



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CENTRO DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL**

**ESTUDIO DEL PROCESO DE  
CRONIFICACIÓN DE PERSONAS CON  
PADECIMIENTOS PSIQUIÁTRICOS  
USUARIA/OS DEL SISTEMA PÚBLICO DE  
ATENCIÓN EN SALUD MENTAL DE  
MONTEVIDEO: EL CASO DEL CENTRO  
DIURNO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL  
DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO TEODORO  
VILARDEBÓ**

**Autor:**

Lic. Nelson de León

**Tutor:**

Dra. María José Bagnato

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2014**

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a la Universidad de la República por permitirme como universitario enriquecer la vida, con la producción de conocimientos integrando dimensiones ético-políticas y el compromiso social.

El esfuerzo que ha constituido la realización de este trabajo, hoy culminado, se caracteriza por haber tenido en su proceso momentos de estancamientos y acobardamientos, frustraciones y exigencias, en los que han prevalecido las conexiones y acciones descañonadas, multiplicadas,

de persistencia y apoyo. No hubiera sido posible sin el invaluable caudal de experiencias,

pero con quienes compartí la locura del sufrimiento y las alegrías,

del sufrimiento y las alegrías, las lágrimas y las carcajadas

de la vida. El encuentro con la Dra. Jose Bagnato, quien ha oficiado como Titular de la Teoría, significó el encuentro con el arte de vivir:

y el arte de vivir: mi padre "Cacho"

mi padre "Cacho" mi amigo "Nano".

mi amigo "Nano".

Finalmente agradecer a funcionaria/os del Centro de Posgrados de la Facultad de Enfermería

el equipo de la Maestría de Salud Mental que nutrieron y sostuvieron el proceso.

Finalmente agradecer a funcionaria/os del Centro de Posgrados de la Facultad de Enfermería

el equipo de la Maestría de Salud Mental que nutrieron y sostuvieron el proceso.

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

## RESUMEN

### AGRADECIMIENTOS

En primer lugar a la Universidad de la República por permitirnos como universitaria/os mezclar la vida, con la producción de conocimientos integrando dimensiones ético-políticas y el compromiso social.

El esfuerzo que ha constituido la realización de este trabajo, hoy culminado, se caracteriza por haber tenido en su proceso momentos de estancamientos y aceleraciones, interrupciones y empujones, en los que han prevalecido las conexiones y acciones deseantes multiplicadas, creativas, de persistencia y apoyo sostenido. No hubiera sido posible sin el invalorable camino compartido desde hace años con el Prof. Adj. Mario Luzardo, quien se ha arriesgado ha acortar el camino hacia los números brindando el asesoramiento estadístico. El encuentro con la Dra María Jose Bagnato, quien ha oficiado como Tutora de la Tesis, significó el convencimiento de que era posible llegar; sus certeros aportes y orientaciones animaron dando consistencia a las convicciones, con gran generosidad académica. Colegas y compañera/os del equipo del Centro Diurno del Hospital Vilardebó, no dudaron en facilitar el acceso y las condiciones para desarrollar las entrevistas con la/os usuaria/os, que es por quienes fundamentalmente adquiere sentido y pertinencia este trabajo. Sin estas múltiples presencias, sin duda no hubiera arribado, pero tampoco sin la fuerza y apoyo de mi hija Martina, mi hijo Facundo y la escucha sabia de mi madre.

Finalmente agradecer a funcionaria/os del Centro de Posgrados de la Facultad de Enfermería y al equipo de la Maestría de Salud Mental que nutrieron y sostuvieron el proceso.

## RESUMEN

El presente trabajo pretende aportar información sobre las personas con padecimientos psiquiátricos usuaria/os del Sistema de Atención en Salud Mental y de esta forma contribuir al desarrollo de acciones que conlleven a su adecuada inclusión social. Para ello se analiza el caso del Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial del Hospital Psiquiátrico Dr. Teodoro Vilardebó.

Se propone como objetivos: (a) Estudiar el Proceso de Cronificación en usuario/as del Centro Diurno del Hospital T. Vilardebó con diferentes diagnósticos y tiempos de evolución al Sistema de Atención en Salud Mental ; (b) Determinar los grados de Cronificación en relación a la dimensión familiar, dimensión recreativa, dimensión laboral, dimensión de relacionamiento institucional en usuario/as

Se denomina Proceso de Cronificación a los efectos que producen el padecimiento psiquiátrico en la vida y el desempeño social de la persona. El Proceso de Cronificación se ha operativizado mediante la construcción de un Índice de Cronicidad; permitiéndose analizar el relacionamiento con el Sistema de Atención en Salud Mental, y el grado de significación en la asociación respecto al tiempo transcurrido desde la primera consulta, las internaciones, los diagnósticos realizados, y los electrochoques recibidos por la/os entrevistada/os. El Desempeño Social se analiza en función de cuatro dimensiones: (a) Dimensión Familiar, (b) Dimensión Recreativa, (c) Dimensión Laboral, (d) Dimensión de Relacionamiento Institucional.

Se toma como población de estudio a la totalidad de la/os usuaria/os que asisten al Centro Diurno, de esta forma, de un total de 47, pudieron realizarse 37 entrevistas. Así se pudo obtener que la mayoría de la población estudiada, presenta una Cronicidad media y baja, siendo sólo un pequeño porcentaje quienes presentan una Cronicidad Alta. Asimismo, esta cronicidad no se asocia significativamente con las variables vinculadas a la atención en los Servicios de Salud Mental: tiempo transcurrido desde la primera consulta, número de internaciones, los

electrochoques recibidos, así como tampoco depende del diagnóstico psiquiátrico. Es posible inferir que los bajos niveles de cronicidad alta en la población estudiada, podrían vincularse a los efectos de las intervenciones psicosociales e interacciones que se desarrollan en el marco de la participación en el Centro Diurno, encontrándose posibilidades de profundizar la implementación específica de estrategias de integración comunitaria. El despliegue y desarrollo del desempeño social de las personas con padecimientos psiquiátricos es determinante para promover la inclusión social y el acceso al pleno ejercicio de sus derechos.

1.3. Procesos de reforma: del Modelo Manicomial al Abordaje comunitario..... 20

1.4. Tiempo y las reformas en la atención a la salud mental..... 20

**PALABRAS CLAVES: Padecimiento psiquiátrico- Desempeño social- Cronificación.**..... 21

1.5. Salud Mental y Derechos Humanos: una perspectiva a incluir..... 28

1.6. Intervención y rehabilitación psicosocial e inclusión: cambios de paradigmas..... 31

1.7. La Salud Mental en la Discapacidad..... 36

1.8. Antecedentes y reseña del estudio en nuestro contexto..... 41

**CAPÍTULO 2. ESTUDIO EMPÍRICO..... 44**

2.1. Antecedentes del Índice de Cronicidad..... 44

2.2. Índice de Cronicidad..... 45

2.3. Objetivos..... 46

2.4. Estrategia Metodológica..... 48

2.5. Instrumentos..... 49

Facultad de Enfermería  
**BIBLIOTECA**  
 Hospital de Clínicas  
 Av. Italia s/n 3er. Piso  
 Montevideo - Uruguay

