

El perfil de las personas internadas en salas de larga estancia en un hospital neuropsiquiátrico de la Argentina. Hacia una comunidad sin manicomios

María Cecilia López Santi

Doctora. Magíster en Salud Mental Comunitaria, UNLa.

Natalia Brunengo

Licenciada en Psicología María

Mercedes Rattagan

Licenciada en Psicología. Especialista en gestión en salud, UNLa.

Asesoramiento

Hugo Cohen

Doctor. Ex - Asesor Subregional de Salud Mental OPS/OMS.

Colaboración técnica

Itzhak Levav

Doctor. Comité de Expertos de la OMS, Israel.

Equipo de trabajo

Lic. T O Laura Sal Iturrería
 Lic. T S Laura Andreoni
 Lic. T S Sandra Duarte
 Lic. T S Valeria Carosella
 Lic. TO Melisa Cabrera
 Lic. T O Micaela Akimenco
 Lic. T O Ayelen Di Santi.
 Mayra Ayelen Mosconi.

Resumen

La determinación del perfil de las personas internadas en salas de larga estancia, se apoya en la implementación de un censo, el cual se realizó en el Hospital Dr. Alejandro Korn de la localidad de Melchor Romero, La Plata, provincia de Buenos Aires, Argentina, entre abril del año 2014 y septiembre del año 2015. Dicho censo se realizó en el marco de la colaboración técnica prestada por la Organización Panamericana de la Salud al hospital, con el objetivo de efectuar un diagnóstico situacional de la población internada. Se aplicaron dos cuestionarios, uno a las personas internadas y el otro a los equipos de sala, con los datos aportados se evaluaron las características de los aspectos: sociales, judiciales, clínicos, de autovalimiento y necesidades de apoyo para la vida en comunidad de la población con más de un año de internación, integrada por 204 mujeres y 297 hombres. Los datos recabados a partir de las entrevistas, permitieron realizar el agrupamiento

de las personas en tres poblaciones de acuerdo a sus capacidades, autovalimiento y las posibilidades de elaborar con cada una de ellas un plan recuperación de derechos, externación y la inclusión comunitaria que cuente con su participación y de acuerdo con la singularidad de cada una de las personas, estableciendo una estrategia terapéutica integral.

Palabras clave: Salud mental – Censo – Hospital Neuropsiquiátrico – Pacientes de larga estancia.

Abstract

The medical profile of long-stay patients was constructed as part of a study conducted at Dr. Alejandro Korn Hospital in Melchor Romero, La Plata, Buenos Aires, Argentina between April 2014 and September 2015. The study was conducted by using a method borrowed from the Pan-American Organization for Hospital Health, with the objective of diagnosing long-stay patients. Two questionnaires were

used for this study; one was given to the patients, and the other to the medical staff who oversee said patients. The questionnaire recipients, 204 women and 297 men, were asked to evaluate, or self-evaluate patient characteristics in the following areas: social, judicial, clinical, levels of independence, and the support needed for successful post-conflict reintegration.

The data collected from these interviews allowed researchers to divide the subjects into three groups. The groups are based on the subjects' capabilities, levels of independence, and the potential for medical staff to work with each patient to formulate a plan for the patients to regain their rights, their independence, and for community reintegration, along with an integral therapeutic strategy.

Keywords: Mental health – Census - Neuropsychiatric Hospital - Long-stay patients.

Contexto normativo y programático de la atención en Salud Mental en hospitales monovalentes de la Pcia. de Buenos Aires

La atención de la salud mental en la provincia de Buenos Aires se desarrolló desde un modelo hospitalocéntrico donde los hospitales monovalentes concentran el mayor número de camas de internación que se disponen para el sector (80%) y tienen adjudicado el porcentaje mayor del presupuesto en salud mental de la provincia. En las últimas décadas se avanzó hacia la atención centrada en la comunidad, con la apertura de servicios en hospitales generales y la ampliación de la red de servicios con base comunitaria. La situación actual encuentra a la provincia con una insuficiente oferta de servicios de salud mental en la comunidad y una gran población de personas alojadas en instituciones monovalentes tanto públicas como privadas.

En Argentina, el 25 de noviembre del 2010 se sancionó la ley de “Derecho a la Protección de la Salud Mental” 26.657. En su texto se incorporan derechos concordantes y preexistentes reconocidos por nuestra Constitución Nacional y tratados internacionales de rango constitucional que contempla los derechos de toda persona a la mejor atención disponible en salud mental y adicciones, al trato digno, respetuoso y

equitativo; asegura la responsabilidad del estado a garantizar el derecho a recibir un trato personalizado basado en la comunidad y entiende a la internación como una medida restrictiva que solo debe ser aplicada como último recurso terapéutico.

Posteriormente se reglamentó la Ley Nacional bajo el Decreto Reglamentario 603/2013, que estableció en su artículo 27 que los dispositivos monovalentes deberían adecuarse y sustituirse por dispositivos comunitarios para el año 2020, de acuerdo al Consenso de Panamá adoptado por la Conferencia Regional de Salud Mental convocada por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud “20 años después de la Declaración de Caracas”, en la Ciudad de Panamá, el 8 de octubre del 2010.

