

Servicios de Salud Mental Comunitaria.

La resolución de la demanda de cuidados por parte de personas desinstitucionalizadas con trastorno psicótico en los servicios de salud mental comunitaria. Caso de estudio: Casa de Pre Alta. Hospital Dr. Alejandro Korn de la provincia de Buenos Aires, Argentina. Años 2014-2010.

Tesis maestría en salud mental comunitaria UNLa.

Doctora María Cecilia López Santi
Magister en Salud Mental
Comunitaria UNLa.

ce-santi@hotmail.com

Resumen

En el contexto de la salud mental comunitaria y de los procesos de desinstitucionalización de personas alojadas en hospitales psiquiátricos de la Argentina, planteamos: ¿de qué forma se resuelve la demanda de cuidados en los servicios de salud mental comunitarios? El estudio se realizó entre el año 2004 y 2010, y se tomaron tres indicadores: las necesidades expresadas, las transformaciones de la trama vincular y la calidad de vida. La población considerada incluye 20 personas con Trastorno psicótico asistidas en el centro de salud mental comunitaria (CSMC) Casa de Pre Alta, del Hospital Dr. A. Korn, provincia de Buenos Aires, Argentina. Se aplicó el Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell, (CAN) versión investigación R3, (1995). Se seleccionó a diez de ellos para realizar una entrevista en profundidad. Los centros comunitarios dan un lugar donde se aloja la palabra, aportan a la reconstrucción de la historia, al restablecimiento del lazo social y a la posibilidad de sostener un proyecto extramuros. Se pueden observar

dos etapas en el proceso de desinstitucionalización. En la primera etapa, hay una fuerte presencia del CSMC desde el cuidado formal. En la segunda etapa, se va construyendo la trama relacional, la cual aporta un sostén vincular que no puede remplazarse por el sistema formal.

Palabras Claves: Necesidades expresadas - trama vincular - calidad de vida - lazo social - CAN.

Abstract: In the context of community mental health the processes of deinstitutionalization of people admitted in psychiatric hospitals taking place in Argentina, we discuss how to cope with the demand for care in the community mental health services. The study was conducted between 2004 and 2009 and three indicators were considered: expressed needs, changes in the social fabric and quality of life. The population considered includes 20 people with SMD treated at the community mental health centre (CMHC) Casa de Pre Alta, of the Dr. Alejandro Korn Hospital, in the Province of Buenos Aires, Argentina. The Camberwell

Assessment of Need Questionnaire (CAN) research version R3 (1995) was applied and in-depth interviews with 10 of the members were conducted. Case histories, statistics, and service records were also reviewed. The community system provides a place for the word, contributes to the reconstruction of the history, to the reestablishment of social ties and to the possibility of running an extramural project. Two stages can be observed in the deinstitutionalization process. In the first one, there is a strong presence of the CMHCs formal care. People with SMD satisfy their basic needs—housing, income and community activities—through the CMHCs, which situates the subject in a position of exchange with others. The CMHCs offer the support for a long-term treatment and accompany in the development of abilities. In the second stage, the relational fabric is woven. Although not highly dense, it provides a relationship support that cannot be replaced by the formal system.

Key Words: Expressed needs - social fabric - quality of life - CAN.

Introducción

La construcción del campo de la salud mental dio origen a nuevas prácticas y nuevas disciplinas (Galende, 1998). Estas respondían al escenario complejo que planteaba la desmanicomialización y la atención en comunidad de las personas con sufrimiento mental, que se inició en los años 60. En esos años se comenzó a cuestionar la hegemonía del saber médico y las instituciones psiquiátricas. Se hicieron presentes otros saberes (psicología, antropología, sociología, psicoanálisis) que aportaron a la comprensión de la problemática. En paralelo, en la Argentina, se abrieron una serie de alternativas tales como los centros de salud mental en comunidad, servicios de salud mental en hospitales generales, hospitales de día, a partir de los cuales surgieron nuevas estrategias comunitarias. Se incluyó una perspectiva interdisciplinaria, intersectorial e interinstitucional. La persona con padecimiento mental dejó de ser objeto para ser sujeto de derecho y el profesional de la salud mental comenzó a pensar conjuntamente los problemas de sufrimiento mental del individuo y las dinámicas de integración-exclusión social.

