciclo afectivo negativo de indefensión e impotencia. La resolución de la crisis una vez instalada depende de muchos factores que incluyen: la gravedad del suceso traumático (si es agudo o crónico); experiencias en crisis anteriores o cómo se resolvieron (tipo de resolución); recursos disponibles, tanto personales, familiares, sociales o comunitarios, redes de apoyo y contención disponible. Por definición

el concepto de crisis hace hincapié en el criterio de desorganización temporal, pero ciertamente muchas crisis sucesivas o simultáneas y sostenidas transforman a las crisis en una situación de estrés o amenaza permanente con consecuencias tanto psicológicas como físicas. La observación clínica no debe pasar por alto desde este criterio la biografía del sujeto dentro de un contexto biopsicosocial, histórico, político, cultural. Por eso el grado del impacto de un suceso particular depende de: el tiempo o duración, la intensidad, de la secuencia, del grado de interferencia y la valoración o significación del hecho (componente psicológico que el sujeto, el sistema le otorga). Ejemplo, un desastre natural o catástrofe social, ligado a una crisis evolutiva con alto grado de vulnerabilidad puede llegar a ser muy desestructurante. Tener crisis y conflictos es saludable y se transforma en una oportunidad, siempre y cuando no se alteran 3 elementos básicos de la calidad de vida mental. Estos son: la percepción del sufrimiento como integrando cierto sentido de la vida, que permite una experiencia de desarrollo, de construcción de nuevos vínculos, opciones o conocimientos; el mantenimiento de la capacidad de imaginar y crear y la posibilidad de participar activamente en los propios cambios y en los cambios del contexto. Los sufrimientos excesivos y las amenazas permanentes, por el contrario producen paralización o desconcierto en la construcción y mantenimiento del sentimiento de identidad y en relación con los proyectos vitales y la posibilidad de futurar. El miedo y el terror ante cualquier tipo de pérdida real o imaginaria, provocan efectos silenciosos sobre la capacidad de pensar, crear, cuestionar y comprometerse más aún si están implícitos todo tipo de violencia o abuso de poder físico o simbólico. La crisis del macrocontexto. Los cambios culturales, la desaparición de los roles tradicionales, la desocupación, la violencia, la corrupción, la iniquidad, ponen en evidencia la complejidad de los factores interactuantes, y produce efectos sobre la salud mental de base de la población, que influyen sobre el tejido social, los grupos y los individuos, afectando de alguna manera a todos los sistemas co-integradores de la subjetividad: hogar, trabajo, escuela, tiempo libre, formas transaccionales. En lo trascendental (la espiritualidad en todos los aspectos). Pero, la mayor dificultad es la pérdida de nuestra capacidad interactiva, en un contexto social en donde las personas tienen cada vez menos vinculación horizontal afectiva. La crisis macrosocial y los efectos de la era tecnológica producen un proceso de desfase o disloque, ya que esos cambios son más rápidos que los cambios mentales. Aumenta la producción de bienes y tecnología pero también la concentración y la desigualdad. Esos desfases se producen en la economía, en la comunicación (por la cantidad de información), en los sistemas de valores y creencias. Y afectan sobre todo: los derechos civiles: ya que no están asegurados para la mayoría la educación, la comida y el trabajo. Afecta también a las instituciones, puesto que dejan de ser representativas. También se producen transformaciones en las relaciones humanas y cambios de hábitos y de conductas. Se producen conductas de aislamiento y fragmentación: en los sistemas familiares; en las relaciones laborales; en las redes secundarias; nuevas competencias y habilidades cognitivas, con lenguaje de imágenes (icónicas) más que de significados; más conductas de acto y menos reflexión; cambios en la socialización, ya no sólo la familia y la escuela socializan; afectación de las relaciones intergeneracionales, por ausencia de códigos comunes; descalificación integral, que da como resultado la exclusión; falta de compromiso, cooperación y solidaridad. Efectos y consecuencias con circularidad afectiva negativa: estrés, sentimiento de soledad, inseguridad, descontrol, agresividad, distintos tipos de violencia, amenaza de la integridad, afectación de base, manifestaciones inespecíficas como la infelicidad o insatisfacción existencial, pérdida de la capacidad de relación y participación. Después de esto que parece tan catastrófico, por ahí proponemos desde el Grupo Construir, desde la fundación, algún tipo de intervención. Los procesos de afectación psíquica de base pueden diagnosticarse o tratarse individualmente, siempre y cuando se los contextualice, así como a través de una práctica comunitaria. En el trabajo con los procesos comunitarios, el foco está entre las personas no dentro de ellas, trabajar en todos los niveles de interrelación de la salud de base de la comunidad, es activar otras terapéuticas. Propuestas: optimizar metas y los recursos desde una concepción más integrada teniendo en cuenta la afectación de bases, mediante un diagnóstico situacional de afectación; fortalecer los vínculos; fomentar la conformación de redes humanas; construir espacios de reflexión y participación; articular estos espacios respetando sus particularidades; preservación de lo nuestro y de las tradiciones, teniendo en cuenta las distintas identidades culturales; fomentar la espiritualidad, desde lo artístico a lo religioso, respetando diferencias. Y sobre todo apoyo y sostén a las familias en cualquiera de sus modalidades, ya que de los sistemas co-integradores de la subjetividad, hogar, trabajo, escuela, tiempo libre, la familia es la socializadora primaria por excelencia. Por todo lo expuesto, proponemos la participación en los distintos niveles de la amplia red comunitaria, que interese a los individuos, a la familia, a las instituciones y principalmente a la escuela como co-formadora de la identidad, participando activamente en el contexto como sujetos de cambio, no meros objetos a cambiar, participación activa y concientizadora para elevar intracomunitariamente la calidad de las relaciones sociales, apelando a la capacidad de respuesta local. Las problemáticas se dan dentro de un contexto grupal por lo tanto el abordaje debe ser más amplio e integrado, uniendo a la escuela al

grupo primario de socialización que es la familia, junto con otros sectores y actores de la comunidad. Y por último quería dejar algo que escribió Elvio Sisti: “Cuando la identidad individual y la comunitaria pasa por un estado de crisis producto de exclusiones extremas, está predispuesta a disgregarse. La crisis encierra la potencialidad que la comunidad con sus instituciones sea capaz de imprimirle”. Gracias.

-Aplausos de los presentes

Sra. Presidente: Gracias. Continuamos con la Asociación Civil Pensamientos Nuevos. Tiene la palabra la profesora Lila Lahitte.

Sra. Lahitte: Como docente y coordinadora de la Red Latinoamericana de Escuela de la Asociación Civil Pensamientos Nuevos, que implementa el Programa Autodisciplina: No Violencia, los invito a que nos situemos hoy en la perspectiva de una de nuestras instituciones: la escuela. El olvido, la indiferencia y el dolor que experimentamos quienes estamos en la Organización Escuela, sentimos día a día que nos transformamos en víctimas de la exclusión. Esta desilusión generalizada nos va alienando al extremo de volvernos insensibles ante el otro, pasando de pronto de víctimas a victimarios. El punto de partida: la falta de comunicación. Este avance de la incomunicación en tiempos tecnológicos es casi paradójal pero ciertamente nos atraviesa a todos: alumnos, docentes, directivos, familias. El deterioro de la capacidad empática sumado a un profundo individualismo, nos envuelve en actitudes autistas como modo de supervivencia. Se quiebran los vínculos, se hierde la autoestima, se pierde la capacidad de análisis. Y finalmente se instala una parálisis paradigmática. Incoherencia entre discursos y modelos se manifiestan cotidianamente. Evidentemente la escuela está enferma. Y si no tomamos conciencia de ésto lamentablemente enfermará a esa promesa de futuro, el punto más vulnerable de la institución escolar: los niños y los jóvenes. Pero pensemos ahora a este escuela como un gran retazo del aula nacional y comparémosla con cada familia y con cada una de las otras instituciones. ¿No es acaso fragmento de un gran efecto dominó? ¿No es acaso reflejo y muestreo de una enfermedad mayor que debemos reconocer y tratar antes de que sea tarde? La pregunta es, ¿por dónde empezamos? Y la respuesta podría ser, por el lugar donde estemos y desde el rol desempeñado. Cada uno desde su propio espacio de acción puede hacer algo y transformarse en un agente de cambio. Qué podemos hacer por esta escuela quebrada. Escuela en la que se preparan nuestros hijos, futuros ciudadanos, dirigentes o gobernantes, y espacio de cultivo de una sociedad que nos recibirá como abuelos y donde podremos cosechar tan solo aquello que hayamos sembrado. Todos, desempeñamos de una u otra forma, una función pedagógica en la sociedad, que nos compromete a la intervención y a la prevención: desde la familia y la escuela hasta las organizaciones del Estado, de la comunidad y los medios de comunicación. Pero nadie cambia si no descubre antes, la necesidad y el deseo de cambiar. Y un ingrediente fundamental: la creatividad al servicio de ese cambio. Hoy son muchos los hechos de violencia que en las escuelas nos dejan sin palabras. Y surgen por allí ideas, como parches de una problemática mucho más profunda. Se hace necesario entonces reflexionar sobre conceptos que parecen obvios y a veces son los que anidan las respuestas buscadas. Si no podemos definir en primer término qué es la educación para un pueblo, con un criterio común, no vamos a entender el valor de cuidar a quienes tienen en sus manos esa educación. Por esto la Asociación Civil Pensamientos Nuevos trabaja desde sus inicios conjuntamente con otras organizaciones como el Grupo Construir –que hoy lo representa la licenciada Francaelite-, la Fundación del Menor y la Familia –representada por la licenciada Nilda Moreira-, para apoyar a las comunidades educativas trabajando conjuntamente, colaborativamente, cooperativamente, con otras organizaciones en estos puntos a fin de que se desarrollen programas de prevención que contemplen en las instituciones educativas. Por ejemplo: capacitación de los equipos pedagógicos institucionales en métodos alternativos de resolución de conflictos; capacitación de los docentes en técnicas psicopedagógicas para acompañar las distintas problemáticas que conducen al fracaso escolar; transformación de esos espacios de perfeccionamiento docente en encuentros de reflexión pedagógica, intercambio y comunicación; organización escolar democrático-participativa, donde cada actor se sienta protagonista y co-autor de la historia e identidad institucional y comunitaria; generar espacios de autogestión para la construcción del concepto de bien común, el cultivo de vínculos positivos y el desarrollo de la empatía; estimular la conformación de equipos de trabajo; reconocer y apoyar liderazgos efectivos desde el marco de la cooperación y la gestión de proyectos innovadores; elaboración consensuada de normas de convivencia para la construcción de la norma como valor, apuntando al cultivo de la moral autónoma; gestionar el aumento de personal especializado; eliminar el aislamiento de las instituciones educativas estimulando el trabajo y reflexión en redes; incorporación progresiva de los alumnos a un nuevo estilo de comunicación; programas de integración o derivación de

niños y adolescentes con problemáticas específicas. Finalmente, una reflexión. Quizás la sociedad enferma de hoy sea fruto de algo que omitimos sanar en la escuela de ayer porque pensamos que no era importante. La salud de nuestro futuro pueblo, depende en gran medida de la salud de las familias de hoy. De las comunidades de hoy. De las escuelas de hoy. Que quede entonces como eco la pregunta del desafío: ¿Qué hago cuando digo que la salud y la educación son importantes? ¿Tengo suficiente coraje para transformarme en agente de cambio? Quizás haya que partir de una sensibilización, de un sentimiento. Tal vez ese darnos cuenta que la innovación hoy es una necesidad. Porque así las cosas no están funcionando bien. Porque nos sentimos mal. Porque deseamos construir la coherencia y después de todo, porque el futuro, nuestros niños y jóvenes ya no nos escuchan, nos miran. Para terminar un pensamiento de Cortázar: “Estoy de acuerdo en que mucho de lo que me rodea es absurdo, pero probablemente damos ese nombre a lo que no comprendemos todavía”. Muchas gracias.

-Aplausos de los presentes

Sra. Presidente: Tiene la palabra la señor María Rey, en representación de la Asociación Síndrome de Tourette.

Sra. Rey: Buenos días. Yo voy a hablar como mamá y como Presidente de una institución. Ante todo quiero agradecer a todos los miembros del Honorable Concejo Deliberante por la oportunidad que nos dan para poder expresar nuestras necesidades y a colaborar con nuestra experiencia y accionar. El síndrome Gilles de la Tourette es la patología que nos ocupa como institución, es muy variada y poco conocida, ya que muchos de sus síntomas son compatibles con otras patologías y suele ser muy mal diagnosticada, por eso voy a dejar información en la Secretaria para las personas que quieran conocer más sobre la misma, pero los principales síntomas son hiperactividad, desatención, tics complejos, como ladrar, bocinar, saltar, aullar, sacudidas, malas palabras, repetición de palabras, etc., ser negativistas, disociales, obsesivos compulsivos, por nombrar solo algunas de ellas. No hace muchos años, apenas siete, los niños fueron incluidos en la Carta Magna, para hacerlo más sencillo, tienen derechos constitucionales. Nombraré algunos de ellos. 1) Los adultos y el Estado deben cuidar que los chicos puedan crecer sanos, tanto física como mental y espiritualmente. 2) Tienen derecho a una educación que les permita desarrollar al máximo su personalidad. Y esto incluye al aspecto intelectual, el físico y el social. 3) Deben ser los primeros en recibir cuidados especiales, ya sea en la escuela, los hospitales, la justicia, el Congreso. etc. 4) Todos los niños deben tener una vida digna y plena, y sobre todo si tienen alguna discapacidad física o mental. 5) Jamás deben ser discriminados por ser diferentes a los demás. Deben tener a quien recurrir o ir a ver cuando los maltratan o les hagan daño. Estos son algunos de los derechos, pero si somos honestos sabemos que en realidad, no respetamos casi ninguno. Sabemos también hay ciertas patologías que son tristemente usadas por ciertos políticos de turno, sacándose fotos o dándoles subsidios principalmente en época de elecciones. Pero, ¿qué pasa con las patologías viscerales, las que no tienen ciertas características físicas para ser reconocidas? Basta mirar la gran cantidad de instituciones de padres que cumplen el rol que el Estado no cumple. Sí a la atención, no a la exclusión. El mensaje de la doctora Gro Harlem Brundtland expresa lo que muchas personas no pueden o no nos atrevemos a decir. Numera cada uno de nuestros problemas, no sólo como familiares de personas que padecen algún problema mental, neuropsiquiátrico o neurológico, sino que también explica, si se me permite decirlo, la ineficiencia y negligencia del Estado. Se dice sí a la atención, cuando no solo en los hospitales públicos se nos niega la misma, aduciendo que hay ciertas patologías complejas, y que ellos están más que nada para casos urgentes. Sin tener en cuenta que cuando uno recurre a ellos es porque realmente necesita a alguien que sepa qué contestar a nuestras angustias e interrogantes. Se dice sí a la atención, cuando son patologías conocidas, cuando no cuesta trabajo diagnosticar, y esto ¿cómo se cambia? Se habla de la exclusión y esto no es privativo de la salud, ya que vuelvo a repetir, son muy pocos los que aún en patologías mentales no muy conocidas o “más raras” se comprometen a ayudar, la exclusión la sufrimos en la escuela –como dijeron recién– dado que nuestro sistema educativo está programado para “personas normales” o discapacitados en general, no contempla que esa franja de discapacitados –como se los suele llamar– es muy amplia y selectiva, ya que una persona con un coeficiente intelectual de 130, es un discapacitado porque no tiene un coeficiente para una escuela normal. Entonces ¿adónde lo mandamos? Hoy en día vemos a chicos down campeones mundiales de patín, en la universidad, en atletismo, chicos con problemas mentales moderados y severos, cruzando la cordillera, tenemos invidentes abogados, entonces ¿dónde está la discapacidad? La discapacidad está en nosotros, los que excluimos, los que decimos que hacer una escuela para chicos con problemas de aprendizaje es discriminar, los que decimos que tener colectivos con pisos super bajos no es necesario, total, para dos o tres personas con sillas de ruedas, pero yo me vuelvo a preguntar, todas las mamás que

tienen bebes con cochecitos, ¿tienen auto o tienen que caminar por no tener en que movilizarse? No seamos ciegos pudiendo ver, no seamos hipócritas con nosotros mismos. El día que dejemos de engañarnos empezaremos a crecer como nación, no prometamos cosas que no podamos cumplir. Hace cuatro años como otros padres por necesidad, fundé A.S.T.O.C.R.A., que es la primera institución del país para estas patologías, ya que muchos niños hiperactivos por cierta medicación padecen como mi hijo, este síndrome adquirido, con la ilusión de poder ayudar a otros padres a que no sufrieran el peregrinar por distintos consultorios profesionales que habíamos sufrido nosotros, por no saber a ciencia cierta qué le pasaba, cuál era su padecer, el sentirse solos, cada vez más aislados, queríamos ayudar, que supieran que no están solos, y en estos cuatro años de lucha y con mucho sacrificio, y gracias a los señores concejales, profesionales se especializaron en esta patología, pero como siempre el Estado nos da la espalda, nos excluye de sus compromisos constitucionales, nos descarta, o nos quiere hacer depender de obras sociales, que a su vez nos excluye de su nomenclador, nos sacan los derechos, los mismos que nos otorga la Constitución. Como institución también hemos presentado proyectos para un centro de rehabilitación, educativos, de capacitación docente y para apoyo de los docentes, de estos últimos y sin costo para la Provincia, no hemos tenido respuesta. Es como si el querer ayudar a nuestros propios hijos nos estuviera vedado. Sería muy largo el explayarse en lo que sentimos todas las instituciones que trabajamos con y para personas con trastornos mentales o neuropsiquiátricos y creo sinceramente que no nos llevaría a ningún lado, porque siempre hablamos y no resolvemos nada. Es descargar broncas, impotencias y necesidades, pero no conseguimos soluciones. Creo honestamente que si atendieran nuestros proyectos sería más constructivo. Por ejemplo: Si cumpliéramos con los programas sociales, y se invirtiera en salud lo necesario, el Estado se ahorraría muchísimo dinero, ya que cada persona internada sin recibir la atención necesaria y sin posibilidad de recuperación, le sale por mes al Estado u\$s. 2.500, si parte de ese dinero se invirtiera en instituciones de padres que saben como recuperar para la sociedad a estas mismas personas que son discriminadas. Supervisar con los especialistas de cada Ministerio, que se cumplan las funciones específicas de cada asociación y en caso de anomalías, tomar medidas disciplinarias eficientes que sirvan de ejemplo para las demás. Los fondos que tienen que invertirse tanto en salud como en educación no sean derivados a otras áreas. Que los legisladores, evalúen con personas idóneas antes de presentar proyectos de ley no solo sobre discapacidad, que investiguen sobre las mismas, comprendiendo que todas las problemáticas son distintas y no todas tienen las mismas necesidades. Se habla de otros países en cuanto a discapacidad y educación pero estamos en Argentina y tenemos que aprender sobre nuestros errores y construir sobre nuestras necesidades. Ver la forma legal de que las instituciones que somos sin fines de lucro podamos generar nuestros propios recursos, ya que tenemos que sobrevivir, es muy triste para nosotros los directivos de las mismas ver que cada vez que necesitamos algo, tenemos que recurrir a pedir donaciones, o depender de la buena voluntad del resto de la gente para recaudar fondos. Sería mucho más digno poder disponer de nuestro propio peculio. En muchas partes del mundo, el gobierno otorga subsidios anuales a las instituciones, los que tienen que ser rendidos al finalizar sus ejercicios, no nos olvidemos que estamos cumpliendo con un rol que no cumple el Estado. A pesar de hacer divulgación, muchas patologías no son aceptadas ni por la sociedad, ni por la comunidad educativa. Por eso se necesitan distintos procederes y normativas, informar no solo las instituciones, las que muchas veces apenas tenemos fondos para lo indispensable, sino que los organismos oficiales nos den su respaldo, apoyándonos con propaganda, con la inclusión en el nomenclador nacional, reconociendo las patologías para ser cubiertas por las obras sociales, hacer que se cumplan las leyes y disposiciones vigentes. Se habla de crear redes. En Mar del Plata tenemos varias y creo que casi todas las instituciones están en ellas. ¿Para qué formar más? Hagamos fuertes las ya existentes y exijamos que se cumpla con su cometido social. No demos la espalda a nuestros derechos y al de nuestros hijos, ya que todas las instituciones fueron creadas para ellos, para cubrir todas las falencias no solo de salud sino también de educación. La indiferencia por parte del Estado es mucha, y no podemos depender de los distintos sectores sociales, por eso tantas asociaciones de padres, tantos comedores infantiles, siempre somos los que menos tenemos, los que más damos. Ojalá de esta audiencia salgan propuestas y soluciones reales, ya que estamos dispuestos a seguir luchando por nuestros derechos, por nuestra dignidad y por sobre todas las cosas por el futuro de nuestros hijos. Muchas gracias.

-Aplausos de los presentes

Sra. Presidente: A continuación tiene la palabra la doctora María de los Ángeles Rodera, que representa al Hospital Interzonal de Agudos, del Área de la 3ª Edad.

Sra. Roderá: La problemática que quería traer a esta audiencia pública es la problemática del anciano con demencia, su familia y la posible inclusión en estrategias eficaces de salud mental. El aumento acelerado de la cantidad proporcional y absoluta de individuos mayores de 65 años en el mundo, es de amplia difusión. Latinoamérica y en especial nuestro país está envejeciendo muy rápidamente, en muchos casos más que en las regiones desarrolladas pero con menores recursos médicos, sociales y económicos, y una falta de conciencia del problema que ya debemos abordar. Recordemos que en este panorama, Mar del Plata constituye uno de los polos gerontológicos principal del país, favorecido en otras épocas por la migración desde otro punto del país ante el atractivo de posibilidades económicas, laborales y por la disponibilidad de una amplia cobertura en salud. Este aumento de adultos mayores, genera un incremento de la cantidad de casos de enfermedad mentales, como la demencia, tal la más prevalente la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular, pues el factor de riesgo más importante para su padecimiento es la edad. Las demencias presentan repercusión asistencial a través de las siguientes características, sintomatología y nivel funcional cambiante y de deterioro progresivo, tanto en las funciones intelectuales superiores como a nivel conductual. Una evolución crónica. La mayoría de los afectados mayores de 65 años, lo cual se asocia a puripatología, cuidadores envejecidos y muchas veces soledad. Repercusiones sobre la salud mental de los cuidadores e implicancias legales. Los síntomas psicológicos y del comportamiento que se presentan en el curso de las demencias, han sido integrados a la descripción de estas enfermedades. Desde los años '80 se comenzó a investigar y conocer estos síntomas debido a la importancia que tienen como parámetros desencadenantes de la institucionalización, el estrés de los cuidadores y la demanda de atención y elevados costos que ocasiona. Esta problemática según los consensos internacionales y desde una intervención eficaz sobre el paciente y la familia, requiere abordajes integrados en equipos interdisciplinarios. En nuestro contexto, el ámbito público, nos encontramos con escasos recursos humanos especializados, que habitualmente se encuentran desbordados ante la demanda creciente de atención y reducidos programas de prevención. En otros casos si bien se optimiza el diagnóstico precoz, pero sin posibilidades de acceso a estrategias terapéuticas, ya sea farmacológicas o no farmacológicas e ingresos a sistemas de mayor contención cuando resulta necesario, como por ejemplo los centros de día. De esta manera para poder pensar una adecuada planificación en salud mental, que contemple las distintas aristas de esta problemática, es necesario centrarnos en los principios asistenciales relevantes. La importancia del diagnóstico de problemas y del tratamiento precoz; la multidimensionalidad terapéutica que comprende distintos ejes, que van de lo biológico a lo psicológico, de lo individual a lo sociofamiliar, y de lo estrictamente terapéutico a lo rehabilitador; el conocimiento del entorno y el sostén de los cuidadores; la pluralidad de los recursos asistenciales en los distintos niveles de atención primaria, secundaria; la continuidad de los cuidados. De acuerdo a la tendencias internacionales y según nuestra realidad actual, es urgente incluir al paciente con demencia y su entorno, en el diseño de estrategias de salud mental con los siguientes objetivos: integración de los recursos de las distintas instituciones y participación en acciones intersectoriales a fin de articular los distintos niveles de atención; promover la independencia y el mayor grado de autosuficiencia física, síquica y social del anciano; implementar programas de capacitación permanente que permita un mejor conocimiento del anciano y esta problemática; proporcionar ambientes e infraestructura más adecuados dentro de las limitaciones de cada centro asistencial tratando de adecuarlas para su mejor utilización; disponer de lugares de residencia permanente cuando sea necesario y brindar apoyo a las familias y a los cuidadores. Finalmente se insta a aunar los recursos sanitarios y sociales y favorecer cada cual desde su responsabilidad la solidaridad entre las generaciones. Muchas gracias.

-Aplausos de los presentes

Sra. Presidente: Gracias. Tiene la palabra en representación del Centro de Promoción Social, la licenciada Marta Martino.

