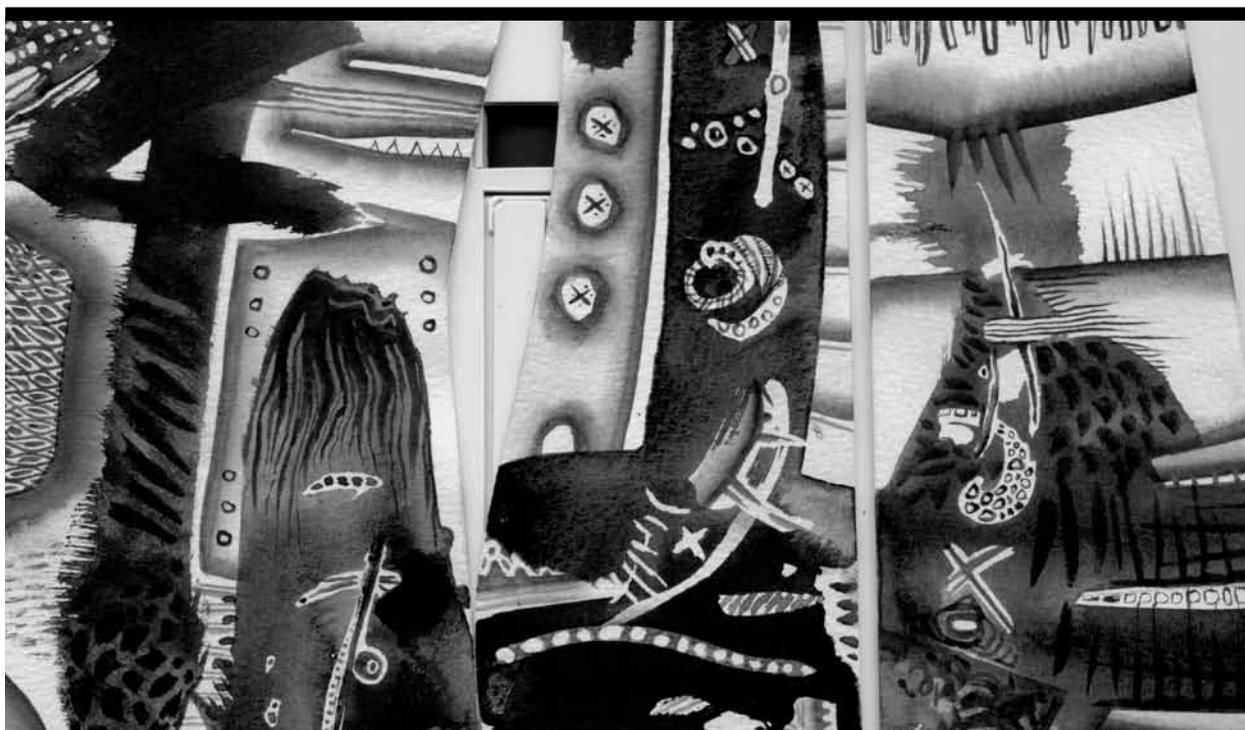


# Del hospital psiquiátrico a la atención en salud mental comunitaria



*María Cecilia López Santi*

*Directora Asociada de Psiquiatría y Psicología Médica del Hospital Interzonal Neuropsiquiátrico Especializado Dr. Alejandro Korn. Maestranda en Salud Mental Comunitaria UNLA*

## Resumen

En el contexto de la salud mental comunitaria se desarrollan, en los últimos años, diferentes experiencias de desinstitucionalización de personas con trastorno mental severo (TMS) alojadas en hospitales psiquiátricos de la Argentina. El presente trabajo se aproxima a la situación actual de los procesos de reforma en la Provincia de Buenos Aires, a partir de la descripción de la transformación que desarrolla, en tal sentido, el Hospital Neuropsiquiátrico Dr. A. Korn, de la Ciudad de la Plata. Podemos observar de que forma se trasladan los recursos del modelo asilar hacia un modelo comunitario.

Los dispositivos comunitarios, en primer lugar, proporcionan a las personas desinstitucionalizadas un lugar donde se aloja la palabra,

aportan a la reconstrucción de la historia, a la recuperación de derechos, al restablecimiento del lazo social y a la posibilidad de sostener un proyecto extramuros. En segundo lugar, dichos dispositivos, se abren al trabajo con la comunidad proporcionando espacios de encuentro y co-participación en la construcción de un nuevo modelo de atención.