**CAPÍTULO 3. RESULTADOS Y CONCLUSIONES..... 51**

3.1. Descripción de la población estudiada..... 52

3.2. Descripción de las dimensiones del Índice de Cronicidad..... 57

3.3. Descripción del Sistema de Atención en Salud Mental..... 64

3.4. Índice de Cronicidad como instrumento fiable..... 68

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO 1. LA SALUD MENTAL Y SUS IMPLICACIONES.....	14
1.1. Contextualización de la enfermedad y del campo de la Salud Mental.....	14
Nuestro país y la influencia europea.....	16
Estado, políticas y contexto.....	17
1.2. Procesos de reforma: del Modelo Manicomial al Abordaje comunitario.....	20
Europa y las reformas en la atención a la salud mental.....	20
América Latina y la región en los procesos de reforma a la atención en salud mental.....	21
1.3. Salud Mental y Derechos Humanos: una perspectiva a incluir.....	28
1.4. Intervención y rehabilitación psicosocial e inclusión: cambios de paradigmas.....	33
1.5. La Salud Mental en la Discapacidad.....	36
1.6. Antecedentes y reseña del estudio en nuestro contexto.....	41
CAPITULO 2. ESTUDIO EMPÍRICO.....	44
2.1. Antecedentes del Índice de Cronicidad.....	44
2.2. Índice de Cronicidad.....	45
2.3. Objetivos.....	46
2.4. Estrategia Metodológica.....	48
2.5. Instrumento.....	49
CAPÍTULO 3. RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	51
3.1. Descripción de la población estudiada.....	52
3.2. Descripción de las dimensiones del Índice de Cronicidad.....	57
3.3. Descripción del Sistema de Atención en Salud Mental.....	64
3.4. Índice de Cronicidad como instrumento fiable.....	68

3.5. Asociación del Índice de Cronicidad con las variables del Sistema de Atención en Salud Mental.....	70
<b>CAPÍTULO 4. ANALISIS Y RESULTADOS.....</b>	<b>76</b>
4.1. Análisis general.....	76
4.2. Análisis comparativo.....	81
4.3. Análisis del Índice de Cronicidad.....	82
<b>CAPITULO 5. CONCLUSIONES FINALES.....</b>	<b>85</b>
Referencias Bibliograficas.....	91
<b>ANEXO I.....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXO II.....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO III.....</b>	<b>103</b>

decisiones que afectan las condiciones adecuadas de atención, han llevado tanto a nivel académico, como legislativo a trabajar en la mejora de las condiciones de vida, la autonomía y inclusión de las personas con padecimientos psiquiátricos. De hecho, la situación de las personas con padecimientos psiquiátricos, pasan a ser parte de la preocupación y consideración del tema desde la perspectiva de Derechos Humanos.

A nivel de Declaraciones y Convenciones internacionales, ratificadas por nuestro país, interesa destacar:

- 1971, Naciones Unidas adopta la declaración sobre los Derechos de las personas con retardo mental.
- 1975, Naciones Unidas adopta la Declaración sobre Derechos de las personas Discapacitadas.
- 1980, O.P.S. Declaración de Caracas.
- 1991, Naciones Unidas adopta los Principios para la protección de los Enfermos Mentales y para el mejoramiento de la atención en salud mental.

## INTRODUCCIÓN

La presente tesis se inscribe en el desarrollo académico de estudios sobre Salud Mental (S.M.) que venimos desarrollando desde la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, y más específicamente en la temática vinculada al tratamiento institucional de las personas con padecimientos psiquiátricos y el campo de la salud mental..

Existe preocupación por las condiciones de tratamiento y la atención a la salud mental; dado el costo y la carga humana, social y económica que implican las personas con sufrimientos mentales. A nivel internacional según la O.P.S.<sup>1</sup>, se constatan las dificultades de acceso a los tratamientos y servicios adecuados para la/os usuaria/os de S.M. Esto coexiste con procesos sociales de estigmatización y discriminación hacia las personas con padecimientos psiquiátricos.

Desde hace décadas, la visualización de este contexto y las situaciones de vulneración de derechos que afectan las condiciones adecuadas de atención, han llevado tanto a nivel académico, como legislativo a trabajar en la mejora de las condiciones de vida, la autonomía y protección de las personas con padecimientos psiquiátricos. De hecho, la situación de las personas con padecimientos psiquiátricos, pasan a ser parte de la preocupación y consideración del tema desde la perspectiva de Derechos Humanos.

A nivel de Declaraciones y Convenciones internacionales, ratificadas por nuestro país, interesa destacar:

- 1971. Naciones Unidas adopta la declaración sobre los Derechos de las personas con retardo mental.
- 1975. Naciones Unidas adopta la Declaración sobre Derechos de las personas Discapacitadas.
- 1990. O.P.S. Declaración de Caracas.
- 1991. Naciones Unidas adopta los Principios para la protección de los Enfermos Mentales y para el mejoramiento de la atención en salud mental.

-1993. Naciones Unidas adopta las Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

-Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2006 y ratificada por Uruguay con la ley N° 18.418.

En nuestro país, a partir del 2007 se ha comenzado la instrumentación del Sistema Nacional Integrado de Salud (S.N.I.S.), con el objetivo de asegurar el acceso universal a los servicios integrales de salud, con los principios de equidad, continuidad, oportunidad y calidad (Proyecto de Ley S.N.I.S., 2007) y que incluye las prestaciones en Salud Mental. A partir del 2005, se comenzó un proceso de trabajo y profundización de los lineamientos para la reforma de salud; desde la discusión e intercambio del M.S.P. con actores sociales e institucionales través del Consejo Consultivo para el cambio en salud.

En el ámbito de la Salud Mental, en agosto de 2005, la Comisión Asesora Técnica Permanente (C.A.T.P.) del Programa Nacional de Salud Mental (P.N.S.M.) DIGESA- MSP, discutió y aprobó el documento programático "Salud Mental en la Emergencia Social y en el nuevo Modelo Asistencial". Se conformaron 14 Grupos de Trabajo y una Mesa Coordinadora, con representantes de organizaciones sociales, gremiales, y académicas para elaborar documentos y recomendaciones a considerar por la C.A.T.P. Los Grupos de Trabajo conformados fueron: 1. Política, legislación y derechos humanos en salud mental. 2. Atención en el Primer nivel. 3. Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales y Hospital Psiquiátrico. 4. Rehabilitación y asimilación plena o protegida a la actividad productiva y a la convivencia social. 5. Servicios residenciales, casas de salud y asilos. 6. Psicoterapia y técnicas psicosociales. 7. Uso indebido de drogas. 8. Violencia y muerte violenta. 9. Infancia y adolescencia. 10. Guías y protocolos de asistencia y terapéuticas. 11. Investigación, registro, evaluación, indicadores y

controles de calidad. 12. La salud mental y la cultura. 13. La coordinación de los Servicios Públicos y las Instituciones de Asistencia Médico Colectivas. 14. La calidad del equipo de salud.

El funcionamiento de los diferentes Grupos y la producción de aportes de los mismos fueron diversas, y tomadas de forma relativa en las orientaciones desde la C.A.T.P. del P.N.S.M. hacia el desarrollo de las políticas en Salud Mental.

Dentro de otras producciones y aportes, el Grupo 1: "Legislación, política y derechos humanos salud mental", elaboró una propuesta de anteproyecto de Ley de Salud Mental, acorde a los principios del S.N.I.S., retomando las orientaciones y concepciones de la O.M.S-O.P.S. respecto al avance en la atención en salud mental y para sustituir la Ley 9581 de Asistencia al Psicópata del año 1936. El mismo, aún se encuentra sin ingresar al ámbito Legislativo.

Nuestro país, como la región, comparte el concierto mundial respecto al incremento significativo de la cantidad de personas afectadas por sufrimiento psíquico o psicosocial, no siempre acompañado con políticas de asignación de recursos económicos y humanos necesarios para una adecuada atención integral en salud mental. Rodríguez<sup>2</sup> indica como los trastornos mentales y neurológicos representan el 14 % de las enfermedades. Establece que aproximadamente el 30 % de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a estos padecimientos y casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medio-bajos.

Las problemáticas más frecuentemente diagnosticadas, indicaban para la primera década del 2000 a nivel mundial más de 17 millones de personas deprimidas y más de 2 millones de personas con diagnóstico de esquizofrenia, a consecuencia de factores psicosociales y de las enfermedades crónicas que aumentaban<sup>3</sup>.

Sin embargo, finalizando la década los datos y efectos de esta problemática, parecen ser aún más preocupantes, ya que los trastornos mentales representarían el 25,3% y el 33,5% de los años

perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente<sup>4</sup>.