Sra. Martino: La señora licenciada Anahí Inda y yo venimos a compartir con ustedes nuestra experiencia en el Centro de Promoción Social. El Centro de Promoción Social es una institución que se inicia en agosto del '97, a través de un convenio del Hospital Interzonal, Cáritas y AIP. AIP es una institución civil, que significa Asociación Integradora de Personas con Padecimientos Síquicos. Nuestra propuesta surge ante la necesidad de gran cantidad de personas con padecimientos síquicos crónicos, que después de largas y reiteradas internaciones, vivían deambulando por el hospital, por la ciudad, sin cumplir otra función que su rol de enfermos. Es así que surge el Centro de Promoción Social, con la finalidad de ofrecer un espacio de rehabilitación y inserción social para estas personas. Esta propuesta intenta rescatar la complejidad del concepto de salud mental y darle la orientación social que merece, ya que durante décadas estuvo

siendo patrimonio casi exclusivo de la medicina y de la sicopatología. La experiencia que hemos encaminado realmente ha dado resultados que nos sorprende a nosotros mismos. Hemos propiciado en este afán de socializar esta problemática convenios con distintas entidades como por ejemplo el convenio que dio origen a la institución, convenio Liga, Cáritas y AIP. El convenio con la Universidad Nacional de Mar del Plata, que ofrecía pasantes de servicio social, con el INTA, Prohuerta, que aporta un ingeniero agrónomo, con la escuela de Arte Martín Malharro, que aportó en su momento una profesora en función de extensión, una profesora de arte. Desde hace dos años estamos en tratativas con el Consejo Provincial de Discapacitados, que juntamente con la Escuela de Sabiduría y Curaduría Oficial de Alineados hicimos una presentación a raíz de la cual el Consejo de Discapacitados comenzó a analizar la problemática de las personas con padecimientos síquicos crónicos, y después de largas negociaciones y análisis de este tema, llegó a la conclusión de incorporar a las personas con padecimientos síquicos dentro de la ley del discapacitado, lo cual abre al tratamiento y a la salud mental un panorama muy importante porque da posibilidades de incluir en estos tratamientos todo lo que se ofrece para la discapacidad. Tal es así que tramitamos a través de la entidad de AIP, tramitamos ante la Comisión Nacional de Desarrollo Humano, un subsidio para la compra de un inmueble, que nos fue otorgado y esto nos permitió trasladarnos porque hasta hace dos meses funcionábamos en una sede de Cáritas, actualmente estamos funcionando en esta propiedad que estamos por remodelarla, que está en Valencia 6455, este nuevo espacio físico nos permitió ampliar la gama de prestaciones que además de lo que sería el centro de día, o sea, el circuito de tratamiento diario, pudimos ampliarlo con talleres de producción, porque una vez que los pacientes o los integrantes del centro realizan todo un circuito de tratamiento, consideramos nosotros que se encuentran realmente insertados o rehabilitados, o en camino de rehabilitación, cuando logran una inserción sociolaboral, de lo contrario volveríamos a dejarlos en la comunidad sin un lugar o un sostén realmente efectivo. Los talleres de producción, en este momento pusimos en funcionamiento tres, el taller de costura, el taller de acuarismo y de vivero. Por otro lado también a través del plan Bonus de la Provincia y el Plan de la Segunda Oportunidad, es una alternativa muy viable para lograr la reinserción laboral. La licenciada Inda va a compartir sobre nuestro trabajo, un poco desde adentro cómo lo enfocamos y lo que vamos aprendiendo nosotros mismos desde la experiencia.

Sra. Inda: Quisiera un poco contarles acerca de lo que estamos haciendo pero en la práctica. Nosotros focalizamos sobre todo lo interpersonal, o sea, si bien lo intersíquico lo tenemos en cuenta, consideramos que es fundamental lo relacional, lo que hacemos con los otros. Entonces este sería nuestro enfoque como para ubicarnos y por lo que consideramos de suma importancia la participación de la familia, y si hubiera quienes no tienen familia como muchas veces sucede, generamos lo que nosotros llamamos los grupos de convivencia, en los cuales -ya como hoy alguien explicó- el concepto de familia se ha modificado mucho a través de la historia, y entonces nosotros generamos familias en estos grupos de convivencia donde cada uno desarrolla un rol, y pueden encontrarse funcionando como familia y sintiéndose apoyados mutuamente. Consideramos fundamental el apoyo entre las mismas personas que participan del circuito no solamente de los profesionales sino de aquellas personas que están padeciendo el mismo tipo de situaciones conflictivas podríamos decir, como también citamos a los familiares y trabajamos acerca de las pautas relacionales, de cómo se inserta cada uno en la familia, si pueden empezar a cumplir otro rol y participar de otra forma. También nosotros como equipo funcionamos interdisciplinariamente, ¿en qué sentido?, ya sea desde el profesor de arte, la profesora de educación física, los profesionales de la salud específicos como pueden ser psicólogos, psiquiatras, asistentes sociales, enfermeros, todos trabajamos simultáneamente en el sentido que nos escuchamos, cada cual en su área da el aporte que tiene para dar. Consideramos fundamental esto y también consideramos fundamental el aporte que tiene que dar el individuo que está con nosotros en tratamiento. Muchas veces nos ha pasado -porque cometemos errores por supuesto, nos equivocamos muchas veces- realmente no saber qué hacer ante determinada problemática o situación. Y tenemos asambleas los lunes, de inicio de la semana y los viernes, de fin de la semana, donde compartimos esto que a veces no sabemos qué resolución tomar, lo ponemos como diríamos en la mesa para que todos puedan opinar y muchas veces se construyen soluciones muy interesantes que parten de entre todos, y esto es realmente terapéutico. Hemos podido ver que el solo hecho de que alguien empiece a ser visto como un individuo que tiene cosas para decir y que es escuchado, eso en sí mismo es terapéutico. Como hoy alguien decía muchas veces se es visto como un número, como una patología, y eso es realmente alienante para cualquier ser humano. Entonces el empezar a ser reconocidos como personas, que tienen cosas valiosas, y muy valiosas realmente, podríamos decir que nos vamos modificando mutuamente, por lo menos yo he aprendido mucho de los demás como a su vez los demás aprenden de nosotros, es algo muy compartido. Marta quería leer los resultados.

Sra. Martino: Además de todo lo que ya hablamos de los convenios y de ampliar este campo de la salud mental con otros aportes. Ausencia de la reinternaciones en el 95% de los casos tratados. Hay que tener en cuenta que nosotros iniciamos con la población de mayor riesgo social, diría casi permanentemente internada o con internaciones de 6 meses y 1 mes de externación. Reducción de la ingesta de medicación en un 60%. Modificación de conductas generando nuevas relaciones interpersonales. Adquisición de hábitos laborales dentro del centro de promoción e inserción laboral dentro y fuera del mismo. Desde el inicio a la fecha egresaron de la institución 28 personas por haber cumplido los objetivos que les permitieron mantener afuera una vida independiente. Se realiza con estos casos un seguimiento quincenal, constituyen un total 64 personas las que se asisten bajo responsabilidad de este programa. La propuesta de organización de grupos de convivencia entre los concurrentes previno el aislamiento social y las reinternaciones en instituciones de exclusión. Actualmente 18 pacientes se encuentran bajo esa modalidad organizativa. Se establecieron redes de ayuda mutua, donde cada persona se configuró como recurso terapéutico del otro. Como equipo interdisciplinario se trabaja desde una visión compartida y con un fuerte compromiso en la tarea.

-Aplausos de los presentes

Sra. Presidente: Tiene la palabra la señora Ana María Abraham, en representación del Colegio de Psicólogos Distrito X.

Sra. Abraham: Me voy a referir a algunos tópicos acerca del campo de la salud mental y el ejercicio profesional del psicólogo. Cada época ha generado su forma particular de padecimientos, por ello entendemos a la salud y la enfermedad, como atributos de la vida humana presentes en todas las sociedades. La salud –ya hemos estado hablando aquí bastante acerca de su concepto- es un proceso histórico social y culturalmente determinado, donde lo social, lo biológico, lo psicológico se conjugan con los estilos de vida de las personas, incluyendo el sistema organizativo de atención de la salud en sus niveles de prevención, cura y rehabilitación, y conformando todo esto el concepto de campo de salud. Abordada en su forma integral, la salud nos compromete como individuos, familias y poblaciones, permitiéndonos crear, producir, intercambiar, consumir, y poder desarrollar sentimientos de solidaridad en búsqueda de libertad y justicia. Desde esta perspectiva, podemos participar en nuestros propios cambios, en los cambios del contexto, aceptar el sufrimiento como parte de la vida y construir nuevos vínculos y conocimientos, todos indicadores éstos de salud mental. Los desarrollos científicos y técnicos, la caída de las fronteras, la velocidad de las comunicaciones, las nuevas formas de nacer y morir, parecieran marcar una nueva época para la humanidad, dando cuenta de condiciones de bienestar, sin embargo, se acentúan las desigualdades, alejándonos de la meta de búsqueda de equidad. La defensa de la vida se transforma entonces en una nueva tarea política, ética, científica y social. La Organización Mundial de la Salud considera que la salud mental es una prioridad para América Latina y que la mayoría de los padecimientos psíquicos pueden ser prevenidos; pero hoy debemos luchar para sobrevivir a fenómenos tales como la violencia, la alienación, el aislamiento social, la pobreza, la desocupación, constituyendo todas causas de sufrimiento mental. Hay un deterioro en nuestra calidad de vida, entendida calidad de vida no sólo como sinónimo de utilidad, sino en relación a la idea de dignidad de la persona. Es difícil precisar en cada uno de nosotros los límites entre salud y enfermedad, debemos considerar nuestras expectativas, proyectos de vida, respeto por creencias y valores, se plantean entonces nuevas encrucijadas que encierran nuevos desafíos. En este contexto estamos inmersos como trabajadores de la salud, con nuestra capacidad de ser flexibles, críticos y autocríticos, cooperativos y participativos, integrando equipos interdisciplinarios, donde la salud mental se constituye en el espacio de entrecruzamiento de disciplinas y prácticas. El cuidado de la salud mental tiene como objeto fomentar, proteger, conservar, reestablecer y rehabilitar la salud mental de las personas y grupos humanos y el sistema de atención de salud incluye a todos los actores sociales, usuarios, prestadores, instituciones y organizaciones, donde trabajar en niveles de prevención es lo verdaderamente equitativo. La rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales, está inundada por sí en un empeño ético, en tanto significa movilización y valoración de las personas en todos sus recursos disponibles, mostrando que la rehabilitación no es sólo el tercer nivel de asistencia sino un primer nivel de actuación. Siendo los servicios de salud, servicios de personas para personas, es fundamental reconocer la significación de auxiliares, técnicos y profesionales, no sólo como factor estructural sino como factor de cambio sujetos a particulares conflictos inter y extrainstitucionales. Plantear esta temática hoy en este recinto nos acerca a la creación de un espacio donde lo teórico, lo operativo e institucional se integran. Desde lo institucional, como miembros del Colegio de Psicólogos se garantiza que nuestras prácticas se realicen dentro de normas éticas y de matriculación. Entendemos desde la ética, la responsabilidad que implica no sólo la formación permanente sino asimismo la supervisión de la tarea

en todos los ámbitos de desarrollo. Manifestamos nuestro reconocimiento a las instituciones donde el riesgo profesional se hace evidente, generando y manteniendo dispositivos propios de nuestra disciplina, en resguardo de la salud mental. En este momento de ajustes y desajustes, estas son sólo algunas reflexiones reforzando la idea que el derecho a la vida, la dignidad de las personas, el derecho a la salud y a la atención de la salud, no deben ser meros enunciados que contengan las normas vigentes sino principios a los que se debe dar respuesta. Adherimos a esta convocatoria donde participan todos los sectores sociales generando este espacio de construcción de ciudadanía.

-Aplausos de los presentes.

Sra. Presidenta (Di Rado): Del área de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredon, hará uso de la palabra el licenciado Stazzone.