**Palabras clave:** Desinstitucionalización. Reforma. Salud Mental. Comunitario

## Abstract

In the context of community mental health different experiences of deinstitutionalization of people with severe mental disorder (SMD) admitted in psychiatric hospitals in Argentina have been developed in the last years. This stu-

dy approaches the present situation of reform processes in the Province of Buenos Aires, on the basis of a description of the transformation being developed in this respect by the Dr. Alejandro Korn Neuropsychiatric Hospital in the city of La Plata. We can observe how the asylum model resources are transferred towards a community model. Community devices firstly provide deinstitutionalized people with a place for the word, contribute to the reconstruction of the history, to the regaining of rights, to the reestablishment of social ties and to the possibility of running an extramural project. Secondly, those devices open up to community work providing meeting spaces and co-participation in the construction of a new assistance model.

**Key words:** Deinstitutionalization. Reform. Mental Health. Community.

## Introducción

Las instituciones totales (Goffman, 2004) tienen aún hoy un papel protagónico en el momento de albergar a aquellos que la sociedad considera por fuera de ella, los extra numerarios, a los cuales las políticas de estado no contemplan en la complejidad del problema. Los locos, los pobres, los marginales, los adictos y los ancianos forman parte del colectivo social que ocupa las instituciones totales. Estas personas integran la población asilar y ven cercado su futuro por una confluencia de factores que los llevan a la pérdida del lazo social y la participación de diferentes estamentos del estado que no responden a las necesidades de la población usuaria.

A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en el año 2010 –Ley N ° 26.657– las instituciones psiquiátricas se ven compelidas a participar en un proceso de reforma. La Ley señala que todas las personas usuarias de servicios de salud mental tienen derecho a acceder de modo gratuito, igualitario y equitativo

a la atención en salud mental. La atención debe desarrollarse preferentemente fuera del ámbito de internación, en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial. Para ser más específicos, señala la prohibición de nuevas Instituciones Psiquiátricas de tipo asilar y el cierre progresivo de las ya existentes. Por lo expuesto, las llamadas instituciones totales deben resolver de qué manera desinstitucionalizan a las personas que viven allí hace años. Sujetos que han perdido las redes sociales, por tanto han quedado fuera del mercado productivo y de intercambio, que ven suspendidos sus derechos por procesos de insanía e inhabilitación y alejados de sus familiares y amigos. Una población asilar suspendida en un sin sentido a la cual se le ha sustraído su historia, su presente y su futuro. Forman parte de una gran masa humana, sobre la cual, como señaláramos, muchos poderes del estado intervienen –Poder Judicial, Ministerio de Salud, Ministerios de Desarrollo Social, Educación pero pocos pueden dar cuenta de ellos como sujetos de derecho (Galende, 2006).

La atención de la salud mental en comunidad representa un aporte imprescindible en la resolución de la demanda del usuario y su familia, la cual no puede ser resuelta por una atención centrada en la institucionalización, que ha demostrado ampliamente su fracaso a lo largo de los años. Los diferentes dispositivos comunitarios permiten un piso a partir del cual las personas con Trastorno Mental Severo (TMS) ven resueltas sus necesidades básicas - vivienda, trabajo, salud, un ingreso adecuado a las necesidades, educación - y facilitan la conformación de nuevas redes sociales. La conformación de dichas redes ofrece el escenario apropiado para el desarrollo de la persona en comunidad. Este sistema de atención en salud mental en comunidad es sin duda, para las personas con TMS, un cambio significativo en cuanto a la calidad de vida y la autodeterminación (OPS, 1990; Saraceno, 2003).

## El desarrollo de la atención en salud mental comunitaria

---

La construcción del campo de la salud mental da origen a nuevas prácticas y nuevas disciplinas. Éstas dan cuenta del escenario complejo que plantea la desmanicomialización y la atención en comunidad de las personas con sufrimiento mental (Galende 1998).

La Declaración de Caracas (OMS 1990) estableció la reestructuración de la atención psiquiátrica a través de una serie de ejes prioritarios que hasta la actualidad marcan el rumbo a seguir en un proceso de reforma. Esta posición, que supone el traslado a la comunidad de los servicios, implica necesariamente la desintitucionalización. Representa entonces, una transferencia de cuidados desde el hospital neuropsiquiátrico a la comunidad.