El 27 de noviembre del año 2013, la provincia de Buenos Aires adhirió a la norma nacional bajo la ley 14580, destacando la construcción colectiva de una salud integral donde prevalezca el derecho a la mejor atención disponible, trato digno respetuoso y equitativo, acorde con los máximos estándares éticos, técnicos y humanitarios en salud mental vigentes, respetando la *gratuidad*, accesibilidad y territorialidad.

La mencionada norma consideró la salud mental y las adicciones como parte integrante de las políticas y la red de salud, asumiendo como necesarias la integralidad, la intersectorialidad y la interdisciplina en el proceso de salud-enfermedad-atención y cuidados comunitarios.

La ley provincial 26657 entiende a la salud mental como: “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

A partir de este propicio escenario normativo, en marzo del 2014, la Subsecretaría de Salud Mental y Atención a las Adicciones de la Provincia de Buenos Aires solicitó cooperación técnica a la Organización Panamericana de la Salud por lo cual el organismo internacional comenzó a brindar apoyo en el proceso de adecuación, sustitución y cierre del sector monovalente del Hospital Neuropsiquiátrico Dr. Alejandro Korn, de la ciudad de La Plata.

Como parte del proceso se propuso la realización de un censo de personas internadas en dicho hospital. El propósito fue la realización de que un diagnóstico emergente del mismo fuese que un insumo esencial en

la planificación estratégica resultante de la adopción del cambio de paradigma de la atención en salud mental. La realización del censo se desarrolló entre abril del año 2014 y septiembre del año 2015.

El Hospital Dr. Alejandro Korn se encuentra ubicado en la ciudad de La Plata, capital de la provincia de Buenos Aires, Argentina; más precisamente, en la localidad de Melchor Romero a 12 Km. de la ciudad de La Plata. Fue inaugurado el 23 de abril de 1884, y desde su fundación se habilitaron pabellones psiquiátricos y un pabellón clínico para la atención de los pacientes internados y la comunidad; de esta forma el hospital psiquiátrico y el hospital general han crecido juntos en complejidad y camas de atención. Desde sus inicios, el hospital recibió derivaciones de toda la provincia, de otras provincias y países limítrofes, en gran parte por las corrientes migratorias que caracterizaron a la provincia. La institución comprende un predio extenso en el cual se ubican varios pabellones, de los cuales uno funciona como hospital general e incluye todas las especialidades. Este dispone de 137 camas y es el tercer hospital de la región en número de partos. Se especializa en trauma y neurocirugía por encontrarse cercano a una de las rutas más importantes de la provincia de Buenos Aires. Los demás pabellones corresponden al área de salud mental que dispone de 595 camas a diciembre del año 2015.

El censo: metodología y condiciones de aplicación

En el marco de la Convención de los Derechos de las personas con discapacidad y la Ley de Salud Mental 26657, todas las personas alojadas en hospitales monovalentes tienen el derecho y la posibilidad de vivir en comunidad, con diferentes grados de apoyo, de acuerdo a las necesidades del usuario y su familia o vínculos cercanos.

El objetivo general del censo fue la evaluación de los aspectos sociales, judiciales, clínicos, de autovalimiento y necesidades de apoyo para su vida en comunidad de todas las personas alojadas en el Hospital Dr. Alejandro Korn en los servicios de larga estancia, que habían permanecido en el mismo por más de un año.

Para ello, se delinearon dos encuestas: una dirigida al equipo de sala donde se preguntaba acerca de cada una de las personas a su cargo, y otra encuesta que se aplicó a las personas alojadas en las salas de larga estancia del hospital. Se censaron 501 personas, de las cuales 204 eran mujeres y 297 eran hombres, distribuidas en 14 salas donde se encuestó a cada equipo sala. No se pudo censar la totalidad de la población por diferentes razones, las principales fueron que se encontraban con permisos prolongados, otros porque salían a trabajar o concurrían a centros de salud mental en la ciudad de La Plata y regresaban a la noche.

En las encuestas se relevó: edad, género, documento nacional de identidad, último domicilio, teléfono de referencia, beneficios sociales, acompañamiento terapéutico, fecha del primer ingreso, fecha del último ingreso, juzgado, curaduría, si concurren a algún Centro de Salud Mental Comunitaria del hospital u otro dispositivo hospitalario donde se trabaja en la externación como el club social o Andamiaje y si mantienen contactos familiares y/o vinculares.

Asimismo, se incluyeron preguntas orientadas a relevar aspectos referidos a las capacidades de las personas internadas para realizar las actividades de la vida diaria, capacidades de sostener el lazo social y de las representaciones relacionadas a su proyecto de vida.

A partir del análisis de las variables obtenidas a través de las encuestas, se determinó la conformación de tres grupos de la población censada, de acuerdo a sus capacidades en actividades de vida diaria, autovalimiento y las posibilidades de elaborar con cada una de ellas un plan recuperación de derechos, externación y la inclusión comunitaria. El grupo 1 con mayores posibilidades de integración a la vida social y autovalimiento, el grupo 2 con menores capacidades y mayores necesidades de apoyo, y el grupo 3 integrado por personas que necesitan apoyo en la mayoría de las actividades que realizan careciendo de autovalimiento.

En el proceso de ejecución del censo - trabajo en terreno, administración de encuestas - participaron estudiantes de la Universidad Nacional de la Plata de las carreras de Psicología¹ y de la licenciatura en Trabajo Social, residentes de Trabajo Social y Psicología del hospital, enfermeros y personal de planta del hospital.