Cómo se ha dado a nivel general en la cultura occidental, en nuestro país las Instituciones y formas de organización de la atención a la salud mental tuvieron un proceso. Primero el Manicomio, y luego el Hospital Psiquiátrico se ocuparon preferentemente del tratamiento de la enfermedad mental. En 1788 se crea el Asilo de Dementes, en 1860 el Manicomio Nacional, denominado 20 años después como Hospital Teodoro Vilardebó y cuya previsión de 700 camas entonces, se vio desbordada rápidamente, llegando apenas en una década a las 1.000 personas internadas<sup>5</sup>.

Si hacemos una breve revisión histórica, podemos observar características comunes en las concepciones y modalidades de tratamiento a las personas con padecimientos psiquiátricos en Europa y en nuestro país. Las características comunes serían: 1) la locura adquiría diversos sentidos sociales, circulando y hablando desde la singularidad de la experiencia de ser “loco”; 2) el encierro de la locura con otros pobres indisciplinados de la época, en Hospitales Generales o Asilos, manteniendo el orden social; 3) la especificidad del encierro manicomial, se acompañó del desarrollo y poder de la psiquiatría, desplazando a la caridad religiosa y la filantropía de la administración institucional de la locura; 4) el sistema jurídico y la medicina posibilitaron un nuevo estatuto: el enfermo mental, reglamentándose y aumentando las tasas de internación psiquiátrica<sup>6</sup>.

Mientras que en 1907, el Dr B. Etchepare inauguraba la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, la Ley 9581 del año 1936 organizó la asistencia de la época en nuestro país; caracterizada por el encierro y las prácticas de disciplinamiento y sujeción, físicas y luego químicas<sup>7</sup>.

Resulta interesante analizar las diferentes formas de denominación utilizadas en este texto de Ley de la época, aún vigente, para nombrar a las personas sobre las cuales se dirigiría la

organización de la asistencia: “enfermo mental”, “enfermo psíquico”, “enfermo neurótico”, “enfermo de afección mental”, “psicópata”. Todo ello da cuenta de las concepciones diagnósticas aún no homogenizadas y un discurso psiquiátrico y jurídico que se enlazaban con escaso desarrollo epistemológico y científico sanitario de una psiquiatría incipiente en nuestro país.

En EEUU y Europa, a partir de la post guerra, se comenzaron a producir cambios y mejoras en la atención a la salud mental, siendo posible y resultado del contexto sociohistórico y cultural crítico a las Instituciones de encierro, de los movimientos sociales organizados de familiares y de pacientes psiquiátricos, del análisis crítico de las prácticas de los trabajadores de la salud mental y de los avances científicos y académicos.

La investigación, considerada como un insumo fundamental para la adecuación y transformación de los procesos de reforma en salud mental, ha resultado escasa. Esta realidad, acentuada en América Latina, ya era evidenciada por estudios de fines de la década de los 90, que indicaban que la investigación en Salud en América Latina representaba el 1,5 % de la producción científica mundial. Seis países concentraban el 90 % de las publicaciones; Brasil 33 %, Argentina 28 %, Chile, México, Cuba Venezuela el 29 %. La mayoría de las investigaciones concentradas en el Área Clínica (53 %) y Biomédica (44 %). Siendo mínima la investigación en Salud Colectiva<sup>8</sup>.

Respecto a las producciones científicas de América Latina y del Caribe, en un relevamiento realizado sobre quince países durante el período 1993-2003; se pudo constatar que Brasil produjo el 72 % de 1.100 artículos indexados y Chile el 17 % en las bases de datos PsycINFO y MEDLINE<sup>9</sup>.

Las recomendaciones internacionales propician el apoyo a investigaciones que arrojen una mayor comprensión de las condiciones de producción del sufrimiento mental y que se permitan desarrollar investigaciones más eficaces. El propósito es conocer las especificidades y

singularidades de las comunidades, para poder entender mejor los factores que producen la multicausalidad de los procesos de salud- enfermedad<sup>10</sup>.

Es de destacar que, mientras que los trastornos mentales y neurológicos representan el 14 % de las enfermedades; en el 2004 en América Latina y el Caribe los trastornos mentales y neurológicos representaban el 21 % de la carga total de enfermedad, medida en años de vida perdidos según discapacidad<sup>11</sup>. No obstante esta importante repercusión, las prestaciones y respuestas de la Atención en Salud Mental es limitada y en ocasiones inadecuada.

Esta realidad, ha llevado que en setiembre de 2009, el Consejo Directivo de la OPS-OMS, aprobara la “Estrategia y Plan de Acción en Salud Mental”<sup>12</sup>. Este Plan de Acción aprobado por Ministros de Salud del continente, define cinco Áreas Estratégicas: 1. Formulación y ejecución de políticas, planes y leyes nacionales de salud mental. 2. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos psíquicos, haciendo hincapié en el desarrollo psicosocial de la niñez. 3. Prestación de servicios de salud mental centrados en la atención primaria de salud. Definición de condiciones prioritarias y ejecución de las intervenciones. 4. Fortalecimiento de los recursos humanos. 5. Fortalecimiento de la capacidad para producir, evaluar y utilizar la información sobre salud mental.

Dentro de las transformaciones que implica este Plan de Acción, las de quizás mayor importancia en los últimos años, se ubican en el desarrollo de abordajes e intervenciones socio-comunitarias, abandonándose el Hospital Psiquiátrico como centro de la perspectiva de la Atención. En este escenario, las intervenciones Psicosociales y de Rehabilitación, su evaluación y el estudio de las condiciones de inclusión e inserción comunitaria de las personas con padecimientos psiquiátricos, son relevantes para el cambio de modelo de atención.

## **CAPÍTULO 1. LA SALUD MENTAL Y SUS IMPLICACIONES**

### **1.1. Contextualización de la enfermedad y del campo de la Salud Mental.**

#### **De la locura a la enfermedad mental: entre Francia y España.**

La problemática del padecimiento psiquiátrico, los procesos de cronificación y el desempeño social, adquiere sentido y condiciones de producción en el campo de la salud mental. Para Baremlitt<sup>13</sup>, el campo de la Salud Mental, que es donde se producen las condiciones y la base del problema, se entiende como un campo fenoménico y lugar de entrecruzamiento de múltiples determinaciones que configuran líneas de fuerza. El campo de la Salud Mental, establece este autor, tiene una determinación histórica, socio- política y económica.

Galende<sup>14</sup>, establece que el período que va desde finales del S XVIII hasta la sanción de la ley de 1838 en Francia, en gran parte resultado de la tarea de figuras como Pinel y Esquirol, podría ser tomado como el momento histórico de constitución de la Psiquiatría como especialidad de la Medicina.

Sin embargo, Europa inició en España, algunos siglos antes de la construcción científica de la enfermedad mental, la asistencia a personas con ciertas características. Larrobla<sup>15</sup> establece que “algunas de sus raíces se encuentran en la asistencia benévola de los árabes a los enfermos desde el primer siglo de la era cristiana. Esta influencia determinante estuvo presente también en la creación de los establecimientos dedicados a los cuidados de los enfermedades mentales; el surgimiento de estos espacios no fue producto de la iniciativa científica, sino inspirados en la caridad cristiana”.

Según establece la autora, si bien es difícil establecer con exactitud la fecha que surgieron estas instituciones, sería de 1409 en Valencia: “la Casa de Orates” de donde proviene el primer registro y de allí a diferentes localidades de España, Europa y luego América Latina<sup>16</sup>.

La idea de que las enfermedades mentales no han estado siempre, y que son producto de construcciones socio- históricas es planteada por diferentes autores e investigadores. Galende<sup>17</sup> ha afirmado como una ingenuidad positivista, la idea de que las enfermedades mentales, como las infecciones hayan existido desde siempre, esperando que por fin el conocimiento médico- psiquiátrico las descubriera para la ciencia. Debemos partir entonces de la desnaturalización de la enfermedad mental como entidad o categoría a histórica y universal, para contextualizar las condiciones históricas de producción.

Desde sus estudios acerca de la locura y la enfermedad mental, Foucault<sup>18</sup> indica acerca de la tendencia a creer que el loco ha recibido su indicio individual de cierto humanitarismo médico, como si este personaje no pudiese ser más que patológico. Sin embargo, el autor insiste en que la locura no ha necesitado de las determinaciones de la medicina para acceder a una posición y sentido social. Antes de haber recibido el estatuto médico que le dio el positivismo, la edad media ya le había otorgado importantes significaciones sociales; siendo éstas (dentro de otras) de amenaza (a las reglas y costumbres) e irónico saber<sup>19</sup>.

Históricamente se produjo un pasaje de la locura a la enfermedad mental. Diversas investigaciones dan cuenta del contexto de fundación de la enfermedad mental, elemental para entender los efectos que han producido la modernidad y la Psiquiatría. Este contexto de surgimiento se produce en cuanto a los deberes y derechos como ciudadana/o, y en relación al contrato social surgido en la modernidad. Castel<sup>20</sup> plantea que en el intercambio social, a partir de la Revolución Francesa, el individuo es sujeto autónomo en tanto que es capaz de entregarse a intercambios racionales. Desviarse de la norma racional, le implica asumir la responsabilidad o por su incapacidad debe recibir asistencia.

La locura pasa entonces a ser población de internación, objeto de castigo (utilización de estacas y argollas de suplicio, prisiones y mazmorras) y luego también de tratamiento moral,

intentando conducir al loco al valor social de la razón y la ubicación en una nueva forma de contrato social<sup>21</sup>.

## **Nuestro país y la influencia europea.**

Larrobla indica que con la llegada de la conquista a América Latina, se desarrollaron dos prácticas vinculadas a los trastornos mentales, “por un lado la desarrollada por las culturas nativas, con un claro predominio de aspectos mágicos y religiosos, y por otro, la que fue introducida por los conquistadores y las órdenes religiosas, basada en conocimientos españoles”<sup>22</sup>. Estas últimas, que implicaban la construcción de Hospitales, fundaron en 1566 en México el “San Hipólito”, primero para el cuidado de enfermos mentales<sup>23</sup>. Por otra parte, la autora plantea que la locura fue perseguida y tomada también por la conquista desde la inquisición en tanto desviante de la fe cristiana<sup>24</sup>; mientras que el trato técnico estuvo en manos de los Tribunales de Protomedicatos, “Este Tribunal era un cuerpo técnico cuya responsabilidad consistía en examinar a las personas que pretendían el ejercicio de este arte de acuerdo a las normas de la monarquía española”<sup>25</sup>.

En nuestro país se crea el asilo de Dementes en 1788, bajo la organización y custodia del sistema religioso. En 1860 se inaugura el Manicomio Nacional, creciendo rápidamente las tasas de internación, transformándose, según establece Barrán<sup>26</sup>, en espacio de vigilancia, en la cual el médico- burgués del novecientos ejerció control social de los marginados y los rebeldes del sistema en pro de su disciplinamiento y moldeamiento.

Hemos mencionado, la influencia europea en el nacimiento y desarrollo de la Psiquiatría en nuestro país, así como en las modalidades de tratamiento y normativa jurídica. Sobre fines del S XIX comienzan a tomarse temáticas relacionadas como interés de Tesis de doctorado y en 1907 es nombrado Bernardo Etchepare como primer catedrático de Psiquiatría. En 1912 se inauguran

las Colonias de Alienados en el Departamento de San José, donde fueron trasladados los primeros "crónicos" y en 1936 se crea la Ley N° 9581, llamada de Asistencia al Psicópata, -con grandes similitudes de la Ley Francesa de 1838- y que todavía rige en nuestro país las condiciones de la asistencia.

En las primeras décadas del S XX se priorizaban explicaciones organicistas de la enfermedad mental. Barrán<sup>27</sup> describe las concepciones de la época y el lugar que se les destinaba a las personas entonces; en tanto al ser física la etiología de la enfermedad mental, el discurso del loco carecía de significado. No había por que dialogar con él, escucharlo, sino observarlo en su conducta dentro del manicomio y el laboratorio.

El Manicomio como bastión del tratamiento a la enfermedad mental, se mantuvo durante 100 años tanto en Europa como en la región y en nuestro país, si bien se fueron humanizando las condiciones de vida. No obstante, y como se expresaba en el Plan de Salud Mental de 1986 elaborado en nuestro país a la salida de la dictadura cívico-militar; la fragmentación, el aislamiento, así como la inadecuación de los dispositivos y carencias de recursos para la comprensión de la problemática, parece haber persistido durante décadas. Estas condiciones y vulneraciones se sostuvieron y generaron bajo la sombra de la instauración de dictaduras cívico-militares en la región y bajo el amparo de modelos neoliberales con los efectos de desprotección social consecuentes. El abandono del Estado de las funciones de garante, incide en los procesos de salud- enfermedad y en los sectores más vulnerables.

### **Estado, políticas y contexto.**

Galende<sup>28</sup>, plantea que la intervención del Estado desde estas concepciones queda limitada a una cobertura de lo imprescindible, focalizada, y dirigida hacia los sectores más empobrecidos de la población. Los programas comunitarios de Salud Mental, la atención primaria y las

prestaciones de sus servicios periféricos se dirigen progresivamente a paliar los efectos de la exclusión social (desempleo, marginalidad, migraciones, etc.) y a la contención y apaciguamiento social de estos sectores.

Barrán<sup>29</sup> en tanto, indica que la pobreza y la locura, han resultado en una mixtura histórica hacia la intensificación de los procesos de exclusión y pérdida de derechos.

En nuestra época, se ha alertado acerca de los efectos que las políticas neoliberales han provocado en nuevas problemáticas de producción de sufrimiento, escasamente estudiados.

Malvarez<sup>30</sup> incluye entre los problemas de salud no convencionales el aumento de la discriminación y la marginalidad, el abandono de niños y ancianos, las consecuencias psicosociales del embarazo en adolescentes, la cronificación de enfermos mentales, la soledad y el abandono debido a los procesos de desinstitucionalización, entre otros.

Estos planteos, ubican la relación entre el contexto socio-histórico y los procesos de salud enfermedad, así como las consecuentes concepciones desde la psicopatología y el desarrollo académico- político de los Manuales Internacionales de Clasificación de las Enfermedades Mentales surgidos en la década del 90.

Para algunos autores, se constituye en una dimensión política insoslayable, la conciencia y ubicación del contexto socio-económico y cultural a la hora de ubicar las categorías patológicas. Así es que, Fiashe<sup>31</sup> establece que la pobreza genera un tipo de patología, para la cual nuestras categorías psicopatológicas no tienen herramientas para vislumbrarlas muchas veces. Se indica como una cultura de la pobreza- miseria en aspectos estructurales de su ecología, tales como el hábitat, la villa miseria, el analfabetismo, la promiscuidad, el alcoholismo, que producen padecimientos específicos. Esta concepción, exigiría categorías específicas de comprensión y clasificación no homogenizantes ni globalizantes.

Mientras que, y quizás en el otro extremo, a partir de posguerra comenzaron a publicarse los Manuales Internacionales de Clasificación de las Enfermedades Mentales. Luego de varias

revisiones se publican el CIE-10 (1992) y DSM IV (1994), intentándose globalizar los criterios de clasificación. En estas versiones de clasificaciones, se apela a la descripción de síntomas, más que a la etiología o interpretación del denominado trastorno<sup>32</sup>, partiendo de una concepción de clasificación a partir del deterioro o la limitación de la persona con padecimiento. Según establece Alonso<sup>33</sup>, en la CIE 10 y el DSM IV los trastornos mentales han sido definidos mediante una gran variedad de conceptos (ej. malestar, descontrol, limitación, incapacidad, inflexibilidad, irracionalidad, patrón sindrómico, etiología y desviación estadística).

Estas concepciones psiquiátricas, son herederas de pronósticos y formas de entender las enfermedades mentales con tendencias a la irreversibilidad y la determinación. En tal sentido, existen predisposiciones a considerar la Cronificación de las enfermedades mentales como formas patológicas de la existencia. Para Ey<sup>34</sup>, constituyen trastornos mentales, durables, estables y a veces progresivos; con modificaciones más o menos profundas del sistema de la personalidad. Si bien se aclara que con "enfermedades crónicas" no se definen entidades determinadas por lo endógeno a la irreversibilidad e incurabilidad, se entiende que comprometen el desarrollo social de la existencia.

En la presente investigación, proponemos analizar el desempeño social de la persona usuaria/o del Sistema de Atención en Salud Mental, -en particular del Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial del Hospital Psiquiátrico Dr. Teodoro Vilardebó- ubicando el Proceso de Cronificación como eje de análisis. Nos preguntamos sobre la relación entre la Cronificación como proceso de pérdida en el desempeño social de la persona y su relación con el propio Sistema de Atención, incluyendo los diagnósticos que han sido realizados, según en la población estudiada por el CIE 10.

Constituyen antecedentes de este estudio, el Proyecto de Iniciación a la Investigación: "Cronificación y reinserción social del paciente psiquiátrico" aprobado por la CSIC y ejecutado en 1997.

## **1.2. Procesos de reforma: del Modelo Manicomial al Abordaje Comunitario.**

En la contextualización del campo de la salud mental y la producción de enfermedad mental describíamos cómo las lógicas de poder, concepciones e imaginarios en relación a la locura y la enfermedad mental, aspectos jurídicos y modalidades de tratamiento; emergen y se inscriben en el contexto socio histórico y político del cual forman parte. En tal sentido, Europa (1970) y EEUU (1960) fueron pioneros en las re estructuras a la atención y el abandono del Manicomio y del Hospital Psiquiátrico como la centralidad para la atención. Estos procesos, a partir de la década del 60-70 tuvieron un impacto reducido y escasa información en nuestro país, dada la censura proveniente de la Dictadura cívico militar que vivimos en esos años; ya que estos movimientos y reformas estaban vinculados a fuertes críticas a las instituciones de encierro y a la vulneración de derechos humanos.

### **Europa y las reformas en la atención a la salud mental.**

Italia, Inglaterra, Francia fueron referentes en tal sentido, autores como Castel<sup>35</sup>, Foucault<sup>36</sup>, Basaglia<sup>37</sup>, Laing<sup>38</sup> y Evaristo<sup>39</sup> entre otros; han participado, investigado y sistematizado estas prácticas instituyentes. De estos movimientos resultaron procesos de institucionalización, con diversa expresión en la construcción de políticas públicas y transformaciones institucionales en las estructuras de atención en Europa.

Si tomamos el ejemplo de Madrid-España, visualizamos como en las últimas décadas se continúan realizando esfuerzos y construyendo políticas de inserción comunitaria social y laboral para personas con padecimiento psiquiátrico. Tal es la elaboración del Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007. Esta iniciativa tiene como propósito la inclusión social de personas diagnosticadas como Trastornos Mentales severos y

crónicos, que presentan dificultades de funcionamiento psicosocial para su desenvolvimiento autónomo en la comunidad y por tanto para su integración social y laboral<sup>40</sup>.

Se instrumenta como una política integral de atención, compuesta por una red de Servicios integrada por Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, Residencias y Pisos; donde se intenta mantener a las personas en su entorno socio-comunitario<sup>41</sup>.

## **América Latina y la región en los procesos de reforma a la atención en salud mental.**

Por su parte, los procesos de Reforma en la atención a la salud mental en la América Latina y la región, adquieren desarrollo fundamentalmente a partir de la década del 90, orientados desde la Declaración de Caracas adoptada en Venezuela el 14 de noviembre de 1990 y enmarcada en la convocatoria de la OPS/OMS. Desde entonces, los diferentes países han ido adoptando y adecuando diferentes medidas en procura de abandonar las lógicas manicomiales y desarrollar la atención comunitaria, con inclusión de una perspectiva de derechos.

Más cercano a nuestro medio, Galende<sup>42</sup> indica acerca de los problemas que han caracterizado estos procesos de reestructuras en la atención, ante la necesidad y dificultad de transformar prácticas, aparatos administrativos estatales y creencias del imaginario social respecto a la locura. Las propuestas de reformas, pocas veces se han asentado sobre la transformación de estas dimensiones. El autor plantea la insuficiencia en la creación de nuevas formas de comprensión del sufrimiento mental, con consistencias epistemológicas y metodológicas novedosas y propuestas de prácticas coherentes; con la formación de trabajadores acordes; con la disminución en las concentraciones de estigmatización de la enfermedad mental; así como con el reordenamiento jurídico y legal que habilite desarrollar una perspectiva de derechos.

## **Brasil**

Si tomamos el ejemplo de Brasil, firmante de la Declaración de Caracas, se ha desarrollado un importante movimiento de trabajadores de salud mental y la organización de familiares y usuaria/os, votándose una Ley de Salud Mental en noviembre de 1999. Esta ley permite el desarrollo de programas de apoyo psicosocial para pacientes psiquiátricos en acompañamiento en los Servicios Comunitarios<sup>43</sup>.

Desde entonces, varias leyes y Disposiciones Ministeriales continuaron profundizando la sustitución de la atención manicomial y la mejora en las condiciones y la calidad de atención. Tosta<sup>44</sup> señala como la Reforma Brasileña ha realizado una transformación importante en la atención a la salud mental cambiando la dirección del modelo, reglamentando el cuidado especial a usuaria/os, previendo la posibilidad de sanciones para la internación involuntaria o innecesaria; impulsando la desinstitucionalización de pacientes con largo tiempo de permanencia en hospitales psiquiátricos por la intervenciones de rehabilitación psicosocial e inclusión en programas de atención extrahospitalaria.

## **Argentina**

En Argentina, el proceso de Reforma Psiquiátrica tuvo impulso Provincial, desde la Provincia de Río Negro a fines de la década del 80, iniciándose un movimiento de desmanicomialización que incluyó programas de inclusión laboral para personas con “sufrimiento mental”, cierre del Neuropsiquiátricos, promoción del tratamiento comunitario y prohibición de terapéuticas invasivas. Acciones expresadas en la Ley 2440 de 1991 de “Promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental”; y que en su art. 1 indica: “queda prohibido la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos, o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecue a los principios individualizados en la presente ley.(...) La recuperación de la identidad, dignidad y respeto de la persona humana con sufrimiento mental,

expresada en términos de su reinserción comunitaria, constituyen el fin último de esta ley y de todas las acciones que de ella se desprenden”. Mientras que, en el art. 10 de su reglamentación establece: “Prohíbese al personal perteneciente al Consejo Provincial de Salud Pública la utilización de electroshock, shock insulínico, absceso de fijación y toda otra técnica pseudoterapéutica que afecte la dignidad de las personas, ordenándose la destrucción de cualquier elemento que facilite la utilización de estas técnicas, que pudiere conservarse por razones patrimoniales en el ámbito de Salud Pública”. Este movimiento, tuvo repercusiones y desarrollo en otras Provincias, como San Luis, donde desde 1993 se comenzó la reformulación de la Atención en Salud Mental en el Sistema Público.

Proceso que ha devenido en controversias y debates respecto a los resultados obtenidos, dada la difícil continuidad en otorgar los recursos económicos y humanos necesarios para sostener las políticas de desinstitucionalización.

En julio de 2000, la Legislatura Autónoma de la Ciudad de Bs. As. y con el impulso del Movimiento Social de Desmanicomialización y Transformación Institucional, sancionó la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. En tanto en junio de 2011, se votó en Buenos Aires la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, en cuyo Art. 3 establece: “En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental, como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, 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”. Si bien existen dificultades en la reglamentación de la misma, que se expresan en la insuficiencia de dispositivos sustitutivos al manicomio dentro de otros analizadores; sin duda contar con la Ley Nacional augura un fuerte énfasis de profundización en la Reforma.

## Chile

Las Dictaduras Militares en los países de la Región, incidieron en el retraso respecto a la humanización, democratización y mejora en las condiciones de la atención. Tal fue el caso de Chile, que a fines de los sesenta comenzaba un proceso de rectificación de las modalidades discriminativas y estigmatizantes; pero fue recién en la década del 90 con la reapertura democrática que se profundizan los cambios. Minoletti, et al<sup>45</sup>, plantea que con la restauración democrática en Chile, en la década de los años noventa, se incluyeron en los programas de atención acciones para otorgar garantías a los derechos humanos de las personas afectadas por trastornos mentales. Comenzando el proceso de cambio, para un nuevo modelo de atención acorde con las recomendaciones de los organismos internacionales de salud<sup>46</sup>.

En 1993 fue creado en Chile el primer Plan Nacional de Salud Mental, el cual se reformula en el 2000 con importante participación de la sociedad civil. Desde una concepción de atención integral y con intervenciones de carácter preventivo (primario, secundario, y terciario) dirigidas al diagnóstico oportuno, tratamiento temprano y rehabilitación de la persona con enfermedad mental<sup>47</sup>.

El desarrollo de estas orientaciones, en los diferentes países, exige: recursos económicos, formación en recursos humanos, descentralización, participación. Proceso que se despliega de forma heterogénea entre los países de la región y aún dentro de los mismos, sin quedar saldada aún la deuda histórica con las personas con padecimiento psiquiátrico.

En Chile en particular, dentro de algunos desafíos a resolver Minoletti<sup>48</sup> desataca: la necesidad de promover la formación de profesionales y técnicos, el desarrollo de dispositivos sustitutivos faltantes, defensorías legales de defensa de usuaria/os, mayor presupuesto, entre otras.

Del estudio de los procesos de reforma de la atención en salud mental en América Latina y el Caribe desarrollados en las últimas décadas, algunas experiencias que se consideran positivas e innovadoras por la OPS-OMS se desarrollan en Brasil, Chile, Cuba, Panamá. Desde el análisis y estudio de estos procesos Rodríguez<sup>49</sup>, destaca que Brasil ha tenido fortaleza en la construcción de una política nacional de salud mental con participación de usuaria/os y trabajadora/es, desarrollándose importantes dispositivos de inclusión como los Centros de Atención Psicosocial y el Programa Vuelta a Casa. En Chile, se ha podido implementar y sostener un Programa Nacional de Salud Mental que sigue los principios de un modelo comunitario. En Cuba, se ha desarrollado una amplia y diversificada red de servicios de salud mental, destacándose especialmente los Centros Comunitarios de Salud Mental. Y de Panamá, se señala como gran avance la transformación del Hospital Psiquiátrico Nacional de más de 1.000 camas, convertido hoy en un Instituto de Salud Mental con menos de 200 camas<sup>50</sup>.

## **Uruguay**

El tratamiento Asilar específico vio en nuestro país la inauguración del Asilo de Dementes en las últimas décadas del S IXX, recibiendo el traslado de algunas decenas de internados del Hospital de Caridad. Desde entonces comienza el aumento del número de internados; estudios actualizados de la época, describen con estadísticas la instalación de la Psiquiatría en nuestro país. De tal forma que desde 1861 hasta 1900, aparecen casi seis mil diagnósticos consignados en los libros de registros de ingresos<sup>51</sup>.

En mayo de 1880 se inaugura el manicomio Nacional en nuestro país, luego denominado Hospital Teodoro Vilardebó. Si bien desde entonces comienzan las críticas al Modelo Asilar; aún hoy día se mantiene en la atención a la salud mental, conjuntamente con las Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi, que aún hoy albergan a centenares de pacientes y que han sido escenario histórico de vulneraciones a los DDHH.

En nuestro país, la dictadura cívico-militar también incidió en el proceso de reforma. A fines de la década del 60, ya se establecían las recomendaciones y alertas acerca de las condiciones de atención. En 1985, y luego de más de una década de recrudescimiento en las Instituciones de encierro en el marco del terrorismo de Estado, la reapertura democrática y el contexto de la Concertación Nacional Programática produjo condiciones para la elaboración del Plan Nacional de Salud Mental. El mismo, describía críticamente la preponderancia del modelo manicomial en la atención a la salud mental. En el diagnóstico de situación del PNSM<sup>52</sup>, se planteaba como predominante en la atención a la salud mental la hospitalización y el asilo. Caracterizándose la asistencia psiquiátrica por la fragmentación y pauperización, con cobertura y recursos insuficientes.

Los cambios -anteriormente nombrados- realizados a partir de mediados de los noventa produjeron resultados, sin embargo la problemática de la institucionalización y las condiciones de atención no pudieron ser resueltas; comenzando a emerger cada vez con más visibilidad personas con padecimientos psiquiátricos en situación de calle. Los procesos de externación de la década del noventa sin adecuadas condiciones de restitución civil e inserción al campo social, y el aumento de la pobreza vivida en nuestro país durante décadas, reforzó los procesos de exclusión, enfatizándose en los sectores de población más vulnerables. De un relevamiento realizado a personas en situación de calle usuarias del Plan Invierno 2002 se constató un alto porcentaje de personas con padecimientos psiquiátricos en la Zona del Cordón, en su gran mayoría con antecedentes de internaciones psiquiátricas. Un 14,20 % de un total de 591 personas ingresadas al 14 de septiembre de 2002 en el Refugio Casa de Acogida. Presentaban procesos de co-morbilidad que no podían atender adecuadamente por su difícil acceso y continuidad en el sistema sanitario<sup>53</sup>.

Rodríguez <sup>54</sup> establece que los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en América Latina y el Caribe, contribuyendo de manera importante a la discapacidad y la mortalidad

prematura. Sin embargo hoy en día, no se ha logrado completamente que los servicios de salud y recursos humanos para la atención en salud mental sean adecuados y suficientes. Produciéndose procesos de estigmatización y vulneraciones de derechos a las personas con padecimientos, que agrava la situación deficitaria de atención.

El actual contexto socio-político, y la puesta en marcha del Sistema Nacional Integrado de Salud, con inclusión del Programa Nacional de Salud mental, han exigido dar cuenta de algunos problemas no resueltos históricamente; a la vez que atender la emergencia de nuevas situaciones. Así fue establecido desde el 2005, en ocasión del ascenso del Gobierno del Frente Amplio en nuestro País. En el Primer documento elaborado desde el Programa Nacional de Salud Mental, se indicó que los problemas históricos más importantes de la salud mental en nuestro país y aún no superados incluían la marginación masiva de los enfermos mentales y el retraso en la incorporación de psicoterapia y abordajes psicosociales a los Servicios Públicos y a las Instituciones de Asistencia Privadas<sup>55</sup>.

Resulta indispensable entonces el desarrollo de procesos de investigación en salud mental, para que sean posibles los cambios, basados en la producción de conocimientos y tomando la realidad desde donde se producen los procesos. En tal sentido, el presente Proyecto de Investigación se propone aportar a la construcción de un Instrumento adecuado para facilitar el desarrollo, planificación y abordaje de políticas de salud mental específicas.

La indagación y el análisis de la información recabada pueden aportar visibilidad acerca de los procesos de Cronificación y su relación con la estructura sanitaria, dando una mayor comprensión de la problemática y aportando en la planificación de condiciones de inserción que amortigüen la exclusión social de personas con padecimientos psiquiátricos.

### 1.3. Salud Mental y Derechos Humanos: una perspectiva a incluir.

Como se ha venido contextualizando, el tratamiento a la locura y a personas con padecimientos psiquiátricos históricamente ha estado caracterizado en muchas ocasiones por vulneraciones a los DDHH y ha exigido - desde hace algunas décadas- la inclusión internacional de normativas, principios, y declaraciones que garanticen su protección.

En la década del 90, y resultado de investigaciones patrocinadas por Organizaciones vinculadas a la defensa de los DDHH, se concluía que la dependencia del modelo de atención basado en la internación y el tratamiento institucional provocaba la potencialmente dañina hospitalización de personas capaces de vivir y trabajar en la comunidad. Por lo tanto, se consideraba que la estructura del sistema de salud mental del Uruguay violaba normas médicas y derechos humanos internacionalmente aceptadas, adoptadas por la OPS en la Declaración de Caracas, y por la Asamblea General de las Naciones Unidas en los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental<sup>56</sup>.

Diferentes investigaciones describen las duras condiciones históricas de tratamiento. En nuestro país se destacan los aportes de Barrán<sup>57</sup>, y como en otras sociedades -estudiado con profundidad por Foucault<sup>58</sup> - recién hacia la modernidad fue tomada la locura como enfermedad mental.

Bespali y De Pena<sup>59</sup> plantean como en otras épocas, en la sociedad occidental existían las concepciones que ligaban a los trastornos psíquicos con problemas mágico- religiosos, reforzándose la expulsión, estigmatización y reclusión de las personas con padecimientos psiquiátricos. Por tanto, para estos autores, la enfermedad mental se constituye muy recientemente como un problema de salud.

Los tratamientos se caracterizaban por el sometimiento y la limpieza, bajo la concepción de doblegar y sacar el mal. Bespali y De Pena<sup>60</sup> describen la forma en las cuales las diferentes categorías recibían los tratamientos específicos, por ejemplo las demencias, los estupores y las

manías recibían “purgante y caustico”. En tanto, explican que los dispositivos y tratamiento con agua, “hidroterapia” en forma de lluvia se empleaban tanto en el delirio de persecuciones como en la idiocia, la manía, la parálisis general o el estupor.

Como indicábamos anteriormente, en los 70 fue a nivel internacional donde se produjeron reformas en la atención a la salud mental, con la supresión de la lógica manicomial, una referencia ejemplar en Europa la constituyó Italia. Su precursor fue Franco Basaglia y la consolidación de un importante movimiento socio-político que se expresó en la Ley 180 de 1978. Bessali y De Pena<sup>61</sup> indican como características principales de la transformación: abolir la institución manicomial y la internación coactiva, con el propósito de desinstitucionalizar la enfermedad mental se crearon en hospitales generales un máximo de quince camas para internaciones cortas; y se establecieron servicios territoriales y comunitarios para la salud mental.

En América Latina se retrasó la inclusión de una perspectiva de derechos en la atención y tratamiento a personas con padecimientos psiquiátricos. Fue recién en 1990 que la O.P.S. /O. M.S. adoptó la llamada “Declaración de Caracas”, en la cual se cuestiona el modelo manicomial con las consecuentes vulneraciones de derechos que produce y se propone reestructurar la atención hacia un modelo comunitario.

Vásquez<sup>62</sup> destaca que la Declaración de Caracas fue uno de los primeros documentos que propuso en nuestra región, la creación de sistemas comunitarios de salud mental como una alternativa para proteger derechos habitualmente violados en hospitales psiquiátricos, tales como el derecho a la libertad personal, al debido proceso, a las garantías judiciales y a la igualdad ante la ley.

Si bien la inclusión de la perspectiva de Derechos en el campo de la salud mental, se debe de inscribir en el derecho general a la Salud, y como tal un Derecho Humano fundamental; decíamos que demoró en garantizarse tanto desde la accesibilidad a la atención, como las

condiciones de la misma. Quizás en gran medida, por los componentes del imaginario social vinculados a la locura y la enfermedad mental. En tal sentido, la “peligrosidad” asociada al trastorno mental, ha constituido un elemento determinante para las internaciones involuntarias expresadas en las fundamentaciones de articulación jurídico- sanitarias durante décadas. Si observamos la Ley 9581 de 1936, aún vigente en nuestro país, se establece: “Peligro inminente para la tranquilidad, la moral pública, la seguridad o la propiedad pública o privada, incluso la del propio enfermo”, “reacciones antisociales”, “manifestaciones antisociales”, “estado de peligrosidad” ”. Son fundamentaciones para la restricción de libertad, en la asistencia por servicio cerrado y de admisión involuntaria de la Ley 9581, llamada de Asistencia de Psicópatas de agosto de 1936.

A semejanza de la Ley Francesa del 30 de junio de 1838 sobre alienados, dónde se establecía: “En París el prefecto de policía, y en los departamentos el prefecto, ordenarán el internamiento de oficio, en un establecimiento de alienados, de toda persona, incapacitada o no, cuyo estado de alienación pueda comprometer el orden público o la seguridad de las personas”; Art.18.

Si bien esta concepción se ha ido modificando en las expresiones de las Leyes de Salud Mental que se han ido impulsando a nivel internacional, aún constituye uno de los desafíos más importantes a transformar a nivel del imaginario social: la relación entre peligrosidad y padecimiento psiquiátrico.

Según estudios realizados en la región, Rodríguez<sup>63</sup> el 56 % de los países de la región cuenta con legislación relacionada con la salud mental o leyes específicas; sin embargo, no siempre están actualizadas o no se ajustan a los estándares internacionales de derechos humanos. Solo el 11 % de los países ha aprobado o revisado sus leyes de salud mental en el 2005 o posteriormente.

En Uruguay, ha habido algunos intentos de modificación y sustitución de la Ley 9581 de 1936 que organizó la asistencia psiquiátrica y estableció las condiciones de internación

involuntaria. El último, fue el proceso realizado entre fines de 2006 y 2009, en el marco del Subgrupo “Legislación, políticas y Derechos Humanos en Salud Mental” de la Comisión Asesora Técnica Permanente (CATP) del Programa Nacional de Salud Mental del M.S.P. De este trabajo realizado -e interrumpido en el 2009- ha quedado una propuesta de Anteproyecto de Ley de Salud Mental, con siete capítulos redactados y aprobados por los integrantes de dicha Comisión.

Esta propuesta, como lo indican las orientaciones de la O.P.S./O.M.S. y es tomada por las diferentes legislaciones que se han ido aprobando en la región, ubica a la persona como sujeto de derecho y a la salud mental como un derecho humano. En su Art. 1 establece, “La presente Ley tiene por objeto garantizar en la República Oriental del Uruguay el derecho humano a la salud mental de todas las personas, tanto en forma individual, grupal o comunitaria, así como su calidad de sujeto de derecho, no perdiéndose, ni suspendiéndose ésta en ninguna circunstancia” (Anteproyecto de ley de Salud Mental de la R.O.U.).

Por otra parte, se establece el derecho a recibir una atención en salud mental integral, “Se reconoce en la presente Ley la concepción de la salud mental como inseparable de la salud integral. Parte del reconocimiento de la persona en su integralidad y en su dinámica de construcción histórica, genética, biológica, psicológica y socio-cultural y de la necesidad de lograr las mejores condiciones posibles para su preservación y mejoramiento” (Art. 1 Anteproyecto de ley de Salud Mental de la R.O.U.).

En orientaciones planteadas por el Centro de Estudios Legales y Sociales<sup>64</sup> para Argentina, pero que bien podría tomarse para nuestro país; la formulación de una Ley marco de Salud Mental resulta una oportunidad para promover la implementación del paradigma contenido en la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad, en vías al pleno reconocimiento de las personas como sujetos de derecho. Argentina logró a nivel legislativo la Ley Nacional de Salud Mental en junio de 2011.

Estas iniciativas legislativas inclusivas de una perspectiva de derechos, que incluye al usuario/a como sujeto, con ejercicio participativo, como actor en la evaluación, pero también en la planificación de las estrategias de atención, exige la organización y el empoderamiento de la/os misma/os. En este sentido, la propuesta de Anteproyecto de Ley de nuestro país, incluye en el Art. 15 esta necesidad;

” Organizaciones de Usuaría/os y Familiares. Considerando los derechos fundamentales de asociación, libertad de pensamiento, así como de participación ciudadana, el Estado fomentará la creación de organizaciones civiles, reconocidas legalmente, con el otorgamiento de personería jurídica de: usuaria/os, familiares, usuaria/os y familiares, con la finalidad de mejorar, fortalecer, difundir, y efectivizar los derechos enfatizados en los artículos que anteceden. Se promoverá asimismo, la participación y colaboración de la/os usuaria/os y familiares en la planificación, elaboración y evaluación de Políticas de Salud Mental, a los efectos de garantizar que se atiendan a sus reales necesidades al poner de relieve sus problemas específicos, y encontrar soluciones concretas que mejoren la calidad de la salud mental de la sociedad y de los servicios de salud mental”.

La construcción de dispositivos psicosociales y la profundización de la atención comunitaria, en detrimento del Manicomio- Hospital psiquiátrico, con la inclusión de una perspectiva de derechos y una Ley que los garantice continúa siendo un desafío en proceso para nuestro país.

Las evaluaciones que se realizan, desde la declaración de Caracas y luego de más de dos décadas parecen ser alentadoras. Así lo establece Rodríguez<sup>65</sup>, desde donde si bien se reconocen limitaciones y deficiencias, se podría visualizar un avance en la mayor parte de los países respecto a la defensa de los derechos humanos de las personas con padecimientos psiquiátricos. Disponiéndose de legislaciones en muchos países y dispositivos de atención sustitutivos a aquellos manicomiales y de encierro que han demostrado ser promotores de vulneraciones.

## 1.4. Intervención y rehabilitación psicosocial e inclusión: cambios de paradigmas.

El cambio de paradigma de Atención en Salud Mental –del manicomio a la comunidad- ha posibilitado y exigido el desarrollo de nuevas estrategias y modalidades de atención para personas con padecimientos psiquiátricos, dentro de ellas las intervenciones psicosociales y la rehabilitación. Diferentes estudios en países desarrollados, muestran que estas intervenciones mejoran las evoluciones de las enfermedades, promueven mayores índices de mejoría y menos recaídas, si se compara con pacientes tratados en forma más convencional y sin estas aproximaciones terapéuticas<sup>66</sup>.

Este cambio de paradigma, ubica la desinstitucionalización de las personas con padecimiento psiquiátrico como un movimiento inicial necesario, dadas las condiciones históricas anteriormente descritas de institucionalización psiquiátrica. Galende<sup>67</sup> establece la necesidad de avanzar en la externación de personas internadas en un primer momento a dispositivos alternativos, y luego la acción de programas de rehabilitación. La OPS/OMS viene desde la primer década del 2000 aportando y orientando en tal sentido a través de Programas específicos, desde esta perspectiva para Galende<sup>68</sup> la desinstitucionalización de personas supone su egreso desde la institución, por lo general un hospital psiquiátrico, su reubicación en un espacio residencial natural o sustituto, así como una serie de estrategias de intervención orientadas a una efectiva integración social en el espacio comunitario.

Como hemos señalado, este cambio de paradigma promueve la no vulneración de derechos y es inclusivo. En tal sentido, interesa precisar el concepto de inclusión en relación a personas con padecimientos, tomando los planteos de Bagnato<sup>69</sup> la inclusión fomenta los derechos de las personas a participar activamente en la vida social aportándose apoyos que habiliten y sostengan esta participación.

Como establecíamos anteriormente, en la región y en nuestro país en particular, las dictaduras cívico-militares que se desencadenaron en la década del 70 provocaron retrasos en la construcción de alternativas y profundización en las lógicas de intervenciones psicosociales de sustitución manicomial. En Europa y EEUU en cambio, en esa época comenzaron su desarrollo, teniendo como objetivo según establece Desviat<sup>70</sup> la instrumentación de técnicas que hicieran posible una mejor calidad de vida a pacientes mentales crónicos, cuya enfermedad hubiera ocasionado limitaciones o falta de habilidades para el desempeño de sus actividades sociales y consecuentemente desventajas en el desempeño.

Si bien esta concepción, que ubicaba la discapacidad en la falta o carencia individual de acceso ha sido superada, en tanto la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad lo ubica en las barreras sociales; en su momento significó un importante avance. Permitieron el desarrollo de programas de rehabilitación e intervenciones psicosociales que han tendido a una perspectiva inclusiva, teniendo variaciones en las modalidades y evaluaciones de los efectos.

No obstante los logros obtenidos, aún no están totalmente consolidados y son escasos en la atención a la salud mental. Para Gonzalez y Rodríguez<sup>71</sup>, serían varios los hechos que explicarían esta situación de insuficiencia en el despliegue de dispositivos psicosociales. Por un lado, el avance de los enfoques biologicistas en la concepción y explicación de la enfermedad mental, desde los cuales se apuesta por un abordaje de la enfermedad mental restringido casi en exclusiva a los aspectos bioquímicos. También la escasa presencia en el currículo académico de las disciplinas relacionadas con la rehabilitación psicosocial de temas o asignaturas sobre intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave. Y por último, la resistencia de los profesionales y de los sistemas de atención para la implementación de programas de rehabilitación e intervención psicosocial.

En nuestro país las prestaciones psicosociales y de rehabilitación en salud mental se han visto rezagadas, profundizándose recién su implementación a partir del 2007 en el marco del SNIS; y donde el subsector privado parece estar aún más desprovisto que el subsector público en el desarrollo de estas prestaciones. Así lo indican evaluaciones realizadas recientemente desde el M.S.P., “El estudio de evaluación sobre el Sistema de Salud Mental en Uruguay desarrollado por el Ministerio de salud Pública del Uruguay (MSP, en prensa) recogió datos sobre dispositivos públicos y privados en el año 2008 y observó que especialmente en los centros de tratamiento diurno y los centros de rehabilitación psicosocial la diversidad de la oferta asistencial era menor en el sector mutual que público”<sup>72</sup>.

Sin embargo, si bien ha habido apertura de nuevas estructuras asistenciales en ASSE, la oferta de Centros de rehabilitación es aún escasa no llegándose a cubrir las necesidades y la demanda existente. En la actualidad, se cuenta con el Centro Diurno del Hospital Vilardebó, Centro Diurno Sayago y Centro de Rehabilitación de Pando, cubriendo una atención de alguna/s centenares de usuaria/os. En un relevamiento de usuaria/os participantes de actividades psicosociales<sup>73</sup>, se pudo constatar que el total de personas participantes en 2011 de actividades de rehabilitación psicosocial a nivel público ascendía a 600.

Los diferentes Centro de Rehabilitación, tanto públicos como privados, han conformado la Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial del Uruguay, donde han consensuado definir la rehabilitación como “un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. Se encuentran entre sus objetivos específicos la prevención primaria, secundaria y terciaria, y está dirigido a las personas con trastornos mentales severos y persistentes”<sup>74</sup>.

El desarrollo de la rehabilitación y las intervenciones psicosociales para el cambio en la atención resulta indispensable, no obstante lo cual no se puede eludir la complejidad que estas acciones implican. Así lo establecen investigaciones sobre rehabilitación psicosocial, Perdígón<sup>75</sup>

indica que estas intervenciones no deben estar centradas solo en entrenamiento y adquisición de capacidades, o en conocimientos e información acerca de la enfermedad mental. Se hace necesario precisar los alcances, efectos de estas prestaciones y posicionamiento político de los técnicos que las desarrollan, fundamentalmente en el lugar que se le otorga a las necesidades y características de la/os usuaria/os. Este aspecto, podría ser determinante en la construcción de autonomía y desempeño social de las personas con padecimientos psiquiátricos y en la efectividad que pudiera tener la rehabilitación. