



Departamento de Ciencias  
Sociales  
Licenciatura en Ciencias  
Sociales

*Informe Final de Práctica Profesional Supervisada*

## **Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental:**

- ❖ **Autora:** Constanza Moreno Frade
- ❖ **Tutor:** Cecilia Touris
- ❖ **Coordinador del Taller de PPS:** Juana Yasnikowski
- ❖ **Organismo Público:** Hospital “Dr. Alejandro Korn”

*Mayo, 2019*

**Práctica Profesional Supervisada – Universidad Nacional de Quilmes:**  
*Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental*

**Contenido**

Introducción .....	2
Marco teórico .....	3
SALUD.....	3
Marco legal: análisis y desarrollo histórico de las normativas .....	14
Metodología .....	18
Descripción del Organismo .....	23
Análisis de la Información.....	29
Lineamientos Propuestos .....	37
Conclusiones.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Bibliografía .....	42
Anexo I: Organigrama del Hospital Dr. Alejandro Korn .....	45
Anexo II: Plan de Trabajo.....	47
Anexo III: Entrevistas .....	57
Anexo IV: Propuesta .....	96

## Introducción

Los debates en torno a la salud mental que se suscitaron en los últimos años en nuestro país, producto de luchas colectivas, generó la visibilización de problemáticas con carácter urgente y la transformación cualitativa de ideas y representaciones sociales de las personas con padecimiento mental.

Producto de esto, la salud mental se ha posicionado con un rol destacado en la agenda de salud pública.

Si bien son muchos los avances que se han hecho en el tema en muy poco tiempo, lo cierto es que siguen existiendo estigmas y tabúes en torno a las personas con trastorno mental, que no existen en otras patologías.

El trabajo que a continuación se presenta, se inscribe en el marco de un diseño y una investigación generados desde la Práctica Profesional Supervisada, programa que impulsa la Licenciatura en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes con la intención de confeccionar aportes positivos al desarrollo de Políticas Públicas.

La práctica profesional ha sido desarrollada en la Consejería de Salud Sexual y Derechos Humanos del Hospital Dr. Alejandro Korn, ubicado en la localidad de Melchor Romero durante el año 2018 - 2019. El objetivo principal de este trabajo ha sido contribuir con el desarrollo de instrumentos de trabajo que permitan a los/as trabajadores/as del Hospital Dr. Alejandro Korn mejoramientos en el tratamiento a partir de generar aportes a la Consejería de Derechos Humanos y Salud Sexual.

Entendiendo que los derechos sexuales y reproductivos son derechos inalienables que tienen las personas para tomar decisiones libres sobre su sexualidad, tanto en sus aspectos reproductivos como corporales y relacionales; los integrantes de los equipos de salud se encuentran en la necesidad y responsabilidad de instrumentar formas de atención transformadoras que faciliten a las personas el ejercicio pleno de sus derechos.

En este sentido, se hace imprescindible preguntar ¿Cuáles son las representaciones sociales que giran en torno a la sexualidad y la locura? ¿Qué lugar ocupa el cuerpo en los asilos manicomiales? ¿De qué manera se incentivan los espacios de diálogo y consulta en torno a

Derechos sexuales y reproductivos? ¿Qué problemáticas afectan a los usuarios en relación a la salud sexual? ¿Qué rol ocupan los profesionales de la salud?

A fin de dar respuesta a estos interrogantes, el trabajo se inicia con el desarrollo de los fundamentos teóricos.

## Marco teórico

...“*En las condiciones de la vida actual y de la cultura es absolutamente ilusorio creer en un estado “puro” del sufrimiento mental, fuera de todo orden disciplinario*”...

*E. Galende (1994, p. 59)*

### SALUD

En su creación, durante la posguerra, la Organización Mundial de la Salud definió la salud como “*Estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo ausencia de enfermedad*”<sup>1</sup>. Definición que mantiene vigencia a la actualidad.

Sin entrar en un debate epistemológico, resulta necesario mencionar que dicha enunciación podría resultar ahistórica y apolítica en tanto las variables que utiliza para definir el término *salud*, las aplica de manera universal.

Alcantara Moreno (2008: p.98) en referencia a Briceño- León (2000) menciona que la idea de “*completo bienestar*” introduce la noción de normalidad en la salud y que en el campo de la salud se suele utilizar el adjetivo *normal* como sinónimo de salud. Lo normal es lo que acostumbra suceder en forma común y corriente.

---

<sup>1</sup> La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

De esta manera, el concepto de *salud* es tomado como definición teórica y consensual, mientras -por otro lado- las prácticas de atención a la enfermedad se establecen como lo que Eduardo Menéndez, autor del campo médico social/salud colectiva, denominaría “*Modelo Médico Hegemónico*” y posteriormente “*bio-medicina*”.

En el siglo XIX, la medicina realizó grandes avances en la comprensión científica de las enfermedades a partir de tres perspectivas o mentalidades diferentes —anatomoclínica, fisiopatológica y etiológica— que comparten una concepción naturalista, es decir, la idea de que la enfermedad es una alteración observable en la estructura y/o funcionamiento normal del organismo y que sus causas son estrictamente naturales (Molina Pérez, A., 2013: p.2)

Esto nos remite al debate clásico entre el objetivismo y el constructivismo (Molina Pérez tomando a Hoffman, 2001; Murphy, 2009: p.5). Si para los autores del objetivismo la enfermedad implica un juicio descriptivo dado que descansa sobre hechos empíricos contrastables en relación al cuerpo y mente de un individuo; para los constructivistas la salud y la enfermedad (y sus manifestaciones) son construcciones sociales e implican juicios normativos en relación a un determinado sistema de valores.

En este sentido, enfermedad y normalidad son conceptos yuxtapuestos, tal es así que normalidad ha sido históricamente esquivo, cada disciplina en algún momento se ha topado con la imperiosa necesidad de definirla pero hacer esto implica crear un proyecto divisor de la realidad, fijar unos términos normativos para este problema debe, en términos lógicos, dividir en dos bandos y por lo tanto excluir o separar la realidad en términos de anormalidad y normalidad (Rojas, 2014, p.1)

El campo de la antropología sugiere que introducir las categorías de normalidad/anormalidad implica pensar y describirlas bajo un determinado contexto y modelo sociocultural. En este sentido, tomando a Flores Palacios y Díaz Cervantes (2001: P. 251) mencionaremos que:

“aunque el modelo sociocultural de la normalidad/ anormalidad no es una herramienta de evaluaciones o de diagnóstico formal, como lo son el modelo

estadístico y clínico, sirve para recordar que la conducta es siempre una función parcial del contexto en el que se desarrolla”

- *El modelo legal* se centra fundamentalmente en la explicación de la anormalidad (...) se originó debido a la necesidad social de un mecanismo de definición consensual de trastorno mental, sobre todo en aquellos casos en que ante las Cortes se realizaban juicios de casos criminales. Desde este modelo la normalidad se ancla a lo permitido, legal y aprobado, mientras que la anormalidad se vincula con lo prohibido, ilegal y desaprobado.
- El *modelo estadístico*, por su parte, encara los conceptos de normalidad/anormalidad en términos cuantificables. A través de pruebas psicológicas otorga puntuaciones revelando un rango promedio y en función de esto el sujeto es definido como normal/anormal.
- El *modelo clínico* es la expresión y unión del modelo legal y estadista. Contempla las características sociales y retoma aspectos funcionales: adaptación, equilibrio, dejando a la anormalidad la desadaptación, desequilibrio, disfunción, etc.
- El *modelo médico* considera la normalidad como un estado de salud y la anormalidad equiparada a un estado de enfermedad, concepto que deriva de las corrientes biologicistas. Algunos críticos desaprueban el modelo médico por considerar que es el responsable del sistema de diagnóstico “oficial” que se practica actualmente y que encontramos resumido en el Manual estadístico y de Diagnóstico de Enfermedades Mentales.

En “*Los Anormales*” curso dictado en el Collège de France en el año 1975, Foucault introduce las categorías de “anormales”, “*monstruo humano*” y los “*onanistas*”.

La persona que hay que corregir se presenta en la medida en que fracasaron todas las técnicas, todos los procedimientos, todas las inversiones conocidas y familiares de domesticación mediante los cuales se pudo intentar corregirla. Lo que define al individuo a corregir, por lo tanto, es que es incorregible. Y sin embargo, paradójicamente, el incorregible, en la medida misma en que lo es, exige en torno de sí cierta cantidad de intervenciones específicas, de sobreintervenciones con respecto a las técnicas conocidas y familiares de domesticación y corrección, es decir, una nueva tecnología de recuperación, sobreprotección (Vasquez Rocca, 2007: s/p)

Este eje de la corregible incorregibilidad tendrá su auge en el siglo XIX, donde servirá de soporte a todas las instituciones preparadas para recibir y corregir a los anormales.

El individuo a corregir es un personaje más reciente que el monstruo y, en este sentido, la clasificación de *locura* es una herramienta de control social.

Para esto: “antes de ser considerados como enfermos e internados en manicomios, compartieron la misma suerte que los leprosos, los enfermos venéreos, los “depravados”, los pobres y los delincuentes” (Molina Pérez, 2013: s/p)

Todo esto formaba una condición difusa que mezclaba enfermedad con pecado y exclusión social.

#### ***DERECHO HUMANOS Y DERECHO A LA SALUD***

Desde 1949 y con la Declaración Universal de los Derechos Humanos de posguerra se impuso un modelo de organización societal con eje en los derechos civiles y políticos individuales.

Una de las definiciones predominantes que gira en torno al concepto “Derechos Humanos” está constituida sobre la base de una concepción de tipo “universal”. Sin embargo, allí se exceptúan a los *distintos*, de manera que se configura la creación de un *otro-distinto a mí*, marginado del modelo occidental – varón, adulto, burgués-propietario- exceptuado del modelo predominante (Stolkiner, 2012: p.15)

En relación al campo de la salud mental, los “locos”, privados de la razón necesaria para el ejercicio de la libertad fueron parte de las excepciones, junto con las mujeres, los niños, los pueblos colonizados, los asistidos por la lógica filantrópica y los diversos en general. (Stolkiner, 2012, p.16)

Diversas son las posiciones que rondan en torno al “Derecho a la Salud”. Por un lado, las posiciones de tinte liberal que conciben – centrados en la tesis biologicista- que tal derecho no es posible dado que la idea de salud-enfermedad se encuentra en la propia naturaleza del individuo y por lo tanto no generaría ninguna obligación contractual social.

De manera antagónica, la corriente médico social /salud colectiva fundamenta su posición en torno al “Derecho a la Salud” en una mirada compleja del proceso binómico salud-enfermedad, circunscribiendo la categoría de cuidado para pensar políticas integrales en materia de derechos.

Dicha corriente plantea que todo ser humano debe tener derecho a la satisfacción óptima de esta necesidad; y que tal derecho debe ser garantizado mediante la acción pública haciendo hincapié, sobre todo, en las sociedades que están atravesadas por mayores desigualdades, como pueden ser las Latinoamericanas.

La garantía del acceso a los cuidados dependerá también el derecho a la no *medicalización de la vida*. Para esta corriente, la medicalización se transcribe en prácticas médicas relativas a la mercantilización de la salud.

Señala Stolkiner (2012: P.21) en referencia a Bertolote (2008) que:

“con el nacimiento de la OMS y su configuración como organismo internacional técnico-político en materia de salud, surge inmediatamente y como parte del mismo un comité de expertos en salud mental cuya tendencia fue la de buscar fomentar tanto la atención comunitaria de aquellos que tradicionalmente habían sido el objeto del campo (los “locos”), así como ampliar las acciones a la comunidad desde una perspectiva y organización preventiva”

### ***INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA***

Erving Goffman (1961: p.22) define establecimiento social – o instituciones en el sentido corriente de la palabra – a sitios tales como “habitaciones, conjuntos habitacionales, edificios o plantas industriales, donde se desarrolla regularmente determinada actividad”. Sostiene que en las sociedades occidentales nos encontramos con algunas instituciones cuya tendencia absorbente es mucho mayor que otras.

En este trabajo resulta fundamental retomar la noción de *Institución total* (Goffman, 1961: p. 25) para mencionar que es el lugar de residencia y de trabajo donde un gran número de

individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un considerable período de tiempo comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente.

En este trabajo nos centraremos, particularmente, en el análisis de la institución total manicomial<sup>2</sup>. En su significado literal, el manicomio sería ese territorio destinado a cuidar, tanto en el sentido de atender como en el de vigilar, a peligrosos y diferentes.

Su origen se remonta al año 1838 con la promulgación de una Ley que obliga a dar tratamiento a los llamados *insensatos*.

Para la sociedad del Siglo XIX, alude Sacristan (2009: p.2), frente a la desdicha de perder el juicio y mostrarse incapaz de valerse por sí mismo, resultaba muy "natural" auxiliar al desvalido, como se hacía con el resto de los enfermos, inválidos, tullidos o ciegos a quienes se daba abrigo y sustento de formas muy distintas. Pero la insensatez también instaba a la defensa contra quien pudiera ser un peligro para sí mismo o para los demás. Por razones muy diversas, los locos podían ser segregados de la comunidad o, peor aún, eliminados por los medios más insólitos, como entregarlos a los marineros para que se los llevaran lo más lejos posible a un destino incierto, en la enigmática Nave de los Locos (Foucault, 1982:13–74; Tropé, 1997:141–143)

Si en sus inicios el objetivo del manicomio era “liberar al loco de las cadenas” y lograr su curación para una exitosa reinserción social, con la injerencia de la medicina en dicho campo se desvirtúa aquella función social. La medicina se instala y logra poner la etiqueta de *patológica*, trazando una línea entre unos-otros.

De esta forma, establece los comportamientos que pueden ser "tratados", aunque los elegidos podrán objetar que tal marca de apariencia científica no es sino una construcción social.

Hacia los años sesenta se llegó a un consenso de alcance internacional sobre la necesidad de un cambio de timón en la asistencia psiquiátrica y en las políticas de salud mental. Ante el convencimiento de que los enfermos mentales ya no debían ser confinados en instituciones que los aislaban de la sociedad, se optó por promover un sistema de atención en la comunidad

---

<sup>2</sup> Este término en su etimología viene del sustantivo “manía” y a su vez del griego “κομειν” (komein) que quiere decir cuidar. En su significado literal, el manicomio sería ese territorio destinado a cuidar, tanto en el sentido de atender como en el de vigilar, a *peligrosos y diferente*.

que pusiera fin a la segregación, pues para ese entonces ya había quedado muy claro que el manicomio, más que un espacio de cura, era un espacio de enfermedad cuyo remanente más visible era la cronificación. Pronto se acuñó el término *desinstitucionalización* para referirse a este viraje "del asilo a la comunidad", aunque luego fue desplazado por el de reformas psiquiátricas, más apropiado si tomamos en cuenta que algunos pacientes externados de los viejos hospitales como parte de esta "vuelta a la comunidad" fueron llevados a instituciones de distinto tipo (Sacristan, 2009 en referencia a Novella, 2008: p. 11–12)

En relación a lo que menciona Goffman sobre instituciones totales, cabría mencionar que si en el ordenamiento social básico, propio de la sociedad moderna, los individuos tienden a relacionarse en múltiples esferas, en las instituciones totales esto no acontece. De esta manera, se forjan dos mundos – en sentido social y cultural- con poca penetración mutua.

En el caso que la estadía del interno sea larga, puede sobrevenir lo que se ha denominado “*desculturación*” ósea un “desentrenamiento” que lo incapacita temporariamente para enfrentar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior, en el caso que vuelve a él y en el momento que lo haga.

El interno es sometido a modificaciones culturales, es retirado de su cotidianeidad: los muros y paredes que delimitan el territorio del hospicio establecen el primer choque. Tal vez la situación que más lo aleja de la forma de vida que llevaba hasta ese momento es aquella que implica la pérdida de su privacidad.

En relación a esta presentación, se entiende que la “desculturación” es un factor que atraviesa las instituciones psiquiátricas en general, lo cual se verifica en trabajo de campo realizado en el Hospital Dr. Alejandro Korn.

Menciona Basaglia (1983: p.61) que la historia de la psiquiatría consiste esencialmente en un continuo dar la palabra a algo que no puede expresarse en un lenguaje impuesto. Si el lenguaje de la locura —el delirio— es la expresión subjetiva de necesidades y deseos que tienen la posibilidad de expresarse únicamente a través de la irracionalidad y la no-razón, esto nunca podrá ser el lenguaje de la racionalidad del poder.

En este sentido, se conforma una nueva racionalidad que reconoce la no-razón como parte de sí, estableciendo desde el principio una relación de dominio. La no-razón supone un interpretativo rígido y cerrado: **la enfermedad mental.**

Foucault (1964;1972;1967: p. 34) menciona que:

“la locura se convierte en una forma relativa de la razón, o antes bien locura y razón entran en una relación perpetuamente reversible que hace que toda locura tenga su razón, la cual la juzga y la domina, y toda razón su locura, en la cual se encuentra su verdad irrisoria.

Cada una es medida de la otra, y en ese movimiento de referencia recíproca ambas se recusan, pero se funden la una por la otra.”

En consonancia, Basaglia (1983, p.60) admite que en el momento en que la razón le da la palabra a la locura o se prepara a escucharla, la incomunicabilidad de los dos lenguajes deviene insuperable, porque quien da la palabra determina los modos en los cuales el otro debe expresarse, so pena de su definitiva exclusión del plano de la comprensión humana, siendo la razón dominante transformada en la Razón Humana.

A lo largo de la historia se fueron modificando las prácticas, lo que antes era solo crudo castigo de la no- razón (cárcel, suplicio e intervención directa sobre el cuerpo) adquiere - a causa de la intervención médica que la reconoce en cuanto enfermedad - el aspecto de la piedad, la cura y la solicitud.

La historia de la locura es la historia de un juicio; consecuentemente es la historia de la evolución gradual de los valores, las reglas, las creencias, los sistemas de poder sobre los cuales se fundamenta el grupo social y donde se inscriben todos los fenómenos del proceso de organización de la vida en sociedad.

Que devenga "enfermedad mental", con su dignidad y su status, no cambia el hecho de que la razón, para afirmar su dominio y su diversidad, continúe separándola y segregándola detrás de los mismos muros y con las mismas cadenas de las cuales la ha rescatado. (Basaglia, 1983, p.62)

## **SEXUALIDAD Y LOCURA**

La historia de la sexualidad —si se quiere centrarla en los mecanismos de represión— supone dos rupturas: Una, durante el siglo XVII: nacimiento de las grandes prohibiciones, valoración de la sexualidad adulta y matrimonial únicamente, imperativos de decencia, evitación obligatoria del cuerpo, silencios y pudores imperativos del lenguaje; la otra, en el siglo XX: no tanto ruptura, por lo demás, como inflexión de la curva: en tal momento los mecanismos de la represión habrían comenzado a aflojarse; se habría pasado de las prohibiciones sexuales apremiantes a una tolerancia relativa respecto de las relaciones prenupciales o extramatrimoniales; la descalificación de los "perversos" se habría atenuado, y borrado en parte su condena por la ley (Foucault, 1984: p. 69)

Foucault (1984: p. 8) considera a la sexualidad como una experiencia históricamente singular constituida por tres ejes:

“La formación de los saberes que a ella se refieren, los sistemas de poder que regulan su práctica y las formas según las cuales los individuos pueden y deben reconocerse como sujetos de esa sexualidad (sujetos sexuales, sujetos deseantes)”

La palabra “sexualidad” aparece recién en textos del siglo XVIII. En ese tiempo se comienza a gestar lo que hoy entendemos por sexualidad:

“un conjunto de prácticas, sobreentendidos, palabras, miradas, normas, reglas y discursos relacionados con el deseo, la genitalidad, los orificios, las eminencias y las mucosas. Las significaciones se hacen extendibles al cuerpo en general (...) el imaginario de la sexualidad alcanza asimismo a ciertas músicas, figuras, colores y ademanes. Tiene que ver con algunos ruidos, susurros, gritos, secreciones, silencios. Se prolonga en perfumes, olores, temperaturas y texturas” (Diaz, 1993: p. 56)

Resulta clarificante añadir que *sexualidad* se adscribe a grupos socioculturales genéricos y a condiciones de vida predeterminadas. En este sentido, la sexualidad forma parte de un complejo cultural históricamente determinado consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos. La sexualidad es elemento organizador y núcleo de la identidad de grupos que se constituyen en torno suyo, como los géneros, y de la autoidentidad de cada individuo (Lagarde, 2005: p.5)

Durante el siglo XIX sexualidad e identidades sexuales se configuran como ejes temáticos y construcción específica de determinado esquema corporal, sobre todo desde el punto de vista del conocimiento científico sobre los cuerpos. El deseo, que tradicionalmente había pertenecido al ámbito de la moral, cobró también estatus científico y comenzó a tener científicidad.

En este sentido, la ciencia cumple un rol determinante en la medida que se consolida como un saber con poder explicativo, en clara oposición a las ideas que profesa la religión.

De esta forma la ciencia pasará a ser la encargada de legalizar, jerarquizar y sobre todo legitimar determinada forma de organizar y conocer los cuerpos. La sexualidad comprenderá uno de tales dominios. (Figari y otros, 2012: p.75 )

La legitimidad de las instituciones religiosas, del Estado o de los regímenes de verdad invisibilizan, de algún modo, las formas en que el poder y la opresión atraviesan las regulaciones sobre la sexualidad

Así Vaggione (2012, p. 18) menciona que el desplazamiento hacia lo secular como arena privilegiada para el control de la sexualidad también se manifiesta en los discursos científicos, tales como los médicos y los psicólogos. Esta producción discursiva genera una vigilancia y control sobre la sexualidad.

El conjunto de prescripciones que se originan sobre el deseo constituyen la representación del objeto de deseo. Se trata de discursos y prácticas que conforman un dispositivo de poder, el

cual define al sexo como una fuerte pulsión de tipo irracional. Y si es una pulsión irracional la acción racional deberá controlarlo (...) “lo racional siempre está del lado del que ocupa la parte más densa del poder: juez, policía, médico, profesor, psiquiatra, patrón, sacerdote, jerarca, guardián, varón, blanco, adulto, jefe” (Díaz, 2014: p. 88)

En relación a las instituciones manicomiales Santos Rosa (2000: p.3) menciona que éstas se caracterizan por su ineficiencia terapéutica, transformándose en un espacio de residencia donde lo importante es el mantenimiento del cuerpo, la higiene y el control del espacio. Allí se sostienen relaciones desiguales, impersonales, deshumanas, masificadoras y burocratizantes.

La experiencia de Lagarde (2005: Cap. IV) en el hospital Ocaranza - México - resulta clarificadora para comprender cómo funcionan las instituciones manicomiales en ese país. En este sentido detalla que tres psiquiatras atienden a trescientos internos con deficiencias mentales (...)

“la miseria, la desnutrición, el hacinamiento y la promiscuidad en que viven sus enfermos , son causados, según la directora “porque no se cuenta con personal calificado y especializado , además de lo inadecuado que resulta el hecho de que doscientas cuarenta personas , entre médicos y trabajadores , atiendan a una población de trescientos enfermos mentales”

El problema es que esas características de la vida en el hospital no son deficiencias, sino características de la eficiencia de la institución psiquiátrica en México y el mundo. El maltrato, la insalubridad, la falta de atención curativa, la miseria, la violencia vital, que imponen a los locos, no son problemas debidos al presupuesto, o a la vocación o falta de ella, del personal. Por el contrario, son las condiciones represivas impuestas a las personas locas, por la racionalidad política terapéutica.

Los maltratos, la falta de higiene, la sobrepoblación y el hacinamiento concomitante, la falta de actividades creativas, educativas o terapéuticas es parte de un trato social y cultural de los enfermos mentales naturalizados por las familias y la sociedad.-

## **Marco legal: análisis y desarrollo histórico de las normativas**

A partir de los años '60 comienzan a desarrollarse conferencias sobre Derechos Humanos, progreso y desarrollo marcando la antesala de lo que luego serán las conferencias mundiales sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y de la Mujer, de Beijing (1995)

Estos dos hechos constituyeron un cambio de paradigma en políticas de población y desarrollo, en la medida que comienzan a centrar sus estudios en los derechos individuales de acceso a la salud, capacidad de elección, la no discriminación, coerción o violencia.

En la Convención de la Mujer se alude al “*derecho a decidir el número de hijos/as y el intervalo entre los mismos*” y “*la no discriminación en el acceso a la planificación familiar*” (Art. 12.1; Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; CEDAW).

Juana María González Moreno (2016: p.14) menciona que en el Programa de Acción de El Cairo se habla del derecho al acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual.

Tal es así que en el apartado 7.3 (Conferencia Internacional Sobre La Población y El Desarrollo; El Cairo; 1994) se indica que los derechos de reproducción

*+“se basan en el reconocimiento del derecho básico (...) de todas las personas a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos (...) a disponer de la información y de los medios para ellos, y el derecho a disfrutar del más elevado posible nivel de salud sexual y de salud de reproducción.”*

De igual manera, en la Plataforma de Acción de la Conferencia de Beijing se describe el derecho a la salud sexual y reproductiva (párrafo 95) como los derechos humanos de la mujer (...)

*“de tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones (...) las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción (...) La promoción del ejercicio*

*responsable de esos derechos de todos deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva”*

Los objetivos de desarrollo humano de la Conferencia se centran en el avance de las capacidades de usuarias/os de los servicios de salud reproductiva, privilegiando el mayor acceso y la mejoría en la calidad de los servicios de salud, como dimensión del bienestar de la población.

Estas demandas, contenidas en ambas Conferencias, significaron un avance profundo en materia de derechos y configuraron el punto de partida para un proceso que luego desplegarán los movimientos feministas y disidentes.

Simultáneamente, se da en nuestro país la reforma de la Constitución Nacional y la presencia entre las constituyentes feministas y de defensores de derechos humanos produjo la incorporación de tratados y convenciones como la de Derecho de los Niños (1990), la CEDAW (1979), el Pacto Interamericano de Derechos Humanos (1969) y otros a la Constitución Nacional. El rango constitucional de la CEDAW fue uno de los argumentos y fundamentos de los proyectos de ley de salud sexual y reproductiva que se presentó en 1995.

En el año 2002 se aprobó en Argentina la Ley Nacional N° 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Dicha Ley importa el cumplimiento de esos derechos consagrados en Tratados Internacionales, con rango constitucional, reconocido por la reforma de la Carta Magna de 1994; y considera a las consejerías como una estrategia fundamental para el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Derechos sexuales entendidos como aquellos derechos que involucran la capacidad de disfrutar una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos; Derechos reproductivos aquellos que se refieren a la posibilidad de decidir en forma autónoma y sin discriminación si tener o no tener hijos, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se requiere disponer de información suficiente y acceso a los medios adecuados

En relación al campo de la salud mental debemos mencionar que la reciente Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 sancionada en el año 2010 supone un avance notable en términos jurídicos.

En su art. 1 menciona que dicha norma tiene por objeto:

*“Asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el Territorio Nacional y reconocidos en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos con jerarquía constitucional.”*

Asimismo, el art 7 de la mencionada ley en su inciso d reconoce que a las personas con padecimiento mental tiene:

*“Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria”;*

*“Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades” (inc.k)*

*“Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales (inc. j).*

*“Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades” (inc. k)*

*“Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable” (inc. n)*

Simultáneamente, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en el año 2006 en su Art. 1 menciona que el propósito de la Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan *“deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan*

## **Práctica Profesional Supervisada – Universidad Nacional de Quilmes:**

*Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental*

*impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.* (CDPCD: 2006)

En el ámbito del Poder Ejecutivo nacional, la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones (Conisma) , de la Jefatura de Gabinete de Ministros, estableció las bases para que todos los ministerios implementaran políticas y destinarán recursos con el objeto de mejorar la calidad de vida de las personas con padecimiento mental.

Las consejerías en salud sexual y salud reproductiva se enmarcan en un modelo de atención en salud que concibe a las personas como sujetos capaces de tomar sus propias decisiones, tanto acerca del ejercicio de su sexualidad y del cuidado de su cuerpo, como de la salud en relación con su función reproductiva. (Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. PNSSyPR, MSAL 2014)

De esta forma, se plantean allí problemáticas ligadas a sexualidad y uso de métodos anticonceptivos, prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el HIV/ SIDA y patología genital y mamaria; así como también la prevención de embarazos no deseados, el acceso a la interrupción legal del embarazo, y el abordaje de situaciones de violencia sexual.

En relación a esto, con la entrada en vigencia de la Ley 13.066 -y su adhesión a la Ley 25.673- la Provincia de Buenos Aires da origen al Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (2003) y se pone en práctica una política pública que favorece el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

En lo que refiere al Hospital Dr. Alejandro Korn y en el marco de la causa Nro. 27.653, el Juzgado en lo Contencioso Administrativo Nro. 3 del Departamento Judicial La Plata ordenó la creación de una mesa de trabajo permanente.

Para esto, la mesa de trabajo permanente propuso la creación de una Consejería Interdisciplinaria sobre salud sexual y reproductiva, donde se dispuso crear un “Equipo Interdisciplinario de Intervención Comunitaria en Salud Sexual y Derechos Humanos” que tiene como función principal llevar adelante la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.

De esta manera, se propuso que la Consejería podrá trabajar en coordinación con la Comisión contra la Violencia Institucional, el Comité sobre Uso de Psicofármacos en los Abordajes Terapéuticos, y la Mesa de Trabajo Intersectorial de Sexualidad Libre de Violencia, siempre y cuando sea dentro del marco de las funciones que se le asignan.

## Metodología

La metodología propuesta para la presente investigación fue de tinte cualitativo y apeló al enfoque de estudio de caso para realizar un análisis que pusiera en evidencia las múltiples dimensiones que intervienen en una institución tan compleja como una institución psiquiátrica.

Chaves y Weiler (2016: s/p) citando a Yin (1994: pag.13) alude al estudio de casos como una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes.

La decisión de utilizar técnicas cualitativas para el abordaje de la práctica partió de la creencia que al comunicarse entre sí la gente informa sobre el contexto, y lo define al momento de reportarlo, el lenguaje “hace” la situación de interacción y define el marco que le da sentido. Desde esta perspectiva, entonces, describir una situación, un hecho, etc., es producir el orden social que esos procedimientos ayudan a describir (Rosana Guber citando a Wolf 1987; Ch, Briggs 1986: p.42)

Martínez Carazo (2006: p. 175) sostiene a partir de Chetty (1996) que el método de estudio de caso es una metodología rigurosa adecuada para investigar fenómenos en los que se busca dar respuesta a cómo y por qué ocurren. Además, permite la aparición de nuevas señales sobre los temas que emergen.

Para producir la evidencia empírica del estudio de caso, se recurrió a una variedad de estrategias. De esta manera se realizaron: Entrevistas en profundidad, observaciones participantes, análisis de datos secundarios como documentos y datos producidos por el organismo.

En la primera etapa de la investigación, se formalizó el rastreo de fuentes primarias y documentos bibliográficos con el fin de obtener nuevos datos, conceptos y categorías teóricas. Se recolectaron documentos oficiales en relación a la Consejería de Salud Sexual y Derechos

## **Práctica Profesional Supervisada – Universidad Nacional de Quilmes:**

*Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental*

Humanos. Asimismo, se acopió material propagandístico y de difusión (folletería, material en formato físico o digital) sobre Salud Sexual y Derechos Humanos.

En una segunda etapa, se empleó la Observación participante. Tal como menciona Taylor y Bogdan (1992; pág.31) ésta es la investigación que involucra la interacción social entre el investigador y los informantes en el milieu (escenario social, ambiente o contexto) de los últimos, y durante la cual se recogen datos de modo sistemático y no intrusivo. Implica la selección del escenario social, el acceso a ese escenario, normalmente una organización o institución (por ejemplo, un hospital), la interacción con los porteros (responsables de las organizaciones que favorecen o permiten el acceso del investigador al escenario), y con los informantes, y la recolección de los datos.

Para acceder a la labor diaria que los/las trabajadores/as de la Consejería de Salud Sexual y Derechos Humanos despliegan en el Hospital Dr. Alejandro Korn se previó la realización de observaciones en los talleres de sensibilización sobre derechos sexuales y reproductivos enmarcado en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

¿Para qué ir al campo? Porque es aquí donde modelos teóricos, políticos, culturales y sociales se confrontan inmediatamente -se advierta o no- con los de los actores (Guber: 2001; pag. 52). En un tercer momento y para finalizar, realicé una entrevista a la Jefa de la sala Solanet. Esto nos permitió dar cuenta, desde una mirada macro, como aborda las problemáticas de Salud Sexual el personal jerárquico del hospital.

Asimismo, se realizaron entrevistas en profundidad con los médicos psiquiatras y residentes. Entendiendo a éstas como un fenómeno empírico, definido por su propia historia (Valles, 2010; pág.8) para comprender el sentido que los sujetos dan a sus prácticas.

El interés se centró, primeramente, en registrar las problemáticas que afectan a los trabajadores/as con respecto a su trabajo y al de los usuarios/as respecto a su salud, posteriormente el intento fue vislumbrar qué importancia tiene el tema en relación a la salud sexual en su campo disciplinar.

Todas ellas se desarrollaron de manera dinámica, permitiendo profundizar y pensar en los ejes tratados y redirigirlos en caso que fue necesario. -

Por otra parte, participé de actividades y consulté a profesionales con experiencia en materia de salud y género. En este sentido, asistí a la presentación del informe “*Género en el sector salud: feminización y brechas laborales*” dependiente del Programa de las Naciones Unidas

para el Desarrollo (PNUD), el observatorio Parlamentario Agenda 2030 de la HCDN y el Observatorio de Derechos Humanos del Senado de la Nación

Por otro lado, examiné con diversos trabajadores/as del Instituto Nacional de las Mujeres, quienes me brindaron material en relación a Derechos Sexuales y Salud Reproductiva.

Asimismo, relevé documentos que recaban experiencias en relación a la Salud sexual y los Derechos Humanos y documentos en torno al marco de actuación de las Consejerías en Salud Sexual. En esta línea se abordaron:

#### **INFORMES Y DOCUMENTOS INSTITUCIONALES**

- **"Informe Conjunto. La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn. Melchor Romero."** del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Comisión por la Memoria (CPM) y Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR), 2017.
- **"Informe Conjunto. La situación de las mujeres en el hospital psiquiátrico Dr. Alejandro Korn. Melchor Romero."** del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Comisión por la Memoria (CPM) y Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR), 2017.
- **"Consejerías en salud sexual y reproductiva de las mujeres. Herramienta para orientar el trabajo de los equipos de salud."** Messina, Analía. Serie Documentos Técnicos, N° 1. Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. La Plata, abril de 2017.
- **Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva.** Propuesta de diseño, organización e implementación. PNSSyPR, MSAL 2014. Disponible en [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000588cnt-Consejeria\\_en\\_SaludSexual\\_web.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000588cnt-Consejeria_en_SaludSexual_web.pdf)

## Práctica Profesional Supervisada – Universidad Nacional de Quilmes:

*Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental*

- **“Ley Nacional n° 26.657. Derecho a la protección de la Salud Mental”**. Buenos Aires, BO 2 de diciembre de 2010
- **“El recrudescimiento del dispositivo manicomial”**; Centro de estudios legales y sociales [CELS] Díaz Jiménez, R. M.; Soberón Rebaza, A. S.; Rodríguez, V. M. Martinelli, A, y Sabin Paz, M. (2017). En «Derechos humanos en la Argentina. Informe anual 2017». Disponible en [http://www.cels.org.ar/especiales/informeannual2017/wpcontent/uploads/sites/15/2017/12/Capitulo7\\_IA17.pdf](http://www.cels.org.ar/especiales/informeannual2017/wpcontent/uploads/sites/15/2017/12/Capitulo7_IA17.pdf)
- **Centro de estudios legales y sociales [CELS] (2008)**. «Vidas arrasadas: la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos» .Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- **La historia del hospital interzonal especializado en Agudos y crónicos. Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn**. (s/f) Documento interno del Centro de día “Pichón Riviere”. La Plata

### INSTRUMENTOS LEGALES

#### CONVENCIONES Y TRATADOS INTERNACIONALES

- ***Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad***. Asamblea General de Naciones Unidas. Nueva York, 13 de diciembre de 2006. Ley Nacional n° 26.378. BO 9 de Junio de 2008. Disponible en: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), Asamblea General de la ONU (1979) Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/inam/cedaw>
- ***Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad***, Nueva York, 13 de Diciembre de 2006, Serie de Tratados de las Naciones Unidas, Art.1; Disponible en <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

**Práctica Profesional Supervisada – Universidad Nacional de Quilmes:**

*Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental*

- **Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.** La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing.1995. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>
- **Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo .**El Cairo.1994. Egipto.Nº19. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Equidad%20de%20G%C3%A9nero/Secciones/Plantillas%20Gen%C3%A9ricas/Documentos/2011/Sem%20Comunicaci%C3%B3n%20Equidad/057%20La%20conferencia%20de%20el%20Cairo%20-%20Conferencia%20poblaci%C3%B3n%20y%20el%20desarrollo.pdf>

Todos los instrumentos de Derechos Humanos ratificados por el Estado argentino forman parte del marco legal que garantiza los derechos sexuales y reproductivos. En cuanto a las normativas nacionales, las siguientes leyes también garantizan derechos vinculados a los Derechos Sexuales y Reproductivos:

**Ley N° 26529** Derechos del Paciente.

**Ley N° 26.485** Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales

**Ley N° 26.743** Identidad de Género

**Ley N° 26.618** Matrimonio civil

**Ley N° 26.862** Fertilización Asistida

**Ley N° 26.130** Anticoncepción quirúrgica

**Ley N° 26.150** Educación Sexual Integral

**Ley N° 23.798** Nacional de Sida

**Ley N° 25.543** Ofrecimiento de testeo para VIH a embarazadas y resolución N° 55 E/2017

**Ley N° 26.061** Protección integral de Niños, Niñas y Adolescentes

**Ley N° 25.273** Régimen Especial de Inasistencias Justificadas por razones de gravidez para alumnas

**Ley N° 25.808** Derecho a seguir estudiando de las adolescentes embarazadas o que son mamás o papás

**Ley N° 25.929** Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento

**Ley N° 23.592** Actos discriminatorios

**Ley N° 26.994** Código Civil y Comercial de la Nación

## **Descripción del Organismo**

La historia de surgimiento del hospital Alejandro Korn (Melchor Romero, La Plata.) es parte fundamental del contexto histórico, en el ámbito local, provincial y nacional. Su origen, su construcción, su diseño, tienen que ver con ese momento crucial en la historia argentina, que es la capitalización de la consecuencia de él.

La provincia de Buenos Aires quedaba sin su ciudad capital y una nueva sede para los poderes públicos debía surgir.

El 21 de julio de 1882 la cámara de senadores sancionó el proyecto de ley sobre la construcción de edificios públicos, autorizando al poder ejecutivo a invertir diferentes sumas.

El 20 de octubre de 1883 la honorable legislatura de la provincia sancionó una ley disponiendo la construcción de un hospital Barraca para hombres y mujeres, con el nombre de Melchor Romero, revolviéndose que no sería emplazada en la plata urbana, sino en las tierras fiscales ubicadas a 10 kms al oeste de la ciudad naciente.

En este sentido, resulta necesario mencionar que la configuración del espacio y la revalorización del contexto espacial en relación a la geografía regional es reconstruida donde la región se interpretaba como elemento imprescindible en la teorización social de la estructura espacial, y como proceso histórico de formación, reproducción y transformación de estructuras espaciales. Para Massey (1984 y 1989) la región se entiende como articulación de relaciones de producción en un espacio y en un lugar determinado y como organización

espacial de los procesos sociales, teniendo en cuenta el modo de producción y la división social del espacio, a la vez que evidencia cómo los procesos de acumulación del capital o los procesos políticos actúan de manera diferente en cada lugar, según las características concretas (Pillet Capdepón, 2004)

Con esto queremos remarcar a lo que alude Otero (2013) en referencia a Santos (1988) “además de la materialidad (componente fundamental [...] que conforma un determinado paisaje, y una determinada morfología, etc.), el espacio incluye unas ‘relaciones’”, es decir, el territorio no es solo un espacio geográfico delimitado, sino que abarca procesos complejos que implican relaciones entre los individuos que lo habitan. De esta forma, lo territorial tiene necesariamente un atravesamiento socio político, económico, cultural e histórico, lo cual hace que en la medida en que los individuos van habitando y ocupando dichos espacios, sea posible hablar de un “territorio usado”. En función de ello, es posible visibilizar la centralidad: que adquiere el trabajo, como categoría fundante de las relaciones entre el hombre y la naturaleza

El hospital debería tener un área para enfermos generales (con secciones para hombres y mujeres y niños) y otra para pacientes psiquiátricos divididos, según la descripción de la época, en “dementes tranquilos”, “agitados” y “*mujeres*”. Se preveía una capacidad total de 200 camas y flexibilidad para aumentar su número con otras construcciones.

De esa manera por decreto de fecha del 24 de abril de 1884 firmado por el Dr. Dardo Rocha y Faustino Jorge (ministro de obras públicas) se habilitaba el “hospital barraca”, ya con el nombre de Melchor Romero.

Según lo expresan los primeros artículos del referido decreto, destinado a “atender los enfermos pobres de solemnidad, sean hombres mujeres o niños, atacados de enfermedades comunes o de demencia”.

El establecimiento permaneció como Hospital general hasta alrededor de 1889, año en que se habilitaba el hospital de la misericordia. Los primeros pacientes alienados fueron 30 dementes trasladados desde el Hospicio de las Mercedes (actual José T Borda) de la Capital Federal y en el año 1884, el establecimiento tuvo a cargo 249 internados.

Y así seguían llegando al establecimiento pacientes no solo de La Plata sino de toda la provincia, estando ya en ese momento sobrepoblados.

El hospital de Melchor Romero fue el primer hospital de puertas abiertas del país y por esa razón trajo consigo una gran demanda que hizo que se fueran construyendo ampliaciones y edificándose colonias distantes del edificio principal.

A lo largo de los años se sucedieron varias direcciones, hasta que el 2 de noviembre de 1987, el gobernador de la provincia de Buenos Aires, el Dr. Guillermo Udaondo, le confía la dirección del hospital al Dr. Alejandro Korn.

Resulta significativo su primer informe, dirigido al ministerio del interior, por intermedio del presidente del consejo superior de Higiene, donde refiere a las condiciones que se encuentra el hospital:

*“Aquello no es hospital, hospicio, manicomio ni colonia. Es sencillamente un depósito de locos de ambos sexos, donde no se lleva tratamiento alguno, no puede seguirse una medicación dada o apropiada. Allí no hay clasificaciones patológicas, no existen separados sino los sexos. La manía parcial, el delirio bajo todas sus formas, la melancolía, los impulsos, la imbecilidad, todo se confunde y todo se junta en un solo patio, dormitorio o comedor, haciendo imposible todo tratamiento y toda esperanza de mejoría. Es tan malo y tan rudimentario aquello, que puede decirse, que estamos retardados más de un siglo, dando a los locos el abrigo, la vida material, pero no el tratamiento, que ni se ha ensayado. Aquí se recogen los locos, pero no se curan” (1897)*

Al cumplir el hospital 50 años de vida ocupaba 180 hectáreas de tierra, poseía 23 pabellones y estaba habitado por 2100 enfermos para cuya atención se contaba con 150 empleados entre técnicos y administrativos; y el 5 de octubre de 1954, por resolución ministerial el establecimiento pasa a llamarse “Hospital Neuropsiquiátrico de Melchor Romero”.

### ***FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL***

Teniendo en cuenta los aportes de Otero (2013: s/p), podemos mencionar que en la actualidad el Hospital "Dr. Alejandro Korn" cuenta con 24 salas de internación psiquiátrica, distribuidas en 164 hectáreas, con 260 camas para corta y media estancia, y 1.200 plazas para el área de

Rehabilitación. También cuenta con un teatro, club social, área de servicio social, sector de cocina, CFL y escuela, CAPER, contable, estadísticas, huerta, informes y dirección.

En líneas generales, el hospital podría dividirse en cuatro grandes sectores. Tres áreas, con directores asociados, llamadas: psiquiatría y Psicología médico-asistencial, psiquiatría y psicología médica y rehabilitación y la tercera el área médico-quirúrgica. Y un gran servicio, que es el de externación, con una jefatura de servicio y a secretaria.

El área de *psiquiatría y psicología médico- asistencial* está compuesta por:

- **Servicio de atención en crisis (SAC)** Su surgimiento se remonta al año 1988. Desconociendo, a ciencia cierta, las razones por las cuales este servicio es exclusivamente de varones, podemos suponer que, históricamente, fue mayor el caudal de ingreso de personas de género masculino. En esta sala se piensan los mecanismos para la estabilización del usuario/a. Yugular la productividad psicótica. El tiempo estipulado allí es de un máximo de quince días. Inmediatamente el usuario es derivado a la sala “Agudos hombres”.
- **Agudos hombres, agudos mujeres y sub.-agudos (sala ingenieros y sala Korn).** Las salas de agudos refieren a internaciones cortas, lo estipulado es un máximo de 90 días.
- **Consultorios externos:** Se encuentran en el pabellón de agudos. Son consultas con turno previo, gratuitas y sin restricciones. Allí funcionan los servicios de psiquiatría, psicología infantil y psicología para adultos.
- **Servicio de alcoholismo:** Su surgimiento data del año 1975. La problemática asistencial más grande que tenían en el hospital - era el ingreso de pacientes - hombres- alcohólicos. Alrededor del año 1990 este servicio logra independizarse y constituirse como Sala Carrillo.

El área de *Psiquiatría y Psicología Médica y Rehabilitación (o crónicos)* está conformada actualmente por 17 salas de internos crónicos. Ellas son: sala “B”, sala “D”, sala “E”, sala “F”, **sala “G”**, sala “Barros Hurtado”, sala “Bayle”, sala “Bejarano”, sala “Cabred”, sala

## Práctica Profesional Supervisada – Universidad Nacional de Quilmes:

*Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental*

“Griesinger”, sala Laségue”, sala “Maldonado”, sala “Meléndez A”, sala “Meléndez B”, **sala “Penfield”**, **sala “Solonet”** y centro de rehabilitación Psicosocial. Cada sala tiene un médico jefe de sala, un psicólogo, un encargado de la sala del personal de enfermería y una asistente social. Cada sala tiene alrededor de 60 pacientes. De las 17 salas que funcionan en la actualidad, 11 no poseen psicólogo y solo una carece de asistente social. El total de pacientes crónicos actualmente es de 899 pacientes.

Área *médico quirúrgica* (Hospital general/ pabellón V) Si bien en la actualidad continúa atendiendo a pacientes internados, el hospital es puertas abiertas a toda la comunidad.

El hospital general está compuesto por las unidades de:

Terapia intensiva

Emergencias psiquiátricas

Consultorios externos de clínica médica, clínicas comunes, clínicas mentales, y neurofisiología y especialidades: neumonología, infectología, endocrinología, urología, dermatología, reumatología, cardiología, gastroenterología, oncología, oftalmología, y otorrinolaringología.

Cirugía: cardiovascular, plástica, y urología.

Servicio de diagnósticos y tratamientos especiales: diagnóstico por imágenes, y radiodiagnóstico, hematología, hemoterapia, laboratorio, anatomía patológica y fisioterapia.

Farmacia.

Por último, el *servicio de externación*, está compuesto por:

Las casas de convivencia y las casas de pre-alta, sitas en la ciudad de La Plata.

Los talleres productivos: talleres hospitalarios bolsas de residuos, tejido y costura, granja, huerta orgánica. Talleres extra-hospitalarios: trapos de piso y pañales descartables.

Talleres artísticos hospitalarios y extra-hospitalarios: dibujo, música, plástica, literarios.

El hospital de día: con sus talleres, el área de atención familiar y comunitaria y los grupos terapéuticos.



## **Análisis de la Información**

### **ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

#### **COMPLEJIDAD DEL ORGANISMO**

#### **ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

El Hospital Dr. Alejandro Korn es un hospital neuropsiquiátrico construido en los años '80 que ha atravesado numerosas vicisitudes históricas, políticas y económicas y al igual que otros hospitales de esa naturaleza se conjuga la división del trabajo y la proliferación de niveles verticales en la jerarquía dando como resultado una organización de tipo compleja.

De esta forma, la autoridad se distribuye de acuerdo con el nivel en la jerarquía; es decir, mientras más alto sea el nivel, mayor la autoridad. Esta particularidad contribuye a que la toma de decisiones, transformaciones o cambios demoren, sean desajustadas en tiempo y se burocraticen. Esta situación dificulta la posibilidad de dar curso a algunas demandas.

#### **SALUD SEXUAL Y DERECHOS HUMANOS**

Desde la perspectiva del presente trabajo los derechos sexuales reconocen que todas y todos tenemos derecho a disfrutar de una vida sexual elegida, sin violencia, riesgos ni discriminación. Asimismo, en virtud del carácter universal e inalienable de los derechos humanos *“todas las personas, incluidos todas las personas con discapacidad, sin excepción, son titulares de derechos sexuales y derechos reproductivos”*. Así lo reconoce implícita y explícitamente la CDPD. (Derechos sexuales y derechos sexuales reproductivos de las mujeres con discapacidad; pág. 9; 2017).

Los derechos sexuales y reproductivos dan derecho a tomar decisiones sobre nuestra salud. En relación al Hospital Dr. Alejandro Korn y como resultado de las entrevistas realizadas a los trabajadores/as, se ha puesto en evidencia algunas situaciones que merecen ser profundizadas para un posterior abordaje:

*“El hospital porque es un hospital lindo, moderno (risas) tuvo una denuncia por un montón de muertes, eso llegó a ver en qué condiciones estaba y cómo se trabajaba, más que nada por las personas que sobrevivían todavía en este hospital. Y llegó a cambiar un montón de condiciones, a través de los problemas que son un montón de cuestiones que por la lógica o la cuestión de la desidia del Estado se había visto negada. Entre diferentes temáticas, desde la comida hasta la forma del trato, de la práctica, la sexualidad y el abuso se desprende una comisión de violencia institucional, sexualidad y otras temáticas(...)” (Entrevista 1)*

En relación a esta situación, en el año 2015 se presentó un amparo que dio surgimiento a una mesa de trabajo. Allí participan distintos organismos de derechos humanos, autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. y autoridades hospitalarias. De esa mesa es desde donde se han establecido medidas concretas en el hospital para garantizar el ejercicio de los derechos de las personas internadas.

Por el funcionamiento de la nombrada mesa de trabajo (que ya lleva dos años en el hospital) surgieron dispositivos concretos que permitieron avanzar en el cambio de las lógicas y es desde donde se establecieron medidas concretas para garantizar el ejercicio de los derechos de las personas internadas.

En un primer momento se denunciaron las condiciones de vida dentro del hospital: inundaciones en los pasillos, el estado de las habitaciones y baños, la seguridad e higiene, la falta de intimidad, la limpieza, la presencia de plagas (cucarachas, ratas, palomas). También se menciona que en algunos servicios del hospital prevalecen condiciones específicas de hacinamiento constituyendo un factor de riesgo grave para la integridad física y la vida de las personas alojadas.

Luego de esto, se han realizado algunas reformas edilicias mínimas, tales como pintar algunas salas y colocar cortinas en algunos baños.

Por otro lado, también se registra la falta de insumos médicos básicos y tratamiento y se señala que las personas que padecen movilidad reducida no cuentan con los medios para poder desplazarse dado que muchas sillas de rueda están rotas o son insuficientes.

Estas cuestiones resultan de gran relevancia y la totalidad de los entrevistados manifiesta preocupación:

*“Las condiciones del hospital. Las condiciones del personal también. Las condiciones en que se tienen a los pacientes. Más que nada eso, las condiciones en las que están. La infraestructura, la comida que se les da a los pacientes. En el estado del abandono en que está el hospital” (Entrevista Residente)*

Una de las mayores inquietudes que se visibilizan en las entrevistas es el preocupante estado de la comida: *“La comida lo mismo, elaboramos un informe en la cual a nosotros... a mí, el año pasado se me ahogaron tres personas acá, tres personas se ahogaron.” (Persona 6)*

En el año 2017 el CELS junto a la Comisión Provincial por la Memoria (CPM) y el Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR) presentaron el *“Informe sobre Alimentación en el Hospital A. Korn ‘Melchor Romero’ ”* entrevistando una situación de extrema gravedad. Allí se detalla:

*“La calidad de la comida que se les ofrece a las personas internadas en el sector de Salud Mental del Hospital es mala. En cuanto al sabor, se registran sabores que no tienen relación con el producto del que se trata, comiendo algo desagradable y que inicia una cadena de desconfianzas. Se han comprobado alimentos en mal estado, agrios, con alteración de color, y malos olores. Además, si tenemos en cuenta que la obstrucción de la vía aérea superior y las enfermedades infecciosas son dos de las mayores causales de muerte, resulta evidente la relación de la alimentación con la morbimortalidad. En cuanto a la presentación (...) No existe ningún concepto estético o cuidadoso en la presentación, generando una reacción de rechazo por asimilarse a la comida que reciben los animales. Todas estas variables, implican condiciones generales de alimentación degradantes y riesgosas para la salud que, en adición, dificultan la recuperación de la autonomía y profundizan la vulneración que las personas sufren constantemente” (Pag.3; 2017)*

Como se mencionó, de la Mesa de Trabajo surge la Comisión de Salud Sexual Libre de Violencia. Dicha comisión funciona periódicamente dentro del Hospital. Allí se fijaron varias líneas de acción, entre ellas la elaboración de un protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual, la promoción de los derechos a través de capacitaciones destinadas a los

equipos de salud y la constitución de una Consejería en Derechos Sexuales y Reproductivos dentro del hospital

#### **CONFORMACIÓN DE LA CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y DERECHOS HUMANOS**

La consejería en Salud Sexual y Derechos Humanos se constituyó como modo de dar respuesta a dos demandas en particular: una relacionada a los derechos sexuales y reproductivos de las personas internadas, y otra en relación a cómo abordar las situaciones de abuso sexual ocurridas dentro del hospital.

Debido a la complejidad de los temas, se eligieron tres salas pilotos donde comenzar a trabajar.

Actualmente el dispositivo lo integran cinco acompañantes terapéuticos, una enfermera y una trabajadora social.

La Consejería posee dos líneas principales de trabajo:

- Atención de la demanda de usuarios de los servicios de salud mental en relación a su sexualidad, vista de forma integral y desde una perspectiva de derechos.
- Asesoramiento y acompañamiento a los equipos en cuanto a la intervención en problemáticas complejas y situaciones de violencia sexual.

El objetivo general es construir un espacio para promover la reflexión crítica sobre las prácticas y nociones individuales e institucionales de los trabajadores y usuarios en relación a la salud sexual y reproductiva, alojando inquietudes, dudas, deseos y temores de los mismos.

La modalidad de trabajo aún se encuentra en proceso de evaluación, sin embargo se puede mencionar que, inicialmente, se garantiza un espacio individual de consulta, en donde el/la usuario/a puede acercarse solo/a o acompañado/a. Estos espacios están creados para informarse, decidir, reflexionar y acompañar los procesos de los usuarios/as dado que los largos años de institucionalización han arrasado la subjetividad y la identidad de las personas y en este sentido se considera fundamental tratar de trabajar en la autonomía de las personas.

## Práctica Profesional Supervisada – Universidad Nacional de Quilmes:

*Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental*

Por otro lado, la labor diaria está centrada en generar un diálogo con el resto de las salas, ya sea en relación a las consultas individuales o a situaciones que ellos – los profesionales a cargo- consideran problemáticas.

Finalmente, para poder realizar una evaluación rigurosa de las intervenciones y para poder sistematizar los datos recabados los integrantes de la Consejería elaboraron una planilla de registro de consultas individuales. La planilla consta de tres ejes principales: 1) Presentación de el/la usuario/a (si llega solo/a o acompañado/a; género autopercebido, edad, si llega por propia voluntad o es una derivación, etc.) 2) motivo de consulta: violencia sexual, infecciones de transmisión sexual, métodos anticonceptivos, embarazo, interrupción del embarazo, otros motivos; 3) Intervención profesional: orientación al usuario, elaboración de informe, coordinación intrainstitucional, derivación, entrevista de orientación a equipo/ integrante de equipo, asesoramiento profesional, coordinación extramuros.

En cuanto al asesoramiento sobre salud sexual y el acompañamiento a las demandas de los/as usuarios/as, hay una preocupación expresa de los profesionales entrevistados. Sin embargo no existe un acercamiento real y concreto a la Consejería:

*“La demanda de parte de nosotros y de parte de la institución está hecha de formar todo un equipo totalmente interdisciplinario y que se acerquen otros profesionales, la realidad es que no pasa. De hecho nos costó mucho que pueda estar Estela – Enfermera-” (Entrevista 1)*

En cuanto a la falta de participación, se torna necesario referir a la *comunicación interna*, haciendo particular énfasis en la coordinación que gira en torno a la difusión de actividades de la Consejería en Salud Sexual y Derechos Humanos.

En reiteradas ocasiones, a lo largo de las entrevistas, se menciona como eje central la falta de comunicación y ante la pregunta de por qué cree que los médicos no se acercan a las actividades propuestas por la Consejería se responde: *“A mi entender, primero como **una falta de comunicación general dentro del hospital**. Esto se hizo y por ahí nos enteramos algunos, otros no” (Entrevista 1)*

## **Práctica Profesional Supervisada – Universidad Nacional de Quilmes:**

*Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental*

Hall (pág. 60) menciona que mientras mayor sea la diferenciación, mayor será el potencial de dificultades en el control, coordinación y comunicaciones. Como resultado de esto, en las entrevistas se menciona que el “*hospital es grande*”, causa que se le atribuye a la falta de participación del plantel médico del hospital.

En consonancia con lo mencionado, la totalidad de los entrevistados menciona no conocer la existencia de la Consejería en Salud Sexual y Derechos Humanos, sin embargo reconocen la importancia de un dispositivo capaz de trabajar sobre el tema de la salud sexual:

*“Si nosotros empezamos a trabajar cuestiones relacionadas con el reconocimiento del cuerpo, la intimidad y desde la sala no se produce ninguna modificación, las prácticas siguen siendo las mismas: te baño en fila, te pones en pelotas y vas a la ducha” (Entrevista 1)*

La intimidad, lo permitido, el tabú, lo que se permite, lo negado, lo que debe y no debe ser, la intimidad de los internados, el pleno goce de la sexualidad, son temas que aparecen recurrentemente en las entrevistas. Sin embargo, por fuera del dispositivo de la Consejería, no encontramos estrategias de los equipos de salud para el abordaje diario de estas problemáticas.

Entendemos que no hay cambio real sin un cambio de lógica institucional, sin embargo la propuesta de la Consejería abre la puerta a un tema que hasta el momento parecía estar contenido:

*“Creo que el primer desafío tiene que ser a que las personas acá internadas puedan vivir su sexualidad sin ningún tipo de culpa, miedo, de cosa culposa. Viviendo la sexualidad como tiene que ser, respetada y respetable. Ese es el primer desafío me parece, que todavía la institución misma atenta contra eso”*

*(Entrevista 1)*

## **CONSENTIMIENTO SEXUAL**

En relación al presente trabajo, uno de los aspectos más evidenciables es la particular preocupación que expresa la gran mayoría de los entrevistados en relación a los casos de abuso sexual y consentimiento: *¿Cuándo se configura un abuso? ¿Qué implica consentir? ¿Qué lugar tiene la palabra en pacientes con padecimiento mental? ¿Los locos tienen sexo?* En relación a esto, Judith Butler (2011: p.3) menciona que:

“aunque el consentimiento es a menudo concebido como un acto discreto que un individuo ejecuta y que se basa en la presunción de un individuo\* estable, entonces ¿qué pasa con este marco si mantenemos la perspectiva de que el ‘yo’ que consiente no necesariamente permanece igual en el curso de su consentimiento?”

En el caso mencionado nos encontramos frente a una doble problemática entendiendo que el individuo descrito en este trabajo no es considerado estable – al menos en un primer momento – y que la presunción de incapacidad sobre los internados/as visibiliza – o invisibiliza- y atraviesa a la mayoría de los profesionales de la salud mental en relación al consentimiento de los usuarios/as: *“Una noche le presté \$30 a una mujer María. Ella no sabía cómo pagarme y se ofreció a regalarme una noche. Un enfermero nos prestó una piecita(...)”* (Buzón de consulta- Usuario Hospital Dr. Alejandro Korn)

Los testimonios recabados dan cuenta que las relaciones sexuales por intercambio de objetos son una práctica frecuente dentro del hospital: *“Cigarrillos, yerba, plata, una coca una pizza, es terrible porque no sabes cómo trabajarlo realmente”* (Trabajadora Social Hospital Dr. Alejandro Korn)

La constitución de la Consejería no busca sustituir la intervención de los equipos sino brindar apoyo. Asimismo, busca indagar y problematizar situaciones en las que no está claro si se trata de violencia sexual o hubo consentimiento, ya que en usuarios con determinadas patologías es se torna dificultoso siendo muy usuales las prácticas de intercambio entre objetos (yerba, cigarrillos, etc.) y relaciones sexuales entre los mismos compañeros de sala.

**Práctica Profesional Supervisada – Universidad Nacional de Quilmes:**

*Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental*

Otra cuestión que no debe escapar nuestro análisis es la alta concurrencia de mujeres en relación a varones a las consultas en la Consejería. Pensar estrategias que sean más convocantes para este segmento de la población internada se vuelve una tarea indispensable.

Para finalizar, debemos mencionar la importancia de instalar, promover y motorizar dentro del Hospital un espacio que favorezca el desarrollo de la intimidad, de reflexión y orientación, alejado a la dinámica diaria de las salas donde la falta de privacidad es una lógica naturalizada por usuarios/as y profesionales.

## Lineamientos Propuestos

Las propuestas que se presentan a continuación contribuyen al objetivo principal de la Práctica Profesional Supervisada: Contribuir con el desarrollo de instrumentos de trabajo que permitan a los/as trabajadores/as del Hospital Dr. Alejandro Korn un mejoramiento en la Consejería en Derechos Humanos y Salud Sexual. Para ello se pensaron distintas estrategias interrelacionadas en línea con estimular las condiciones institucionales que permitan la difusión de las actividades propuestas por la Consejería en Salud Sexual y Derechos Humanos.

### **DIFUSIÓN DE LAS PROPUESTAS DE LA CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y DERECHOS HUMANOS**

Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo la falta de articulación – y comunicación interna- entre el dispositivo de la Consejería y el resto de las salas es de carácter urgente.

Por esta razón, resulta primordial:

- Elaborar folletería (*ver anexo*) que dé cuenta qué es la Consejería, quienes pueden acceder al espacio, para qué sirve, qué actividades llevan adelante y día y horario de funcionamiento.
- Colocación de cartelería y material informativo (reuniones, talleres y actividades) en las salas propuestas.
- Distribución de un buzón permanente de consulta y sugerencias dirigido a usuarios y profesionales de la salud en el resto de las salas.
- Difusión de reuniones y actividades del equipo vía red social
- Sensibilizar a los trabajadores y trabajadoras del Hospital sobre temas relacionados a la Salud Sexual y protocolos de actuación vigentes en el Hospital Dr. Alejandro Korn.

## **PERTINENCIA DE LA PROPUESTA**

Todos los entrevistados han puesto de manifiesto su preocupación en relación a la Salud Sexual y el libre ejercicio de la sexualidad de los internados/as, y una gran parte niega conocer el dispositivo.

Si bien el avance en materia legislativa resulta fundamental, es importante considerar el plano subjetivo de los trabajadores/as del área de salud mental del hospital, quienes garantizan o no su efectiva aplicación.

## **CRITERIOS SUGERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN**

La difusión del dispositivo de Consejería ha sido pensada en dos niveles:

Teniendo en cuenta que los trabajadores del Hospital desconocen la existencia de del espacio se ha elaborado un tríptico con información detallada. Allí los trabajadores del hospital podrán acceder a la información pertinente acerca de la consejería, para qué sirve y un contacto para que puedan concretar la visita. En este sentido, se sugiere que los integrantes de la Consejería acerquen el material a las salas establecidas para trabajar.

Si bien el material informativo resulta necesario lo creemos insuficiente para motorizar un canal de diálogo fluido entre los integrantes de la Consejería y el resto de los trabajadores. Por esta razón se propone la colocación de carteleras informativas en las salas elegidas para que los profesionales y usuarios se informen periódicamente de las actividades próximas a realizarse.

Por otro lado, es necesario recordar que existió una experiencia similar a la propuesta de instalación de un buzón de consulta que resultó interesante para delinear acciones futuras. Alegamos a la necesidad de que este buzón de dudas y consultas anónimas se establezca de forma permanente en las salas con las cuales trabaja la Consejería, a los fines de revelar cuales son los temas prioritarios en torno a la salud sexual en el Hospital.

Por último, entendiendo que las redes sociales hoy son un canal fundamental para transmitir información, la difusión de actividades por ese medio podría mejorar la comunicación interna. En este sentido, se propone la creación de una cuenta en la red social Twiter, Instagram y Facebook dado que, en la actualidad son las que poseen mayor alcance y popularidad poseen

y resultan medios más cercanos para el personal de salud que la circulación de un memorándum o circular.

**B. TALLERES DE SENSIBILIZACIÓN DIRIGIDO A USUARIOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD**

- Impulsar talleres de sensibilización para usuarios/as del Hospital con el fin de abordar temas referidos a la salud sexual, anticoncepción, métodos del cuidado, intimidad, reconocimiento del cuerpo, diversidad y género.
- Promover talleres de sensibilización y reflexión para usuarios/as del Hospital y profesionales de la salud de manera conjunta.

**PERTINENCIA DE LA PROPUESTA**

La experiencia que dejaron los talleres de sensibilización sobre violencia sexual impartidos desde el Ministerio de Salud a los profesionales que integran la Consejería en salud sexual y derechos humanos del hospital, ha puesto de relieve la urgencia del tema en esta institución.

Entendiendo la necesidad de los internados, se propone brindar talleres sensibilización que recuperen los imaginarios circundantes en relación a este tema y logren establecerse como espacios de reflexión y toma de conciencia.

Si bien la constitución de la Consejería comenzó a cuestionar algo de las prácticas ejercidas diariamente sobre el cuerpo de los internados en el hospital, consideramos que aún falta modificar de manera sustancial dichas prácticas para establecer una lógica distinta. La institucionalización afecta tanto a personas internadas como a quienes trabajan allí.

Las entrevistas realizadas dejan entrever la falta de información que poseen los usuarios/as del Hospital en relación a los temas de salud sexual y anticoncepción. En este sentido, se torna urgente recuperar la palabra de los internados, conocer sus inquietudes y proveer información sobre sus derechos en torno al libre ejercicio de su sexualidad.

Entendemos que recuperar la voz de los usuarios/as no alcanza si no se genera un trabajo articulado con el plantel médico y el resto de los profesionales que habitan el hospital. En este

sentido, se plantea realizar, en un segundo momento, talleres de sensibilización en conjunto para que el intercambio sea más provechoso.

#### **CRITERIOS SUGERIDOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN**

El proceso formativo debe conjugar la incorporación de conocimientos teóricos y herramientas prácticas. En relación a los talleres dirigidos expresamente a los usuarios/as del hospital, se recomienda un espacio de sensibilización, información y relevamiento de inquietudes y necesidades con una modalidad de taller con aproximadamente 5 (cinco) encuentros en cada una de las salas que se desee incidir.

En un segundo momento, los talleres estarán dirigidos a los profesionales y usuarios con el objeto de realizar actividades que propicien debates y reflexiones conjuntas. En este sentido, se recomienda combinar una metodología mixta que dé lugar a abordar aspectos teóricos junto a actividades prácticas grupales (División: profesionales y usuarios en un mismo grupo)

Los contenidos sugeridos son:

- ❖ Salud sexual
- ❖ Anticoncepción
- ❖ Violencia sexual
- ❖ Identidad y género
- ❖ Consentimiento
- ❖ Intimidad

## Conclusiones

Si bien las transformaciones que fueron atravesando las instituciones manicomiales a lo largo del tiempo en torno a los derechos de las personas internadas son significativas, se advierte la carencia de una política sistemática de Salud Mental, como parte de un proyecto político, que debe definir los problemas a atender, las prioridades y los principios bajo los cuales se debe organizar la atención.

Los derechos sexuales y reproductivos integran el concepto de Salud Mental, como campo de intervención complejo y heterogéneo, en lo que respecta a las problemáticas que aborda, a sus actores, a los profesionales e instituciones.

Los cambios en las significaciones en torno a la locura, los roles de los profesionales de la salud y las modificaciones institucionales nos permiten hoy repensar la salud mental como un proceso que está atravesado por múltiples dimensiones sociales y culturales.

Pensar en este proceso es también comprender la importancia, por un lado, de la interdisciplinariedad y por otro, destacar la necesidad que estos sean acompañados, efectivamente, por políticas públicas de salud mental.

Este estudio pone de manifiesto lo inexplorado del tema en torno a la salud sexual y los usuarios con padecimiento mental y la invisibilidad y naturalización con las que se llevan adelante determinadas prácticas vulneradora de derechos.

Descubrir el velo que estas prácticas e imaginarios hegemónicos dejan instalados en las instituciones no es solo una posibilidad, sino una necesidad imperiosa.

Sin lugar a duda, esta investigación nos deja muchos más interrogantes que respuestas y es por eso que este trabajo es una invitación a seguir indagando en el tema, entendiendo que es nuestra responsabilidad como científicos sociales visibilizar y seguir apostando a la construcción de espacios - críticos - de trabajo colectivo.

## **Bibliografía**

**Basaglia, F. (1983).** “*Mujer, locura y sociedad*”. (A. M. Kieiack, Trad.) Puebla, México: Universidad Autónoma de Puebla.

**Butler, J (2011).** “*Some thoughts on psychoanal and law*”. Columbia Journal of Gender and Law, Vol. 21, N°2

**Martínez Carazo, Piedad Cristina (2006).** “*El método de estudio de caso: estrategia metodológica de la investigación científica. Pensamiento & Gestión*” [en línea] 2006, (julio): [Fecha de consulta: 11 de mayo de 2019] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64602005>>

**Chaves Jiménez, E. (2016).** “*Los estudios de casos como enfoque metodológico*”. ACADEMO Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades, Vol.2, N°2.

**Díaz, E. (1993).** “*La sexualidad y el poder*”. Editoriales Almagesto/Rescate, Buenos Aires, 1993.

**Flores Palacios, F. & Diaz Cervantes, J.A (2001).** “*Normalidad y anormalidad: Esquemas dicotómicos de la representación social en un grupo de profesionales de la salud mental*”. Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial. Autonomous Metropolitan University.

**Figari, C., Cabral, M., Fassi, M., Gavernet, L., Hiller, R., Mattio, E., y otros. (2012).** “*Sexualidades, desigualdades y derechos*”. (J. M. Morán Faúndes, M. C. Sgró Ruata, & J. M. Vaggione, Edits.) Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.

**Foucault, M. (1964,1972,1967).** “*Historia de la locura en la época clásica I.*” Plón, Paris, Francia: Fondo de cultura económica.

**Foucault, M. (1984).** “*Historia de la sexualidad 2- El uso de los placeres*”. Francia: Siglo xxi.

**Goffman, E. (1961).** “*Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*”. Amorrortu .

**Guber, Rosana (2011).** “*La etnografía. Método, campo y reflexividad*”.- 1ra Edición.- Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores. Cap. 2

**Guber, Rosana. (2004).** “*El trabajo de campo como instancia reflexiva del conocimiento*”. En El Salvaje Metropolitano. Paidós, Buenos Aires. Cap.4; pp.83-97

**Hall, R. (1996).** “*Organizaciones: estructuras, proceso y resultados*”. PEARSON Prentice.México, D.F. Capítulo tres.

**Lagarde, Marcela. (2005).** “*Cautiverio de las Mujeres: Madresposas, Monjas, Putas, Presas y Locas;*” UKIAM; Ciudad de México. Quinta edición.

**Molina Pérez, A. (2013).** “*¿Normal o patológico? El enfermo imaginario en tierra de nadie*”. Arbor, 189 (763): a068. doi: <http://dx.doi.org/10.3989/arbor.2013.763n5005>

**Odorizzi, E. (2004)** “*Criterios de salud mental en un hospital de día: Una historia de vida institucional del hospital de día, del hospital Interzonal Especializado en Agudos y Crónicos, Dr. Alejandro Korn, Melchor Romero*” [en línea]. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.493/te.493.pdf>

**Otero. (2013).** “*¿Qué lugar ocupa esta profesión?*”.La Plata; Universidad Nacional de La Plata. *Trabajo Social y Salud*

**Padilla, Miguel Ramos. (2006).** “*La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género*”.

Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v23n3/a10v23n3.pdf>

**Palacio, L. (2013).** “*Sobre el concepto de anormalidad*”. Psyconex.

**Pillet Capdepón, F. (2004).** *“La geografía y las distintas acepciones del espacio geográfico”*. Redalyc , 15.

**Ríos, M. L. (2005).** *“Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas”*. México, Coyoacán: Universidad Autónoma de México.

**Rojas, J. C. (2014).** *“La normalidad: concepto esquivo”*. Psyconex , 6.

**Sacristán, Cristina. (2009).** *“La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar”*. Cuicuilco, 16(45), 163-188. Recuperado en 21 de febrero de 2019, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16592009000100008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100008&lng=es&tlng=es).

**Sautu, R. (2003).** *Todo es teoría: objetivos y métodos de investigación*. - la ed. - Buenos Aires : Lumiere, 2005.

**Stolkiner, A., & Gómez, S. A. (2012).** *“Conceptualizando la salud mental en las prácticas consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/ salud colectiva latinoamericanas”* Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría, 10

**Taylor; R. Bogdan (1984).** *“La observación participante en el campo”*. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Barcelona: Paidós Ibérica. Disponible en:

[https://metodos.files.wordpress.com/2011/03/taylor\\_3\\_observacionparticipante.pdf](https://metodos.files.wordpress.com/2011/03/taylor_3_observacionparticipante.pdf)

**Taylor,S.J. Bogdan, R (1992).** *“Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados.”* Ed.Paidós, España.

**Valles, M. (2002).** *“Entrevistas Cualitativas.”* Centro de investigaciones sociológicas. Colección cuadernos metodológicos. N° 32. Madrid, España. Disponible en: <http://investigacionsocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/103/2010/09/4-VALLES-ENTREVISTAS-CUALITATIVAS.pdf>

## Anexo I: Organigrama del Hospital Dr. Alejandro Korn



# 05

## DIRECCIÓN ASOCIADA TÉCNICO-PROGRAMÁTICA



DIAGRAMACION: AREA DE COMUNICACION SOCIAL E INSTITUCIONAL

## RECORRIDO GENERAL DE LOS USUARIOS

### GUARDIA

**S.A.C. (Servicio de Atención en Crisis) 2/3 meses**

**Servicio de Agudos Hombres**  
 Sala «Carrillo», exclusiva para alcohólicos.

**Servicio de Sub-Agudos Hombres**

**Servicio de Rehabilitación de Hombres**  
 (Salas Melendez B, Barros Hurtado, Penfield, Solanet, Lasegue )

**Servicio de Agudos Mujeres**

**Servicio de Rehabilitación de Mujeres**  
 (salas B, D, F, G, E, Bejarano)

**CENTRO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL. Sala mixta**

## **Anexo II: Plan de Trabajo**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE QUILMES  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES  
LICENCIATURA EN CIENCIAS SOCIALES**

### **Plan de Trabajo de la Práctica Profesional Supervisada**

#### **1. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN:**

La sexualidad lejos de ser algo del ámbito privado, es una de las esferas donde el poder opera, donde se despliegan los más diversos discursos, regulaciones y técnicas de vigilancia y control. La sexualidad es un complejo cultural históricamente determinado consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos. En lo particular, la sexualidad está constituida por sus formas de actuar, de comportarse, de pensar y de sentir, así como por capacidades intelectuales, afectivas y vitales asociadas al sexo. La sexualidad está en la base del poder (Lagarde, 2005, p.164)

En ese sentido, Lagarde (2005) desde una perspectiva antropológica, considera que la sexualidad específicamente humana es lenguaje, símbolo, norma, rito y mito: Es uno de los espacios privilegiados de la sanción, el tabú, de la obligatoriedad y de la transgresión.

Lejos de estar librado a la «naturaleza», la sexualidad ha sido, continúa siendo, un sitio de regulación por parte de distintas instituciones y de diversos discursos. Este entramado regulatorio, del cual el derecho es una parte, suele disponer un orden sexual jerárquico que, como se afirmó, distribuye de manera desigual derechos y privilegios. Ciertas prácticas, expresiones y actitudes son estimuladas o recompensadas mientras que otras, en cambio, se invisibilizan, esconden o castigan. La regulación de lo sexual, entonces, establece fronteras que estructuran de manera desigual a la población.

“Sin que las religiones hayan desaparecido como estructuradoras del orden sexual, junto a ellas también deben considerarse una diversidad de regulaciones legales, médicas, psicológicas o éticas, entre otras”. (Faundes; Sgró Ruata; Vaggione 2012, p.19)

En este sentido, menciona Foucault (1974, p.66) que “todas las instituciones correccionales prestan cada vez más atención a la sexualidad (...) como datos situados en el corazón mismo del problema del incorregible”.

En relación al campo de la salud mental, estos colectivos se encuentran en mayor desigualdad en relación al efectivo ejercicio de sus derechos (ejercicio pleno de sexualidad, decisión sobre su propio cuerpo, deseos, etc.) y esto se refuerza si se encuentran en una institución manicomial.

De esta manera, el examen médico, la investigación psiquiátrica son generadores del placer de ejercer un poder que pregunta, vigila, acecha, espía, excava, palpa, saca a la luz; y del otro lado, placer que se enciende al tener que escapar de ese poder, al tener que huirlo, engañarlo o desnaturalizarlo. Poder que se deja invadir por el placer al que da caza; y frente a él, placer que se afirma en el poder de mostrarse, de escandalizar o de resistir. Captación y seducción; enfrentamiento y reforzamiento recíproco: los padres y los niños, el adulto y el adolescente, el educador y los alumnos, los médicos y los enfermos, el psiquiatra con su histérica y sus perversos no han dejado de jugar este juego desde el siglo XIX. Los llamados, las evasiones, las incitaciones circulares han dispuesto alrededor de los sexos y los cuerpos no ya fronteras infranqueables sino las espirales perpetuas del poder y del placer (Foucault, 1976, p.29)

Los propios tabúes, el pudor, lo incómodo, lo que se permite, lo negado, reprimido, etc. Todo eso repercute en las intervenciones diarias.

En este sentido, se da el paso del mundo, un espacio exterior, valorado como “la libertad”, de la salud, del bien, a un mundo cerrado, el hospital – asilo, manicomio, granja, centro de rehabilitación- espacio de cautiverio, de la enfermedad, del mal y de la espera y la esperanza de la curación.

En el encierro hay varios hechos rituales que marcan la transformación y el paso de la normalidad a la locura. Lagarde y de los Ríos (2005) mencionan:

- i) La purificación (baños y desinfectantes)
- ii) La confesión (entrevista médica), la palabra propia es el arma que confirma la justeza del diagnóstico y del encierro , hechos desde el saber y el poder
- iii) El cambio de indumentaria: de la personal , a la bata uniforme , con la pérdida de intimidad
- iv) El cambio de nombre, del propio que refiere a la historia familiar al del mundo del encierro que recoge y enuncia el mal y la locura (la paciente tal, los apodos: la de los niños, la que no habla, la loca)
- v) La reclusión es un nuevo territorio a conquistar (celdas, cuartos, salas, rincones).
- vi) Las habitaciones, que podrían ser concebidas como un espacio particular para cada mujer son espacios uniformes y vacíos, ningún objeto al alcance que pueda dañar pero también, ningún objeto personal al alcance que las identifique: algunas habitaciones tienen un pequeño armario o estantería, pero a menudo éstos no existen. No existen pues no se necesitan, ya que las mujeres están despojadas de todo. Las que tienen alguna pertenencia, la guardan en una bolsa de plástico al pie de la cama o la llevan con ellas. Las mujeres son vulnerables también en estos espacios: algunas habitaciones forman parte de pabellones exclusivamente femeninos, pero en otros hospitales, los espacios son mixtos y existe comunicación y circulación libre de mujeres y hombres.
- vii) Violaciones sexuales: las violaciones sexuales de las mujeres en el manicomio se ven facilitadas por esta falta de protección dentro de las habitaciones -están abiertas constantemente-

De esta manera, no podemos omitir las relaciones de poder que circulan en una institución manicomial y el poder, asociado al saber médico, que se detentan en las prácticas profesionales diarias.

Los propios tabúes, el pudor, lo incómodo, lo que se permite, lo negado, lo condenado, lo reprimible, lo que “no debe ser”: *¿cómo influyen en las intervenciones? ¿Cuál es el rol de los equipos en el cotidiano, qué estrategias se aplican? ¿Qué intervenciones potencian la sexualidad de las personas y cuáles las controlan? ¿Cómo se comunican las prácticas de cuidado?* Cada sujeto es singular, sin embargo las prácticas en el hospital homogenizan a las personas: qué comen, cuándo y cómo se bañan, qué vestimenta usan, en qué horarios.

Por todo lo desarrollado anteriormente, entendemos a la sexualidad como derecho humano básico y como tal inalienable y universal.

Asimismo, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad señala que es importante que el Estado cumpla con su deber de concientizar a los profesionales de la salud respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado. Donde a su vez se aborden los estereotipos y los prejuicios en torno a la sexualidad.

En los últimos años el tema sexualidad en el hospital “Dr. Alejandro Korn” ha cobrado importante relevancia debido a un amparo judicial del año 2015 impulsado por el CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales)

En base a esto, se da el surgimiento de una mesa de trabajo, donde participan distintos organismos de DDHH (Comisión Provincial de la Memoria, CELS, Movimiento Desmanicomializador Romero), el Órgano de Revisión Local, autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As. y autoridades hospitalarias.

Desde ese espacio, con casi dos años de trabajo, se han podido establecer medidas concretas en el hospital para garantizar el ejercicio de los derechos de las personas internadas y su

progresiva externación en condiciones dignas, que lamentablemente no son acompañadas por políticas públicas en el afuera hospitalario.

Teniendo en cuenta que la principal causa de muerte es la broncoaspiración por estar desdentados, la primera cuestión que se planteó fue: ¿Cómo disminuir las muertes en el hospital?

Para esto se propuso trabajar bajo dos lineamientos. En primer lugar se plantearon medidas tales como:

- Que los enfermeros realicen el curso de RCP
- Uso de cubiertos para los usuarios
- Mejorar las condiciones re-habitacionales de las salas

Como resultado se logró que los enfermeros realicen los talleres correspondientes al aprendizaje de RCP, y el 80% de las salas fueron mejoradas.

De este modo se denunciaron fundamentalmente la vulneración de derechos, las muertes y las condiciones de vida. Luego, en una segunda etapa, se tomaron como temas a profundizar: la alimentación, el uso de psicofármacos y los abusos sexuales.

De allí surgirá la “Comisión Interministerial” (Programa de Salud Sexual de Provincia y Violencia Familiar, Provincia) compuesto por un representante del CELS, una médica generalista del hospital, una abogada del hospital y la Directora de Salud Mental.

De dicha comisión, luego, surgirá la “Comisión de salud sexual Libre de violencia”, para tratar temas en relación a los derechos sexuales y reproductivos de las personas internadas, y otra en relación a cómo abordar las situaciones de abuso sexual ocurridas dentro del hospital.

**Práctica Profesional Supervisada – Universidad Nacional de Quilmes:**  
*Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental*

Debido a la complejidad de los temas, se eligieron tres salas pilotos donde comenzar a trabajar bajo tres líneas claras de acción:

- Creación de un protocolo (Actualmente se está terminando de redactar)
  
- Talleres de sensibilización para personal sobre Violencia Sexual (dictado por talleristas de Nación)
  
- Creación de la consejería en Salud Sexual y Derechos Humanos

Cabe destacar que por el funcionamiento de la nombrada mesa de trabajo, surgieron dispositivos concretos que permitieron avanzar en el cambio de lógicas. Uno de ellos es el proyecto interinstitucional de Salud Sexual Libre de Violencia, integrado por la Dirección Provincial de Hospitales, la Dirección de Prevención y Atención de la Violencia familiar y de Género y el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de Provincia de Buenos Aires, autoridades del Hospital, y representantes del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) y del Movimiento por la Desmanicomialización en Romero (MDR).

Y de este trabajo que se comenzó a realizar en el Hospital, a través de capacitaciones y talleres a los trabajadores, es que emerge la posibilidad de crear un equipo del hospital que aborde la sexualidad vista de forma integral y como derecho humano básico, sin perder la mira de que toda intervención debe estar guiada hacia la externación de las personas.

**2. OBJETIVO GENERAL/ES:**

- Elaborar un proyecto que permita formalizar la creación de la “Consejería en Derechos Humanos y Salud Sexual” en el Hospital Dr. Alejandro Korn.
- Contribuir con el desarrollo de instrumentos de trabajo que permitan a los/as trabajadores/as del Hospital Dr. Alejandro Korn un eficaz tratamiento en la Consejería en Derechos Humanos y Salud Sexual.

## **OBJETIVO ESPECÍFICO**

- Indagar cómo se elabora, implementa y ejecuta un programa de salud sexual en una institución de salud mental
- Vislumbrar cuáles son las condiciones que permitieron la emergencia de dicha demanda
- Analizar cuáles son las actividades e iniciativas que se están llevando adelante en materia de salud sexual para los/las usuarias/os de los servicios de salud mental del Hospital “Dr. A. Korn”
- Sondear qué actores participan en dicho programa y cuáles son los intereses que se ponen en juego.-
- Analizar cómo se elabora el plan de acción llevado adelante en el Hospital Dr. Alejandro Korn.
- Analizar de qué manera se implementa.
- Contribuir con el desarrollo de instrumentos de trabajo que permitan a los/as trabajadores/as del Hospital Dr. Alejandro Korn un eficaz tratamiento en la Consejería en Derechos Humanos y Salud Sexual.

## **3. RESULTADOS**

Elaboración de un proyecto que permita formalizar la creación de la “Consejería en Derechos Humanos y Salud Sexual” en el Hospital Dr. Alejandro Korn.

## **4. ACTIVIDADES A DESARROLLAR**

1. Revisión de información bibliográfica
2. Revisión y análisis de normativa
3. Análisis e identificación de necesidades del organismo
  - 3.1 Entrevista inicial con los trabajadores de la Consejería en Derechos Humanos y Salud Sexual
4. Encuentro/Reunión con los trabajadores de la Consejería
  - 4.1 Participación mensual en las reuniones de equipo

**Práctica Profesional Supervisada – Universidad Nacional de Quilmes:**  
*Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental*

4.2 Participación en los talleres de sensibilización dirigida a trabajadores de la salud sobre violencia sexual (Dictado por el Gob. de la Nación)

5. Reconocimiento y análisis del funcionamiento del hospital

5.1 Entrevista a médicos y trabajadores sociales del Hospital

6. Relevamiento de experiencias de otras Consejerías en relación a Derechos Humanos y Salud sexual

7. Diseño del proyecto de la Consejería

8. Elaboración de informe de avance

9. Correcciones del proyecto

10. Elaboración y entrega final del informe.

**5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Actividades	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8
Revisión de información bibliográfica	X	X	X					
Revisión y análisis de normativa		X	X					
Análisis e identificación de		X	X	X				

**Práctica Profesional Supervisada – Universidad Nacional de Quilmes:**  
*Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental*

necesidades del organismo								
Encuentro/Reunión con trabajadores de la Consejería	<b>X</b>							
Reconocimiento y análisis del funcionamiento del Hospital				<b>X</b>				
Relevamiento de experiencias de otras consejerías en relación a Salud Sexual y Derechos Humanos				<b>X</b>				
Diseño del Proyecto de la Consejería en Salud Sexual y DDHH					<b>X</b>			
Elaboración de informe de avance						<b>X</b>		

**Práctica Profesional Supervisada – Universidad Nacional de Quilmes:**  
*Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental*

<b>Correcciones del Proyecto</b>						<b>X</b>	<b>X</b>	
<b>Elaboración y entrega de informe final</b>								<b>X</b>

**6. RESPONSABLES INSTITUCIONALES**

Director de la Licenciatura en Ciencias Sociales: Federico Gobato

Tutor de la Práctica (Universidad): Cecilia Touris

Responsable de la Práctica (Hospital Dr. Alejandro Korn): Leonela Caiella

Tiempo de duración de la Práctica: 180 horas distribuidas en ocho semanas.

Fecha estipulada: 10 de Septiembre – 2 de Noviembre

## **Anexo III: Entrevistas**

### **ENTREVISTA 1**

**A modo de iniciar la entrevista, si me quieren contar cuál es el rol de cada uno dentro de la Institución, qué tareas realizan.**

Entrevistado 1: Nosotros somos trabajadores de planta. Algunos no hace tanto, interina, ¿Entendes? De diferentes áreas. Es un equipo interdisciplinario. Hay acompañantes terapéuticos, está enfermería y Trabajadores Sociales.

Los Acompañantes Terapéuticos trabajamos en salas y estamos inmersos dentro del equipo interdisciplinario, para trabajar externaciones.

Entrevistado 2: Bueno, siempre fui enfermera en psiquiatría. Y aunque se trabaja la sexualidad y el cuidado del cuerpo con los usuarios, veíamos la necesidad de trabajar más conjuntamente en este tema, en externaciones y darles más información a los usuarios para que tengan más herramientas.

**¿Hace cuánto tiempo que trabajan acá, en el hospital?**

E2: Yo seis años.

E1: Juan Pablo (A.T) está antes que el hospital (se ríen)

Entrevistado 3: Ocho años capaz, o por ahí. En realidad empecé haciendo actividades Ad Honorem, proyectos de extensión y después procuraduría.

Yo: ¿Tienen alguna experiencia sobre el tema en salud sexual, previo al armado de la Consejería?

E1: Yo no, mi experiencia es acá en la Consejería. En los talleres de sensibilización que hicieron desde el Ministerio y todo el proceso que vino después.

E2: Nosotros como enfermeros es la formación, en general integral. Pero no de lleno en esta temática. Hay mucho por trabajar en esta temática, demasiadas cosas.

E3: Yo más desde lo comunitario, si se quiere. ¿Vos te referís a formación? Espacios de formación comunitaria, feminista por lo general. Y en la facultad de Trabajo Social en la Consejería. Ahora es Consejería el área de Género y Diversidad Sexual, con la que ahora articulamos. Hemos participado en instancias de formación y bueno, yo tuve un tránsito por ese espacio que para mí fue importante a nivel formar parte de equipos. En la atención sobre todo.

### **¿Qué importancia creen que tiene el tema sobre salud sexual?**

E3: Tenemos que tener en cuenta que se institucionalizo, que se hizo una inscripción de la consejería en una temática que estaba y no estaba, en el sentido que era cotidiana pero nunca se abordaba seriamente, como parte, abiertamente, que estaba y bueno...estaba.

En esa cuestión de negación u obturación de la lógica de encierro, o manicomial o punitiva incluso, teniendo en cuenta la libertad sexual no, no se daba lugar a debatirlo pensarlo y transformarlo mucho más de lo que es el contexto.

Entre tabú y negación se pudo abordar, o se está intentando abordar desde una perspectiva institucional diferente por ahora, algo que estaba ahí y no se trataba. A veces se menosprecia o no se tenía en cuenta justamente por no tomar a las personas como sujetos de derechos y mucho más desde esa perspectiva. Un cambio cultural, ahora está habiendo un cambio institucional lento pero va hacia ahí.

E4: El tema general es mucho más importante en todo sentido, pero acá adentro del hospital tiene una sumatoria, lo que decía Juampi del sujeto de derecho que se niega digamos, y una frase que se dice mucho es : "*Los locos no tienen sexo*" o "*No tienen sexualidad*" como si no hubiera locos afuera (risas).

No existe el deseo, el cuerpo, un montón de factores que solo por el hecho de estar acá adentro, se supone que se tienen que apagar.

E2: Construcciones que hace la psiquiatría o los médicos del sistema hegemónico. En época de deconstrucción...

### ¿Como surge la consejería?

E1: La consejería surge en principio... el hospital está judicializado. Bueno , eso si quieres lo podes contar un poco vos... o quieres que siga yo?

EN 3: El hospital porque es un hospital lindo, moderno (risas) tuvo una denuncia por un montón de muertes, eso llegó a ver en qué condiciones estaba y cómo se trabajaba, más que nada por las personas que sobrevivían todavía en este hospital. Y llegó a cambiar un montón de condiciones, a través de los problemas que son un montón de cuestiones que por la lógica o la cuestión de la desidia del Estado se había visto negada. Entre diferentes temáticas , desde la comida hasta la forma del trato, de la práctica, la sexualidad y el abuso se desprende una comisión de violencia institucional, sexualidad y otras temáticas; y de ahí se desprende la necesidad de instalar institucionalmente un espacio para trabajar la sexualidad (dice algo que no se entiende) como también hay lugares para atender dentro del hospital eh.. esto también era necesario crearlo o transformar el hospital desde una perspectiva de hecho y salud integral y la cuestión intersectorial de promover otra forma.

E1: Esta comisión la integran personas del Ministerio, organismos de DDHH, CELS...

E3: La comisión para la memoria, blabla, y después arman la mesa con direcciones que ya no existen más. Acá, con la bajada del Ministerio de salud de Nación y de Provincia, de diferentes programas de la temática.

E2: En la mesa se hacen talleres de sensibilización para los trabajadores del hospital. Eran 3 salas piloto para iniciar... bueno la temática, ponerla en juego. En esas tres salas nosotros estábamos recién ingresando como acompañante.

(Aclara: Como yo soy acompañante hablo desde ese lugar)...Bueno, y se despertaron un montón de cosas de nosotros que las hemos charlado como equipo de consejería, esos tres talleres hicieron que diferentes trabajadores nos juntemos a charlar qué herramientas tenemos para abordar la sexualidad dentro del hospital. Teniendo en cuenta que las personas tenían

relaciones, que se habla de abuso, que se habla del cuerpo, que se habla de un montón de cosas pero que no se resuelve nada, que se habla a lo lejos.

No se aborda. Nos empezamos a juntar, planeamos un taller, de 20 personas que nos íbamos a juntar terminamos siendo 7.

Y, en principio empezamos a ver que respuesta tenía la gente. No empezamos siendo Consejería, sino un grupo de trabajadores que se juntaban a charlar sobre la sexualidad dentro del hospital. Pensamos en hacer un taller, que fue bastante resistido. Igual fue bueno. Elegimos una sala en particular, que nos parecía abordar, que es la que más denuncias de abuso sexual tenía entre usuarios. Terminamos abordando otras salas, porque esa nunca llegó y nos dieron otras (risas). Pero bueno, después de ahí...la mesa que eran los organismos de DDHH, nos indica , nos pregunta...

E4: Mesa judicial le llamamos. En este momento están reunidos.

E2: No, la mesa sectorial decía yo. La comisión. *Retoma lo anterior:* Este.. de si queríamos formar una consejería dentro del hospital y que ellos nos brindaban cierta ... espalda. Capacitaciones, para poder sumar la Consejería. Así que bueno, nos juntamos, lo charlamos para ver qué implicaba esto, eh...ahora tenemos una Resolución dentro del hospital que nos avala tantas horas semanales para poder trabajar dentro de la Consejería y nos capacitamos constantemente. De hecho, acabamos de venir de un Congreso de DDHH en Paraná. Así que bueno, así inicia y así estamos... hace poquito está la Consejería, en Febrero nos dijeron , hace 2 3 meses que está funcionando la Consejería.

### **El equipo de la Consejería cómo está conformado? Quiénes la integran? Qué hacen?**

E1: Somos 5 acompañantes terapéuticos, no?

E3: Sí

E1: 1 enfermera y 1 Trabajadora Social.

### **¿Médicos no hay?**

E1: Mm... no. Lo que vamos a hacer en realidad, porque en paralelo y por falta de comunicación, el hospital es grande y la verdad que... a veces pasa. Hay otro equipo de Consejería que por ahí no está nombrado dentro del hospital pero sí está funcionando. Es en el hospital general. Ahí sí, hay ginecólogos, obstetras, trabajadores sociales, psicólogas. La idea es poder articular con ellos, pero todavía no se ha iniciado esa articulación. Lo estamos charlando.

E3: y que no aborda la población del manicomio digamos, no tiene la especificidad. Es para la comunidad.

E1: Perdón, para...No hay otros profesionales, esto está abierto constantemente. De hecho se hicieron tres capacitaciones más de sensibilización de parte del ministerio para los trabajadores en otras tres salas. La demanda de parte de nosotros y de parte de la institución está hecha de formar todo un equipo totalmente interdisciplinario y que se acerquen otros profesionales, la realidad es que no pasa. De hecho nos costó mucho que pueda estar Estela (Enfermera)

### **¿Cuál creen que es la razón por la cual no se acercan?**

E1: Un poquito, hablo como enfermera y como persona, lo que te decía ella .. que le costó mucho estar acá , hubo muchas trabas institucionales también, la falta de compromiso de las personas hacia lo que es la persona que padece un sufrimiento mental. No se ve como persona. Es alguien que transita , que tiene un cuerpo, se lo despojó tanto de todo... y también se nos despojó a nosotros, desde otro lugar, a comprometernos a ayudarlo que salga de esa situación lo antes posible y lo más simple posible. Cada uno hace su aporte desde su área, sin un compromiso de tener una visión más amplia.

E3: A mi entender, primero como una falta de comunicación general dentro del hospital. Esto se hizo y por ahí nos enteramos algunos, otros no. Eran tres salas piloto. En la parte de salud mental la realidad es que los psicólogos son muy escasos, no es que tenemos un psicólogo por cada sala, o una AT por cada sala. Es una paradoja. En ese sentido se habían elegido tres

## **Práctica Profesional Supervisada – Universidad Nacional de Quilmes:**

*Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental*

salas, de esas salas se conocían de a médicos pero que no se interesaron por ahí, porque a ellos no les faltó esa información y por otro lado también las resistencias. Lo nuevo siempre trae resistencias, y más si vamos a hablar de sexualidad que es un tabú en todos lados , estamos hablando si en las escuelas hacemos educación sexual o no, acá también hay resistencia.

E3: Y más de intervenir que es la característica de la Consejería.

E1: Ya sea recibiendo una demanda o las otras intervenciones que estamos haciendo son de sensibilización. Esa caja que está ahí, por ejemplo es un buzón que queda en la sala por unos días y recibimos consultas , inquietudes. Anónimas era la consigna tanto de las personas internadas de la sala como trabajadores del equipo relativas al abordaje de la sexualidad, de la salud sexual. Yo lo que quería mencionar con relación a los médicos es que nosotros articulamos redes, esa es una de nuestras estrategias de intervención más sólidas. Cuando llega una demanda por lo general llegan de las personas internadas pero también muchas de las que han llegado hasta ahora por trabajadores, entonces ya sea por relaciones por fuera del equipo porque trabajamos en el mismo servicio o porque compartimos otro ámbito dentro de la institución, o bien, este espacio donde funcionamos es el CAPER (Centro de atención primaria) en rehabilitación. Compartimos si se quiere la población, hay profesionales para articular. A nosotros nos pareció coherente funcionar acá justamente porque las estrategias que desarrollamos son del orden comunitario si se quiere. La atención en relación a brindar información, a cuando hay intervenciones más complejas o si se quiere de otro orden, siempre armamos redes. Nosotras no tenemos abogadas acá en el equipo, si bien hay abogadas en la institución, entonces como para especificar nuestro ámbito de intervención, ¿no?. Que eso también fue un proceso, que de repente nos llegan denuncias de abuso. Y bueno, no es una de las líneas que nosotros trabajemos como equipo de consejería, lo que no quiere decir que nos veamos en condiciones de poder hacerlo, pero aparte la necesidad de intervenir generando un curso para esa demanda, para que la abordemos nosotros. Esto como para pensar la intersectorialidad.

**¿Antes de la constitución de la Consejería, ante un caso de abuso o una problemática similar , en qué espacio se resolvía? ¿ Existe un protocolo?**

E4: Cada sala se ocupa.... El Jefe de servicio. En general o un médico a cargo, o alguien hace la denuncia e interviene este equipo de médicos, para ver cuál fue el daño, pero más o menos queda ahí.

E2 : La realidad es que nunca se sabe si es realmente un abuso o no es un abuso, porque estamos hablando de gente por ahí con algún retraso mental pero aparte de eso, este tabú de que estas personas pueden tener relaciones o no, y si tienen relaciones están violando. Lo que si hay un protocolo clínico, que es un protocolo general de abuso sexual de violencia sexual que es dentro de las 72hs. Acá adentro del hospital no hay, sí una comisión que supuestamente lo está armando. Digo supuestamente porque un poco se rompió con el cambio de dirección.

E3: La realidad es que pasa, pasó antes y sigue pasando. No es una realidad que nosotros abordemos al cien, si podemos intervenir acompañando a la persona víctima y al victimario, digamos. Por supuesto, porque no sabemos si es así pero no intervenir en la causa digamos. Lo que se hace en cuanto a las personas se las separa de la sala, entre médicos. Esto es bastante irregular no es algo que... Es digamos: “che, tengo este problema, puede ir a tu sala?” y así se hizo siempre. Después si se hace una denuncia pero es más para cubrirse el médico. No es una denuncia que hace el usuario que se siente abusado. Es una denuncia que hace el médico porque como está todo judicializado acá adentro, para no tener problemas. Pero no hay un protocolo que sea efectivo.

**¿Por fuera de la Consejería existen actividades en relación a la salud sexual, Derechos Humanos o son las actividades que ustedes impulsan?**

E1: Depende las salas

E3: Sí, pero también depende de la sala y el equipo.

E1: Nosotros tenemos la experiencia de una sala, que es la sala de él (señala a su compañero), que han trabajado sexualidad. Pero justo los dos chicos que integran la consejería trabajan junto en una sala, y junto con otros dos compañeros han hecho talleres de sexualidad y han

abierto el tema. Nosotros como acompañantes es algo que abordamos también en nuestro laburo, de diferentes maneras teniendo en cuenta que a veces las personas hace mil años no se miran al espejo. Abordamos de diferentes maneras la sexualidad. No algo como taller sino como parte de nuestro trabajo: herramientas, estrategias, metodologías.

E3: Y bueno este reciente dispositivo de consejería en el hospital general y sé que hay un grupo también que trabaja maternidad , preparación para la maternidad , si quieres en sentido amplio. Son intervenciones, no sé si son dispositivos o áreas de trabajo. Nosotras todavía no estamos articulando.

### **¿Qué objetivos tiene la consejería?**

E3: Nuestro objetivo en principio es que nos acepten (risas). En realidad son dos líneas de trabajo: Una con equipos interdisciplinarios cuando tengan algún obstáculo para intervenir en esta temática y otra con la concientización del usuario sobre el reconocimiento del cuerpo, sobre hablar. Bueno, un poco Aldi te contaba lo de la caja, porque la caja trae un montón de fichitas donde dice que es para ellos la sexualidad, lo que la homosexualidad. Hablar de diversidad, bah..no se habla de diversidad, se niega la diversidad. Para nosotros es importante que se pueda abrir este juego y que podamos hablar libremente de sexualidad con las personas. Un poco los dos objetivos son esos.

E4: Sí. Que tengan derecho a gozar de su sexualidad como derecho, ya es mucho. Creo que esos son los objetivos de cada uno y como equipo ¿no?. Lo que uno quiere llegar a lograr, que se respete eso, el derecho.

E3: Sí, nosotros un ideal también dentro de la institución se hace muy difícil pero en principio que puedan contar con nosotros para poder abordar estos temas sería un inicio digamos. Las respuestas que tuvimos acá la verdad no la esperábamos, porque hubo rechazo cuando llevamos la caja: " No van a poner nada" ; "No saben ni de que se trata". Aparte de eso llevamos un afiche donde decía que era la sexualidad y para qué era la consejería. La verdad que sí hubo respuestas. Si quieres leerlas o copiarte algunas, pero son bastante interesantes...

### **¿Esto es por parte de los usuarios o también los profesionales?**

Todos: Era abierto.

E1: Yo creo que son más participativos los usuarios (se ríen). La idea, lo estábamos dividiendo en temas. Hablamos de abordar en principio algunos temas. La idea es poder trabajarlo en la sala, como lo vamos a trabajar lo estamos evaluando. Intervención a través del juego, no sé...charlarlo, con el equipo o solo con usuarios, lo tenemos que charlar. Esto fue la intervención que hicimos la semana pasada.

**¿Cuáles son las mayores problemáticas, por lo que ven, que afectan a los usuarios en relación a la salud sexual?**

E2: La privacidad por un lado. Lo público y lo colectivo que genera la institución al tener, bueno, no tener espacio íntimo y crear un hábito contradictorio por no querer ejercer la libertad de la sexualidad o cualquier otra libertad que se pueda pensar acá adentro, que choca contra la homogeneización de toda la vida. Entonces esa cuestión propia, la institución te la coarta siempre y de sexualidad mucho más o deseo en sí.

E1: El chaleco farmacológico.

**¿Qué lugar ocupa?**

E3: Es mortal. El lugar del cuerpo. Nosotros no somos médicos, así que no podemos hablar, pero sí de lo que vemos, de lo que se transmite. Nosotros en la sala tenemos un caso de una persona que su sexualidad es muy activa, en su cabeza más que en su cuerpo. Porque su cuerpo la verdad es que tiene una impotencia bastante avanzada digamos, y a la hora de querer tener relaciones sexuales, le impide bastante. Y tiene que ver.. de hecho, hay medicación específica que se le da a los usuarios para que se produzca esta impotencia.

E4: Sobre todo en esta época de excitación. La primavera.

E3: Hay como mitos.

E4: Exactamente. Se empieza con los medicamentos para aplacar los deseos.

E1: Cuando se ve que la persona está teniendo alguna actividad sexual se le empieza a dar ... no me acuerdo bien el nombre, perdón.

E4: *Dice el nombre de la medicación pero no se entiende*

E1: Para que baje el deseo sexual. La realidad es que no baja el deseo, el deseo está en su cabeza, lo que baja es la libertad de poder accionar a ese deseo. Así se hace muy difícil.

**Por último, cuál es rol que creen que tienen los profesionales respecto a esta problemática?**

E4: Mi objetivo sería ver *total*, lo holístico de la persona. Ese sería mi objetivo. Ver el goce de todos sus derechos, así como lo hago yo.

E1: Debería ser totalmente comunitario, integral. No es un profesional, acá no podemos trabajar desde la individualidad. Un profesional de la salud no va a poder hacer mucho si no está con otras personas. Acá aparecen muchas cosas de lo singular, de la subjetividad. Si estaría muy bueno que lo humano aparezca más en los profesionales, lo ético. Si algo es propio o no de la actitud profesional se supone debería ser eso, no es lo mismo si tu papá es medico que te de un consejo, eso está permeado de esto.. en atención de aborto se ve con claridad, es como el extremo, que se yo. No son decisiones personales las que se toman a nivel profesional, se mezcla bastante, por más que la objeción está, la objeción de conciencia. Entonces como más allá de las ideas que tengas hay como...sería lo ideal que estuviera tanto la inquietud por formarse o por comprender, se podría decir no? como la empatía también. Y bueno, eso no sé si siempre, no se si hay que ser profesional para eso tampoco.

E3: No estaría mal que un profesional sume aparte de todo lo que estudio

E2: Vicente Zito Lema decía: Te hacen profesional o especialista en un montón de cosas , cositas chiquitas y no saben una mierda de nada.

**Práctica Profesional Supervisada – Universidad Nacional de Quilmes:**  
*Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental*

E1: Acá se ve mucho, no sé qué tiene que ver... y si es o no una cuestión personal por ahí, no sé si tiene que ver con los años de trabajo acá adentro. Si tiene que ver con el sistema. Pero la verdad que la parte humana se ha perdido mucho.

E2 : Como se acostumbra...no sé si a esta cuestión profesional o de académica, puro concepto, pura dialéctica, y después en el acto decís: “¿Dónde quedó eso?”...

E1: La palabra compromiso ahí también ligado a lo profesional y a la ética profesional. Osea, no es lo mismo. ¿Para qué nos sirve ser profesionales? ¿Qué característica tiene una intervención profesional? Todas son discusiones que nos vamos dando.

E2: El lo que planteaba en términos de los médicos (en relación a V. Zito Lema) que hay especialización de tantas cosas que para hacer un análisis general, tenes que tener 40 médicos juntos para dar una bayaspirina.

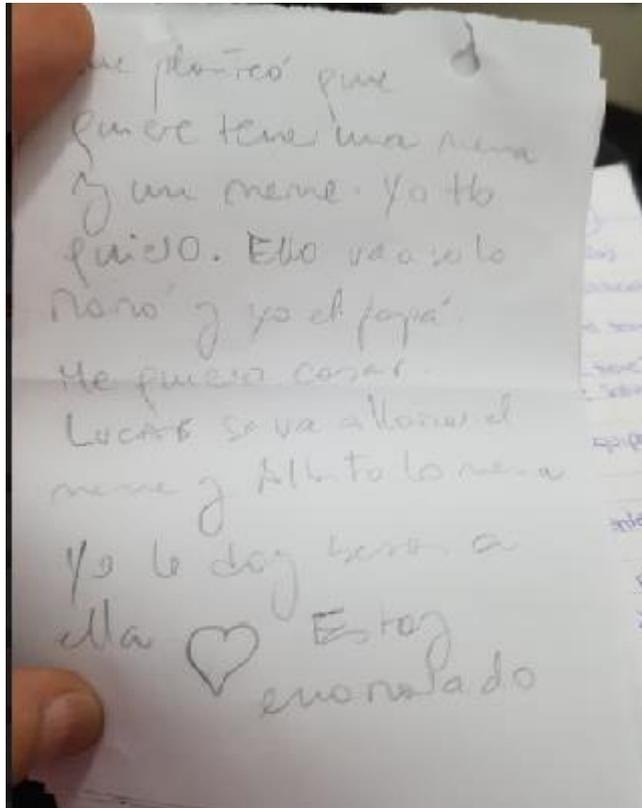
E3: No quiere decir que en esta institución no haya profesionales que sean dignamente llamados profesionales (se ríe). La verdad que sí los hay y con ellos son con los que más trabajamos y más aprendemos, pero son los menos. Pero son los menos y es la realidad y lo tenemos que decir desde la Consejería. Es muy difícil trabajar en esta institución bajo estas miradas tan rígidas.

**¿Algo más para decir?**

Todos: Tocaste un tema que estamos sensibles (se ríen). Muchas gracias por venir.

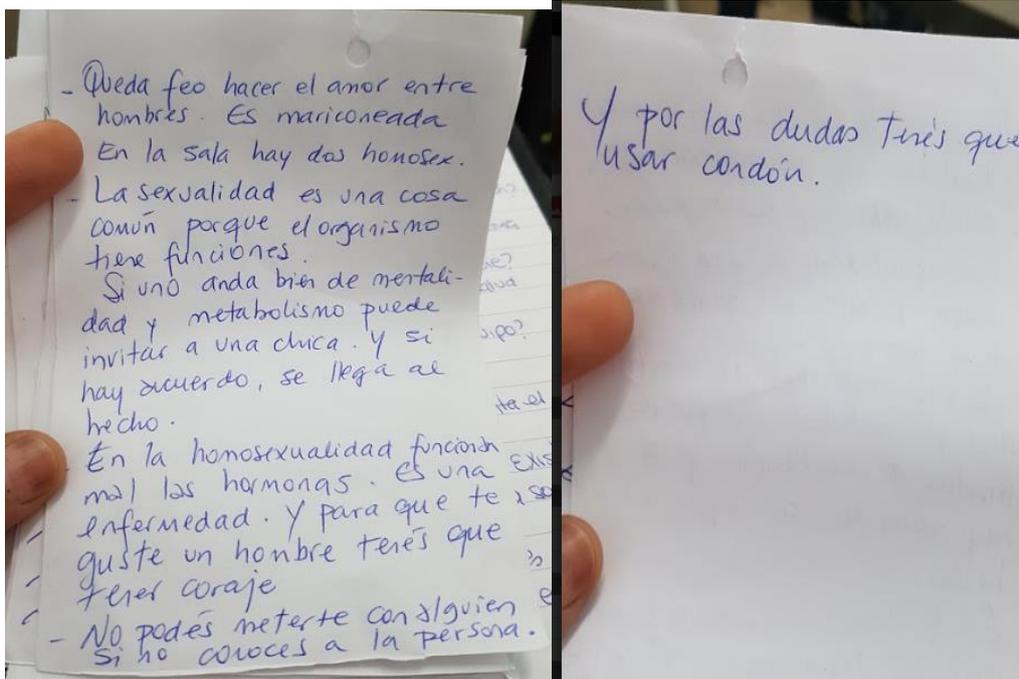
**Gracias a ustedes.**

A continuación dejamos evidencia de lo que hallaron los trabajadores de la Consejería cuando retiraron el buzón de consultas en una de las Salas del hospital:



*“Me planteó que quiere tener una nena y un nene. Yo tb quiero. Ella va a ser la mamá y yo el papá. Me quiero casar. Lucas se va a llamar el el nene y Albita la nena. Yo le doy besos a ella. Estoy enamorado”*

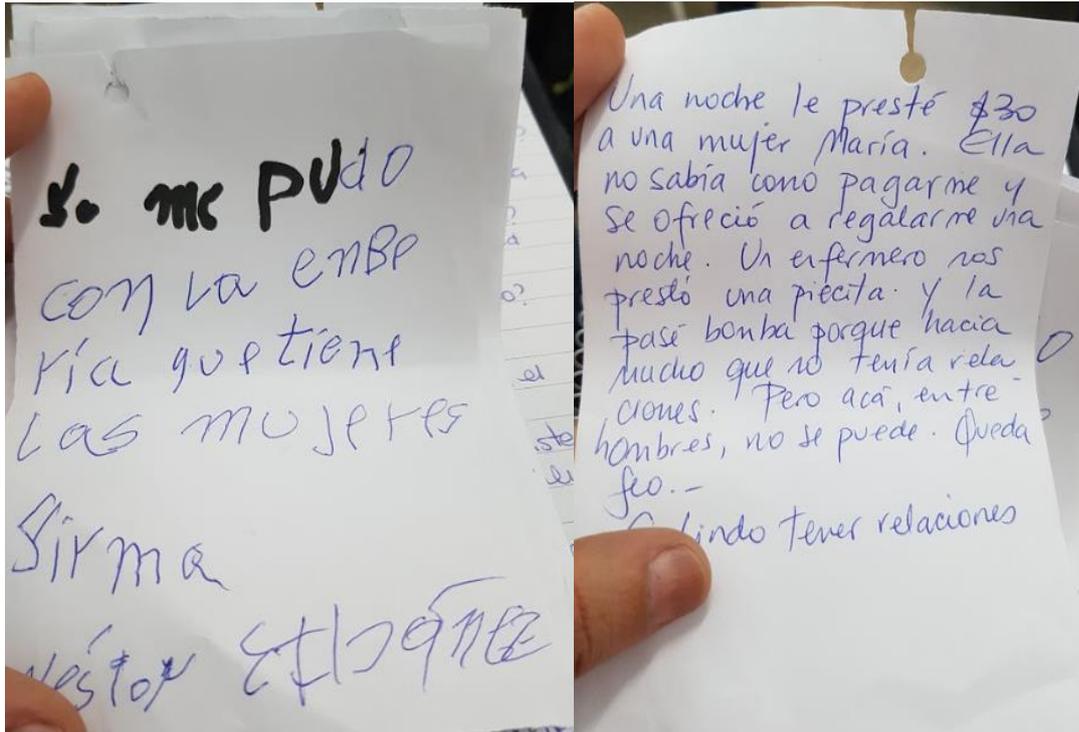
**Práctica Profesional Supervisada – Universidad Nacional de Quilmes:**  
*Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental*



*“Queda feo hacer el amor entre hombres. Es mariconeada. En la sala hay dos homosex.*

*La sexualidad es una cosa común porque el organismo tiene funciones. Si uno anda bien de mentalidad y metabolismo puede invitar a una chica. Y si hay acuerdo, se llega al hecho.*

*En la homosexualidad funcionan mal las hormonas. Es una enfermedad y para que te guste un hombre tenes que tener coraje. No podés meterte con alguien si no conoces a la persona. Y por las dudas tenes que usar condón”*



*“Una noche le presté \$30 a una mujer María. Ella no sabía cómo pagarme y se ofreció a regalarme una noche. Un enfermero nos prestó una picita. Y la pasé bomba porque hacía mucho que no tenía relaciones. Pero acá, entre hombres, no se puede. Queda feo. Es lindo tener relaciones”*

## **ENTREVISTA N° 2**

### **TRABAJADORA SOCIAL DEL HOSPITAL DR. ALEJANDRO KORN**

#### **Si querés para empezar contarnos tu rol dentro de la institución, qué haces por fuera de la Consejería**

Todo te cuento. Bueno, ahora soy Trabajadora Social interina, estoy esperando para el concurso. Trabajo tres días en la Sala Solanet que es una sala de hombres digamos de larga estancia porque son personas que ya pasaron servicio de atención en crisis, agudos, subagudos y llegaron a lo que se le dice rehabilitación como crónicos, entonces estoy en esa sala tres veces por semana. Un día en el servicio social que es los jueves, que es la demanda espontánea, osea lo que llegue y después los martes en la Consejería.

#### **¿Hace cuánto tiempo?**

En el Hospital desde el 2013, Junio del 2013 que ingresé como residente. Tres años de residencia, dos de estar en la Dirección de Salud mental y ahora hace tres meses, desde Julio en el Servicio Social, que es como mi dependencia. Más allá que esté trabajando en la sala 3 días , mi dependencia es el servicio social, dependo de acá.

#### **¿Tenes experiencia previa a la Consejería? Alguna vez tuviste participación en algún espacio en relación a la salud sexual?**

L: En realidad mi interés empieza en la residencia. Porque nosotros viste que la residencia es un programa en formación de servicio y teníamos rotaciones como específicas en distintos servicios o dispositivos del hospital. Yo roto por lo que le dicen Agudos Mujeres, y estoy cuatro meses y ahí empiezo a trabajar con varias situaciones de violencia de género. A mi ya era un tema que me interesaba pero nunca había trabajado y entonces a partir de ahí empecé a leer en mayor profundidad y después trabajé, también dentro de la residencia, hay acá cerca un hospital que se llama Ingenieros que tiene un centro de salud que es provincial. Todos los centros de salud acá son municipales, este es provincial y ahí trabajé en una Consejería pre y post aborto, ahí terminé de dar el cierre y me interesó. En la Consejería estuve trabajando seis meses y además hacemos talleres también de sensibilización en salud sexual o sexualidad integral dentro del barrio, porque lo que tiene ese centro de salud es que hace mucha actividad

barrial. Entonces dimos talleres en escuelas , en un comedor y también intentamos dar en un centro cultural que también hay copa de leche pero no nos dejaron. Fuimos a una escuela y un comedor de mujeres, bah... a la tarde había solo mujeres, que estuvo muy bueno porque salían experiencias cotidianas. Entonces a partir de ahí empecé a interesarme en el tema y después me voy a Italia, cuando vuelvo trabajo en una sala de mujeres que es crónico , ahí mucho no pude porque había como cuestiones previas a trabajar la cuestión de género y fue como que quedo el tema pendiente y estando en la dirección se me dio todo.

### **¿Qué importancia crees que tiene trabajar temas de género, salud sexual?**

Mira, en el hospital Romero y la mayoría de los hospitales la realidad es que la mayoría de las trabajadoras son mujeres. Si empezamos con enfermería el 90% son mujeres. Viven la mayoría de las trabajadoras situaciones de violencia que son invisibilizadas y que a su vez las reproducen en el trabajo cotidiano. Bueno, ya los médicos es como...otra. Ya en los médicos hay más paridad. Pero volvemos a trabajo social y psicología y somos el 90% mujeres. Es un tema que para mí no le damos importancia que le deberíamos dar, siendo la mayoría mujeres. Ya transitamos nuestra corporeidad de esa forma.

### **¿Cómo surge la consejería?**

Yo participo primero como integrante de la Dirección de Salud mental de la Comisión de Salud Sexual Libre de Violencias que participan distintos sectores como Programa del Ministerio de Salud, que se emana de la Mesa Judicial. Entonces desde ahí se empieza como a abordar la problemática de los abusos sexuales y yo empiezo como con un relevamiento de abusos, creo que desde 2016-2017 como se ve que había un problema no se si serio pero un problema que no sabíamos si estaba visibilizado digamos en su magnitud porque las denuncias están hechas en una parte mínima. Entonces ahí se empieza a pensar en hacer talleres de sensibilización a los trabajadores y trabajar el protocolo. El protocolo fue algo que quedó un poco trunco porque todavía no lo pudimos cerrar. De esos talleres que se hacen que fueron 3, en el último la idea era hacer algo con esa problemática y volvernos a juntar. Yo quedo como la que tiene la lista de mails y celulares, armó un grupo de whatsapp y nos empezamos a juntar, que fue en Octubre del año pasado. Nos empezamos a juntar y la mayoría eran ATs (Acompañantes terapéuticos). Menos algún que otra enfermera y un trabajador social. ¿Qué podíamos hacer? y pensábamos, si interveníamos con los usuarios, si intervenimos con los trabajadores, si interveníamos con la línea de los talleres. Empezamos

con la línea de los talleres a los trabajadores que no nos fue tan bien, porque era el tema con enfermería, cómo hacer para que participen. Y dijimos bueno, tenemos que pensar otra forma. Viene el verano y acá el verano es siempre como bastante. Disminuye toda la actividad. Dio la casualidad que me tomo bastantes vacaciones, después me operan, así que nos volvimos a ver a mitad de febrero. Ahí seguíamos con qué hacíamos, cómo nos organizábamos y estábamos ahí medio con muchas ideas pero como pensando una consejería pero no con todo el dispositivo, sino dijimos: “vamos a capacitarnos primero”. Empezamos a armar, ver qué otras capacitaciones se hacían en otros espacios, la mesa judicial nos ofrecía capacitaciones para darnos. Cuando se retoma la comisión de salud sexual nos dicen “ya están para formar el equipo de la Consejería” y yo les digo: “Uy no, bueno, los compañeros no están tan seguros, sienten que les faltan herramientas, que les falta capacitaciones, que no tienen mucha idea del marco legal”. Ahí nos dan algunas capacitaciones desde la misma Comisión y bueno, los compañeros siguen con un poco de miedo, y se los cita a la comisión. A todos los que éramos de la Consejería se lo cita a la Comisión de Salud Sexual. Ahí las abogadas, del programa de Salud Sexual de Provincia, les dicen: “Chicos, ustedes tienen todas las herramientas, todas las capacidades”.

Así nos dijeron, que pensemos en un nombre, que pensemos en armar la fundamentación, que la abogada del hospital nos podía ayudar, que participa en la Comisión y es una abogada muy piola. Después la abogada del CELS terminó de darle un cierre a lo que nosotros escribimos y después yo también desde la maestría empecé a escribir sobre el tema y ahí me puse a escribir y los objetivos nos costaron un poco y armamos el escrito. Y ahí se empezó a pensar desde la Comisión la fecha de presentación desde el hospital.

### **¿El equipo actualmente cómo está conformado?**

Somos siete personas: 1 enfermera, yo trabajadora social como coordinadora y el resto son 5 acompañantes terapéuticos. Seguimos tratando de incorporar gente, no lo hemos logrado. Entraron algunas psicólogas al hospital, que son piolas, con otra formación pero no hemos logrado... y veo que les pasa también, que nos pasa mucho, que estamos fragmentados en dos o varios espacios. Entonces comprometerse en otro más, nadie quiere. Pero lo bueno que desde el Hospital General ya está conformado un equipo de Consejería sobre salud sexual integral, que ya están escribiendo los fundamentos. Entonces lo que está bueno es que ya nos pidieron ideas desde la Dirección de cómo articularíamos.

Hoy nos pidieron que armemos como articularíamos entre las dos Consejerías porque sabemos que nosotros no haríamos atención a personas que NO tengan un padecimiento mental. Y hoy pensábamos justo que sería: A través de las capacitaciones, a través de esto que no sabemos como decirle ¿Efemérides? (se ríe) “El día de la mujer”; “El día de la lucha contra la violencia de género”, no sé. Esos días... Para el día de la salud mental no llegamos a hacer nada. Es el 10 de Octubre y no nos da el tiempo y las ideas ya. Venimos con un proceso medio de queme. Que después si quieres te cuento. Esas dos puntos son los que podríamos articular, y después a través de reuniones para ver como venimos. Nosotros no tenemos ningún médico, porque más allá que por ahora no nos ha tocado ninguna situación de alguien que quiera interrumpir un embarazo, pero bueno. No estamos exentos que pase.

### **¿Qué objetivos se puso la Consejería?**

En principio abordar la sexualidad de forma integral, teniendo una perspectiva de derecho y de género y trabajar articuladamente con los equipos. Nosotros no queremos que nos traigan el problema, sino que se pueda articular con los equipos y que se pueda hacer un trabajo en conjunto. Si nosotros empezamos a trabajar cuestiones relacionadas con el reconocimiento del cuerpo, la intimidad y desde la sala no se produce ninguna modificación, las prácticas siguen siendo las mismas: te baño en fila, te pones en pelotas y vas a la ducha. Estamos mal. El tema de la masturbación nosotros decimos: fijate, busca un lugar más o menos privado, que es muy difícil. El tema del baño, capaz si tiene cortina. Hay que pensar eso, si tiene cortina puedes ver mientras te bañas un espacio para vos, y desde las salas se trabaja totalmente. De lo contrario, hay una cuestión punitiva y vamos en sentidos distintos, entonces cómo poder articular. Y después tratar la sensibilización a los trabajadores, es un tema que lo tenemos como un objetivo, ya más secundario. El principal es con las personas internadas. Pero el otro igual lo tenemos porque debes en cuando sale esto del pedido, esta sala está muy heavy, si la pueden intervenir, si pueden pensar algunos talleres. Eso digamos, siempre surge.

### **¿Les van llegando las demandas?**

Si, si si. De hecho el otro día se me ocurrió una idea, que no se por qué (Se ríe). Cómo modificar la planilla de registro porque es muy difícil cuando viene un trabajador a hacer la demanda por un usuario. Entonces como lo reflejamos. Creo que encontré la forma de hacerlo. Porque si no en “consultante” tenes que poner el nombre del trabajador, y después

cuando haces el registro en la entrevista tenes que poner a la persona que está hablando. Entonces cómo poder modificar eso para que sea claro, pero eso lo vamos resolviendo.

**¿De qué manera se implementa el plan de acción propuesto por la Consejería? ¿Cómo funciona? ¿Qué actividades llevan adelante?**

Primero nuestra organización de equipo. Ósea, funcionamos 2 días a la semana. Martes y jueves. Y estamos con un problema de las reuniones de equipo porque eran los jueves y a mí los jueves me citaron acá. Entonces no estamos teniendo reuniones de equipo y yo estoy como un poco desesperada porque no podemos llevar a cabo las actividades que teníamos propuestas para este año, por eso, porque no estamos teniendo reuniones de equipo y porque estamos trabajando ahora de manera fragmentada. Lo de los talleres que teníamos para este año quedó totalmente trunco. Tenemos toda la planificación, todos los materiales, pero quedó trunco por dos razones:

*(Se interrumpe la entrevista. La llaman)*

Entonces, lo de los talleres quedó trunco. Por la situación: el contexto de la salud pública, en la Provincia, a Nivel Nacional, porque hubo muchos paros importantes y decidimos movilizar. Después, la situación personal de una compañera que la estuvimos acompañando. Una situación muy grave y decidimos suspender lo que teníamos. Una es ir a lo que era el ex programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de Nación. Antes era Programa, después fue Dirección y ahora no se sabe.

**¿Estas modificaciones cómo afectan?**

Nosotros a nivel Provincial no sabemos cómo nos afecta. Estamos, mordiéndonos los dientes porque no sabemos. Lo que ya está pasando desde antes que sea Secretaría es, en relación a la Salud Sexual, menos preservativos, menos pastillas, todo eso es menos. No hay entrega de folletería. Nosotros tenemos suerte, somos privilegiados, tenemos cajas y cajas de folletería porque la gente del ex programa nos tiene como, no sé si en un pedestal, la verdad le tenemos que agradecer. Y nos traen cajas con cosas que le quedaron de la gestión anterior. Nosotros tenemos el formato y todo de la gestión anterior. Ahora no hay un folleto, no hay nada. Vos ves y el diseño es todo de la gestión anterior, no hay nada anterior. Entonces nosotros eso es lo que repartimos y es como sobrevivimos, lo mismo las láminas, juegos todo, del kit de experiencias para armar que es del proyecto conjunto de salud nación y educación. Y nos

dijeron, es el último kit que tenemos. Lo idolatramos, porque sabemos que si se pierden esas láminas...es de calidad, digno para trabajar. Y después lo que estuvimos armando nosotros, del taller que quedó trunco son de nuestro bolsillo. Un compañero imprimió fotos, yo compre sobres y fibras, y afiches, todo nosotros. Porque no hay caja chica acá, o la caja chica no sé para qué se usa pero para esto no.

**¿Cuál crees que son las mayores problemáticas que afectan a los y las usuarias en relación a la Salud Sexual?**

Uff (se ríe). Muchas. Bueno, primero, a ver... No es lo mismo ser loca que loco. Primero acá ya hay una cuestión de género que es clara. Si empezamos por las mujeres, las mujeres fueron históricamente y hasta no te diría hace muchos años esterilizadas sin su voluntad. Poniéndoles inyectables o pastillas, sin su consentimiento. Y es algo que se ha trabajado desde la mesa judicial, como problemática. Por ejemplo, hay una usuaria que tiene no sé, 25 años. Y en el hospital de Gonnet cuando tuvo a su hijo le ligaron las trompas sin decirle nada, e hicieron un informe avalado por el juzgado que era para el bienestar de ella. Ósea, suprimiendo todos sus derechos y esa situación se está trabajando desde la Comisión pero bueno, está bastante difícil. Y después hay otras mujeres que bueno, dentro de sus pastillitas comunes por su problemática de salud mental está con anticonceptivas y bueno, no les explican nada. También con los controles ginecológicos, Tenemos como dos cuestiones de la salud sexual en mujeres. O no les hacen ninguno porque “*La mujer no coge*” o le hacen y las tratan como objeto “*abrí las piernas*” le hacen lo que le tienen que hacer y chau, u no se trabaja sobre qué implica hacer un control ginecológico, para qué te sirve, por qué es importante hacerlo, qué vamos a hacer, porque no es lo mismo decir “*mirá, te vamos a acostar en una camilla, boca arriba, vas a tener que abrir las piernas, te vamos a meter un elemento de plástico, te vamos a mirar...*” entonces, eso un poco se está trabajando desde el CAPER , que es el dispositivo desde donde se trabaja la Consejería pero desde Ginecología del Hospital es nefasto. Así que la mujer en relación a su cuerpo sufre las mayores vulneraciones. Después que es invisibilizada totalmente el tema del placer de las mujeres, por ejemplo la masturbación es uno. Parece que las mujeres no se tocan, no se quieren, no son novias, dos mujeres que están muy cerca las ven más como amigas que si son parejas o tienen un vínculo afectivo distinto que no puede ser, que nunca se ve que puede ser como...

### **Es una doble problemática ¿ no? Mujeres y locas.**

Yo todavía no lei, me lo debo. El libro que escribe Franca Basaglia, con otra autora. Es una edición mexicana. Te lo puedo pasar. Se llama “Locura Sociedad y Mujer”. Me dijeron que es recomendable. Y también tengo una Revista Chilena que es “Feminismo y Locura” que también, son dos cosas que tengo que empezar a leer porque hace mucho hincapié en que no es lo mismo ser “Loca” que “Loco” en la Institución. Y además nosotros tenemos la particularidad que es el único hospital en la Provincia de Buenos Aires que es mixto. Ósea si las salas, sala de mujer y sala de hombre. Es el único que es mixto. Después tenes el de Necochea: Hombre. Moyano en capital: Mujeres; Temperley Estevez: Mujeres; el Borda: Hombres...y así podemos seguir. Pero este es el único que compartís el mismo espacio hombres y mujeres. Y las mujeres dentro del manicomio tienen un trayecto más corto. El hombre acá ingresa en el Servicio de Atención en Crisis (SAC), Agudos Hombres, Subagudos Crónicos. La mujer ingresa por la guardia, como ingresan todos pero van directamente a Agudos Mujeres, no hay un servicio de atención en crisis para mujeres, lo cerraron. Lo creó una psicóloga acá, duro poco tiempo la experiencia acá que no sé porque y pasó directamente a Agudos Mujeres.

### **¿Y no se sabe por qué lo cerraron?**

Yo es una cosa que la tengo que ver a ella y preguntarle. Y dentro de Agudos Mujeres dicen que están las Crónicas y las Agudas, pero que conviven todas en un mismo espacio. Después de ahí no tenes subagudos, tenes directamente crónicos. Entonces vos haces un trayecto de dos tipos de salas: De un lugar donde vos tendrás que estar seis meses o un año, como máximo. A un lugar donde hay mujeres que están hace treinta años que están. Ese es el pasaje que tenes así “Pum a catapulta”. Los varones pasan por un montón de lados, van vienen y que vos sabes que cuanto más lejos te vas, menos es la atención que tenes. Porque en crónicos o rehabilitación hay menos profesionales, porque los psiquiatras prefieren estar siempre en Agudos o Subagudos, no quieren estar en crónicos porque supuestamente hay menos para hacer, supuestamente. Desde esa perspectiva que estamos hablando. Entonces hay un montón de salas... entonces las mujeres tienen sí muchísimos mas derechos vulnerados. Entre los varones esto es como más explícito. Qué se yo, cuando hay situaciones de abuso sexual y relaciones sexuales por intercambio de objetos es una práctica bastante frecuente. Cigarrillos, yerba, plata, una coca una pizza, es terrible porque no sabes cómo trabajarlo realmente. Tiene que ser un trabajo, repito, intenso de todo el equipo y todos comprometidos para el mismo

lado. Entonces es bastante, osea no es lo mismo que un varón hombre se meta en la cama de otro, que una mujer se meta en la cama de otra. Es como que se ve distinto. Cuando vos ves la situación entre varones es como que se está más alerta. Con las mujeres capaz no tanto, porque bueno parece que no le podría hacer nada, o si le hace algo no importa, total que le va a hacer? pero entre los varones deja marca, porque si hay una penetración anal HAY MARCA. Entonces después todo lo que implica...porque tenes que dar cuenta qué pasó. Entre dos mujeres no hay marca, entonces no tenes que dar cuenta... Entre los varones otra cuestión, que me llama mucho la atención, es el tema de la elección. Porque muchos se atajan diciendo “*Yo no soy puto*”, “*yo tengo relaciones con otros pero yo no soy puto*.”

Entonces a mí una de las cuestiones que ojalá algún día lo pueda problematizar con más herramientas es ¿Cuánto se puede elegir esa situación? ¿Cuánto no hay de elección? porque sabemos que el manicomio no elegís donde dormir, a qué hora comer, con quien estar, no elegís nada...estás y habitas el espacio como podes. Entonces yo me pregunto cuánto de eso se elige y forma parte del deseo de la persona y cuánto es el contexto que te lleva a.... y después qué pasa entre los espacios que se encuentran mujeres y varones. Hay espacios que a veces se encuentran. A veces me llama la atención que son pocos los que tienen novia, novio, sino que capaz que se elige lo que se tiene más cerca, y después viene este discurso cuando hay una situación que no está claro si hubo consentimiento o no.

### **Es un tema recurrente ¿no?**

Y.. nosotros empezamos a ver las herramientas legales que tenemos, son pocas. Después empezas bueno...las dos personas a escucharlas. Pero ni a veces eso te queda claro. Bah, nunca te va a quedar claro. Te da mucha duda. Es difícil la verdad ese tema, es uno de los temas que más nos atraviesa.

### **¿Qué herramientas utilizan hoy para poder determinar?**

Obviamente que es fundamental la palabra, conocer a la persona. Por eso nosotros volvemos a la articulación con los equipos. Nosotros todos trabajamos en distintas salas. Eso nos da como un paneo general interesante, pero vienen de muchas salas que no los conocemos. Ahí es fundamental poder articular con el equipo, sea a través de... si se puede generar una entrevista sería genial, si no la comunicación telefónica o nosotros nos acercamos a la sala. Porque otra no te queda. Después, que en una entrevista nunca lo vamos a poder determinar. Tiene que ser algo procesual, y viendo a ver qué indicios te da la persona, si ya había tenido una relación

anterior o no. Porque a veces también pasa que sí tienen relaciones sexuales pero en un momento cuando una dice “No” o “No quiero” entonces ahí volvemos al mismo tema. Estamos en un manicomio, todos estamos objetualizados y por qué la persona no va a objetualizar a otra, si es la dinámica que se da dentro de las salas. Entonces es difícil como romper esa lógica dentro de las mismas personas, ¿por qué sí él está loco yo no? también hay como un discurso que es difícil de romper y que obviamente no lo vamos a poder hacer en la consejería.

**Y en el caso de que determinen que hubo una relación no consentida ¿Cómo se procede?**

Se debería proceder de hacer la denuncia. En general la tendría que hacer el equipo de sala, el jefe, porque es lo que se acordó. Y que puedan tener ambas personas tratamiento psicológico sostenido o sino a través de la consejería, lo que elijan. Obvio, lo de la Consejería sabemos que es solo martes y jueves. Si tienen actividades martes y jueves y no pueden venir, pero bueno lo ideal sería que ambas partes y que no se proceda como se hace muchas veces a mover pieza, te saca de esta sala y te meto a otra. A veces pasa eso, que cambian a una persona de sala como si así se resolviera el problema, y si esa persona tiene como esas conductas de objetualizar el otro, a pesar que te digan que no...lo van a seguir haciendo en otra sala. Entonces, que esa práctica no se siga reproduciendo pero que son muy frecuentes. En lo que queda en la mayoría de los casos es eso, con la mejor de las suertes denuncia, en otras no, y cambio de sala. Lo único que se hace.

**¿Y después hay un seguimiento?**

No, nada. Lamentablemente no, no no. Por eso nosotros quisiéramos que haya más psicólogos en rehabilitación porque uno de los sectores que nos pasa eso.

**¿Existen médicos dentro de la Consejería?**

No

**¿Cuál crees que es la razón?**

Primero, la realidad es que en Rehabilitación (porque nosotros intervenimos ahí), estamos trabajando todos en Rehabilitación, no hay otro sector del hospital. Casi no hay médicos. Empezando por eso, casi no hay médicos. Los que conocemos vienen 4 veces a la semana,

entonces ya ahí , hay como una cuestión. En general trabajan menos horas que nosotros y cuando se los ha convocado siempre te dicen que en relación a las salas ya tienen bastante laburo y después hay otros que no quieren que estemos, obviamente, por cuestiones ideológicas (se ríe). Así que esos no. En rehabilitación si yo tuviese que ponerme a pensar, podría pensar en uno o dos, más no. Cada uno en su sala a full. Estaba la propuesta de una médica generalista del CAPER y que estaba trabajando en el Club Social que está en la Consejería del Hospital General, la idea que podría articular, y ser articuladora entre las dos Consejerías. La cuestión es que como ella también está con muchas cosas no se está pudiendo, pero ya la estamos convocando para que venga el 29/11 y ahora estamos viendo cuando nos juntemos a las actividades de planificación, capacitación, ella también puede estar y la tengamos como referente porque ella ha trabajado siempre en salud mental. Además ha trabajado en un Centro de día en La Plata. Es difícil. Pocos médicos quedan.

**¿Cuál es el rol que crees que tienen los profesionales de la salud respecto a éste tema?**

A ver, a mí... En principio las cuestiones que más me gusta como sostener es que la institución es muy aplastante, muy aplastante. Trabajar en sala es algo muy rutinario y que tener estos proyectos que sean colectivos y transversales en nuestro caso en Salud Sexual Integral, siempre te da aire y te da posibilidad de vincularse con otros dispositivos, con otras instituciones y ampliar también la mirada que tenemos sobre la persona, porque a veces el tema de la sexualidad queda como medio perdido, si es que no hay un problema, el problema de abuso sexual o embarazo, es como que lo puede haber. Entonces queda medio perdido en el trabajo cotidiano y más considerando que la población en el hospital está envejecida. La media más o menos es de 60 años en el Hospital, la media. Entonces acá el problema del embarazo no está porque la población va envejeciendo cada vez más , entonces ver a la persona en forma integral , tratando de tener esta perspectiva de derecho y género es un desafío importantísimo para todos los trabajadores y que literal te amplía la mirada sobre la otra persona y hasta puedes trabajar otras cuestiones, que no están directamente ligadas con la persona , que tiene que ver con la higiene pero que hace a la imagen , al cuerpo, a verte mejor y que te hace vincularse con otro y todo lo que genera.

Porque también es otra de las cuestiones del hospital es que están todos con la misma ropa, el cosito del hospital, no los dejan tener barba a los hombres, le hacen el mismo corte de pelo y que los que tienen algo distinto es porque ellos se han impuesto. Entonces también cómo poder trabajar eso, que hace también a una mirada integral de la persona y que a veces lo

perdemos por ser tan aplastante y que te institucionalizas muy rápido. Muy rápido. A veces eso me sorprende, y además vuelvo...la mayoría son mujeres trabajando. ¿Y que te pasa con la desnudez de un hombre? yo eso se lo pregunto a las enfermeras y a mí me llama la atención. Vos a veces llegas a la sala y hay un tipo en pelotas, a vos, mujer ¿Qué te pasa? Naturalizar a un tipo que está desnudo, con el pito colgando, yo digo... ¿No da trabajar la intimidad con esa persona? cambiarlo en otro lugar?

Si necesita ayuda, ayudarlo. No cambiarlo por él. Todas esas cuestiones que también hacen a la dignidad en la persona, ya ni hablamos de sexualidad, a la dignidad de la persona. Y que es tan difícil de cambiar porque enfermería tiene una cuestión tan rutinaria que las pocas enfermeras que pueden tener otra visión las comen, porque el sindicato este de mierda que tienen de salud pública es nefasto. Sindicato de Salud Pública tiene un poder impresionante en la Provincia de Buenos Aires, y en este hospital es uno de los bastiones. Entonces hacen un montón de cuestiones nefastas con los enfermeros, desde cambios de sala porque estás intentando hacer otra cosa buena, te cambian. Rompen equipos porque enfermería tenes todos los días 6 horas a la mañana y 6 horas a la tarde. Entonces a veces los cambian como figuritas, los pasan de turno, los pasan a la noche, los pasan 24 al fin de semana. Y también, vos capaz venias de laburar con una enfermera que te decía “ Quiero hacer un taller de no sé qué” y llegaste al otro día y ya no estaba más, y todas esas cuestiones también...

**- Es otro actor que opone resistencia..**

En enfermería yo diría actualmente que...no, en lo discursivo, porque ahí si los médicos...la mayoría jefes, desde sus jefaturas pueden. Pero enfermería, en la acción cotidiana que es lo que nosotros no controlamos, por eso estamos...Sí. Podemos estar porque venís a alguna actividad, pero quien está 24hs 365 días del año, sea feriado o 1ro de Enero, es enfermería. Entonces ahí ya tiene un poder que maneja que nosotros no. A veces yo me río, pero hay como una cuestión fordista (se ríe) para los trabajos. Que piensan que es más rápido, pero si vos trabajarías con la persona que obviamente el trabajo al principio va a ser más arduo, porque es ayudarte, decirte cómo te tenes que vestir, cómo te tenes que bañar, pero a la larga va a ser más beneficioso porque la persona va a saber. Se va a poder vestir sola, se va a poder bañar totalmente sola, qué cuidados tiene que tener, y listo. El ingreso de los A.Ts a planta, produjo como alguna...muchos enfermeros pensaron: “*Acá vienen quienes me van a sacar el trabajo*” o “*Mi competencia*”. Estuvo duro el ingreso. La siguen sufriendo los compañeros A.T eso. Hay una cuestión de “*¿Qué hacen ustedes?*”; “*Eso es trabajo de enfermería*”;

“¿ Por qué le cortaste el pelo?”. Capaz que a veces la persona te pide a vos porque te tiene más confianza o porque te va a cortar el pelo como quiere, entonces eso se ve muchísimo. Y después el: “Por qué tienen que salir tanto?”; “Por qué no están en la sala?”. Si están porque están, si no están porque no.

## **ENTREVISTA RESIDENTE 1**

### **¿ Qué posición ocupas dentro de la Institución? ¿Hace cuánto tiempo?**

Soy residente de primer año hace 5 meses y estoy en formación, asistencia y formación en servicios en Psiquiatría.

### **¿Cuáles son los problemas que más te preocupan con respecto a tu trabajo en el hospital?**

Bueno, la coyuntura esta que hay ahora, un cambio de paradigma en Salud Mental... que bueno estamos en el medio de ese cambio.

### **¿Lo consideras negativo o positivo el cambio?**

No, positivo pero bueno, es todo muy conflictivo diría, muchos obstáculos y cosas a resolver pero bien, me gusta el cambio básicamente.

### **¿Contas asistencia que te resulte de utilidad para realizar tu trabajo?**

Si, si si. Con residentes compañeros y compañeros de planta. Realmente me siento con todas las dudas de recién empezar la especialidad.

### **¿Qué actividad realizan los Acompañantes Terapéuticos trabajadores sociales? Te resulta de ayuda?**

Si, pasa que al empezar tan poco no se muy a fondo. Me parece fundamental. Todas las disciplinas que trabajan salud mental tienen un rol fundamental porque por ahí psiquiatría, psicología, están en el campo de la cuestión de la psicopatología, pero lo otro es ya más la reconstrucción social del sujeto y es fundamental, es...basicamente el gran objetivo de del tema de la salud mental.

### **Respecto a la salud de los internados, ¿ Qué es lo que más te preocupa?**

Viendo así como globalmente en el hospital tenemos una población de un nivel social recontra bajo, muy vulnerable, sin recursos a todo nivel, es todo una situación de salud compleja, recontra. Eso es para mí, lo que veo. A nivel de lo que es hospital público, la atención se hace lo que se puede con lo que tenemos

**¿Crees que faltan recursos?**

Si, definitivamente. Si, si. Si. Muchos.

**¿Reconoces que existen entonces problemáticas con respecto a eso?**

Si, definitivamente. Para articular las externaciones y que las internaciones sean cortas, la salida a la comunidad sea lo más rápida y de ña mejor manera si, falta un montón.

**En los últimos tiempos hay gente que propuso como tema importante la salud sexual y se está conformando una Consejería en Salud Sexual dentro del hospital ¿La conoces? ¿Crees que es importante?**

No estaba al tanto, pero sí. Me parece recontra importante, sí. Estando acá en el último tiempo veo por ahí que no hay intimidad de los internados, sí. Y también como parte de esta vuelta a la comunidad, como te venía diciendo, por ahí tiene una patología grave me parece muy importante, sí.

**¿Conoces los protocolos con respecto a salud sexual dentro del hospital?**

No, no estoy al tanto. Todavía no. No sabía de hecho el tema de la asesoría, me parece buenísimo, si está articulado con el CAPER. Bueno sí, sí, yo conocí a la gente del CAPER y me parece fabuloso como trabajan

## **ENTREVISTA RESIDENTE 2**

### **¿Qué posición ocupas dentro de la Institución y hace cuánto tiempo?**

(Se ríe) ¿Yo qué posición ocupo? Soy residente de cuarto año. Hace cuatro años que estoy acá en el hospital. Residente de psiquiatría.

### **¿Cuáles son los problemas que más te preocupan con respecto a tu trabajo acá adentro del hospital?**

Los problemas que más me preocupan.... Mmm (piensa). Quizás desde lo asistencial el poder abordar bien el paciente en todos sus aspectos. Digamos, para... Eso, básicamente. Sí, eso. El abordaje asistencial al paciente, integral.

### **¿A qué te referís con abordaje integral?**

Y... de todas las disciplinas, por ahí poder coordinar bien con todas las disciplinas, algunas no cumplen todos los días en el hospital, otras sí. Entonces como que es difícil coordinar, el problema básico, que tampoco es tanto problema pero bueno...

### **¿Contas con asistencia que te resulte de utilidad para realizar tu trabajo?**

Eh, sí. Hay. Es difícil coordinar, por la asistencia y los horarios. Pero sí.

### **Respecto a la salud de los internados ¿Cuál es la problemática que más te preocupa?**

Más que nada la salud del paciente no, sino la contención socio familiar que muchas veces no hay, una red de contención familiar que permita al paciente sostener el tratamiento a largo plazo.

### **¿Reconoces que existen problemáticas en el hospital ?**

Si, falta de insumos, falta de personal. Yo creo que faltan más psiquiatras para el abordaje de toda la cantidad, del pool de pacientes que asiste al hospital.

### **En los ultimos tiempos hay gente que propuso como tema importante dentro del hospital la salud sexual y se está conformando una Consejería. ¿Crees que es una problemática importante?**

R: Si, por el tema del control de la natalidad, básicamente. Eso muestra acarreado nada, todo lo que conlleva después el no controlar la natalidad. Si , está bueno, sobre todo en anticoncepción y todos los métodos de barrera que se puedan realizar, y la educación sexual porque muchos no están instruidos en eso.

**¿Conoces protocolos en materia de salud sexual dentro del hospital?**

Mmm...no. Eso es más del área de gineco-obstetricia, en psiquiatría no manejamos mucho eso. Derivamos y en caso de embarazo se deriva.

**¿Y ante un caso de abuso, por ejemplo?**

Eso sí... (piensa) vos tenes que notificar a la autoridad legal y se ocupan todos los peritos lo que fueran, (piensa) los que están formados para abordar ese tipo de problemáticas, pero digamos mucha idea tampoco tengo, ni experiencia.

**Bueno, muchas gracias.**

*(La entrevista tuvo momentos de incomodidad dado que el entrevistado se mostraba visiblemente apurado y desinteresado. Cuando se apaga el grabador - y se informa- acota:*

*“Por favor, vos que sos de eso de la consejería te pido que controlen los embarazos, la natalidad, porque sino se siguen reproduciendo”*)

**ENTREVISTA MÉDICA**

**¿Qué posición ocupas dentro de la institución?**

Mira soy jefa de sala de Sala Solanet, tiempo, hace mucho porque primero me dieron en forma interina, pero recién abrieron concursos en el 2013. Concurse legalmente. Eso significa que hay un decreto del Ministerio. Fueron muchos años sin concurso.

*(Se interrumpe la entrevista, tocan la puerta y ella grita - voz hastiada- : “No te puedo atender, por favor”)*

**Antes del decreto trabajabas en el hospital...**

Sí, yo fui residente. Desde el '84. Yo soy camada '84 - '87, después me fui unos años como becaria, porque en ese momento algo similar a lo que ocurre ahora. Estábamos precarizados, estuve 12 años digamos trabajando con lo que se llama “ Beca de post residente” entonces me fui a trabajar a atención primaria , fuera del hospital. En el '99 me aparece el nombramiento acá. No creía que iba a volver acá, pero bueno, vivía en La Plata y lo tomé.

### **Y ahora ya te estás yendo...**

Me estoy yendo sí. Me quiero ir a trabajar al privado. Público una vez que te jubilas no puedes trabajar en lugares que tengan relación de dependencia... solamente como monotributista, contratado.

### **¿Cuáles son los problemas que más te preocupan con respecto a tu trabajo dentro del hospital?**

Lo que más me preocupa es la falta de recursos, recursos económicos. Tenemos la gente con capacidad para hacer las cosas. En algunos casos sobrecalificadas pero nos preocupan los recursos económicos y me preocupa que las cosas si bien están bien planteadas...es decir, tenemos la gente capacitada para realizarlo, fallan en los objetivos justamente porque el recurso económico es escaso, el personal es escaso y todo a veces, todas las situaciones que se planifican se frustran, caen en la nada es por esta cuestión de recursos económicos. Yo creo que no escapa a la realidad general del momento.

### **¿Crees que ahora hay menos recursos que antes?**

Fue variable. Tuvimos un 2001 terrible donde digamos hubo bajo peso en pacientes por falta de comida. Tuvimos periodos donde nos faltaban los medicamentos, podemos llegar a tenerlo de vuelta. Pero bueno, es incierto. Esto dice lo generacional es importante marcar que bueno fue cambiando con el tiempo la modalidad el hospital. Antes era manicomio, se encerraban locos y asesinos. De hecho venían gente de los penales también. Eso fue ordenando un poco. Se trabaja en otro sentido, en base a la Ley de Salud Mental que bueno, da otro lugar otro panorama. En el caso de esta sala todo lo que fue...Los que tuvimos la posibilidad que se lo llevara su familia o que se fuera solo. Prácticamente ya está hecho. Quedan muy pocas personas que no necesitan asistencia para poder estar fuera de una institución, está por arriba del 10%.

**¿Hay externación entonces?**

Si no fallará algunas cosas... de recursos, habría un porcentaje no muy alto de personas que pudieran ser absolutamente autónomas fuera de la institución.

**¿Contas con asistencia que te resulte de utilidad para realizar tu trabajo? Qué rol tiene los TS, AT?**

Mira... A mí? Le sirve al usuario. Yo trabajé siempre sola en esta sala, el hecho que se haya incorporado gente es útil, las cosas salen más rápido. Cuanto más recurso humano mejor. Yo recuerdo en el tiempo que me fui de este hospital después de ser residente ninguna sala funcionaba. El jefe de sala, el subjefe de sala, 2 o 3 médicos de planta, algún Lic. en psicología. Todos estables en una sola sala. Y habitualmente eran docentes y funcionaban aulas donde se les daba clases a los alumnos. Imaginate de que complejidad venimos a lo que en este momento tenemos, no?

**Respecto a la salud de los usuarios ¿ Qué es lo que más te preocupa?**

Yo creo que estamos teniendo las mismas dificultades que tienen, por ejemplo PAMI, las obras sociales que son del Estado, donde se están recortando recursos y podríamos hacer una analogía con la medicina privada llamale OSDE contra PAMI, yo veo el mismo riesgo de la población del hospital que la población en general que una está mutualizada digamos como IOMA, una obra social del Estado que aquel que paga una obra social privada. No creo que sea mejor ni peor, tenemos las mismas dificultades. En este momento en el hospital un señor que necesita un prótesis de cadera, tenemos un traumatólogo, tenemos todos los recursos pero no podemos hacerlo en tiempo y forma porque fallan algunas de las cuestiones que tendrían que acompañar.

**¿Cómo cuáles?**

Como que el Ministerio no mande en forma las prótesis necesarias, como también es involuntariamente se obstruyó vía judicial porque bueno... En un momento hiciste un mal uso del dinero del paciente, entonces la retuvo, se retuvo en el poder judicial y ahora si bien este señor cuenta con dinero es muy difícil rescatárselo de su cuenta. Si cirugía pudiese esperar...pero no, no puede esperar. Porque tiene altísimo riesgo. Entonces eso genera en mí, un tema bastante candente. Hoy lo hablábamos con la T.S genera mucha frustración.

**En los últimos tiempos hay gente que propuso como tema importante la Salud Sexual y se está conformando una Consejería ¿Qué opinas? ¿Crees que es una problemática del hospital?**

Yo creo que es absolutamente necesario que se aborde este tema porque no podemos negar la sexualidad en las personas. La sexualidad existe lo que pasa que en este tipo de instituciones parece que tuviese que ser clandestina, estoy a favor que haya un dispositivo que se ocupe realmente de esto. Históricamente nos venimos ocupando sin protocolo, con lo que cada uno creía que estaba bien. Unificar criterios o un protocolo para trabajar en este sentido sería maravilloso.

**En este sentido, ¿Reconoces que existen problemáticas respecto a la salud sexual?**

Por supuesto, es una severa problemática. Porque bueno, la patología que tienen los pacientes y la modalidad de internación que tienen a veces, caen en situaciones de abuso. Más de las que uno cree (o de las que puede probar). Entonces sí, me preocupa.

**Y ante esos casos ¿ Existen protocolos?**

No hay protocolos pero si hay obligación si hay un abuso de denunciar. Y se hace la denuncia correspondiente, en la DDI. Me ha tocado. Después se toman algunas medidas como separar. Pero no es nada orgánico ni terapéutico, son decisiones más de corte penal, en inimputables que cuestiones de abordaje terapéutico. Por eso creo que este dispositivo si llega, logra objetivos y logra ser un protocolo con intervención, sería fantástico.

**¿Cuáles son los mayores desafíos dentro del hospital que crees que hay llevar adelante en materia de salud sexual?**

Que se logre crear este dispositivo y un protocolo para el abordaje. Que haya gente capacitada y recapitada, osea, que se capacite primero y luego capaciten al resto de la institución para tener conductas comunes, de procedimientos comunes y que no haya solo una consejería, sino que todos formemos parte del Consejo digamos. Un dispositivo está lejano al usuario, pero si esto es una cadena de capacitación llega al que tiene más presencia que es la enfermería básicamente. La capacitación es indispensable, sí. Lo ideal sería que ese dispositivo primario si se logra una política común, eso se vaya sumando y capacitando hasta llegar a la totalidad de la institución.

**¿Crees que es una problemática general del hospital?**

Yo creo que lo reconocen todos, todos los ven. Algunos lo niegan. Muchos lo niegan porque como no tienen los recursos para hacerse cargo dicen “y bueno”, miran para otro lado. Pero yo creo que eso forma parte de la preocupación. Es como decir “deja, es un nene no entiende” sí, un nene tiene un saber de lo que pasa a su alrededor.

**¿Conoces protocolos en materia de salud sexual?**

Los protocolos que se utilizan en atención primaria, digamos atención primaria de la población normal. Los programas de Salud Sexual que existen, prevención, entrega de anticonceptivos, entregas a población de HPV. Todo lo que hay digamos, programas operando en distintos ministerios que bueno están recortados “De la Secretaría de Salud de la Nación” Están recortadas vacunas, programas de prevención en la Pcia de Bs.As. Esto está en un contexto, es inevitable. De hecho los índices sociales embarazo precoz, muertes de embarazos, venían para atrás ahora parece que suben. Y supongo que bastante acotado en la Pcia de Bs.As.

**Bueno, muchas gracias. Eso fue todo.**

**RESIDENTE 3 Y 4**

**¿Qué posición ocupan dentro de la Institución? Hace cuánto tiempo?**

R: Residentes. Médicas residentes de Psiquiatría desde Junio. Osea cinco meses

**¿Cuáles son los problemas que más les preocupan con respecto al trabajo dentro del hospital?**

R1: Las condiciones (ambas). Las condiciones del hospital. Las condiciones del personal también. Las condiciones en que se tienen a los pacientes. Más que nada eso, las condiciones en las que están. La infraestructura, la comida que se les da a los pacientes. En el estado del abandono en que está el hospital

R1: Y que falte lugar para internar para aquellos que realmente lo necesitan. No hay camas

R: No hay camas, sí.

**¿Cuentan con asistencia que les resulte de utilidad para realizar su trabajo?**

R: Si, en realidad no necesitamos mucha complejidad porque es psiquiatría. Pero bueno (se ríe) necesitamos hablar y ya. Pero en general sí

**¿Qué rol cumplen los T.S , acompañantes terapéuticos , para llevar adelante las tareas? Les resulta de ayuda?**

R1: Para mi sí, en la guardia también te ayudan con pensiones si es que tienen pensiones, como derivar al paciente. Como referenciarlo a distintos lugares

R: Para seguir con un tratamiento, si.

**Respecto a la salud de los internados ¿Qué es lo que más les preocupa?**

R1: Las condiciones de abandono. El abandono del Estado con esos pacientes, están abandonados a la buena del médico que les toque que también van cambiando. Tienen ya un problema en cuanto a la contención de las familias y también en la contención social y también en la contención del Estado, que no se les brinda... es un abandono, viste? como son pacientes que están locos no cuentan, entonces se los deja abandonados y que sea lo que sea.

**En los ultimos tiempos hay gente que propuso com tema importante la salud sexual y se está conformando una Consejería en Salud Sexual y DDHH. ¿Qué opiniones tienen al respecto? Creen que es necesario.**

R: Si, sumamente necesario.

R1: Sumamente. Que no se le da tanta importancia o no se está haciendo directamente.

**¿Creen que es una problemática dentro del Hospital?**

R1: Si, obvio. Con las enfermedades, con todo.

R: Es una problemática con los pacientes y con los que puedan llegar a ser pacientes, más allá de la psiquiatría. Cualquier usuario del hospital pero también es un problema entre los profesionales. Porque hay una falta de entrenamiento para esas cosas, de cómo informar, como educar, como aconsejar, como contener, que para mí se nota muchísimo la falta de preparación de los profesionales también, por lo menos de los médicos, no? La falta de tacto.

R1: Como que no se planteó, no se llegó a plantear para mí. Falta eso. Para tomar la iniciativa y hacerlo.

**¿Conocen los protocolos en material del hospital?**

R: Si, algunos sí. Para los casos de abuso por ejemplo.

**¿Vos? (le pregunto a la otra residente)**

R1: No.

**ENTREVISTA MÉDICO**

*(La primer parte de la entrevista, lamentablemente, no llegó a grabarse)*

(...) En esa reunión de casi catarsis grupal en la cual se hablaba de todo, yo levanté la mano y pedí la palabra, para ver los dos temas que para mí - realmente- son los básicos. Básicos no son prioritarios, básicos no es otra cosa más que básico. Básico hago alusión a que si no tengo esto no puedo hablar de nada.

Todos a partir de una corriente nueva y que está buenísima y que yo la banco a full, la dignidad del paciente, del trabajador, la dignidad famosa. Genial. La banco a las piñas. Si vos no tenes asegurada la comida y la limpieza no podes hablar de nada. No se puede hablar de nada, porque todo cae en saco roto. Y yo estoy hace poco en el hospital, pero no puedo bancarme 30 años hablando de lo mismo. No me quiero bancar treinta años hablando de lo mismo.

No quiero yo tener (yo tengo 39) no quiero tener 65 años y decir *“Si yo me acuerdo en el 2018 cuando hablaba de los problemas de limpieza que todavía sigue...”* No. Entonces la sala está hoy, está limpia. Pero hay muchas veces en las que una llega y está toda cagada la sala. Osea, no se puede hablar de dignidad del paciente con la sala cagada por los pisos. Los pacientes meando en los esquineros.

Para eso hace falta un montón de cosas, para eso recursos humanos para laburar. Un montón de cosas que se hizo un documento importante, no acusando al personal de limpieza, sino acusando al Ministerio. La comida lo mismo, elaboramos un informe en la cual a nosotros (a mí el año pasado se me ahogaron tres personas acá) tres personas se ahogaron.

**¿Por el estado de la comida?**

Aparte del estado que eso es muy importante, la escasez es otra parte. Las albóndigas de carne, cuando venía carne, ahora viene siempre fideos apelmazados sin salsa, si viene, y con escaso volumen, pero cuando venían las albóndigas eran así (representa un pequeño tamaño). Pacientes con problemas de deglución propio de la medicación, con problemas de dentición, con problemas de no falta de modales sino falta de costumbres por la institucionalización, con cubiertos de plástico y el hambre voraz atenta contra la salud a niveles estratosféricos porque los tipos comen como pueden. Entonces estos problemas para mí son los fundamentales hoy. Una vez que está hecho eso seguimos con todos los demás. ¿Cuáles son los demás? Problemas de Recursos Humanos por ejemplo. Yo estoy solo acá en la sala. Tengo a Andrea que es una Trabajadora Social que viene y le pone toda la onda, pero viene también a la mitad del tiempo porque compartimos sala. Entonces, no está acá.

**¿No contas con asistencia que te facilite el trabajo?**

No. No. Escasa. Muy escaso. Muy bajo, por debajo de lo mínimamente pretendible. Para sacar a un paciente de este lugar hace falta mucho laburo, mucho laburo porque hay un montón de obstáculos. Obstáculos sociales, económicos, propios de la institucionalización, propios de la medicalización, propio de un montón de lugares. Yo el año pasado tardamos seis meses en externar a un paciente. Y todavía estamos con un paciente que lo derivamos porque era un peligro para la sala esta, que de hecho es uno de los informes que hicimos brutales. Fuimos a incendiar el juzgado pidiendo, diciéndole en la conclusión: *“Si el paciente se queda acá, se muere” ¿sí?*

Le dijimos así. Por un montón de argumentos. Logramos por fin que se vaya a lo de la familia en Junio. Estamos en Octubre. Todavía no se pudo externar. Teniendo PAMI. ¿Por qué? Trabas burocráticas. No me aceptan la medicación, que pim que pam y el paciente está pululando en la casa como bola sin manija.

**¿Cuáles son los problemas que más te preocupan con respecto a la salud de los internados?**

Y mira, sacando lo básico que te repito es la limpieza y la comida que es más que fundamental, uno de los temas que más nos hemos visto comprometidos es que a veces no

hay medicación. Ahora se reguló un poquito pero hubo momentos en que no había medicación y eso es peligroso.

**¿Y cómo lo resolvías?**

Y cambiando... por ejemplo: Una vez llamamos a la farmacia y no había Clozapina. La Clozapina es un antipsicótico muy delicado para usar, es muy efectivo pero tiene efectos adversos muy peligrosos. Con lo cual no se pueden hacer malabares con esa medicación. Entonces avisaron que no había más. No había. Hicimos malabares con otra medicación, poniéndole otro antipsicótico parecido, que no es lo mismo porque hay una propiedad en los medicamentos que se llama “la vida media”, en los medicamentos cuánto tarda en hacer efecto. Viste que los antibióticos tenes que tomarlos cada una hora en especial, para que eso? Para llegar después de tres, cuatro días a un nivel de equilibrio en el cual lo incorporado sea igual a lo eliminado. Entonces te queda siempre en un rango terapéutico, eso es la vida media. La Clozapina no es igual a la vida media de la otra que le pusimos. Entonces, yo saco de golpe la Clozapina, incorporo otra nueva, se me desbalancea y puedo tener un paciente con días sin medicación. Y no hay nada más peligroso para una descompensación que cortar de golpe el medicamento. Eso es una cosa, hay un montón de otros tipos de variable a nivel salud que hacen más la dinámica propia del conocimiento.

**En los últimos tiempos hay gente que propuso como tema importante la salud sexual y se está conformando una consejería ¿Qué opinas al respecto?**

Genial, genial. Si, fundamental porque hasta hace unos años se creía que cualquier conducta sexual de un paciente era porque estaba descompensado, estaba loco, algo le pasaba, un impulso que era pasible de medicar. Lo cual eso, la conclusión es que se deshumanizaba la conducta que es normal, es humana. Bueno, por suerte ahora con todas estas movidas se está como aflojando, se está cambiando un par de paradigmas importantes y crucial. Crucial. Consentido, halamos no? Porque también como todo lugar de encierro hay unas cosas que son consentidas y otras no tanto. Y el no tanto significa una actividad sexual no violentada, no por la fuerza, pero con amenazas y también por la fuerza, porque hemos tenido. Ha habido, hay varias parejitas pero uno de los chicos por lo general es el que siempre tiene relaciones consentidas pero un par de veces no, y bueno en ese caso se hizo la denuncia en la comisaría. Una vez más, saco roto. Pero se hizo, que se yo.

**¿Y cuáles crees que son los mayores desafíos dentro del hospital en materia de salud sexual?**

Creo que el primer desafío tiene que ser a que las personas acá internadas puedan vivir su sexualidad sin ningún tipo de culpa, miedo, de cosa culposa. Viviendo la sexualidad como tiene que ser, respetada y respetable. Ese es el primer desafío me parece, que todavía la institución misma atenta contra eso. Por ejemplo en los espacios. No hay espacios. Yo acá tengo una sala que somos 30 pacientes, hay cinco pabellones de 10 camas cada uno. Que privacidad hay? Ahora, si vos quieres una orgía de 20 contra 20 bárbaro, bárbaro, bárbaro. Pero el tipo que no quiere, no puede. Fundamental. Aparte de proveer los conocimientos, los elementos para prevenir cualquier tipo de transmisión y capacitar al personal. Y que el personal también se capacite, porque no puede esperar siempre de afuera que venga la capacitación. Tenes que mover algo vos para salir a buscar información.

**¿Conoces los protocolos dentro del hospital en materia de salud sexual?**

M: Me estoy metiendo de a poco. Sí. Me estoy informando, estamos en reuniones, ahora se cortaron por un par de cositas, pero sí. sí sí.

**EXTRACTO DE ENTREVISTA MÉDICO**

*“No está bien definir que la función del SAC es dar altas. SAC es servicio de atención en crisis. Es como la terapia intensiva del manicomio. De la terapia intensiva se lo pasa a la sala general y después se le da el alta. Las mujeres, por alguna razón que nadie sabe cual, no tienen SAC. Entran derecho a mujeres. Creo que es porque antes había más cantidad de pacientes hombres que mujeres, y se creó ese servicio extra.*

*Hubo un momento que la mayor cantidad de pacientes eran hombres y se abrió ese dispositivo extra, y ahora es un rezago del pasado (...) El SAC aloja al paciente hiperagudo. Es cuando el momento psicopatológico está más florido. El momento de mayor productividad psicótica. Desentendidos del espacio que ocupan, ajenos a nociones del tiempo, etc (...) Ahora, si luego de estabilizado el paciente, se logra también que ceda el riesgo y además ese paciente tiene una familia continente que lo asista, con mucho gusto se le da el alta.”*

## **Práctica Profesional Supervisada – Universidad Nacional de Quilmes:**

*Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental*

*“Subagudos son los pacientes que teniendo una patología crónica tienen reagudizaciones periódicas (...) Hay pacientes que hace más de dos años están en el SAC, que son crónicos pero que siguen en el SAC porque los jefes de otras salas no los aceptan. En agudos también hay pacientes crónicos, pero si tienen historial de consumo de sustancias no son aceptados ni en crónicos ni en subagudos. En subagudos TODOS los pacientes son crónicos, y no hay diferencia. El jefe de cada sala decide si acepta o no acepta al paciente (...) entonces el jefe de agudos puede no aceptar al del SAC y el del SAC queda cuello de botella ahí trabado. A su vez, los de subagudos pueden no aceptar a los de agudos. Y lo de subagudos no pasan a crónicos porque subagudos son hoy en día todos crónicos y esa es una distinción de antaño cuando funcionaba bien. Lo más cómico es que hoy en día todos - resalta enfáticamente - los pacientes tienen consumo de sustancia, entonces el de agudos no puede pasar de subagudos a nadie. Y, por otra parte, agudos aloja en forma crónica a personas que no tienen criterio de internación, como por ejemplo a los retrasos mentales, porque al no existir hogares no tienen donde mandarlos(...) El jefe de SAC es el jefe de guardia de cada día, esa es la diferencia del SAC con otras salas, que tienen un rey único, el SAC no(...) Pero tiene algunas explicaciones, en la sala dicen que no tienen recursos para tratar adicciones; y bajo eso es que rechazan al paciente. Lo cual es parcial...porque no toda persona que consumió es adicta. En teoría no se interna ningún cuadro puro de adicciones, pero si la adicción gatilla una patología psiquiátrica, la guardia lo interna(...) pero después el de la sala dice que no es cuadro psiquiátrico, es cuadro de adicción, que requiere otro tipo de tratamiento, y que habría que mandarlo a una granja en todo caso, o que siga tratamiento ambulatorio(...) pero eso no puede pasar si se le da el alta y se piensa en un tratamiento ambulatorio, porque un paciente internado por adicción durante un mes después lo pateas y lo seguís una vez por mes en consultorio. Es el fracaso seguro. Y vuelve a recurrir el cuadro psiquiátrico a su vez (...) como que está la cáscara pero está vaciado por dentro en contenido (en referencia a los usuarios) y los recursos son cada vez menos además, es parte de la desmanicomialización. La internación es fundamental, tanto en SAC como en agudos. Ahí hace falta mucha plata. Lo que hay que evitar es la cronificación ” (Entrevista médico psiquiatra del Hospital Dr. Alejandro Korn)*

## **Anexo IV: Propuesta**

El siguiente folleto fue creado exclusivamente para la Consejería en Salud Sexual y Derechos Humanos del Hospital Dr. Alejandro Korn. Con esta propuesta se pretende mejorar los canales de difusión, aspirando a generar un mayor acercamiento y participación de los profesionales al dispositivo.



## ¿QUÉ ES LA CONSEJERÍA?

Es un espacio de encuentro entre profesionales del equipo de salud y personas usuarias de sistema de salud. Nuestro objetivo es fortalecer la autonomía de las personas para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y reproductiva lo más libre, consciente e informada posible, teniendo en cuenta su singularidad, la diversidad sexual, las condiciones de vida y sus características socio-culturales.



## ¿PARA QUÉ SIRVE?

La consejería es un espacio de asesoramiento personalizado destinada a trabajadores/as de la salud y usuarios de servicios de **Salud Mental del Hospital Dr. Alejandro Korn**.

---

**Dentro de este espacio de consulta abordamos diversas problemáticas en torno a:**

- ➔ MÉTODOS DE PROTECCIÓN SEXUAL
- ➔ PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
- ➔ RECURSOS DE CUIDADO PARA EL EJERCICIO DE UNA SEXUALIDAD LIBRE Y PLENA.
- ➔ REFLEXIONES EN TORNO A LAS RELACIONES DE GÉNERO Y POSIBILIDADES DE ELEGIR.
- ➔ NEGOCIACIÓN DEL USO DE PRESERVATIVOS COMO ESTRATEGIA PREVENTIVA.
- ➔ SITUACIONES DE VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS EN RELACIÓN A SUS VÍNCULOS.

**Práctica Profesional Supervisada – Universidad Nacional de Quilmes:**  
*Aportes para un abordaje de la sexualidad en el campo de la salud mental*



# CONTACTO

Te invitamos a participar de un espacio de escucha y consulta sobre tus derechos en salud sexual y reproductiva.

---

			
<b>Días:</b> Martes y Jueves	<b>Horario:</b> 9:00 a 11:00hs	<b>Lugar:</b> Club Social	<b>Hospital</b> <b>Dr. Alejandro Korn</b>