La recolección de datos, que se realizó a través de las encuestas, se complementó a partir de la base de datos de la Dirección Asociada de Salud Mental del hospital – entre otros, los referidos a juzgados, curaduría, datos personales - lo que permitió comparar con los datos obtenidos por las encuestas. La mayoría de los equipos y personas alojadas desconocían este tipo de información o respondían en forma parcial.

Asimismo, los encuestadores realizaron un registro complementario donde se describieron prácticas institucionales. No se incluyeron datos de las historias clínicas ni se buscó constatar las respuestas de los entrevistados. Se priorizó la capacidad de las personas internadas y de los equipos de brindar los datos y manifestar sus opiniones sobre los temas que se les preguntaban. El análisis de los datos aportados por los tres grupos en los que se dividió a la población censada, da cuenta que el grupo 1 y 2 tienen mayor capacidad de respuesta en relación al grupo 3 en el cual se observa la falta de capacidad, en la mayoría de los ítems, de responder a la entrevista.

En otro aspecto, se observa cómo los equipos de sala responden de maneras diversas frente a la presencia de los entrevistadores, a veces colaborando con ellos y en otras ocasiones generando obstáculos. Es de destacar que previo a la implementación se convocó a diferentes reuniones con el fin de facilitar la llegada de los entrevistadores, las cuales se acordaron con anterioridad. Las entrevistas se realizaron en diversos lugares, a veces apropiados en cuanto a la privacidad y otras veces en lugares de circulación que hacían difícil darle un marco a las mismas. En cuanto a las personas alojadas en el hospital, fueron las que mostraron mejor predisposición, agrado y sorpresa por ser entrevistados.

Resultados de la implementación del censo

Crónicas del trabajo de campo

En primer lugar, como se mencionara se les pidió a los entrevistadores que realizaran un registro de los aspectos que consideraran relevantes, tanto en relación a las entrevistas como al espacio y aquellos aspectos facilitadores de su tarea o que le resultaran de obstáculo. En esas crónicas se puede observar la descripción de prácticas que responden a una lógica manicomial, que exceden los propósitos de los equipos, tales como; falta de lugares apropiados de alojamiento donde se respete la individualidad y privacidad de las personas; falta de insumos personales;

carencias edilicias que afectan también a los equipos tratantes; falta de personal y estrategias comunitarias que no llegan a alcanzar a la totalidad de la población.

Las falencias edilicias varían de acuerdo a los pabellones, observándose un proceso de mejora significativa en algunos y en inicio o detenido en otros.

Las crónicas de los entrevistadores evidencian que hay una necesidad urgente de mejorar las condiciones de vida de las personas internadas, satisfacer estándares en cuanto a los derechos que los asisten y, a su vez, invertir recursos económicos y humanos en una red provincial de atención en salud mental comunitaria.

Se observó también la necesidad de continuar con el proceso de actualización en la formación de personal; en particular, en lo referido a la legislación vigente, así como mejorar la comunicación entre los diferentes equipos y la homogenización y construcción participativa de normas y protocolos.

Análisis de las entrevistas

A continuación, se presentarán las conclusiones surgidas del análisis de las entrevistas a los equipos de sala² y a las personas internadas. En primer lugar, los factores sociales, en segundo lugar los factores institucionales y

en tercer lugar el análisis de las capacidades de autovalimiento. En realidad las variables analizadas se entrecruzan y permiten tener una representación de la vida que transcurre en los hospitales monovalentes y las dificultades que deben atravesar las personas allí alojadas para alcanzar la vida en comunidad.

Como se explicitara anteriormente, con los datos obtenidos de las entrevistas se realizó un perfilamiento de la población en tres grupos, tomando como criterios las capacidades y habilidades para la vida diaria, autovalimiento, capacidad de establecer lazo social y las necesidades de apoyo para vivir en la comunidad, tanto para el usuario como para su familia. El grupo 1 y 2 con mayores posibilidades de concretar proyectos de vida, con una mejor autonomía para el grupo 1 y con más necesidad de apoyo en el grupo 2. En el grupo 3 con necesidades de apoyo para la mayoría de las actividades diarias y en consecuencia sin autovalimiento ni posibilidad de una vida en comunidad de manera autónoma.

El total de personas censadas fue de 501, el Grupo 1 estuvo integrado por 133 personas, Grupo 2 por 218 y en el Grupo 3 por 148 personas. Las variables referidas a edad y sexo no son determinantes del grupo al cual se incluye a la persona, pero como datos dan un perfil de la población y a futuro determinan diferentes tipos

de intervenciones en el momento de concretar una externación. Asimismo el tiempo medio de internación nos habla del grado de hospitalismo que padece esta población, el cual da cuenta del nivel de pérdida de capacidades en actividades de vida diaria y de capacidad en el armado del lazo social y por ende construcción de redes vinculares que permitan la vida en comunidad de la población asilar. Como se puede observar en el cuadro el tiempo medio de internación es muy elevado en los tres grupos. Del total de las personas censadas, los **hombres** representan el 59% y las **mujeres** el 41%. En cuanto a las **edades** se observa un mayor porcentaje de personas jóvenes y de mediana edad en el grupo 1, el 70% del grupo concentra a las personas de 20 a 59 años. En el grupo 2 la población entre 20 y 59 años agrupa a un 65 % de personas. El Grupo 3 presenta un mayor porcentaje de adultos mayores, reúne al 64 % de personas en la franja etaria que va de los 60 años en adelante.

	Hombres	Mujeres	Tiempo medio internación
Grupo 1	68%	32%	16 años
Grupo 2	61%	39%	18 años
Grupo 3	53%	47%	26 años

N: 501

Tomando la población general en cuanto al **nivel de instrucción** podemos observar que el 70% de la población

se encuentra alfabetizada, aunque el 60% se encuentra entre primario incompleto y secundario incompleto.³

Sin escolaridad	4%
Primario incompleto	30%
Primario completo	20%
Secundario incompleto	10%
Secundario completo	8%
Universitario incompleto	1%
Universitario completo	1%
No responde	26%

N: 501

Con respecto a las preguntas referidas a vivienda, trabajo, vínculos familiares o afectivos y frecuencia de visitas, se tomo como fuente las respuestas de las personas internadas y se comparó con las que expresaron los equipos de sala. Estos datos no fueron cruzados con otras fuentes ya que se priorizó la percepción de las personas entrevistadas con respecto a estos temas.

En lo relativo a la **vivienda** el 23% de las mujeres y el 42% de los hombres informaron que tienen casa propia⁴.

Si tomamos las respuestas referidas a **antecedentes laborales**, el 50% de las mujeres y el 70% de los hombres responden haber tenido algún tipo de trabajo formal o

no formal antes de su internación. Es de destacar que las respuestas referidas a vivienda y trabajo brindadas por los equipos de sala fueron imprecisas. Podemos inferir que los datos aportados por las personas al ingresar al hospital no siempre se documentan o se pierden los registros con el transcurrir de los años.

En cuanto a la pregunta relativa a la existencia de **familiares y o vínculos afectivos** se tomaron las afirmaciones de las personas sin corroborar el dato, lo interesante es el alto porcentaje de personas que responden tener familiares, a pesar que en muchos casos hay una falta de contacto desde hace muchos años y a veces desde el ingreso de la persona, sin embargo aún persiste la idea de una familia presente. De ahí que cuando se pregunta cuantas mantienen algún tipo de contacto –teléfono, visitas, salidas, cartas- el porcentaje afirmativo disminuye de manera significativa.

	Tienen familiares y/o referentes vinculares	Mantienen contacto con familiares y/o referentes
Hombres	68%	36%
Mujeres	67%	34%

N: 501

Estos datos coinciden con las encuestas a los equipos de sala⁵ que refieren que el 40% de las mujeres y el 33% de

los hombres reciben visitas o realizan salidas programadas a las casas de sus familiares. La primera observación es que del universo de personas que afirman tener familia o referentes vinculares, solo la mitad dicen tener algún contacto con sus familiares o amigos. Estos datos están en sintonía con lo expresado por las personas internadas, en el análisis de la pregunta referida a **¿Qué les gustaría cambiar en su vida actual?** en el Grupo 1, tanto hombres como mujeres manifestaron el deseo de regresar con su familia o armar una nueva familia.

Respecto de la **frecuencia de las visitas**, es un dato relevante el porcentaje de la población que mantiene algún contacto con familiares o amigos, considerando el elevado tiempo medio de internación de las personas censadas, mencionado en párrafos anteriores.

A través de los **beneficios sociales** las personas internadas disponen de un ingreso económico y obra social que incluyen jubilaciones, pensiones derivadas, pensiones no contributivas, las jubilaciones de ama de casa, vuelta a casa⁶. En las encuestas sobre población general, el 29% de las mujeres y el 32% de los hombres refieren algún tipo de ingreso. Este número de personas que reconocen ser titulares de algún beneficio es menor al registro de la Dirección Asociada⁷ de Salud Mental sobre el número de personas con beneficios sociales. En esto

se puede observar una falta de conocimiento por parte de las personas internadas en referencia a ser titulares de un beneficio, hecho que se puede relacionar con la cantidad de familiares o curadores oficiales⁸ que disponen del cobro y administración de los mismos, sumado en algunos casos al padecimiento de trastornos cognitivos de la población censada que resultaría limitante para comprender la información. Comparando las encuestas tomadas a los tres grupos se observa una disminución progresiva en el porcentaje de personas que refieren ingresos, en el Grupo 1 el 56%, en el Grupo 2 el 28% y en el Grupo 3 el 32%. En este caso otra variable a considerar es la prioridad que le dan los equipos de sala a la tramitación de beneficios, ya que en muchos casos son los que inician el trámite del mismo aquellas personas con mayor capacidad de administrar sus ingresos y con más posibilidades de externación, lo cual se refleja en los datos del Grupo 1.

A continuación se analizan las preguntas que se orientaron a indagar sobre **las actividades que desarrollan las personas internadas dentro y fuera del hospital**. Las preguntas referidas a hablar con otros, actividades en sala, actividades en el hospital y fuera del hospital se orientaron a conocer el grado de socialización e intercambio y el tipo de actividad que desarrollan las mismas. Se consideró actividad en sala a todo

aquello que la persona realiza dentro de la misma, tales como: mirar televisión, escuchar radio, asistir a otros compañeros, hacer las camas o tareas de limpieza entre otros. Como actividades en el hospital se consideró: movilizarse por el predio, tomar mate en el parque, realizar trámites dentro del hospital o participar de los dispositivos hospitalarios como el teatro, el club, andamiaje⁹, el centro de formación laboral entre otros. Por último la participación en actividades fuera del hospital tanto personales –como la visita a familiares, trámites– como las grupales o participación en actividades en centros de salud o de la comunidad.

Comparando las respuestas de los tres grupos se observa una disminución progresiva (del 1 al 3) en el contacto con otros o actividades que desarrollan.

	Actividad sala	Actividad en el hospital	Actividad fuera del hospital	Participación Dispositivos
Grupo 1	66%	42%	42%	35%
Grupo 2	50%	31%	19%	20%
Grupo 3	25%	12%	7%	9%

N: 501

Se puede observar como en cada ítem se mantiene la disminución progresiva de los grupos (del 1 al 3) en relación a las personas que afirman realizar actividades

con otros, en sala, en el hospital y fuera del hospital. En esto también hay que resaltar que dentro del Grupo 1, que tiene más capacidades conservadas, en la pregunta sobre actividades en sala el 34% de las personas no realiza actividades o no contesta, en actividades en el hospital y fuera del hospital el 58% no realiza o no contesta. La pregunta que corresponde hacer es ¿qué factores determinan que dentro de la población del Grupo 1, el de mayor autonomía, exista un alto porcentaje de personas que aún teniendo la capacidad de participar de actividades dentro y fuera del hospital no las realizan? En las entrevistas a los equipos responden que el 51% de las mujeres y el 44% de los hombres tienen permisos de salida, pero son muchos menos los que hacen uso de estos permisos para actividades dentro y fuera del hospital, si se compara con las respuestas de la población censada. Es ineludible relacionar estos datos con los efectos que produce la hospitalización prolongada en instituciones monovalentes, que se reflejan especialmente en los obstáculos que se presentan en la construcción del lazo social. Estos datos ponen en tensión el discurso de los equipos hospitalarios que expresan estimular la libre circulación de las personas internadas por el predio y los negocios cercanos al hospital; así como también salidas programadas en grupo o individuales con o sin supervisión del equipo, salvo aquellas personas que por el cuidado de su seguridad deben ser acompañados.

Respecto a la capacidad de recuperar datos de su historia personal se realizaron una serie de preguntas como: **¿donde nació, cuál fue el último barrio donde vivió, con quien vivía**, a partir de las cuales la persona encuestada habla de sus recuerdos antes de la última internación o de los lugares donde aún hoy regresa.

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
¿Donde nació?	80%	77%	51%
¿Donde vivió?	77%	66%	66%
¿Con quien vivía?	81%	72%	49%
Pareja	53%	50%	31%
Hijos	33%	40%	30%

N: 501

En todos los casos responden con claridad acerca de donde nacieron. Estos datos deben leerse tomando en cuenta los años de internación; el alejamiento familiar en un alto porcentaje; en la mayoría de los casos el no retorno a las ciudades de origen; la forma en que suelen llegar a las internaciones donde son despojados de los objetos que traen y son entregados a la familia o guardados en depósitos. Es como un viaje sin equipaje por un tiempo indefinido y sin certeza de retorno. Carecen de todo aquello que mantiene viva la historia, el relato familiar, las viejas fotos, los objetos significativos, los lugares conocidos.

El **diagnóstico** adquiere central relevancia en tanto es el dato que se consigna en los documentos hospitalarios y es legitimado tanto por los organismos judiciales como por otras entidades por ser el que “define” a la persona internada desde la lógica institucional. Si bien recientemente y a partir de la adhesión a la Ley Nacional 26657 se solicita desde los oficios judiciales evaluaciones interdisciplinarias, se pueden observar como obstáculos, en primer lugar, la falta de equipos interdisciplinarios en algunos servicios, en segundo lugar la falta de reconocimiento del área de enfermería como parte del equipo y en tercer lugar la dificultad de los equipos en integrar su mirada. Con estas salvedades, son esclarecedores los comparativos referidos a diagnósticos (CIE10), datos aportados por los equipos de sala.

	Trastorno Esquizofrénico	Retrasos mentales	Abuso de sustancias
Grupo 1	63%	25%	8 %
Grupo 2	56%	31%	9%
Grupo 3	40%	40%	9%

N: 501

Se realizaron preguntas referidas a la ubicación en tiempo y espacio, así como también acerca de los motivos por los cuales la persona se encuentra en el hospital. Tanto en el grupo 1 y 2 podemos ver que alrededor

del 40% de las personas refieren no saber por qué se encuentran internadas hace años, parece más una modalidad institucional que algo que podamos adjudicar a su cuadro clínico.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
¿Dónde estamos ahora?	78	67	41
¿En qué año estamos?	64	42	10
¿Por qué está acá?	64	59	42
¿Tuvo consultas/internaciones previas?	50	49	28
¿Toma medicación?	80	83	67
Consumo problemático de alcohol u otras sustancias	33	34	26

N: 501

Necesidades de apoyo. En el momento de pensar en vivir en comunidad ya sea solo, en casas de convivencia, con familiares o referentes vinculares, el autovalimiento se vuelve un factor significativo. En cada caso se deberá estimar las necesidades de cuidados de lo cual se desprenden los apoyos que deberán recibir para vivir en comunidad.