Sr. Stazzone: Señoras y señores concejales, amigos y colegas que hace años venimos reuniéndonos en este campo de la salud mental, hoy lo hacemos otra vez pero no es una vez más ya que creo hace falta un reconocimiento al Concejo Deliberante por haber generado este espacio para la salud mental. Quería aportar otra parcialidad más. Creo que el hecho de la audiencia, por lo que voy escuchando, hace que el aporte de varias parcialidades vaya generando una imagen general de cómo estamos en salud mental en Mar del Plata, más allá de la definición que cada parcialidad pueda dar. Quisiera aportar mi parcialidad a partir de la lectura de la documentación que la oficina de prensa y protocolo nos proporcionó, que es el folleto de la OMS, donde se planteaba la cuestión de los prejuicios (ya hemos escuchado aquí cómo funciona esto de los prejuicios). Yo había aislado dos prejuicios que nos conciernen más a nosotros y me llevaban a algunas preguntas y a algunas hipótesis. Un primer prejuicio es el de la separación de salud mental y salud en general. Los cambios en las conductas necesarios para la prevención (aclaro que la parcialidad a la que me refiero es la de mi campo de trabajo en salud mental donde deberíamos abocarnos particularmente a la prevención y después les cuento por qué deberíamos), para satisfacer planes de vacunación, el cuidado de los niños, atender las relaciones familiares, aún atender las situaciones conflictivas del tránsito urbano, son todos temas de salud mental y sin embargo salud mental está como aislado y anticipando uno de los principales segmentos o instrumentos para pensar en la exclusión de otra manera. La conducta auto y hétero agresiva es tan natural al ser humano como la bondad, el altruismo, la solidaridad, la generosidad y de esta conducta auto y hétero agresiva en salud mental tenemos diversas manifestaciones, evidencias y síntomas en función de los campos en que trabajemos. Si así no fuera, por qué habrá que estar diciéndole al hombre lo que tiene que hacer, lo que es bueno para él. ¿Por qué tenemos que seguir machacando sobre la vigencia de los diez mandamientos? Si el hombre es bueno, no habría necesidad de recordarle lo que es bueno para sí o para los demás. Mientras no tenga una respuesta mejor, esto me lleva a elaborar una hipótesis en principio de comprobación diaria: el hombre no es naturalmente bueno. Un segundo prejuicio es la separación salud-enfermedad en nuestras apreciaciones sobre este problema. Si de un lado estamos los que queremos hacer el bien organizándonos en este campo de la salud mental y de otro lado están quienes van a ser los beneficiarios de nuestro “hacer bien”, qué hacemos mal que nuestros planes no se cumplen y la OMS vaticina que esos beneficiarios van a estar en el 2020 multiplicados al punto de constituir el segundo conjunto de riesgo de enfermedad en el mundo. Segunda hipótesis. Quienes trabajamos en el campo de la salud mental no sólo no somos buenos por naturaleza –tal como dije en mi primera hipótesis- sino que tampoco somos y estamos siempre lo suficientemente sanos como para sostener coherentemente nuestros planes de hacer el bien a otros. Tercera pregunta: ¿dónde reside la falla en poner en juego estos planes? Voy a empezar a acercar un principio de respuestas que es el eje de mi intervención. Los principios que sostienen los planes de los hombres para hacer el bien son principios morales y como tales están influenciados por el sistema de creencias y valores de los grupos y sectores que tienen a su cargo la confección de estos planes. No siempre –por no decir nunca- los destinatarios de esos planes forman parte de esos grupos y sistemas siendo que, por añadidura, los más necesitados de ser destinatarios no forman parte de nada, ni siquiera de esta condición de destinatarios, es decir, son los famosos excluidos. Tan excluidos son que no forman parte de nuestro diagnóstico ni concurren a nuestro consultorio o sea que el título de esta audiencia podría ser reformulado ya que no existe la exclusión por falta de tratamiento sino que la exclusión social determina que se acaben las posibilidades de tratamiento, a la inversa, sin dejar de entender a qué se refiere la gente que dice que sus enfermos son excluidos del tratamiento pero yo estoy contando mi parcialidad desde la visión de lo que pasa en la comunidad. Volviendo a la pregunta inicial de dónde reside la falla, tendremos que apuntar a que la falla es ética ya que no contemplan los planes de los profesionales de la salud a los profundos desajustes morales de nuestra época que por

razones (en realidad, sinrazones) políticas y económicas permiten la precipitación de sectores cada vez mayores de la sociedad a la exclusión social, esto es, a la exclusión del reparto de bienes materiales y simbólicos, a la degradación moral, a la indignidad a que somete la carencia de recursos para la sublimación más elemental de las funciones primitivas mediante el trabajo, por ejemplo. Esto conduce a fenómenos de perversión, ya sea bajo la forma de violencia indiscriminada, el abuso en todos sus modos de expresión, la impulsividad en todas sus formas. ¿Cómo podrían éticamente apuntar nuestros planes a reparar ese desamparo moral, esa indiferencia de los mecanismos de poder por la población a que se supone deberían servir? En el ámbito municipal estamos muy cerca de la gente, tanto como nuestros propios prejuicios y nuestros propios límites para soportar compartir el sufrimiento ajeno nos lo permiten. Tratamos de no quedarnos solos ni ante nuestros prejuicios ni ante el sufrimiento. Nos unimos a otros formando redes solidarias de cooperación y trabajo; ante la pregunta de la señora sobre para qué formar más redes yo digo que nunca es suficiente si no podemos solos. Nos enredamos con otros trabajadores de la cultura, de la educación, de las ONGs, por ejemplo formamos ocho redes educativas que reúnen a 70 u 80 escuelas, intervenimos en comisiones mixtas de salud y educación, en comisiones interinstitucionales sobre maltrato familiar e infantil con tribunales de menores, fiscales de familia, la presencia de los hospitales. Intentamos diferentes acciones y quiero contar una que es interesante porque dio lugar a la creación de un área que no existía y que no detectamos un lugar en Latinoamérica donde exista, y es el área de Registro Estadístico y Evaluación de Proyectos. A partir de cortar el retorno al reciclado de las pilas de estadísticas que no se usaban para nada; esas pilas de papeles iban al asilo de ancianos para que los abuelos hicieran trabajos con ellas y nosotros empezamos a recuperarlas antes que fueran allí a tomar nota de los datos que ordenamos y a partir de eso pudimos empezar a planificar. Tratamos de incrementar los tiempos de capacitación para el personal, elevar la calidad intelectual del producto del trabajo nuestro y de esa manera incrementar la calidad de la atención a la comunidad. Voy señalando uno de los aspectos de la exclusión, con todo esto intentamos salir nosotros de la exclusión a que nos somete el confinamiento en los consultorios, realizando un perfil de trabajo comunitario que implica ir nosotros al encuentro de la comunidad, al encuentro del excluido, incluirlo en nuestros proyectos, planes y actividades, ir nosotros a escuchar lo que tiene para decir. Como perfil ético fundamental de estas acciones, tratamos de recuperar el valor de la palabra y el nombre propio, no conformarnos con los diagnósticos transformándolos en instrumentos de exclusión sino establecer la singularidad de cada caso como la de un sujeto único, un sujeto que dice de su sufrimiento, que constituye un sujeto de derecho a la salud, que demanda desde el silencio de su exclusión social el derecho a ser escuchado, a hablar y buscar respuestas a sus preguntas. No conformarnos con la prevalencia o incidencia de la depresión como diagnóstico sino investigar cada vez, con cada caso, con cada síntoma depresivo, su origen, su historia, el bosque que se esconde tras el árbol que nos ofrece el llamado “síntoma social”. Procuramos no encarnar el bien para el prójimo desde nuestra propia concepción del bien para los demás sino imponernos la más trabajosa y difícil tarea de preguntarnos acerca del bien a que nuestro supuesto beneficiario aspira, respetando su idiosincrasia, sus creencias, su historia. Creemos finalmente que la prevención en salud mental como la calidad mejor entendida es la que empieza por casa, tratando de superar las diferencias y límites disciplinares o jurisdiccionales, tratando de desviolentar las relaciones entre nuestros equipos, entendiendo por ejemplo que no hay pacientes municipales o provinciales, hospitalarios o comunitarios, ellos son los mismos que hoy están en el centro de salud mental municipal y mañana en el hospital y si municipales y provinciales no nos ponemos de acuerdo para trabajar juntos y acercarnos a ellos, a las ONGs y a quienes quieran ayuda y ayudarnos. Entonces sí el vaticinio de la OMS se cumplirá; el 2020 nos encontrará otra vez fracasando pero esta vez porque quedamos nosotros del lado de la enfermedad. Nada más.

Sra. Presidenta: A continuación, el Centro de Ayuda a la Familia en Riesgo. La exposición va a estar a cargo de la licenciada Patricia Gordon.

Sra. Gordon: La intención sería contar un poco cómo pensamos a la salud mental desde nuestro trabajo como ONG, que es el CAFER (Centro de Ayuda a la Familia en Riesgo) que viene trabajando en la ciudad desde hace diez años y entendiendo a la salud mental pensado desde lo que es la inclusión de la familia y las relaciones que tienen las situaciones de violencia familiar con este tema. Básicamente el CAFER está constituido por un equipo interdisciplinario donde hay un plantel de aproximadamente 30 psicólogos, abogados, sicopedagogos, asistentes sociales, fonoaudiólogas, y cuenta también con consultas jurídicas y todo ello enmarcado dentro de un proyecto que se llama “Familia Educadora”. Este proyecto lo que hace es atender a estas situaciones que antes explicaba de violencia familiar no solamente desde un tratamiento psicológico sino desde el trabajo de un equipo interdisciplinario que apunta a reconstruir lo que es la ruptura

de las redes familiares de contención. Por eso mismo entendemos a la salud mental desde un trabajo interdisciplinario brindándole asistencia a numerosas familias que concurren a la institución derivadas de diferentes lugares. Básicamente, trabajamos con una demanda muy importante desde lo que es el Poder Judicial y desde lo que es la comunidad educativa. En este momento estamos pensando que no solamente basamos nuestra propuesta en brindar un tratamiento familiar sino en distintas áreas de trabajo dentro de la institución porque no podemos pensar a la violencia familiar si no atendemos una de las áreas fundamentales que tiene que ver con la prevención de estas situaciones. Por lo tanto, desde lo preventivo, salimos continuamente a brindar nuestros servicios profesionales a las instituciones educativas mediante la puesta en marcha de charlas y talleres en dichas comunidades. Por otra parte, dentro del área de tratamiento, se trabaja desde lo que es el tratamiento familiar, desde lo que es la orientación en diversas situaciones de riesgo y mediante la constitución de grupos (adolescentes, familias y mujeres víctimas de violencia). En relación a lo que se viene diciendo desde que comenzamos con la Audiencia, coincidimos con lo que decía el licenciado Stazzone en que las personas que concurren a la institución ya vienen bastante excluidas en lo laboral, social y educativo. El CAFER también tiene una escuela de adultos funcionando y un centro cultural. Por eso pensamos que mediante la puesta en marcha de este programa tratamos de brindar desde otro lugar que no sea solamente el tratamiento psicológico algo que también entendemos que tiene que ver con la salud mental, o sea, no pensarla solamente desde un solo aspecto sino desde todos los aspectos que antes mencionaba. Las personas que concurren a la institución ya vienen excluidas de determinadas situaciones y de posibilidades de acceso y de necesidades básicas no satisfechas, con lo cual es como que tenemos doble trabajo: trabajamos por la salud mental pero también debemos incluir esto que muchas veces se presenta como obstáculo en la puesta en marcha de los tratamientos que antes mencionaba. Pensamos esto dentro de un programa integral, donde si bien sabemos que desde una ONG no se pueden cubrir estas necesidades básicas, sí desde lo que es un trabajo social podemos trabajar en red con otras organizaciones para pensar a la salud mental desde un lugar más amplio. Con respecto a la violencia, debemos decir que hoy por hoy por suerte no pasa lo mismo pero el tema de la violencia familiar estaba excluida dentro de ciertas conceptualizaciones y no era tenida en cuenta como lo es hoy, no sólo desde el plano de la salud mental sino desde el área jurídica, cosa que ha tardado bastante tiempo y ha agudizado mucho la problemática. Hoy por hoy parece que las cosas marchan por otro camino, sobre todo con la nueva ley de violencia familiar y que ya la violencia no está excluida de nuestra sociedad desde lo que se puede llegar a pensar desde el prejuicio o desde los mitos sino que se habla mucho más de violencia y se va perdiendo el miedo. Entonces a nosotros nos resulta posible trabajar de otra forma con esta temática; lo que hacemos para tratar de que esta problemática no esté excluida es ofrecer este tipo de tratamiento que decía no solamente tiene que ver con lo psicológico sino con una permanente relación entre lo que es el área psicológica y el área jurídica y trabajando constantemente con nuestro equipo de abogados en el tratamiento de esta temática. Esto lo hacemos con un permanente contacto con lo que son otras instituciones y fundamentalmente con el Poder Judicial por la gran demanda que tenemos en este momento. Otro de los temas que sería bueno tener en cuenta es la inclusión de la salud mental de los profesionales, porque estamos hablando de problemáticas de riesgo con las cuales convivimos todos los días los que trabajamos ahí. Estamos en permanente contacto con esto y no podemos descuidar este aspecto que me parece fundamental incluirlo en esta audiencia, es decir, qué es lo que se juega en estos lugares, tanto los profesionales que trabajan en el ámbito público como los que trabajamos en organizaciones intermedias y pensar que de eso también depende el servicio que nosotros brindamos. Me parece muy importante tener esto en cuenta porque nosotros estamos incluidos en todo esto que estamos hablando. Las propuestas desde nuestra institución son aunar criterios con otras instituciones, continuar participando en las diferentes redes de la comunidad, aunar criterios en cuanto a las interconsultas, las derivaciones que muchas veces nos hacemos, fomentando el conocimiento y el reconocimiento mediante espacios de encuentro entre instituciones que muchas veces hasta estamos trabajando en lo mismo, por lo cual sería bueno propiciar el contacto. Respecto a la propuesta que nosotros nos hacemos continuamente es continuar con el tema de la capacitación de nuestros profesionales. Dentro de la propia institución existen dispositivos para esto, fomentando permanentemente la capacitación y los espacios adecuados para trabajar juntos en estas problemáticas, que son problemáticas de riesgo y nos llevan constantemente a revisar nuestros criterios y nuestra formación. O sea que nuestras propuestas con respecto a la exclusión y a la inclusión tienen que ver con esto. Nada más.

Sra. Presidenta: Esta primera etapa de la audiencia la va a cerrar el presbítero Hugo Segovia, que viene en representación de la diócesis de Mar del Plata.

Sr. Segovia: Muchas gracias. No vengo en representación de la diócesis sino que lo hago a título personal y sintiendo la alegría, por un lado, de haber sido convocado, y pensando que cuando Pablo VI estuvo en Naciones Unidas en 1965 se sentía un poco desbordado por tanta responsabilidad y se presentó ante el foro de las naciones del mundo como experto en humanidad, es decir, que no quiso competir con todos los que estaban allí presentes. Es un poco lo que me ocurre a mí, para nada quiero competir sino compartir con ustedes las inquietudes, porque creo que es la tarea de la Iglesia en ese momento: más que nada acompañar -ya que soluciones técnicas o científicas no tenemos-, tenemos simplemente un conocimiento del hombre muy profundo basado precisamente en ese hombre que se llamó Jesucristo, que fue un excluido. Confieso que lo que más me llamó la atención de la convocatoria fue el título de la convocatoria -“acabar con la exclusión”- y ahí sí que nos sentimos unidos muy profundamente porque el apóstol Pablo escribiéndole a los cristianos de Colosas, en Grecia, les decía algo que realmente fue muy revolucionario y que nosotros un poco hemos agudado a lo largo de estos 2000 años: ya no hay más diferencia entre el varón y la mujer, entre el esclavo y el hombre libre, ya no hay más diferencia entre el judío y el griego. Es decir que Cristo vino a romper ese muro de división y discriminación que había entre los hombres. Fíjense decir eso en aquellos tiempos en que la mujer era discriminada a un lugar de segunda, tercera o cuarta clase, iguales los esclavos y los hombres libres, iguales el judío y el griego. Se rompen las exclusiones y las discriminaciones. Justamente a partir de un hombre llamado Jesucristo, que fue un excluido, un marginado. Desde el comienzo, no tuvo lugar donde nacer; por ser pobre y sencilla su familia tuvo que nacer en un pesebre, no había lugar para ellos en el albergue. Luego sufrió la marginación del exilio -eso que los argentinos conocemos de una manera tan cruda- hacia otro pueblo: cambiar de costumbres, cambiar de forma de vida y experimentar una cultura diferente siendo una criatura. Después fue un trabajador que vive largos años oscuramente en Nazareth y que cuando sale de allí es llamado “el hijo del carpintero” de una forma peyorativa. No había hecho estudios especiales, no pertenecía a la casta sacerdotal, era uno más, discriminado también. Después fue discriminado por ser joven porque en aquel tiempo era una gerontocracia la que gobernaba el mundo y él tenía apenas 30 años cuando empezó a predicar y también fue discriminado como transgresor porque él enseñaba que se había dicho a los antiguos tal cosa pero que él en adelante decía tal otra, sin dejar de respetar las riquezas de lo antiguo. Sería tremendo que rompieran con el pasado y no lo respetáramos pero debemos meternos en una tradición que es viva; Chesterton decía que la tradición no consiste en ponerse el sombrero sino tener un hijo, sino que es algo vivo, algo permanentemente en evolución. Fue discriminado luego por todo lo que fue enseñando acerca de los hombres, de la igualdad, del respeto a la mujer, a la mujer adúltera y el respeto a todos los que son marginados. Muere como un vulgar criminal, la peor de las muertes que podía haber en el Imperio Romano y muere víctima del poder, víctima de su presencia, de su prestancia frente al poder en todo sentido. Es un excluido, el gran marginado, por eso pienso que cada vez que nosotros marginamos a alguien, excluimos a alguien en este mundo que si bien ha hecho tantos progresos en todos los órdenes, sigue siendo un mundo de marginaciones y exclusiones, estamos marginándolo a Cristo, porque él dice claramente, “todo lo que le hicieron a uno de estos pequeños, me lo hacen o me lo hicieron a mí”. Estamos excluyendo o marginando a Cristo cada vez que marginamos a alguien, en el campo concreto de la salud mental. Por eso creo que este mensaje, este pensamiento es un poco lo que yo puedo decir en este día y recordar finalmente algo que también fue muy fuerte en los últimos días, en los últimos meses, que fue la presencia de los católicos, los cristianos en el “Grupo de los Ocho” en Génova donde un manifiesto de 40 o 50 organizaciones católicas, no solamente siglas, sino organizaciones católicas fuertes, trabajadoras y luchadoras con el Cardenal a los Obispos de Génova Tetamansi a la cabeza, dijeron que no querían ser un grupo de privilegiados que ayudasen a los marginados, ellos querían ser de aquellos que compartiesen las mismas necesidades y las mismas expectativas. Un poco esto con gran agradecimiento a todos, al Concejo Deliberante, a la gente que trabaja en el plano de lo social y el plano de la salud es lo que yo quisiera decir en esta mañana. Gracias.

Sra. Presidenta: Bueno, como les decía la primera etapa fue la exposición de dieciséis entidades que vinieron a exponer sobre esta problemática. Ahora vamos a continuar con diez exposiciones de particulares y vamos a comenzar con el licenciado Leopoldo Piazza a quien invitamos a hacer su disertación.

Sr. Piazza: Ante todo muchas gracias a la Presidencia del Concejo, de esta audiencia, a los señores concejales presentes y a los compañeros y compañeras que en distintos momentos del discurrir de nuestro quehacer cotidiano nos vamos encontrando a veces y otras veces desencontrándonos también. Alcancé a escuchar que se dice que uno es lo que hace. Pensaba qué mejor que traer algo del hacer cotidiano para aportar algo a esta audiencia. Recortando todo lo que es mi actividad en el ámbito público, como sicólogo del Departamento de Salud Mental de la Municipalidad y calculo que tal

vez en mi enunciado y sin querer tomar representación alguna, diciéndole que hacemos habitualmente los que integramos este Departamento. Fundamentalmente nos dedicamos a una tarea que podríamos visualizar en tres aspectos. El productivo, el asistencial y la capacitación. En el aspecto productivo fundamentalmente, trabajo a través de las redes educativas, por lo menos en los dos centros de salud en los cuales yo me desarrollo, tratando de integrar parte de estas redes con otras instituciones del barrio, escuelas, la biblioteca municipal de la zona y llevar adelante proyectos en común, intercambiar dificultades y respuestas posibles a esas dificultades cotidianas y elaborar estrategias para dar cuenta de lo que nos demandan nuestros usuarios, en el caso de las docentes de escuelas consultantes y pacientes en el caso de la sala. En el aspecto de capacitación que fundamentalmente se vehiculiza a través de reuniones de áreas, reuniones de departamentos donde se exponen los problemas en común, las experiencias, donde a veces tenemos la posibilidad de invitar a gente de otros ámbitos para compartir experiencias y conocimientos e interrogarlos acerca de esto que es lo que todos los días hacemos, que es escuchar fundamentalmente el malestar que otros nos vienen a plantear e interrogarlos sobre esto que escuchamos, que es nuestro hacer, para que no se vuelva rutinario, reiterativo y estereotipado. En el aspecto asistencial, tal vez por vicio o por una realidad que se impone. Cuando venía para acá pensaba “qué mejor que contar lo que es un día de preadmisión”. Ese día los consultantes se acercan al servicio de las salas, toman contacto por primera vez con algún miembro del Departamento de Salud Mental. Voy a relatar brevemente diez contactos de esta naturaleza, en este caso con el psicólogo. No voy a dar muchas precisiones porque son situaciones reales, vitales y una cuestión ética me impide precisar. Tal vez convenga recordarles, dentro de todo el discurso teórico, cuál es nuestra materia cotidiana. Me dice una mamá “así como está –el nene de cuatro años se esconde bajo el escritorio- es cuando hay gente que no conoce, sino es agresivo” La derivación viene por un pediatra. El caso dos, fui al médico clínico porque me dolían las piernas, es una señora de 36 años, y no tenía nada y me mandó al psicólogo, derivado desde el hospital. La señora me cuenta que su hija de cinco años hace pis por las noches, que le sacó al año y seis meses los pañales y a los dos empezó a hacerse pis por las noches, que en realidad de noche siempre le dejó los pañales, es hija única, con una derivación del pediatra. La cuarta consultante, 52 años, mujer, dice “Me estoy atendiendo en el hospital porque se suicidó mi marido, me mandaron acá, tengo miedo de hacer lo mismo, esto ya hace un año, estoy con presión alta, miedo, depresión, fue una derivación del hospital. El quinto caso es un nene de siete años, en el discurso de su madre, con problemas de conducta, terrible, violento, no se concentra ni cinco minutos, la derivación viene por sugerencia del gabinete de la escuela. El séptimo es un papá que los abandonó, nunca satisfizo los requerimientos de los hijos hasta que hace poco les compró zapatillas, se trata de un varón de 9 años y allí vino contento con todos los deberes hechos, lo que sucede es que habitualmente no hace los deberes, derivados por la escuela. Otro caso: “está muy agresiva conmigo, le pega a la hermana, una mujer de siete años, la mamá de veintipico es quien decide hacer por sí misma la consulta. Otro caso es que empezó hace seis meses, un varón de veintitrés, “tengo puntadas aquí, señala el corazón, palpitaciones y sensaciones de dolor, esto empezó hace seis meses”, hace cinco meses dejó de consumir cocaína, fue una derivación clínica del hospital que no encontró razón orgánica y lo derivó a un psicólogo, en la confianza de la consulta surge después un estado de abstinencia. Otra consulta: “estoy bajo juez desde antes de tener a los chicos”, tiene dos nenes, uno de tres años y otro de seis meses y ella tiene dieciocho. La deriva el despachante del Tribunal de Menores y quiere hacer terapia para que le restituyan los nenes que están a cargo de la mamá de ella. El último caso es una mujer de veintitrés, hace la consulta por sus dos hijas, yo estoy separada, ellas están muy contestadoras, tienen once y ocho años, tienen otro hermanito de siete y estamos muy nerviosas todas, me había anotado en lista de espera en otro lugar y le sugieren la consulta allí. Estas diez preadmisiones fueron realizadas en una sola tarde. Es habitual que uno se enfrente en los días que decide ordenar el trabajo hacia la demanda espontánea, encontrarse con esta cantidad de demanda. En algunas ocasiones y propiciando una buena atención en la salud mental de quien subscribe, uno decide no atender a todos los que están allí parados en la puerta del consultorio y trata amablemente de disuadirlos de que es mejor para ellos y también para uno, que vuelvan a la semana siguiente. Después este trabajo se va ordenando, entrevista individuales, entrevistas de parejas, grupos de psicoterapia, acciones que uno trata de que confluyan en alguna medida no solo en un tratamiento individual, imposible de sostener en un ámbito público, más allá de un tiempo prudencial y no bien removido el motivo de consulta inicial, no un tratamiento que uno pretendiera en profundidad más allá de ese motivo inicial. Uno va tratando de orientarlo hacia grupos psicoterapéuticos, tampoco se encapsula en una mera psicoterapia, sino que en algún punto puedan tener alguna tendencia a la actividad comunitaria. Puedo traer la experiencia de un grupo de mujeres, cinco mujeres de más de 40 años que ellas mismas sostienen en el lapso entre una y otra reunión aquellas otras del mismo grupo que no se sienten tan bien esa semana. Esto quiere decir, tratar de propender no solo a la remoción de los síntomas, sino a una actividad autónoma donde se multiplique la acción inicial que uno puede haber desplegado a raíz de estas consultas. Creo

que esto es todo lo que en este momento considero oportuno aportar. Después uno se va a su casa y en el colectivo por ahí recuerda un comentario que nos hacía un colega sicoanalista de Buenos Aires, Isidoro B, que tiene una tía muy mayor, que le decía “¿Isidoro a vos no te va a hacer mal trabajar en esto?”.

Sra. Presidente: A continuación María Martínez va a hacer uso de la palabra.

Sra. Martínez: Buenos días a todos. Celebro este espacio donde todos los que trabajamos en salud mental nos podemos encontrar y también a lo mejor en el futuro construir un espacio de articulación de nuevos pensamientos, lo que implica el desafío de poder pensar la salud mental desde la realidad que nos toca vivir. Yo había traído unos números que a lo mejor en esta circunstancia pueden ser gráficos para sostener lo que quería decir a continuación, si me permiten. Estos son números que tienen que ver con la tarea que hacen todos los integrantes del Departamento de Salud Mental de la Municipalidad. Tienen que ver con intervenciones que hacen siquiátras, sicólogos, sicopedagogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales y asistentes sociales, son intervenciones que cada uno de ellos hacen cotidianamente en los 14 centros donde hay salud mental de la Municipalidad. Esto está dividido por franjas etarias, con esto quiero decir como está distribuida esta consulta entre varones y mujeres y el grupo de edades. Durante el año 2000 tuvimos en el Departamento de Salud Mental casi 70.000 prestaciones, o sea que 70.000 intervenciones que cada uno de nuestros compañeros hicieron para atender una problemática determinada. Eso es un año, al cabo de enero a junio ya llevamos 40.000 y la proyección indica que culminaremos a diciembre del 2001 con 77.000 intervenciones, 7 intervenciones más. Yo creo que los números reflejan lo que quieren decir, los números fríos no dicen nada y la práctica cotidiana que están haciendo tiene nombre y apellido y son personas que consultan y acá quiero rescatar algo que me quedó dando vueltas a raíz de una intervención que hicieron. Aceptar el sufrimiento como parte de la vida, no tengo muy en claro lo que quiere decir esto, pero lo que sí se es que en este momento salud mental está tratando de abordar las nuevas formas de sufrimiento que se están dando en este momento. A lo mejor no lo escuché bien con nombre y apellido, pero esta nueva forma de sufrimiento tiene una raíz que es el modelo neoliberal que se está aplicando, el costo de este modelo es la exclusión, que se ha definido muy bien, de los intercambios económicos y simbólicos esto bajado al lenguaje cotidiano, quiere decir: gente que queda afuera. Pero de qué queda afuera, gente desocupada, pero también a nosotros supuestos integrantes de un equipo que íbamos a atender a esa población en riesgo, también nos están pasando cosas, nosotros también estamos en etapa de sufrimiento que no las sabemos determinar muy bien, no sabemos por donde pasa, pero estamos con incertidumbre, los ideales de tener un título universitario se han caído, las ilusiones de permanecer en un trabajo se están diluyendo día a día, compañeros que están alrededor nuestro sus parejas están siendo despedidas. Este es el nuevo objeto y esta es la nueva realidad y todos estamos involucrados en ello, tenemos que empezar a pensar cómo enfocamos esto, no es más una ilusión que podemos restablecer de un estado que vamos a llegar. Llegamos a este y tenemos que ver cómo vamos a seguir trabajando y a seguir planteando una nueva forma de abordaje de aquí en más. No era esto lo que había pensado exponer, creo que me hubiera traído más tranquilidad lo que había escrito, seguramente a mis compañeros les hubiera dado más tranquilidad porque pero se me dispararon estas cosas y me parece que este es un ámbito también donde escuché también hablar de la palabra ética, se funda un compromiso de la propia práctica. Yo no puedo estar sin decir estas cosas, no porque sean la verdad sino porque me parece que tiene que ver. Yo soy testigo del trabajo cotidiano de montones de compañeros que muchas veces hablamos del asombro que ellos manifiestan a estas nuevas formas de sufrimiento. Me parece que eso es lo que tenemos que hablar, tenemos que hablar de que salud mental, hoy no implica restablecer un equilibrio de biopsicosocial, porque eso no está. Salud mental hoy implica restablecer formas novedosas. Estamos viendo como en el barrio Newbery se están muriendo los chicos, las madres de esos chicos tienen nombre y apellido, los chicos tienen nombre y apellido. Qué hacemos con eso, implica que tenemos que entrenar a los demás para que acepten el sufrimiento, mientras no nos toque nosotros. Yo creo que ese es el desafío ético de la práctica cotidiana que tenemos que asumir. Las nuevas formas que estamos desconcertados porque no nos han enseñado en ningún marco teórico que tenga que ver con esto y las estamos recibiendo, las estamos viendo, les estamos poniendo nombre y apellido a esos nuevos seres sufrientes y nosotros también lo somos porque estamos escuchando estas realidades. Simplemente soy vocera de lo que escucho día a día en un trabajo que a mí me resulta apasionante, sobre todo por lo que aprendo del trabajo lento y cotidiano de mis compañeros. Gracias.

Sra. Presidente: Convocamos a hacer su exposición a la señora Champredonde Lilia.

Sra. Champredonde: Más que todo desde la función docente. Trabajo en formación y por consiguiente en prevención de los que van a ser futuros docentes y directivos de los jardines maternos. Me interesa especialmente el énfasis en el área de formación lo que puede ser un adecuado ingreso del niño a la institución. Sabemos que las condiciones sociales han ido variando y hoy día las personas que trabajan, trabajan muchas horas y una forma de crear subjetividades es a través de la familia y otra conjunta con ella es a través de los jardines maternos. De las observaciones que realizan los alumnos en las instituciones, yo me entero de hechos que ocurren, algunos positivos y otros negativos. Por eso me parece que es importante enfatizar que cuando un niño ingresa a una institución, lo haga en la forma adecuada y creo que en esto conspira la situación social, todo esto que se ha venido hablando hasta el presente, porque a veces no existe precisamente un buen trato desde lo laboral a la persona que ingresa o darle un tiempo, etc, etc. Se generan situaciones bruscas de ingreso del niño a la institución, de por ejemplo, una madre va, deja un niño y junto con la maestra en el patio, cuando el niño se da vuelta la madre desaparece y el docente justo en ese momento fue hasta otro lugar y de golpe el niño se encuentra solo en el patio, en una situación inédita, para él en un lugar inédito. Desde la prevención me parece importante trabajar con los futuros docentes este tema. La relación familia institución hacen un especial énfasis en el trabajo en conjunto y en la responsabilidad conjunta y a la apertura mutua y en el aporte que tanto padres como docentes puedan hacer a la institución a favor del niño. Otro de los temas que me parece importante trabajar con los futuros docentes es el preservar la naciente subjetividad del niño, porque de 0 a 3 años, jardines maternos es junto con los ancianos y con los discapacitados, las personas que más fácilmente pueden ser desconocidas en su subjetividad. Cuando todavía no hay un lenguaje desarrollado, ni una capacidad de autoafirmación muy fuerte, el arrollar la personalidad incipiente, se puede realizar con mucha facilidad y sobre todo cuando hay un número grande de niños. En este sentido hay una diferencia entre lo que son las instituciones privadas que tienen un número menor de niños y lo que pueden ser las instituciones estatales o dependientes de fundaciones donde el maestro a veces tiene que atender una enorme cantidad de niños. En este sentido me parece un paso adelante muy importante que en el nivel inicial se está en vía de incluir los jardines maternos, porque si no, puede ocurrir lo mismo que ocurre con lo que comentaban en el área de la vejez, que se haga mucho hincapié en que tenga tantos metros la sala, que tenga luz, pero después en la capacitación docente no se hace hincapié, en ese sentido creo que Municipalidad también tiene su institución y he visto el año pasado con beneplácito que se han hecho cursos de capacitación para puericultores y gente que está trabajando para seguir la capacitación. También creo que hace mucha falta en estas instituciones los espacios de reflexión sobre la acción. Parecería que hay una gran dificultad para generar espacios de reflexión sobre la acción. Quizás yo dejaría como mensaje esto, que debemos preservar y ayudar a preservar el incipiente nacer de la subjetividad del niño y hay que tener un especial cuidado con esto y que el niño no es como el adulto, tiene frecuentes regresiones y necesita volver al cuerpo y alejarse e ir hacia lo simbólico y que esto se tiene que trabajar en las capacitaciones docentes en que la Municipalidad tiene un espacio de privilegio a través de su institución dedicada a la capacitación docente. Nada más. Muchas gracias.

Sra. Presidenta: Vamos a continuar con Analía Caviglia.

Sra. Caviglia: Buenos días a todos, yo voy a hacer una incursión desde mi lugar de trabajo que es el escenario desde hace 20 años y creo que es un lugar bastante interesante para poder experimentar en uno mismo qué es la salud y qué es la enfermedad. Generalmente los personajes que abordamos los actores pertenecen generalmente a la psicopatología, no son seres normales, entonces es bueno que haya pasado por nosotros mismos esos estados sin serlo algunas veces. Creo que el rol del artista en general es importante dentro de la salud mental y de la salud en general. Como ser anticipado que es el artista y concretamente el actor en mi caso, a él se le adjudican las características del agente de cambio social y esta situación favorece al desplazamiento sobre él de todos los resentimientos, fracasos, miedos, sentimientos de soledad e incertidumbre de los demás como si él fuera el portavoz de todo lo subyacente aún no emergido. Es elegido automáticamente como chivo emisario, como perturbador en la tranquilidad anterior, como figura contrapuesta al establishment, ser en anticipación, víctimas de verdaderas conspiraciones organizadas contra el cambio, contra lo nuevo, contra lo inédito. Por lo tanto este vínculo que el artista establece entre él y los otros, entre el objeto artístico y su yo, si logra trascender es porque su mensaje representa la reconstrucción de un mundo que es propio y de todos. El objeto primario fragmentado y disgregado es reparado por el artista, triunfo de la vida sobre la muerte de la salud, sobre la locura. Esto no quiere decir que nosotros seamos iluminados, para nada, creemos que tenemos la mente un poco más abierta que el común denominador, por lo tanto estamos anticipando, somos esos seres anticipativos dentro de una sociedad. El estado de cosas general es realmente desalentador, es muy triste, nosotros seguimos creando a pesar de estos

momentos tan tristes. Estamos creando con mi marido un proyecto que es el de dar vida a la vida de San Agustín, por ejemplo, hemos realizado una obra sobre la vida de Dostoievsky que gracias a Dios y a las autoridades y a algunos concejales pudimos llegar a Cuba con esta obra y quiero traer aquí un hecho muy importante, que fue la experiencia que tuvimos en un hospital neuropsiquiátrico de La Habana donde fuimos invitados a participar creativamente. Yo he tenido la oportunidad también de cursar la carrera de terapia ocupacional que abandoné, porque no era mi vocación, mi vocación era la de actriz y he observado dentro de las instituciones cierta decadencia, cierta falta de ganas y en Cuba me quedé realmente maravillada y no es una cuestión de dinero, ahí me di cuenta que no es una cuestión de dinero, porque cuando uno lleva un proyecto de teatro a un funcionario de la salud o de la educación y nos dicen no hay dinero, nos encontramos frente a una pared, porque nosotros queremos hacer igual aunque no haya dinero. Realmente esta experiencia fue muy importante, hacen artesanías, danzaterapia, entonces me di cuenta que en esta tarea no es importante el dinero, son las ganas, la vocación, es el amor, el trabajo, la perseverancia, el coraje. Entonces humildemente pido que nos conociéramos más, que supiéramos qué somos cada uno, a qué nos dedicamos, que nos “utilicemos” entre nosotros en el buen sentido para que esto deje ser como es porque es bochornoso para la Argentina estar en este estado ante el mundo. Nosotros no sabíamos qué decir en Cuba porque allá los actores son mínimamente pagos, en el lugar donde trabajan les dan de comer también, muy poco, una ración, pero se la dan y ayudan a que ese artista se desarrolle si ha mostrado condiciones. No quiero extenderme más porque creo que acá huelgan las palabras y lo importante es hacer. Gracias a todos.

Sra. Di Rado: Gracias. Continuamos con Agustín Buscefi.

Sr. Buscefi: Buenos días. Voy a ser breve para no fatigar y porque mi representación es casi personal. Estaba observando la foto de San Martín, un crucifijo con un Cristo que creo que en alguna otra dimensión sigue crucificado y entre medio un reloj que marca el tiempo y que realmente desconocemos en realidad qué es el tiempo. También observé una foto de un periodista asesinado debajo de la cual dice “sin justicia no hay democracia”. Me permito preguntar a los presentes si en este país hay democracia. Todo nos lleva a una situación de locura, a veces locuras reales, otras veces figuradas y otras veces creemos que es locura. En una sociedad democrática supuestamente como la vieja Atenas, nos preguntamos si no fue locura hacerle beber la cicuta a Sócrates. En otro tiempo de esta humanidad que repite los errores, ¿no habrá sido locura mandar a hacer trabajos forzados a Oscar Wilde por considerarlo sodomita cuando hoy vemos la homosexualidad exhibida en la televisión, en las calles? ¿Qué es lo que hace que llamemos locura a algo? En un país que en algún momento llegó a tener casi una cama cada cien habitantes, hoy en día Mar del Plata tendría siete mil camas aproximadamente para persona de otra enfermedad. En una sociedad que llegó a no utilizar pulmotores para curar la poliomielitis de los niños porque no estuviera la inscripción del origen de ese pulmote. ¿Dónde estaba la locura, de un lado o del otro? Esta aparente confusión de mi expresión quizá sea de algún modo bien interpretada. Son los viejos caminantes de la vida y siempre nos hemos tropezado con la locura. También debemos pensar si conocemos la razón y causa de la existencia. Si pudiéramos respondernos ahora dónde está el pensamiento, por ejemplo, y dónde estaría la razón de la enfermedad de la locura. ¿En esa alma que hablaba Sócrates, en la mente si existe, en el cerebro? Hay explicaciones científicas pero nos debemos preguntar: ¿alguna vez nace loco un niño o el hombre se enferma o lo enferman posteriormente? Quizá haya algún recinto donde está la memoria, donde haya filamentos más sutiles e irremplazables que una vez que se descomponen ya no se cura la enfermedad. Entonces debemos alertarlos a que no se produzca esa enfermedad, salvo que puede haber y por qué no puede haber destilos que pasaron a determinada enfermedad. Entonces volvemos a la preocupación no como una exigencia sino como un rezo de pedirle a quienes pueden que hagan algo en bien del prójimo. Y la enfermedad –acá vemos un cenicero vacío- no sólo pasa por un cigarrillo, existen otros vicios: la hipocresía, la vanidad, la soberbia, la mentira; y no estamos educados para erradicarlas. Claro que tenemos que combatir el cigarrillo pero cómo hacemos para combatir las otras enfermedades, cómo rescatar al hombre de la isla de la indiferencia. ¿Cómo vamos a atacar el origen de una enfermedad si desconocemos su origen? Pero pongamos la voluntad de ser un poquito mejores para interpretar realmente que el otro es un ser humano que está necesitando de mí como yo de él. A veces en la falta de un saludo o de una sonrisa hay una locura porque no hay precipitación que pueda tener tanta importancia como el dolor del semejante. Hemos sido invitados, agradecidos por poder exponer pero me pregunto dónde están los señores concejales invitados. ¿O es una locura que estemos nosotros o es una locura que no estén ellos, salvando la honrosa excepción de la Presidenta en ejercicio en este momento? No es un reproche. Amamos de verdad o pasamos la vida creyendo que esto se eterniza en unos pocos años de vida, entonces dónde estaría el origen de la locura. Ya para finalizar preguntarme si hay democracia o hay justicia, si el Cristo sigue la

crucifixión y recordamos sus palabras de “amaros los unos a los otros como hermanos que sois”, si recordamos a San Martín –que preside no sólo este recinto sino el destino de la Patria- cuando dijo “serás lo que debas ser o no serás nada”. Gracias.

Sra. Presidenta: Vamos a continuar con Gloria Belo.

Sra. Belo: Yo soy asistente social del Departamento de Salud Mental de la Municipalidad y de lo que quería hablar es del trabajo social como disciplina de investigación y de acción. Sabemos que salud mental y bienestar social están relacionados íntimamente y casi todos conocen lo que un asistente social puede hacer por sus acciones pero no por su parte teórica. El trabajador social se inserta en el equipo de Salud Mental como un generalista de los problemas comunitarios, es quien participa en la valoración de la salud integral de los individuos, grupos y comunidades, incluyendo hábitos, creencias, formas de vida. Involucra a los pacientes en un proceso de investigación, diagnóstico y planificación; esta participación también se da con respecto a las actividades que deben realizarse y cómo deben ser abordadas. El hombre es un sujeto de derechos, por lo tanto tiene derecho a la salud; nuestra profesión está capacitada para la correcta estimulación del uso, del ejercicio de este derecho pero me pregunto qué hacemos con los excluidos de este derecho, a quién culpamos. Tenemos por un lado el quiebre de las obras sociales que expulsan al Estado a los trabajadores que les aportan pero no les dan cobertura a los desocupados, trabajadores en negro, a los changuistas. Por otro lado, tenemos los servicios públicos desbordados por una demanda impensada y con la misma cantidad o menos de profesionales. Parece ser que la salud mental no es tan importante como la salud física, por lo menos a simple vista no se nota pero la desocupación, la miseria, la violencia, el hambre atraviesan a todos, aun de los niños. A esta nueva categoría de usuarios deben agregarse que a veces son excluidos del sistema por no tener dinero para el transporte que los lleve al centro de atención de salud mental, o porque el empleador no les permite salir, por el temor de pedir porque puede ser despedido o porque justo ese día tiene una changa ansiada y esperada. ¿A quién culpamos? El trabajador social, como cualquier otra disciplina no constituye una categoría abstracta que funciona independientemente de las determinaciones históricas y sociales por las que transita un país; la complejidad actual hace que sólo podamos entender, enfrentar y ayudar a resolver problemas de trastornos síquicos y sociales desde una sola manera: la interdisciplina. Como no hay recetas para vivir, el hombre depende de su pensamiento y este hombre pensante y sus circunstancias son el objeto de intervención del trabajo social pero también es evidente que no todos los hombres pueden reflexionar, elaborar proyectos, asumir responsabilidades. Estas circunstancias constituyen la inclusión del trabajador social en salud mental; la salud mental no es una condición estática, implica la capacidad del individuo para establecer relaciones armónicas con otros y participar en la modificación de su ambiente físico social o de contribuir a ello de un modo efectivo. La tarea del trabajador social está dirigida a promover una actitud crítica de las causas-efectos de los problemas sociales así como de los recursos disponibles. Los criterios de enfermedad no pueden restringirse sólo a los individuos sino que deben ser abarcados dentro de grupos de pertenencia y de la misma sociedad. Los objetivos de trabajo social deben ser alcanzados en forma progresiva y necesariamente deben tener relaciones entre ellos; son los objetivos generales de la salud promover, prever, recuperar y rehabilitar la salud. La complejidad de los problemas sociales sólo pueden definirse a partir de un marco teórico que trascienda de una disciplina particular, por lo tanto corresponde que los trastornos psíquicos sean abordados interdisciplinariamente en el que se aportan los conocimientos específicos de cada disciplina con el fin de lograr un código común operacional. También corresponde que el Estado, en sus políticas de salud contemple la salud mental y los recursos humanos para concretarlas y llevarlas a la población. Vuelvo a preguntar: ¿de quién es la culpa?

Sra. Presidenta: Muchas gracias. A continuación va a hacer uso de la palabra Susana Rodríguez.

Sra. Rodríguez: Buenos días a todos. El texto que voy a leer a continuación intenta transmitirles la mirada que sobre la salud mental tenemos los profesionales que trabajamos en esta Municipalidad. Para ello es necesario posicionarnos también en nuestros orígenes. La creación del servicio se produce en 1965 por iniciativa del Dr. Galé en el marco sociopolítico de una gestión socialista. La idea motora del proyecto era la preocupación por la salud mental de niños y jóvenes, lo que sabemos debe ser un derecho inalienable e impostergable, considerando que es en esas etapas tempranas, donde se fundan las bases del psiquismo. Ya en ese momento entendíamos, como ahora, a la salud mental como uno de los elementos de la salud integral de un sujeto o grupo, junto con la salud física y la salud social. Por lo tanto, nuestro campo se constituye como complejo e interdisciplinario, incluyendo la comprensión de la subjetividad, de la

singularidad, entendiendo el conflicto en lo cotidiano de instituciones y de la sociedad; y abriendo su mirada hacia el campo de la vida social, advirtiendo sus relaciones saludables y perjudiciales. Actualmente cumplimos funciones en la mitad de las unidades sanitarias de esta Municipalidad, no con equipos completos, y lo hacemos en el marco de la atención primaria de la salud. Nuestro objetivo principal lo constituyen las tareas de promoción y prevención, que incluyen necesariamente la tarea asistencial. Intervenimos intentando disminuir el malestar psíquico en aquellos que lo demandan, como así también en las tareas de promoción y prevención, a través de estrategias y abordajes facilitadores de la situación de salud en general. La época marca un cierto modo de subjetividad caracterizado por la angustia, el desamparo social, el deterioro de los valores, la destrucción de las redes sociales, el individualismo, la fractura de la familia, la exclusión de la esfera económico-productiva, la sensación de inviabilidad o inutilidad de cualquier esfuerzo para cambiar la realidad, la falta de proyectos, la desacreditación de la idea de autoridad y de sus distintos portadores (padre, madre, maestros, abuelos, instituciones en general y la clase política), símbolos en otras épocas de confiabilidad y sabiduría, aparecen actualmente vaciados de ese sentido, generando desconcierto, descreimiento y la sensación de desamparo, dejando un lugar vacío, sin orden, ya que la ley al mismo tiempo que instaura la prohibición habilita el lugar de lo posible. Estas modificaciones en nuestra cultura y en nuestra sociedad han producido cambios en el psiquismo traducidos en la falta de límites, que conduce a no discriminar entre lo que está bien y lo que está mal, lo público y lo privado, la pérdida de la posibilidad de crear, etc. La comprensión del padecimiento psíquico, requiere, por lo tanto, de varios niveles de análisis: a) El contexto macrosocial, el análisis de la crisis económica, laboral, social y de valores compartidos. b) El contexto mesosocial, que es el que se refiere a las relaciones comunitarias y de éstas con las instituciones con las que interactúan: escuela, centro de salud, juzgado, policía, etc. c) El contexto microsociedad subjetivo, que es el personal y familiar, que es el que se habla en la consulta. Los “malestares” más frecuentes son problemas de conducta, de aprendizaje, de lenguaje en los niños, de familia y/o pareja. Los diagnósticos a los que se arriba muestran una prevalencia de trastornos del desarrollo (lenguaje motricidad, vinculares, de aprendizaje, etc), patologías de borde, fobias, crisis de pánico, depresiones (muchas veces encubriendo situaciones de desempleo), etc. De la investigación de estos casos resulta que los factores de riesgo como el desempleo, la violencia, las adicciones, las crisis familiares, el abuso, etc que acompañan estos padecimientos mentales son efectos de la ruptura de la estructura social ya que el sujeto se conforma “en” y “desde” la red de la cultura. La demanda de atención en salud mental ha desbordado tanto el sistema público de atención municipal como también la de los dos hospitales. Si bien desde los demás profesionales del área de salud municipal hay un reconocimiento de la importancia de la salud mental, que se traduce en la solicitud de intervenciones cada vez más frecuentes, tanto en relación a la asistencia como en los planes preventivos, el recurso humano de que disponemos no se ha modificado en una medida acorde a las exigencias actuales. Las negativas frente a las solicitudes de Recursos Humanos provienen muchas veces desde las estructuras económicas, basándose en una “lógica de mercado” errónea ya que consideran “no rentable” la inversión en salud mental, desconociendo que todo aquello que se invierte en prevención y cuidado resultará un ahorro no sólo de sufrimiento psíquico sino también de costosas estructuras para sostener patologías graves. Es importante recordar que las obras sociales, aun aquella más poderosas, han ido retirando progresivamente su cobertura en salud mental y que, además, hay cada vez más personas sin cobertura, producto del empobrecimiento y del desempleo. Esta demanda creciente e insistente, esta búsqueda de soluciones posibles, por encontrar nuevas formas para salir del caos, pone en evidencia que en ese tiempo de búsqueda el sujeto no puede sostenerse solo. Los espacios terapéuticos contribuyen de este modo a “crear” algo diferente con lo que ocurre y de este modo se transforman en espacios de creación y por lo tanto de salud. Cotidianamente nos enfrentamos a la tarea de crear estrategias más eficientes, incluyendo, entre otros, dispositivos de cura como las redes, los grupos, los talleres, etc. donde el objetivo prioritario es reestablecer lazos ya sea entre personas o entre instituciones. Resulta además cada vez más imprescindible por la complejidad de las situaciones el abordaje interdisciplinario. Los profesionales, como sujetos atravesados por esta misma realidad, nos sostenemos reforzando y defendiendo nuestros espacios grupales de interconsulta, de capacitación, de planificación, etc. Es decir nuestros propios lazos, generando un campo fértil para la creación e intentando proteger de este modo nuestra propia salud mental. Sabemos que las respuestas posibles están en esa puesta en juego de la capacidad de crear que todos poseemos, como dice Michel Leiris “esa capacidad de transformar en terreno de juego el peor de los desiertos”.

Sra. Presidenta: Gracias. A continuación hará uso de la palabra Favio Di Sábato.

Sr. Di Sábato: Empiezo primero con un agradecimiento al Concejo Deliberante que nos da la posibilidad de que podamos venir a hablar y generar este espacio para decirse algo en tiempos en los cuales las manifestaciones más comunes no son precisamente a través de la palabra sino a través de actos de mucha agresión y violencia. Pero también hay que tener en cuenta que muchas de estas manifestaciones en algún momento fueron palabras y fueron palabras no escuchadas; quienes trabajamos en salud mental tratamos de generar un espacio para que la gente pueda venir y hablar, lo que pasa es que hay que hacer algo con esa palabra. Cuando tratamos de armar alguna red, siempre digo qué va a pasar con lo que se diga ahí porque lo que se dice y no se hace nada, en otro lado termina manifestándose de otra manera. Es mentira que a las palabras se las lleva el viento, mejor dicho, es cierto que a las palabras se las lleva el viento pero después siembran otras cosas en otros lugares. Voy a hablar de la salud mental de los más pequeños y de sus padres, no sólo porque constituyen la población más vulnerable por su estado de indefensión natural en esa etapa sino también porque constituyen casi el 40% de las consultas en salud mental, al menos en la sala donde me desempeño como psicólogo, en la sala del barrio Jorge Newbery. En los servicios de salud mental puede observarse a partir de esos últimos años un incremento considerable de demanda por parte de personas que hasta antaño pertenecían a una clase social media y que con el agravamiento de la situación social pasaron a formar parte de una gran franja que son aquellos que no pueden cubrir las necesidades básicas. Quienes eran sostenes económicos de la familia se quedaron sin empleo, sin obra social, tuvieron que abandonar la casa en la cual vivía, etc. No voy a detenerme en un diagnóstico social ya que por otra parte es algo que todos conocemos pero sí al menos mencionar que estos hechos dejan al sujeto y al niño en particular frente a situaciones de riesgo social. Al nacer, el niño está totalmente desvalido, no tiene recursos para defenderse, depende pura y exclusivamente de los cuidados de sus progenitores. Es por ello que decimos que un niño, para constituirse en sujeto lo hace en tanto es sostenido por el deseo del Otro que lo nombra y lo desea. Ese Otro es una función, por lo cual, en distintas épocas y en grados diversos, será ocupado por la madre, el padre aunque también la familia ampliada y las instituciones que conforman la comunidad y la cultura. Ahora bien, una de las características de los niños que atendemos en la sala es cierto déficit en la función de ese Otro: madres que abandonaron a sus hijos o padres que no están. Pero no es necesario la ausencia real que este déficit exista. También es bastante común ver en nuestros días a madres con síntomas de depresión, fobias o crisis de pánico. En definitiva, madres que no pueden cubrir adecuadamente las necesidades de contención materna que todo niño necesita. Por su parte, los padres también se presentan con síntomas depresivos, aunque en menor cantidad. En ellos es más común ver crisis de impulsividad, de agresividad, alcoholismo muchas veces como respuesta a la frustración sentida por la caída del lugar de sostén económico del hogar, lo que antes se llamaba jefe de familia. En definitiva, padres que no pueden cubrir adecuadamente las necesidades de sostén y seguridad paterna que todo niño necesita. Es allí cuando las funciones maternas y paternas se ven comprometidas que podemos hablar de un niño que se encuentra en situación de riesgo y queda expuesto a la formación o contracción de un síntoma. Al colocar la mirada en lo social, esta función de Otro también se presenta con carencias: las instituciones que deben velar por la seguridad del individuo en lo referente a salud, educación, seguridad, trabajo, etc no están dando las respuestas que la población requiere. El sujeto se encuentra entonces en una doble falta: ausencia de una adecuada red familiar y también de una red social que lo sostenga. A esto hay que agregarle un fenómeno que se encuentra relacionado con lo anterior y que cada vez es más pronunciado. Me estoy refiriendo a la rotura de los lazos sociales y el consecuente aislamiento progresivo que se vive en la era actual: fragmentación de los vínculos en lo familiar, en lo institucional y en lo social. Sin entrar en tecnicismos propios de ámbitos más académicos, podemos al menos enunciar que es a través del lazo social que el individuo sublima su agresión en pos de la vida. Es a partir de relacionarse con otros que el sujeto destina su agresión a otros fines para construir así un espacio de producción simbólica en la cultura. Las roturas de estos lazos tienen como efecto directo la liberación de cierto monto agresivo, que se trasluce hoy en lo que denominados patologías del acto, es decir, en un incremento de patologías donde la palabra como proceso de simbolización ha fracasado y se da lugar al puro acto como única respuesta posible. Y así es como llegan los niños a nuestra sala: niños con problemas de agresividad, de aprendizaje, inhibiciones, problemas de lenguaje, entre otros. Se abre entonces el interrogante acerca de qué respuesta podemos dar desde los equipos de salud mental. Una de ellas tiene que ver con lo estrictamente asistencial, es decir, atender a aquellos sujetos que ya padecen formas muy agravadas de tales síntomas. Esto nos lleva a un punto de difícil resolución y que atañe también a la clase política pero no podemos dejar de mencionar, y es la desproporción que existe entre la gran demanda de atención por parte de la comunidad y los recursos técnicos disponibles. Este es un aspecto del problema, pero no el único. La otra respuesta es tan importante como la anterior y me estoy refiriendo a lo preventivo. Pero aquí no entendemos a lo preventivo sólo como las estrategias implementadas para la disminución de los factores de riesgo de tal o cual patología sino como una acción que

conlleva también un plano asistencial. Desde hace algunos años, varios profesionales de la salud mental de este Departamento venimos trabajando en el proyecto de redes educativas con mucho esfuerzo. Muy brevemente, estas redes se tratan del agrupamiento en red de profesionales de la salud mental del subscentro y de las escuelas del barrio. El trabajo en red es una estrategia de trabajo donde las intervenciones son en el afuera de la sala, intentando crear dispositivos de abordajes conjuntos con los profesionales de la educación ante esta nueva realidad que nos desborda. Se arman dispositivos tales como talleres de títeres, de música, espacios grupales de atención, talleres de cuento, de fútbol, son algunos de los ejemplos. Al colocar la mirada en lo social, esta función de otro también se presenta con carencias: las instituciones que deben velar por la seguridad del individuo en lo referente a salud, educación, seguridad, trabajo, etc. no están dando las respuestas que la población requiere. Esta modalidad de intervención en red se sustenta en la idea de trabajar en la articulación de los lazos sociales con el fin de ir creando espacios de producción simbólica en donde el sujeto pueda sublimar su monto agresivo y encontrar así otras formas de expresar sus conflictos, que no sea a través del puro acto. Intentamos con ello rescatar al padre y a la madre en su función y con ello al niño. Empecé con un agradecimiento y me gustaría terminar expresando un deseo y el mismo es que la palabra que aquí circule no quede excluida, porque si no en vez de contribuir al supuesto bien común que queremos todos, habremos contribuido a sembrar un poco más de violencia. Nada más.

Sra. Presidente: Va a exponer la doctora Liliana Romero.

Sra. Romero: Buenos días a todos, agradezco la atención que puedan prestar para escuchar el relato. Yo soy médica siquiátrica y trabajo en el Departamento de Salud Mental Municipal y junto con mis compañeros y colegas hemos elaborado nuestra exposición. La concepción de salud mental que el área de siquiátrica tiene es una concepción dinámica, lo cual no implica decir que nuestro enfoque no es meramente organicista y medicalizador, sino que tendemos a la comprensión de lo que le sucede al sujeto, tanto en su siquismo como a las características de su padecer propias de un tiempo y un espacio determinado. Lo biológico, lo psicológico y lo social se entrelazan a lo largo de la vida de una persona, pudiendo favorecer o inhibir el desarrollo del potencial intelectual, afectivo, de relación y de inserción socio productiva en su cultura. Esto conduce a una definición de salud, mucho más amplia que la mera ausencia de enfermedad y que nos lleva a plantearnos como influyen las variables económicas, políticas y sociales, sobre los distintos grupos que demandan nuestra atención a diario, escuelas, juzgados, parejas, familias, individuos. Es acá donde es necesario establecer una diferencia en la demanda hacia los siquiátricos en una institución pública, tratamos de caracterizar dos grandes áreas. Por una parte consultan personas con padecimientos síquicos específicos frente a cuya terapéutica muchas veces nos encontramos con insuficiencia de recursos que nos hace sentir impotentes. Este es el caso de pacientes con depresiones o esquizofrenia, fóbicos, epilépticos, cuadros muy específicos de la siquiátrica, pacientes para quienes la moderna medicina ha encontrado alivio para su padecer, mediante fármacos específicos que conjuntamente con otras terapias, disciplinas, aliviarían su sufrimiento, pero a los cuales no pueden acceder, ya sea por falta de recursos personales o comunales. En otros casos la consulta es de personas cuyos padecimientos derivan de estas otras variables a las que hicimos alusión, pacientes que consultan porque la bronca se ha transformado en estados depresivos o en síntomas de ansiedad o en somatizaciones de la más variada índole. Acuden pensando que tal vez una pastilla mágica los ayudaría al menos a olvidar sus problemas, a veces a poder dormir, como nos dicen. Muchas personas acuden a la consulta porque suponen todavía que la salud mental es un derecho y no un objeto de consumo y se dirigen al servicio público, demandando lo que suponen el estado debe darles, protección frente al desvalimiento. El secreto profesional nos obliga a no nombrar a nuestros pacientes, pero deben saber que cuando hablamos de ellos, vienen a nuestra conciencia sus caras, sus nombres, el de sus hijos. No son seres anónimos, no son un número, justamente tal vez sea esto lo que comienza a ser una pequeña porción de alivio para su sufrimiento. Esta es la tarea en la que estamos siquiátricos, sicólogos, asistentes sociales y muchos otros profesionales más que trabajan en el departamento, con todas las limitaciones que conocemos, pero intentando hacer cada uno desde su lugar lo mejor que puede. Pensando en estos pacientes, con nombre y apellido, lo que hacemos es subjetivar a esta persona y esta es una de las herramientas que las ayuda y por qué no, nos ayuda a nosotros mismos, para saber que nuestra profesión no es una herramienta de control social, de la desesperación y la marginalidad. Nuestra intención es poder, como nos enseñaron nuestros maestros, diferenciar. Esos cuadros que mencionamos anteriormente, de las otras consultas y no siquiátrizar el sufrimiento, transformando y ayudando a esta persona, la consulta actual me refiero, a encontrarse con sus afectos, bronca, desesperación, impotencia y contribuir a generar otras alternativas, que no serán mágicas y que además vamos a encontrar juntos pacientes y profesionales, porque

estas nuevas formas de desvalimiento que nos afecta hoy, tiene como gran desafío buscar juntos las respuestas. Nada más.

Sra. Presidenta: Muchas gracias. Bueno vamos a ir haciendo el cierre de esta audiencia, hemos escuchado en el día de hoy a diez participantes haciendo su exposición y a dieciséis entidades de bien público que están trabajando activa y solidariamente en esta problemática que nos convoca. Hemos escuchado de parte de ustedes el agradecimiento a esta convocatoria que nos hicieron a nosotros, los hombres y mujeres de la política que trabajamos en este Concejo Deliberante. El agradecimiento es recíproco, se pudo hacer gracias a que ustedes aceptaron el desafío de participar y lo han hecho desde el más profundo respeto y el mayor de los conocimientos, por lo tanto los agradecidos somos nosotros y por aquello que se escuchó en el transcurso de la mañana de que debieran los políticos estar más cerca de la búsqueda de la solución y el conocimiento para una mejor actuación, creo que esta audiencia pública demuestra que en los hechos ese es nuestro objetivo, porque aquí estamos haciendo una grabación de todo lo que ustedes expusieron hoy, que va a ser leída, no solamente por los distintos concejales que pasaron a lo largo de la jornada por el recinto, con el tiempo que sus funciones les permitió el participar de la misma, sino que también esa grabación se va a repartir a cada uno de nosotros para que en el momento de traducir este conocimiento que hoy hicimos de la exposición de ustedes y que aumenta el que nosotros ya tenemos de este tema que nos parece como ustedes muy importante de ser tratado, nos va a llevar y situar en la posibilidad de las mejores decisiones de gobierno a tomar cuando hagamos referencia a esta problemática. Son épocas muy difíciles y de crisis muy profundas, por lo tanto este tema se pone en el tapete de las acciones a seguir, porque en un estado ideal, la salud mental es un tema no tan prioritario como en épocas de crisis tan profundas como la que estamos viviendo, por lo que aumenta la demanda y debe aumentar el servicio. Lo que me queda también como saldo y pienso que a ustedes también, porque también se dijo en el transcurso de la mañana, es que el Estado está dando, a pesar de que sea en forma deficitaria, porque alguna queja se escuchó también, pero está dando respuestas a esta problemática y nosotros, los que trabajamos en este tema desde hace tantos años, lo que vemos y reclamamos permanentemente, es que las obras sociales y las prepagas, lo tiene siempre como un tema último de atender, por lo tanto en esta comparación que no debiera hacerse, el Estado está siempre presente a lo que es la atención privada de la salud. Han pasado muchas horas, deben de estar cansados, nosotros debemos seguir trabajando, por lo que reitero la importancia de esta audiencia pública, la continuidad de seguir propiciando encuentros para seguir ahondando aún más en la solución a esta problemática y que se tenga en cuenta definitivamente como un tema, que si está bien tratado resuelve a veces el problema presupuestario, no solo lo de las obras sociales que no los atienden, sino también del presupuesto de salud que siempre es poco, pero que si deriva una partida presupuestaria para atender los temas de salud mental debidamente, ahorrarían en otros gastos de prestaciones de salud que es lo que la comunidad requiere permanentemente. Muchas gracias, van a poder contar con una copia de todo lo expuesto hoy acá y voy a invitar a dos personas a que se acerquen a dejar sus datos, para firmar el acta. La Comisión de Calidad de Vida del Concejo Deliberante, como todos los concejales que aquí trabajamos, quedamos, y lo hago en nombre de ellos y en el mío propio, a disposición de todos ustedes, para que acerquen proyectos, inquietudes y hagan realidad el sueño de ustedes y nuestro, de que trabajamos mancomunadamente en la búsqueda de la solución de los problemas que nos afectan a todos y que no estamos divorciados de la comunidad que nos reclama permanencia, trabajo e idoneidad. Muchas gracias.

Es la hora 13:40