El desarrollo de la atención en salud mental comunitaria en América Latina, según los datos aportados por el Proyecto Atlas (OMS 2001), se implementó de manera insuficiente dada la coexisten en el sistema de salud de dispositivos comunitarios y asilares, la orientación de los servicios disponibles es inadecuada y la calidad de la atención, deficitaria.

Las reformas realizadas en Argentina avanzaron en la creación de servicios de salud mental en hospitales generales -con o sin camas de internación-, en la conformación de equipos interdisciplinarios, el trabajo intersectorial y la inclusión de la palabra como instrumento de recuperación del lazo social. Además, la apertura comunitaria significó la presencia de nuevos dispositivos tales como centros de salud mental

comunitarios, hospitales de día, programas residenciales y ocupacionales.

Río Negro es la primera provincia que en el año 1983 inicia un proceso de reforma, que incluye al Neuropsiquiátrico de la ciudad de Allen: en octubre de 1988 se decide su cierre y, en septiembre de 1991, se sanciona la Ley 2440 de Promoción sanitaria y social de las personas

que padecen sufrimiento mental. Se concreta la externación de 100 pacientes alojados en el neuropsiquiátrico, se crearon equipos de salud mental en hospitales generales y estructuras intermedias como hogares de tránsito y casas de medio camino.

En la Provincia de Buenos Aires, en particular, aún existen tres neuropsiquiátricos, el Hospital Dr. Domingo Cabred, el Hospital Estévez y el Hospital Dr. A. Korn. Puede observarse en cada uno de ellos el traspaso de recursos del sistema asilar al sistema comunitario.

El traspaso de un modelo asilar al comunitario nos enfrenta a nuevos desafíos, uno de ellos es la forma que tienen en los dispositivos de atención comunitaria de resolver las demandas originadas en las necesidades de las personas desinstitucionalizadas de hospitales psiquiátricos, habida cuenta de la complejidad de la consulta y las respuestas de los sistemas de atención, considerando las dificultades que suele presentar la transferencia de servicios y recursos.

En un estudio realizado sobre la Atención en redes de salud mental basado en la eficacia del modelo asistencial, M. Do Amaral (1997) revisa la implementación de las políticas de salud en la red básica del Municipio de Campinas en Brasil. Este trabajo estudia la relación entre la capacidad de cuidados de los servicios comunitarios

---

**A** partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en el año 2010, las instituciones psiquiátricas se ven compelidas a participar en un proceso de reforma.

---

y su contribución a la mejora de las condiciones de vida de las personas con sufrimiento mental. Un indicador importante, que toma dicho estudio, es la eficacia de un servicio en relación a su índice de reingreso hospitalario, que va asociado a la continuidad y adhesión al tratamiento. Consideran que la “suspensión del tratamiento”, por parte de la persona asistida, es el resultado de la fractura que se produce en el vínculo entre éste y el equipo de salud.

De la mano de las necesidades de los usuarios es ineludible plantearnos el concepto de calidad de vida. Hay aspectos ampliamente valorados de la vida que, por lo general, no se consideran como salud, tales como ingresos, libertad y apoyo social. En el campo de la salud mental, el concepto de “calidad de vida” solo cobra sentido si se lo asocia a estos factores. La falta de recurso económico, la ausencia de autonomía y el escaso apoyo social ubican al sujeto en la marginalidad social. (Sartorius y otros 2000)

Por último, el concepto de gravedad es muy importante en el campo de la gestión y planificación sanitaria. Más aún, en el caso específico de la salud mental, esto se vuelve relevante, dado que la utilización del recurso que se le ofrece al usuario dependerá del nivel de simbolización alcanzado sobre lo que le acontece. Sobre esta base se superpone la experiencia traumática de la hospitalización prolongada.

## La transformación de la Institución Psiquiátrica

---

Los movimientos de reforma tomaron como uno de sus principales propósitos la transformación de las instituciones asilares. Como forma de aproximarnos a la complejidad de tal propósito, tomaremos la experiencia del Hospital Dr. A. Korn.

En el siguiente apartado se tratará, en primer lugar, una breve reseña sobre el Hospital Dr.

A. Korn y, en segundo lugar, la descripción del traspaso de recursos hacia el sistema comunitario a partir de la creación de sus diferentes dispositivos.

El Hospital Neuropsiquiátrico Dr. A. Korn fue inaugurado el 23 de abril de 1884 bajo el nombre de “Melchor Romero”. El Hospital tenía como misión “*atender a los pobres de solemnidad, sean hombres, mujeres o niños, atacados de enfermedades comunes o de demencia*”.

El 5 de noviembre de 1883 en un informe al Sr. Ministro de Gobierno, donde realiza una descripción del proyecto final, se recomendaba “*la creación de una sala para 32 pacientes y dos más proyectadas que se edificarán cuando sean necesarias, una sala de mujeres con 22 camas, una de niños con 10. El departamento de dementes será repartido así, para dementes tranquilos 25 camas, para los agitados 16 y un departamento completamente separado del anterior para mujeres con 16 camas*”.

Además señala el documento: “*en nuestro clima y dada la situación del hospital alejado de la población, sin temor se podrán alojar en caso necesario, hasta cuarenta enfermos en cada pabellón [...] convendría que todas estas construcciones que abarcan una superficie de una manzana y media sean encerrados con un cerco provisorio*”.

El paisaje hospitalario se transforma con el tiempo en grandes extensiones de tierra surcadas por caminos precarios a cuyos lados se disponían los pabellones cercados. En los años 80 la población total del hospital llegó a 2800 personas alojadas en los diferentes servicios de corta, mediana y larga estancia. El Hospital se compromete en un proceso de reforma, ya iniciado una década atrás e interrumpido por los acontecimientos políticos del país, que se plasma en 1987 con la creación del primer Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC) al cual se denominó Casa de Pre Alta.

Durante estos años diferentes dispositivos y proyectos se han implementado en el Hospi-

tal, desde una transversalidad que aporta a salir del funcionamiento estanco, fragmentado y des-subjetivante propio de la institución manicomial. Parados frente al escenario de la institución manicomial, podemos observar como cada persona se sitúa en ella de forma diferente. Durante la vida hospitalaria la capacidad de hacer lazo coloca a la persona con trastorno mental grave en el posible camino a la desinstitucionalización. Esto marca la diferencia con respecto a las personas que son des-subjetivadas por la institución, pasando a ser parte de la gran población estable y de difícil abordaje.

En la actualidad el número total de camas es de 940, lo cual significa una reducción del 67 % de la población, esto ha permitido cerrar en los últimos 20 años 11 salas de larga estancia. Es de resaltar que la reducción de camas se produjo en el sector de larga estancia, donde se busca priorizar el bajar la cantidad de camas por sala al cierre de las mismas. Hasta no hace muchos años había 70 o más personas por sala de larga estancia, en la actualidad oscilan entre 24 y 50 de acuerdo a las características de la población.

El CSMC “Casa de Pre Alta”, en sus inicios se proyecta con el fin de alojar personas con TMS externadas del hospital -el centro disponía de 20 camas para pacientes varones- los aspirantes eran incluidos en un Programa de rehabilitación, externación y seguimiento comunitario, en pleno acuerdo con los procesos de reforma en salud mental que se daban en otros países. De esta forma la Institución iniciaba la transferencia de recursos del hospital psiquiátrico a la comunidad. El nuevo dispositivo se sitúa en la zona

céntrica de la Ciudad de La Plata, a 12 km del Hospital, lo cual favorece el proceso de desinstitucionalización por disponer de mayores oportunidades de participar de actividades culturales, búsqueda de trabajo, lugares de residencia, actividades recreativas, etc.

El nuevo CSMC sale de la lógica manicomial centrada en la figura del psiquiatra y toma en cambio el trabajo interdisciplinario e interinstitucional como nuevo paradigma. El trabajo se realiza con la inclusión de los usuarios quienes participan activamente de la propuesta.

En el CSMC se implementa una nueva modalidad de trabajo: talleres artísticos y productivos, se desarrollaron dispositivos grupales, asambleas e intervenciones realizadas tanto en sede como en la comunidad. Se le da prioridad al seguimiento comunitario y la adhesión al tratamiento. De forma conjunta entre el usuario y el equipo interdisciplinario se elabora un

plan personalizado de rehabilitación que es flexible, lo que implica que si las necesidades del individuo varían, tanto el equipo como los apoyos disponibles se adecuan a las nuevas necesidades. Al abordar una patología de evolución crónica, el plan debe acompañar los diferentes momentos vitales del usuario. La persona desinstitucionalizada recupera el poder de decidir sobre su vida y sus proyectos. Entran en el mundo laboral, de la educación, social, forman nuevas parejas, establecen nuevos vínculos y también tienen otro tipo de pérdidas y sufrimientos propios de la vida en sociedad. De esto surge que la necesidad de apoyos varía de acuerdo a los acontecimientos que los atraviesan.

---

**E**n la actualidad el número total de camas es de 940, lo cual significa una reducción del 67 % de la población, esto ha permitido cerrar en los últimos 20 años 11 salas de larga estancia.

---

El conocimiento más profundo de la problemática de la persona con padecimiento psicótico, la incorporación de nuevos fármacos, la planificación y evaluación de las intervenciones plantean nuevos desafíos. Durante el análisis del Caso se determina no solo los déficit motores, cognitivos, relacionales y simbólicos, sino también las habilidades y competencias. En el proceso diagnóstico y terapéutico se considera importante diferenciar las habilidades que el sujeto no ejerce por no poseerlas, de aquellas que si posee pero no ejecuta por no estar motivado, por no ser pertinentes en el ambiente hospitalario o por sus síntomas. Teniendo en cuenta las elecciones que el sujeto realiza - vivienda, trabajo, nuevas relaciones, revinculación familiar - se lo acompaña en este proceso de toma de decisiones, y se configuran los ámbitos específicos en que se intervendrá.

Las actividades que se desarrollan incluyen: Talleres de Producción destinados a la formación laboral y promoción de empleo, Talleres Artísticos y de recreación, Consultorios externos para la atención de los usuarios del Programa, Seguimiento comunitario con el Sistema de Referentes, Actividades diversas con objetivos encaminados a la promoción de la salud y a la obtención de los recursos sociales requeridos para el proceso inserción social, Seguimiento domiciliario, Apoyo laboral.

Como parte del desarrollo del programa de atención en comunidad se implementa, a partir de los años 90, el Dispositivo Residencial no hospitalario "Casa de Convivencia" con el fin de cubrir la necesidad de alojamiento que hasta en-

tonces solo se resolvía a través del alquiler en Pensiones. Dichas Pensiones son una opción de alojamiento no hospitalario y transitorio que depende del sector privado, donde la persona alquila una habitación y comparte espacios comunes con los demás inquilinos. Los miembros de la comunidad que optan por este sistema de alo-

jamiento son estudiantes o trabajadores del sector informal, producto de migración interna o externa, lo que implica que la población con quien reside el usuario es cambiante y heterogénea. Los usuarios que acceden a las mismas tienen un mayor grado de autovalimiento, sus edades oscilan entre 30 y 45 años, y el pago de este alquiler, el cual puede realizarse con

subsídios o pensiones por discapacidad, dejan a los usuarios sin recursos económicos que les permitan sostener con tranquilidad el resto de sus gastos. Todos los usuarios reciben la medicación en forma gratuita, y si es necesario concurren a un comedor que funciona en el Centro o retiran víveres semanalmente.

Las Casas de Convivencia, durante los primeros años del CSMC, se organizaban a partir de la propiedad de uno de los usuarios -la mayoría de las casas eran recuperadas de alguna intrusión- donde se incluía un grupo de convivientes. De esta forma el propietario junto a sus compañeros lograban sostener las exigencias de vivir en comunidad. Durante estos años el equipo del centro gestionó dos propiedades que hoy pertenecen al Hospital. Esta modalidad de gestión y búsqueda de oportunidades marcó un estilo de trabajo que se diferenció del tradicional estancamiento hospitalario.

---

**E**n el año 2007 se inauguran dos Centros nuevos, el Pichon Rivière y el Franco Basaglia, como parte del proceso de descentralización y transferencias del recurso del hospital a la atención en comunidad.

---

En los últimos 10 años se sumaron al dispositivo las casas alquiladas con el presupuesto hospitalario, con la misma modalidad del grupo de convivientes, para un máximo de cinco usuarios, de acuerdo al tamaño de la vivienda. Este dispositivo no tiene definido un tiempo máximo de estadía, pero se consideran transitorios, dado que al trabajar con cada usuario en un proyecto personal éste puede decidir cambios en la modalidad de alojamiento de acuerdo a las oportunidades que se le presenten. El tiempo estimado de permanencia en las mismas suele ser de 3 a 5 años. Como se señalara anteriormente, y gracias a una gestión comprometida del equipo profesional, dos de las casas son propiedad del Hospital y 4 se alquilan. En los últimos años se ha facilitado el alquiler de propiedades por parte de los propios usuarios. Algunas de las casas que antes eran alquiladas por el hospital pasaron a ser contratadas por los propios usuarios.

En el año 2007 se inauguran dos Centros nuevos, el Pichon Rivière y el Franco Basaglia, como parte del proceso de descentralización y transferencias del recurso del hospital a la atención en comunidad. Un promedio de 100 usuarios se asiste en cada uno de los centros. La relación con el centro y los equipos se extiende el tiempo necesario. En la población que se asiste en los centros podemos observar usuarios de menor tiempo de permanencia en el hospital, con mayores recursos psicosociales o que disponen de una red que los contiene y otros que presentan un mayor nivel de dependencia al centro, esta última población con más años de hospitalización. Se estima que en los 24 años de existencia de la Casa de Pre Alta se desinstitucionalizaron más de 300 personas con TMS, en su mayoría sin familia continente y con internaciones prolongadas. La población desinstitucionalizada deja atrás una vida signada por el desamparo, el abandono y las pérdidas. Puestos a pensar hacia

delante - cuando se les pregunta que les gustaría cambiar - aparecen deseos, temores, referencias al trabajo, la casa, y en algunos el fantasma del hospital como un lugar al que no se desea volver. Tal vez lo más importante, es que hay un deseo que se sostiene, a pesar de todo.

En el año 2011 se implementó el primer paso a la descentralización del Consultorio Externo del Hospital con la habilitación del mismo en Casa de Pre Alta, para los usuarios de La Plata y disponiendo de la medicación que antes retiraban de la farmacia del Hospital. A pocos meses de su apertura ya se asisten en el mismo más de 100 usuarios, sumados a los que participan del Programa personalizado de rehabilitación.

## Conclusión

---

En la práctica cotidiana, dentro y fuera de los muros de las instituciones psiquiátricas, la lucha entre los dos modelos, institucionalización-atención comunitaria, sigue vigente. ¿Cómo escapar de estas relaciones de poder instaladas en las instituciones? Esto nos lleva a la necesidad de tener una mirada más amplia y atenta de la problemática planteada frente a posibles reproducciones de prácticas típicas de las instituciones totales. Rotelli (Sarraceno 1993) refiriéndose a la evaluación de servicios de salud mental, compara un centro de salud con un bazar o mercado árabe, donde se aglomeran, entrecruzan y multiplican demandas, como sucede en un mercado de canje. Allí ubica un cuerpo social que se reconoce. Es un lugar donde el sujeto se singulariza a través de la participación. Tomando la figura del bazar se puede pensar que un centro debe favorecer el intercambio pero no apropiarse del sujeto. Éste, como en el bazar, solo está de paso, su vida continúa fuera del mercado.

Nuestra trayectoria, los años transcurridos y los logros alcanzados en el proceso de desinstitucionalización nos permiten afirmar que el tra-

bajo en comunidad dejó de ser una “experiencia nueva” para convertirse en un derecho de las personas con TMS y una obligación del Estado, como garante de los derechos de todo ciudadano, de continuar y profundizar el enfoque comunitario en salud mental.

## Referencias bibliográficas

---

- Amaral, M. A. do, (1997). Atencao a saude mental na rede básica: estudo sobre a eficacia do modelo asistencial. *Revista de Saude Pública*, volumen 31, número 3 Junio, pp 288-95.
- Galende, E. (1998). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Galende, E. (2006). Para una ética en salud mental. En Galende, E. y Kraut, A.J. *El Sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos*. Buenos Aires: Paidós.
- Goffman, E. (2004). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Atención comunitaria a personas con trastorno psicótico*. Washington D.C.: Editorial Paltex
- Organización Panamericana de la Salud (1990). *Declaración de Caracas. Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina*. Caracas, Venezuela.
- Sartorius N., Freeman H., Katschnig H. (2000). *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Buenos Aires: Editorial Masson.
- Sarraceno, B. y Montero F. (1993). *Evaluación de servicios de salud mental*. Capítulo 3.2.2. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Sarraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México D.F.: Editorial Pax México.
- Spinelli H. (comp) (2004). *Salud Colectiva*. Buenos Aires: Editorial Lugar.