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
¿Reconoce el dinero?	67	40	15
¿Usa el dinero?	68	35	12
¿Hace compras?	66	36	10

N: 501

Con respecto al autovalimiento se consideraron como aspectos sustantivos del mismo: la alimentación, la vestimenta y la higiene personal. En cada ítem se preguntó a los equipos de sala si la persona puede desarrollar estas actividades sola, o con ayuda verbal, física o total.

En las tres áreas evaluadas hay diferencias en las respuestas de las personas internadas con respecto a las dadas por los equipos de sala. En el caso de los hombres hay una pequeña variación en las respuestas afirmativas comparando las que dieron los equipos quienes consideraron un porcentaje mayor de personas con autovalimiento. Lo llamativo es la gran diferencia de respuestas afirmativas entre los equipos y las respuestas de las mujeres.

	Hombres	Equipos
Autonomía en alimentación	80%	90%
Autonomía en vestimenta	72%	91%
Autonomía en higiene	73%	70%

N: 297

	Mujeres	Equipos
Autonomía en alimentación	81%	91%
Autonomía en vestimenta	26%	78%
Autonomía en higiene	17%	73%

N: 204

En las respuestas de las mujeres se puede ver que es bajo el porcentaje que afirma ser independiente para vestirse o higienizarse.

	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3
Autonomía en alimentación	85%	84%	59%
Autonomía en vestimenta	84%	80%	49%
Autonomía en higiene	85%	81%	43%

N: 501

Al hacer el comparativo de grupos encontramos en el Grupo 1 y 2 porcentajes de respuestas afirmativas similares, en el Grupo 3 aparece una disminución significativa en el porcentaje de respuestas positivas. Se explica que en el Grupo 3 las personas evaluadas tienen menores capacidades en cada una de las áreas de las entrevistas. No obstante, en el Grupo 1 y 2 persiste un porcentaje que oscila entre el 15 y el 20% que necesitan apoyos en lo referido al autovalimiento. Si bien un alto porcentaje de hombres responde tener autonomía en alimentación, vestimenta e higiene, no son aspectos cuidados y se observa con frecuencia falta de higiene o falta de coincidencia entre la estación del año y la vestimenta, incluso falta de cuidado de la ropa.

Hay que reflexionar que los aspectos relacionados con funciones básicas en el autovalimiento, ya que no se

consideraron otras tareas más complejas como puede ser cocinar, no pueden analizarse aisladas de los cruces institucionales que no promueven ni estimulan la autonomía. Como ya se señaló, en las crónicas del trabajo de campo, hay ciertas rutinas observadas en las salas de larga estancia donde estas actividades están regladas, suelen tener horarios, se supervisan, o proporcionan ayudas, muchas veces brindadas por otras compañeras. Las consecuencias que podemos observar es la “incapacidad instalada”, en el marco de la ayuda que brinda el personal de salud, en las actividades diarias que tiene un efecto de inhabilitación ya que la persona internada no se responsabiliza de tareas básicas que hacen a su autonomía

Relatos de las personas internadas

Por último, al final de la encuesta se realizaron dos preguntas abiertas, ¿Que le gustaría hacer? y ¿Qué cambiaría de su vida? En las respuestas de las personas internadas aparecen relatadas situaciones donde pueden dar cuenta de su historia, sus deseos o proyectos. En algunos casos los equipos de sala tenían sus reservas respecto a la posibilidad de algunas de que las personas internadas pudieran ser entrevistadas; sin embargo, la mayoría pudo responder y expresarse sobre sus deseos.

En el análisis de las respuestas abiertas del Grupo 1, el cual se privilegió por la capacidad de expresar las respuestas,

se puede ver cómo expresan mayoritariamente y sin dificultad el deseo de vivir fuera del hospital, recuperar espacios familiares, encontrar trabajo o estudiar.

Con respecto a ¿Qué les gustaría hacer? algunos de los comentarios fueron: “salir de acá y dejar las pastillas”, “empezar todo de nuevo”, “me gustaría irme, no consigo casa para alquilar, yo me quisiera comprar un terreno para poner una casilla”, “vivir con mis amigas en una casa de convivencia”, “salir todos los días porque estoy aburrída”, “irme de acá, casarme, comer algo rico”,

Frente a la pregunta ¿Qué cambiaría de su vida?, algunas respuestas fueron “la enfermedad por salud”, “mi ánimo, estoy triste, quiero el de la felicidad”, “tengo que aprender albañil para arreglar mi casa”, “quiero estudiar computación”, “quiero alcanzar un logro”, “el tiempo en la cárcel” “me gustaría estudiar peluquería, se teñir, cortar el pelo... Encontrar una chica y casarme (71 años)”, “vivir con mi mamá en una piecita en el fondo de la casa... Jugar al golf, era cadí, y una pileta en verano... Hacer de mecánico, cambiaría el corazón”.

En el grupo de mujeres casi todas hablan de irse del hospital, vivir con familiares o tener una familia propia. El deseo de tener o recuperar parejas, hijos, y la vida fuera del hospital. El grupo de hombres la mayoría

se piensa fuera del hospital, con familia o recuperando actividades y trabajo. Más allá de las posibilidades o la capacidad que tengan para concretar sus deseos, tanto las mujeres como los hombres manifiestan querer salir del hospital, aparece nuevamente la familia, el trabajo y la vida en comunidad.

Un primer paso, en el armado de un proyecto de inclusión social, será la necesidad que los equipos reconozcan a la persona internada en su deseo de recuperar un espacio familiar o comunitario, el segundo paso es un equipo que respete a la persona como sujeto de derecho y que pueda trabajar con ella para alcanzar un proyecto posible.

Aportes para la planificación de Políticas Públicas

De acuerdo a lo descripto a lo largo de este artículo, se puede concluir que del mismo surge la importancia de reconocer la complejidad institucional y la necesidad de identificar acciones desde la interdisciplina y la intersectorialidad. El censo nos da un diagnóstico de situación a partir del cual analizar las políticas públicas que se desprenden de las necesidades de la población encuestada y sus familias. Estas políticas son a su vez necesarias para el cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, la Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad y la legislación vigente.

Especialmente, en referencia al cierre progresivo de los hospitales monovalentes y su sustitución definitiva por un sistema de salud dentro del campo de la salud mental comunitaria; en el marco del pleno respeto de los derechos de las personas usuarias y sus familiares; con la necesaria inclusión efectiva de la salud mental dentro del sistema general de salud.

En el censo se evidencia, a partir de los datos de las crónicas de los entrevistadores, un establecimiento con características de institución total que conlleva por sus mismas lógicas a la pérdida de derechos de las personas allí internadas y la consiguiente afectación en su salud social y psicofísica. En las encuestas a la población se evidencia la pérdida de la propia historia, la vivienda, el trabajo, las posibilidades de continuar con la educación o la capacitación, el alejamiento de los vínculos cercanos, la restricción en las libertades y el borramiento de la singularidad necesaria para la construcción de un sujeto de derecho. Estas personas permanecen institucionalizadas por un modelo de salud centrado en instituciones psiquiátricas que favorecen la exclusión y la hospitalización prolongada, cuyas consecuencias podemos observar en la pasividad y alienación a la cual este sistema somete a esta población. Lo antes expresado deja a los equipos de salud frente a un trabajo ineficaz e insuficiente que reproduce lógicas de encierro y falta de

derechos. Esto último se evidencia en los datos obtenidos en el censo, en cuanto a los años de internación, las limitaciones en las capacidades de autovalimiento y de vida diaria, la falta de vínculos familiares o referentes, la falta de acceso al trabajo y la vivienda.

La adecuación y cierre de los hospitales monovalentes es parte de la transformación de la atención en salud mental. Este proceso incluye la apertura de camas en hospitales generales, la habilitación de estructuras intermedias en los municipios y la implementación de estrategias y sistemas de apoyo comunitarios, entre otras.

Desde esta lógica diferente, el presente trabajo permite identificar cuáles son los apoyos que necesitan las personas institucionalizadas para vivir en comunidad, los cuales se desprenden del análisis de las capacidades de autovalimiento y de establecer el lazo social. De igual forma trazar el diseño de nuevos dispositivos comunitarios, entendiendo a estos como aquellas estrategias que involucren a las personas, a su familia y a la comunidad.¹⁰

Resulta esencial en este proceso de reforma de la atención en salud mental el trabajo intersectorial, que convoque a distintas áreas a construir propuestas de apoyo en relación a estrategias para resolver aspectos habitacionales, laborales, educativos y de inclusión laboral

en igualdad de condiciones y garantizar la integración plena de los usuarios en su comunidad. Para todo esto es necesario disponer de un presupuesto dirigido especialmente a la inclusión comunitaria de las personas, según lo que señala la Ley Nacional 26657.

La adecuación de los hospitales monovalentes de la provincia de Buenos Aires no puede pensarse por fuera de una planificación provincial que estructure un sistema de atención, en el marco de la salud mental comunitaria, que establezca los diferentes niveles de atención en y con la comunidad. Tampoco es posible pensar desde un nuevo paradigma sin una sociedad que acompañe un proceso de cambio cultural y profundización del respeto de los derechos de las personas al acceso a la salud, para lo cual se deben diseñar e impulsar estrategias específicas.

Queda como interrogante para futuros estudios las representaciones familiares y comunitarias acerca de estas personas: ¿Qué llevo a los familiares a alejarse?, ¿Qué piensan sus familiares, amigos, vecinos o compañeros de trabajo acerca de las circunstancias que determinaron que el hospital psiquiátrico fuera el lugar donde estas personas transcurrieran sus vidas?, ¿Qué piensa la familia y la comunidad al ser informadas que, de acuerdo a la Ley Nacional 26657, estas personas deben vivir en comunidad y recuperar sus derechos?

Los datos aportados por la implementación del censo son sumamente relevantes al momento de pensar políticas de desmanicomialización a nivel provincial. Su aplicación en los otros hospitales monovalentes provinciales nos daría la posibilidad de disponer de un diagnóstico situacional que permita pensar una política de transformación y coordinar acciones en los diferentes hospitales tanto psiquiátricos como generales.

Como queda expresado a lo largo del documento, es indispensable: la actualización en la capacitación de los equipos de salud en el marco de la nueva legislación, fortalecer iniciativas de participación de los trabajadores de la salud, impulsar acciones para la transmisión de la información al usuario y su familia sobre los derechos que los asisten. Estas acciones aportarían al cierre progresivo de los monovalentes y la transformación a un sistema de salud mental comunitario.

Por último, se vuelve imprescindible transmitir a la comunidad los fundamentos que sostienen el proceso de reforma en salud mental, la necesidad de transformación de los hospitales monovalentes desde una perspectiva de derechos y la inclusión de las personas con sufrimiento mental en la comunidad. La implementación de la legislación vigente requiere del compromiso político e institucional en el armado de un nuevo paradigma de atención en salud mental.

Bibliografía

Amaral, M. A. do, (1997) *Atencao a saude mental na rede básica: estudo sobre a eficacia do modelo assistencial*, Revista de Saude Pública, volumen 31, número 3 Junio, pp 288-95.

Amarante, Paulo. (2006). *Locos por la vida: La trayectoria de la reforma psiquiátrica en Brasil*. Editorial Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires.

Cohen, H. Natella. G. (2013). *La desmanicomialización: crónica de la reforma de salud mental en Río Negro*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Consenso de Panamá, Conferencia Regional de Salud Mental, Ciudad de Panamá 2010.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre de 2006. / Ley nacional 26.378, Sancionada el 21 de mayo de 2008-Promulgada el 6 de junio de 2008.

Declaración de Caracas. Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Caracas, Venezuela. Organización Panamericana de la Salud. (1990).

Foucault, Michel. (1967) *Historia de la Locura en la época Clásica.* Fondo de Cultura económica. México.

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.

Galende, E. (1998): *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual.* Editorial Paidós. 1 º reimpresión. Buenos Aires.

Goffman, Erving (1972). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales* Buenos Aires. Amorrortu Editores.

Guber, Rosana (2005). *El Salvaje Metropolitano.* Paidós. Bs.As.

Kaminsky, G. (1990). *Dispositivos Institucionales.* Editorial Un Lugar.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones

complementarias. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: 2 de diciembre de 2010.

Ley Provincial N° 14580 de adhesión a la Ley Nacional 26657. (Pcia. De Bs. As).

Lourau R. (1988). *El Análisis Institucional.* Editorial Amorrortu.

Organización Panamericana de la Salud (2005). *Atención comunitaria a personas con trastorno psicótico,* Editorial Paltex.

Saltalamacchia, H. (1992). *La Historia de Vida: Reflexiones a partir de una experiencia de Investigación.* Ediciones SIJUP. Puerto Rico.

Sarraceno, B. (2003): *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible.* México D.F.: Editorial Pax México.

Sarraceno, B y Montero F (1993): *Evaluación de servicios de salud mental,* Capítulo 3.2.2. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Taylor y R. Bogdan (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de Investigación.* Ediciones Paidós.

Notas

¹ Se realizó un convenio con la Facultad de Psicología por el cual alumnos de dicha carrera participaron del trabajo de campo. Para esto se realizó una convocatoria especial a los alumnos de los últimos años de la carrera.

² En la mayoría de las salas los equipos están integrados por el jefe de sala – psiquiatra, trabajador social o Lic. en enfermería - y enfermeros. Estos últimos, en su mayoría, son los que respondieron las encuestas.

³ En estos datos debe considerarse que en la población representada por el grupo 3 hay más personas que por sus cuadros clínicos – demencias, psicosis residual, cuadros neurológicos, etc.- tienen menos capacidad de respuesta, de ahí que tengamos un 26% que no responde o no recuerda.

⁴ En este caso casa propia se tomó como aquel lugar que la persona identifica como su casa o la casa de su familia sin considerar el derecho de propiedad sobre la misma.

⁵ Como se explicara en metodología a los equipos de sala se les realizó una encuesta por cada una de las personas que tenían a su cargo lo cual permitió comparar las respuestas de los equipos con las encuestas realizadas a las personas.

⁶ Las pensiones derivadas son aquellas que se perciben a partir del fallecimiento de los padres si estos disponían de un beneficio jubilatorio. Las pensiones no contributivas son aquellos beneficios que se otorgan por discapacidad y que no necesitan demostrar aportes jubilatorios. Las jubilaciones de ama de casa son un beneficio para personas que no realizaron aportes pero no deben demostrar discapacidad. El vuelta a casa es un programa para personas que se externalizan de hospitales psiquiátricos que representa un monto de dinero fijo y mensual, debido a que no fue actualizado el mismo es intrascendente al momento de la externación.

⁷ Base de datos Dirección Asociada de Salud Mental.

⁸ La figura del curador está definida a partir del juicio de insania que determina que ciertos usuarios, por su padecimiento mental, necesitan apoyos en diferentes áreas y entre ellas la administración de sus bienes.

⁹ El teatro, el club y andamiaje son tres dispositivos hospitalarios integrados por equipos interdisciplinarios que trabajan la recuperación de hábitos, externación y continuidad de la atención en comunidad. Están orientados al trabajo con las personas alojadas en salas de larga estancia.

¹⁰ Entre otros, los dispositivos mencionados en el artículo 11 de la Ley Nacional 26657: “La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria” y la implementación de planes de inserción socio laboral mencionados en el artículo 36 de la mencionada ley.