En este estudio en particular se pone el acento en la forma en la cual resuelve el sistema de salud mental comunitario la atención de las personas externadas de

instituciones psiquiátricas. Este planteo es acorde a la legislación actual. La Ley de Salud Mental 26657 señala que se debe encarar una profunda reforma del sector, incluyendo el cierre de los monovalentes, aún existentes. En la provincia de Buenos Aires, los centros de salud mental comunitarios son parte de una red de servicios, algunos de los cuales dependen de los diferentes neuropsiquiátricos. Estos centros no llegan a integrar una política pública en salud mental equitativa y abarcativa.

¿Qué sucede con las personas alojadas en los neuropsiquiátricos durante largos años? En principio han perdido las redes sociales, se ha roto el lazo social, han quedado fuera del mercado productivo y de intercambio, y han visto suspendidos sus derechos por procesos de insania e inhabilitación. Los locos, los pobres, los marginales, los adictos y los ancianos forman parte del colectivo social que ocupa las instituciones totales (Goffman, 1998). Estas personas que integran la población asilar, como se verá más adelante, ven cercado su futuro por una confluencia de factores y la participación necesaria de diferentes estamentos del estado.

¿Qué podemos observar cuando una persona es desinstitucionalizada? En una primera etapa busca resolver sus necesidades básicas con ayuda del sistema formal -red de servicios de salud mental comunitarios-. En una

segunda etapa, la persona comienza a recuperar su capacidad de decidir sobre su propio proyecto de vida y, en consecuencia, logra una mayor independencia con respecto al sistema formal. Aparecen nuevas redes sociales que aportan, desde el sistema no formal, nuevos apoyos y oportunidades, sin estar exentos de los desafíos que representan las dificultades del acontecer diario. A su vez es de destacar que a mayor tiempo en comunidad se desarrollan o adquieren habilidades que favorecen el autovalimiento. Sin embargo, al ser padecimientos de larga evolución y complejos, se mantiene la relación con el sistema formal. En el caso de aquellos que no tienen familia esta dependencia se evidencia aún más, lo cual los obliga a permanecer en programas de seguimiento (Leff, 2000).

En relación a los cuidados que reciben las personas con sufrimiento mental podemos diferenciarlos en dos tipos. En primer lugar, los cuidados formales son aquellos que se practican desde las instituciones. Estas dependen de las políticas de salud que se instituyan, las cuales satisfacen las necesidades reconocidas como tales por ellas. Son, en definitiva, prácticas legitimadas por sistemas u organizaciones sociales (Twigg, 2000). En segundo lugar, los cuidados no formales se diferencian por la falta de dependencia jerárquica, administrativa, institucional que habiliten o legitimen sus prácticas.

Otra forma de definirlos es por la satisfacción de necesidades sentidas y no reconocidas por el sector formal. Una definición sustancialmente importante para guiarnos en el tema es considerar el cuidado no formal como la prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos, u otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen.

¿Por qué las redes sociales? Las redes sociales dan cuenta de los modos relacionales complejos y de carácter colectivo. Evidencian la búsqueda de los sujetos por satisfacer sus necesidades dentro del campo social. Como se sabe las redes sociales se dividen en primarias y secundarias. Las redes sociales primarias son conjuntos de personas unidas por vínculos de familia, amistad, vecindad, trabajo, estudio y ocio, con las que se ha establecido lazos directos o indirectos de relación. Como en los grupos, las redes primarias son recorridas por tensiones y polarizaciones, alianzas, conflictos y contradicciones. Manifiestan una estructura fluctuante en el tiempo y en el espacio. Desempeñan un papel esencial como amortiguadoras de situaciones estresantes en los individuos vulnerables, con un efecto directo en la calidad de vida alcanzada. Las redes sociales secundarias son conjuntos sociales instituidos por una serie de normas, estructurados para desarrollar diversas misiones y funciones específicas (escuela, empresa, comercio,

hospital, juzgado, etc.). Quienes las integran cubren roles predeterminados y los intercambios están fundados en el derecho o el dinero. Estas redes sociales satisfacen necesidades universales basadas en el bienestar común. Durante los últimos años, se ha producido un efecto de retracción del llamado Estado de Bienestar. Como consecuencia de esto muchas de estas redes secundarias han desaparecido o tergiversado sus objetivos, dado que se ven regidas por las leyes del mercado. Por este mismo proceso, surgen otro tipo de redes sociales secundarias que integran el denominado tercer sector, en su mayoría formadas por entidades sin fines de lucro que no mantienen relación directa con el estado.

En este estudio, se buscó analizar en las personas externadas de hospitales psiquiátricos cómo se desarrollan sus vidas en la comunidad, la reconstrucción de redes sociales y la recuperación de la calidad de vida. En consonancia, también se trató de responder si esto ubica a la persona en mejor posición para ejercer sus derechos civiles y sociales. Para este análisis se pensó la perspectiva desde el usuario, desde los equipos tratantes y de qué forma articulan los vínculos familiares y las redes sociales.

Metodología

Los resultados de este trabajo forman partes de la tesis de la Maestría de Salud Mental Comunitaria de la Universidad de Lanús. El mismo se realizó con el consentimiento de las personas encuestadas y del Hospital Dr. Alejandro Korn. La tesis fue presentada y aprobada en el año 2011.

La propuesta de investigación está dentro del marco teórico y metodológico cualitativo y cuantitativo (Souza Minayo, 2004). Desde lo cualitativo permite incorporar en la investigación la cuestión del significado y de la intencionalidad como inherentes a los actos, a las relaciones y a las estructuras sociales. La investigación cualitativa se vuelve importante para comprender los valores culturales y las representaciones de determinado grupo sobre temas específicos. Así mismo es un medio para entender las relaciones que se dan entre actores sociales, tanto en el ámbito de las instituciones como de los movimientos sociales. En cuanto a los aportes de los instrumentos cuantitativos, hacen de soporte a lo planteado en el plano subjetivo, definiendo aún más las conclusiones obtenidas.

En lo referido al análisis de la demanda, los indicadores seleccionados se orientaron al reconocimiento de la

problemática planteada. A través de estos instrumentos se visualiza los diferentes estándares en la satisfacción de la demanda por parte de los actores en juego. Por otro lado, permite identificar las características de la demanda en esta población en particular, la cual está signada por la privación de su libertad, de recursos, de vínculos familiares y sociales y por la vulneración permanente de sus derechos.

Para esto se plantearon tres objetivos específicos. En primer lugar explorar sobre las necesidades expresadas por las personas con padecimiento psicótico de larga evolución (OPS 2005), con posterioridad a su externación del hospital psiquiátrico, y si las mismas son resueltas por el sistema formal o no formal. En segundo lugar, describir y evaluar las transformaciones de las redes sociales desde su internación a la fecha de las entrevistas. Por último, describir la percepción subjetiva con respecto a la calidad de vida alcanzado en comunidad.

Para el primer objetivo -sobre las necesidades expresadas- se utilizó como instrumento el Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell, (CAN c) versión investigación R3, Edición Española (Grupo andaluz de investigación en salud mental, 1995). Este cuestionario permite valorar los puntos de vista de los usuarios y del equipo tratante en 22 áreas. En cada área

hay cuatro secciones, la primera sobre los problemas actuales, la segunda sobre cuidados no formales, la tercera sobre cuidados formales y la cuarta sobre los servicios requeridos según el criterio del usuario y el plan de acción. En cada área, hay un espacio para consignar la opinión del usuario y de un referente del equipo acerca de la resolución de los servicios requeridos.

La aplicación de la escala se realizó a veinte personas con trastorno psicótico de larga evolución; quedaron excluidos los cuadros orgánicos. Todas ellas entre 30 y 55 años, de ambos sexos, que han tenido internaciones en el Hospital Kornpor un mínimo de cinco años consecutivos. La población participante están incluidas en el programa de atención del Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC) Casa de Pre Alta, y han estado externados por un mínimo de tres años. En caso de internaciones por crisis no se han prolongado las mismas por más de un mes por cada año de externados. Las 20 personas a las cuales se les aplicó la escala constituían el total de la muestra.

La población evaluada se agrupó según los años de externados. El motivo de esta subdivisión fue explorar sobre los posibles cambios en las necesidades de las personas con sufrimiento mental, según los años que han transcurrido desde su externación de la Institución.

Con este fin se determinaron tres grupos: el grupo A de menos de cinco años de externados estuvo integrado por siete entrevistados, el grupo B de seis a ocho años de externados integrado por seis entrevistados y el grupo C de más de ocho años de externados integrado por siete entrevistados.

Para el segundo y tercer objetivo -las transformaciones de las redes sociales y calidad de vida, respectivamente- se utilizó como instrumento la entrevista en profundidad. El propósito fue considerar un marco amplio que favoreciera el diálogo y facilitara al entrevistado la transmisión de sus conceptos. Para esto se realizaron una serie de entrevistas abiertas, replanteando la estructura de cada una a partir del análisis del material, en forma paralela al desarrollo de las mismas.

El tipo de preguntas fueron una combinatoria de cerradas y abiertas, sin condicionamientos prefijados, manteniendo la atención en la temática propuesta. Partiendo de ciertas hipótesis y presupuestos, de una planificación que sirvió de orientación y relevando la forma en que impactaba cada tema propuesto. Se realizó la selección de diez entrevistados del total de veinte a los cuales se les había efectuado la entrevista CAN, y fue basada en la disposición que los mismos mostraron para expresar sus ideas.

Consideraciones sobre las entrevistas

En el siguiente apartado se efectuarán, algunos comentarios y conclusiones que se basan, en primer lugar, en la información obtenida a través de la aplicación del Cuestionario Camberwell y, en segundo lugar, en la que procede de las entrevistas en profundidad. Esto permite tener una mirada más amplia sobre el análisis de los indicadores planteados. En términos generales, se puede sostener que en la aplicación de los dos instrumentos mencionados puede observarse cómo ambos reafirman y convalidan sus conclusiones.

A. Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell. Necesidades expresadas, sistema formal y no formal

Vivienda

Con relación a la vivienda, cuanto mayor es el tiempo transcurrido desde su externación, mejora la capacidad de resolver el problema habitacional con recursos propios. Esto acorde a las necesidades del momento vital que atraviesan. Cuando el usuario decide salir del sistema formal se encuentra con varios obstáculos. El primero que suele aparecer es que no cuentan con garantías inmobiliarias para el alquiler de una vivienda y, por ende, los obliga a recurrir a pensiones. Estas son más

caras, con menos comodidades y habitadas en su mayoría por una población temporaria, donde los vínculos que se establecen son inestables y suelen ser problemáticos. Otro obstáculo es la dificultad en la aplicación del marco legal cuando el paciente quiere recuperar una vivienda que le pertenece y está usurpada, reclamar una propiedad por derecho sucesorio o comprar un terreno o una casa estando inhabilitado o declarado insano. En la última reforma del código civil se pasa de un sistema tutelar a un sistema de apoyos que brinda mayores garantías a la persona con sufrimiento mental.

Cuidado del hogar y personal

De las entrevistas surge una diferencia sustancial entre las necesidades de acompañamiento en la resolución del cuidado del hogar y del cuidado personal. Mientras 15 de los encuestados necesita ayuda en el cuidado del hogar, solo cuatro necesitan ayuda en el cuidado personal. En las viviendas predomina el desorden, la falta de limpieza y tienden a acumular objetos. Esta situación, a nuestro entender, tiene varias aristas. El acumular objetos sin valores propio de prácticas asilares, donde el desecho se vuelve un bien o algo que les pertenece aportando a su singularidad. Por otro lado, la mayoría no se han hecho nunca cargo de mantener una vivienda, ya sea porque vivían con la familia hasta el momento de la internación o porque han sido institucionalizados desde su infancia.

Aquellos que tuvieron una familia propia o vivían solos antes del ingreso, o sea que tenían mayor edad, necesitan una ayuda mínima en ambos aspectos.

Alimentación

En la alimentación, de los 20 entrevistados, 15 dependen del comedor del CSMC en la elaboración o provisión de alimentos. A partir de sus dichos se desprende que esto se debe a los exiguos ingresos y de la precariedad del espacio que disponen en sus viviendas para cocinar.

Actividades laborales

La participación en actividades laborales es importante en la población analizada. Del total de los entrevistados seis tienen un trabajo competitivo, once tienen trabajo protegido -en el CSMC- y cuatro estudian. Solo dos pacientes no realizan actividades por circunstancias que se lo impiden. Considerando los niveles de desocupación de la población de nuestro país y la falta de vacantes para personas con discapacidad en el mercado laboral, es dable a tomar en cuenta el nivel de motivación de los pacientes en cuanto a aprovechar los espacios laborales.

Alfabetización

Todos tienen distintos niveles de alfabetización. Los que estudian, están cursando los primeros años del primario o el secundario. Esto les permite un buen manejo

del teléfono, del transporte público o en la realización de trámites personales.

Beneficios económicos

Los beneficios económicos provienen en su mayoría -15 de los entrevistados- del sistema formal a través de la tramitación de pensiones no contributivas o derivadas de los padres y jubilaciones.

Tiempo libre

En cuanto al tiempo libre, tienen un alto nivel de concurrencia a actividades recreativas programadas, pero presentan dificultades si deben hacerse responsables de organizar las mismas.

Cuidados de salud

La mitad de los entrevistados reciben cuidados de salud, por hipertensión, asma, artrosis, acordes a la edad. Estos cuidados son supervisados por los enfermeros.

Consumo de sustancias

Los antecedentes de consumo están presentes en la mitad de los casos, lo cual pone en evidencia una problemática actual en la consulta, en la cual los pacientes con patología psicótica tienen períodos de consumo tanto de alcohol como de drogas. De esta forma, el tratamiento se complejiza. Los usuarios explican de

manera diferente las causas que los acercan al consumo. A juzgar por los relatos, el consumo se ve asociado a la aparición de los primeros síntomas psicóticos, con la esperanza de atenuarlos. Muy por el contrario los efectos son devastadores y provocan mayores dificultades en la etapa de recuperación.

Vínculos de pareja e hijos

La posibilidad de restablecer vínculos de pareja o el tener hijos aparece con más frecuencia en usuarios en los cuales el desencadenamiento irrumpe a mayor edad. En aquellos que son más jóvenes, con mayor derrumbe psíquico, evidencian mayores dificultades en establecer redes vinculares.

B. Entrevistas en profundidad, la transformación de las redes sociales y calidad de vida.

Las entrevistas en profundidad y la lectura de las historias clínicas nos permitieron hacer un recorrido por los participantes y sus consideraciones sobre lo vivido. De esto se desprende que las primeras crisis, que evidencian síntomas psicóticos, suelen estar atravesadas por episodios de consumo de sustancias, violencia familiar, abandono, conductas disruptivas o aislamiento. Todos problemas que la comunidad puede leer como pertenecientes

al ámbito privado. En algunos casos se buscan soluciones alternativas de acuerdo a las pautas culturales. Cuando el padecimiento irrumpe en la esfera social interviene el estado. Lo hace a través de sus instituciones, aunque no siempre este aporta las mejores soluciones.

Tanto las redes sociales primarias (vínculos más cercanos) como las secundarias (en este caso tomaremos diversos sectores estatales) se hacen presente en diferentes momentos vitales. Se irá evidenciando que si bien hay períodos donde prevalecen unas u otras su presencia se entrelaza a lo largo del recorrido de las historia.

En los casos citados se ve claramente la falta de respuesta de los servicios de atención primaria, los cuales suelen estar desinstrumentados para resolver este tipo de demandas complejas.

Las respuestas dejan en evidencia la falta de acompañamiento de la familia en el momento de la internación psiquiátrica. Esta situación de desvinculación familiar se profundiza en cada una de las reinternaciones. Internación no es sinónimo de institucionalización: esta última llega tras el fracaso reiterado del sistema formal en dar respuesta a la demanda de la persona con sufrimiento mental y a su familia.

Según los relatos desde las primeras consultas, la familia no suele ser partícipe del tratamiento y con el tiempo queda excluida del mismo. Entre otras causas que provocan esta situación podemos señalar: las que dependen del hermetismo hospitalario, las que se dan por la elección de los familiares de no querer ser partícipes de la situación, o simplemente por ignorancia sobre el acontecimiento que los involucra. Con respecto a los tratamientos, se resalta en las entrevistas la falta de información con que cuenta el usuario y su familia, sumado a la difícil accesibilidad a los servicios. Estos factores confluyen en el abandono del tratamiento y posterior reinternación del sujeto, alimentando la puerta de entrada a los hospitales especializados en forma constante -la puerta giratoria-. Los participantes del estudio cuentan con varias reinternaciones en las cuales aparece como causa de la misma el abandono de tratamiento.

Esto último nos obliga a pensar con más profundidad por un lado sobre las causas que lo motivan y, por otro lado, sobre sus consecuencias: las reiteradas reinternaciones. Con respecto a las causas, las entrevistas y las historias clínicas aportan datos en cuanto a la falta de información sobre el tratamiento en el momento del alta. No hay claridad en cuanto a los fármacos y las dosis que deben respetar. Otra vez ante la ausencia de información los asistidos suponen que pueden dejarlo

cuando se les termina la cantidad que le entregaron o cuando se sienten mejor. En otras oportunidades son los síntomas de los efectos adversos, sobre los cuales no se tiene información, lo que motiva el abandono. En cuanto a la poca accesibilidad a la consulta, que aporta al abandono, pueden observarse dificultades por la distancia, falta de recurso económico, derivaciones a otros servicios con dificultades en obtener un nuevo turno.

Cuando el sistema formal resuelve la entrega gratuita de los medicamentos, como es el caso del Hospital A. Korn, no siempre la persona con sufrimiento mental o su familia pueden desplazarse hasta el centro de salud que los provee. El hospital A. Korn implementó las altas en red, por medio de las cuales se les envía el medicamento al centro de salud más cercano al domicilio del consultante, en un intento de limitar los reingresos. En aquellos casos en que la persona no cuenta con un centro de salud de referencia cerca de su domicilio hace imposible que se implemente dicho dispositivo, el cual siempre requiere un referente en el área de salud. El peso del tratamiento está puesto en el fármaco, entre otras razones por la falta de profesionales que aborden otras estrategias terapéuticas.

Parados frente al escenario del sistema manicomial, se puede desprender de las entrevistas que las personas

se sitúan en él de maneras diferentes y, en particular, es factible focalizar dos aspectos. Durante la vida hospitalaria la capacidad de hacer lazo coloca a la persona con trastorno psicótico en el posible camino a la externación. Esto marca la diferencia con respecto a las personas que son des-subjetivadas por la institución asilar, pasando a ser parte de la gran población estable y de difícil abordaje. Este proceso se confirma en la edad promedio de los pacientes de las salas de larga estancia, que alcanza a los 45 años, más del 50 % tienen más de 60 años. En la conjunción de causas aparece el arrasamiento de la psicosis, que se da en diferentes grados, y la falta de capacidad de respuesta frente al aplastamiento subjetivo que provoca el sistema manicomial.

Se pueden observar dos etapas en el proceso de rehabilitación psicosocial. En la primera hay una fuerte presencia del CSMC, desde el cuidado formal en relación al cuidado no formal, como el que responde a la demanda de los usuarios. A su vez da un marco de relaciones intersubjetivas que favorecen la expresión de las necesidades del sujeto y convierte a la palabra en instrumento terapéutico. Le devuelve a la persona con sufrimiento mental el reconocimiento de su historia, como un sujeto cuya existencia no se limita solo a la institucionalización. Hay un proceso de dos tiempos: re-tomar desde el presente la mirada sobre el pasado para hacer posible

una existencia en comunidad desde la autodeterminación, con los apoyos necesarios. En paralelo, dar paso a una mayor presencia del cuidado no formal a partir de la generación de nuevos vínculos.

Durante las entrevistas se evidencia cómo, a partir de las primeras internaciones, se produce el empobrecimiento del entramado vincular. El tiempo hospitalario lleva a la desvinculación familiar. Por el contrario, la salida del hospital inicia al sujeto en la búsqueda de los pedazos que quedan de su historia: son recuerdos aislados, nombres, direcciones que surgen sin orden. Cuando se les empieza a escuchar aparece la exigencia con toda la fuerza de un derecho recuperado “Ud. me dijo que iba a buscar a mi mamá”, “Ud. me dijo que íbamos a visitar mi barrio”, “Ud. me dijo que iba a buscar a mis hijos”. Pueden o no encontrarse familiares que a su vez podrán o no asistir en dicha tarea pero queda claro que un proceso de desinstitucionalización no puede basarse en los resultados de esa búsqueda, ya que llevaría a caminos inciertos. Será el Estado desde lo interinstitucional -a través de los diferentes dispositivos de salud, desarrollo social, poder judicial- quien acompaña a la persona en esta primera etapa.

Como quedó expuesto, en el CSMC las personas con trastornos psicótico desinstitucionalizadas resuelven

las necesidades básicas, tal es el caso de la vivienda, el ingreso y una actividad en talleres que coloca al sujeto en un plano de intercambio con otros. Una vez incluidos se ofrece el sostén de un tratamiento interdisciplinario prolongado en el tiempo y se los acompaña en el desarrollo de sus capacidades para que cada uno pueda utilizar lo que la comunidad ofrece.

Se trabaja en un proyecto personal donde el nivel de satisfacciones de las necesidades da cuenta del nivel de calidad de vida alcanzado. El sistema formal, en esta primera etapa, le brinda al sujeto el piso donde sostenerse para construir un futuro. En la segunda etapa, en la trama relacional que se va construyendo aparecen nuevos amigos, vecinos, compañeros de trabajo o de escuela. Por poca densidad que tenga (en cuanto a la cantidad de vínculos), esta aporta un sostén vincular que no puede remplazarse por el sostén ofrecido por el sistema formal. El modo de estar en el mundo de cada persona tiene características propias, las cuales dependen de las capacidades, del grado de autovalimiento, de las oportunidades que se les presentan y de la posibilidad de establecer lazo social.

¿Cómo se expresa la calidad de vida? Por su aspecto subjetivo lo hace de diferentes formas. Se observa en los participantes del CSMC, con el transcurrir del

tiempo, una menor dependencia del equipo de salud. Si bien al principio se señalaba que las necesidades estaban orientadas a la satisfacción de demandas básicas, al tiempo surgen otras inquietudes -como tener una vivienda propia, estudiar, tener un trabajo reconocido, tener una pareja, reconstruir una familia-. Aquí es donde entra a jugar la relación con el sistema no formal. Cuanto más amplio es el espacio social donde se relacionan, mayores son las necesidades expresadas pero también las posibilidades de satisfacerlas.

Frente a las preguntas orientadas a indagar sobre la calidad de vida aparece, en las entrevistas, la mención a la vida hospitalaria. En el discurso surge en forma fragmentada la referencia institucional y la vida actual, como si estuvieran desconectadas. Sin embargo, se puede observar que el deseo y la motivación que estaban aplastados en la institución, recién pueden desplegarse al tiempo de retomar la vida en comunidad. Por esto es que si bien aparece la satisfacción de aspectos que hacen a tener un registro de mejora en la calidad de vida, también se expresan nuevos deseos y necesidades a conquistar.

En las entrevistas se les realizó una última pregunta ¿Qué cambiarían? Basta escuchar las palabras de los entrevistados:

Rita: “me falta todo, heladera, televisor, cocina más grande, muebles. Lo que me gustaría es que estuviera de vuelta el taller de pañales, porque trabajábamos todos juntos ahí”.

Omar: “volver a tener algo mío, una vivienda para mí, un trabajo en blanco, estable”.

Claudio: “cambiaría el estar bien, seguir como era antes, trabajando; ahora me cuesta, no es que yo sea vago, me canso, hago lo que puedo. Los médicos pensaban que yo no quería trabajar, si estuviera bien no voy a los médicos y me pongo a trabajar con las personas normales, fui y volví del hospital como diez veces”.

Mario: “el día que dijeron que íbamos a ser centro de día me quería morir ¿A dónde vamos a ir a parar? Encima cierran a la noche ¿y ahora qué hacemos? Estaba pre-ocupado por eso, pero después me di cuenta que no, estaba bien. No somos chiquitos, tenemos que tomar las cosas bien”.

La pregunta introduce la dimensión del cambio como algo posible, como algo deseable, necesario para poder recuperar un futuro.

Consideraciones finales

Se partió en el análisis de las necesidades expresadas por las personas desinstitucionalizadas. Estas fueron evaluadas por la entrevista CAN que a su vez permitió evaluar de qué forma el CSMC participaba en la cobertura de las mismas.

En cuanto al sistema formal que integra las redes secundarias como los servicios de salud mental de los hospitales generales se ve que pueden intervenir en algunos casos, pero con una marcada tendencia a la derivación inmediata a hospitales especializados. En cuanto a los servicios de salud mental comunitaria tienen una oferta muy limitada; dichos servicios en provincia de Buenos Aires dependen mayoritariamente de los hospitales neuropsiquiátricos y asisten a los pacientes externados de los mismos, tal es el caso del Hospital Estévez, el Hospital Korn y Hospital Cabred. Es oportuno señalar que cada uno de los monovalentes mencionados ha desarrollado dispositivos comunitarios con características diferentes, a pesar que poseen un objetivo común que es la desinstitucionalización.

En cuanto a las reinternaciones, son consecuencia entre otras causas del abandono de tratamiento. Tal vez si se le pudiera ofrecer a la persona con trastorno psicótico atención y seguimiento en la comunidad desde su

primera crisis, se evitaría la institucionalización prolongada. Así no se caería en la contradicción de rehabilitar lo que la institución inhabilita. Planteado de esta forma el sistema de salud debe remediar un problema que él mismo genera. Se evidenció cómo en cada internación las personas se acercan a la institucionalización prolongada a la vez que pierden los vínculos familiares -redes primarias- y los espacios laborales o de formación -redes secundarias-.

En la hipótesis se sostuvo que la atención comunitaria, en contrapartida al sistema manicomial, propone una alternativa que aporta a la subjetivación y la habilitación de la persona con sufrimiento mental en comunidad. Se restablece el lazo social, se da la posibilidad de la re-vinculación familiar y se producen nuevos vínculos.

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 se 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. Este, como en el bazar, solo está de paso, su vida continúa fuera del mercado.

Ahora bien, ¿de qué forma la sociedad brinda distintas alternativas frente al sufrimiento? Tomando una mirada más general sobre este sector, Menéndez (2004) plantea que en las sociedades latinoamericanas existen diferentes modelos de atención, diversas técnicas diagnósticas, distintos indicadores para la detección del problema y varias formas de tratamientos. Todo esto atravesado por la cultura y la historia de cada comunidad. El problema, según el autor, es que esta diversidad no es reconocida, ignorando y/o marginando una serie de intervenciones de atención, pese a ser frecuentemente utilizadas.

Muchas de las acciones que se desprenden de la atención en salud mental comunitaria siguen quedando en las sombras o reconocidas tan solo como experiencias que no llegan a ser aplicadas como políticas públicas. Queda claro que la recuperación de la calidad de vida va de la mano de ejercer el derecho de las personas con trastorno psicótico de vivir en comunidad, a ejercer la libertad de decisión, y en consecuencia su capacidad jurídica.

¿Cómo pensar el pasaje del monovalente al modelo comunitario? Reconocer que implementar un sistema comunitario demandaría una inversión inicial que aumentaría el gasto de salud de manera transitoria. Sería necesaria, en paralelo, la transferencia de recursos del monovalente al sistema comunitario. Para lograr esto último

se debería cerrar la puerta de ingreso a los monovalentes al mismo tiempo que se implementa un modelo de salud mental comunitario, territorial y accesible.

En la Argentina la reforma pareciera ser una utopía. Para Mario Testa (1995) no puede haber una transformación en el sector salud sin un correlato en lo social, señalando también que es imposible hablar seriamente de salud sin referirse al poder y la política.

La sanción de la Ley de Salud Mental 26657 es un claro ejemplo de la conjunción del espacio social, los representantes del pueblo, y los que llevan adelante procesos de reforma. En la práctica cotidiana, ¿qué sucede aún dentro de los muros de los hospitales psiquiátricos? La lucha entre los dos modelos, institucionalización-atención comunitaria, sigue vigente. Este binomio, si se mira desde el campo social, se manifiesta en el par excluido-incluido. Hoy más que nunca se trata de incluir en el espacio social a aquellos que por su padecimiento mental fueron condenados a la suspensión de su derecho a habitar la vida.

Agradecimientos

Dr. Emiliano Galende, Director de la Tesis.
Magister Débora Yanco, Tutora Metodológica.
Dra. Diana Uribarri, por su valiosa colaboración.

Referencias Bibliográficas

Agamben, Giorgio (2007) *Estado de Excepción*, Buenos Aires, Adriana Hidalgo Editora.

Chomsky, Noam (1998) *Habla de América Latina, Entrevistas de Heinz Dieterich*, Buenos Aires, Editorial 21.

Foucault, Michel (1981) *Un diálogo sobre el poder*, Alianza Editorial, 6ª edición, Buenos Aires, 1997.

Galende, Emiliano (1997) *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1998.

Goffman, Erving (1970) *Internados*, Editorial Amorrortu. 6ª reimpresión, Buenos Aires, 1998.

Grupo Eiem, Sub Equipo SS con Redes, (1998) *La perspectiva de Redes Naturales: Un Modelo de Trabajo para el Servicio Social*, Buenos Aires, Editorial Lumen Humanitas.

Leff, Julian (2000) Evaluating Community Placement of Long Stay Psychiatric Patients, *The British Journal of Psychiatry*, 176: 217-223, Londres.

Menéndez, Eduardo L. (2004) "Modelos de Atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", en AAVV compilador Spinelli Hugo, *Salud Colectiva*, Buenos Aires, Editorial Lugar.

Mueser, Kim; Bond, Gary R; Drake, Robert; Resnik, Sandra. *Modelos de cuidados comunitarios para enfermedades mentales severas: Una investigación sobre case management*, Traducción Universidad de Santiago de Chile.

Sartorius, Norman; Freemanhugh; Heinz, Katschnig (2000) *Calidad de vida en los trastornos mentales*, Buenos Aires, Editorial Masson.

Sarraceno, Benedetto; Montero, Francisco (1993) *La Rehabilitación entre modelos y prácticas*, AAVV Victor Aparicio Basauri, *Evaluación de servicios de salud mental*, Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Souza Minayo, María Cecilia (1997) *El Desafío del Conocimiento*, Buenos Aires, Editorial Lugar.

Testa, Mario (1995) *Pensamiento Estratégico y Lógica de la Programación*, Buenos Aires, Editorial Lugar.

Twigg, J. *Cuidadores de los ancianos: modelos para un análisis*, Cap. 2 en Jamieson A, Illsley R: *Comparación de políticas europeas de atención a las personas ancianas*, Ed SG Editores S.A. (Fundación Caja de Madrid).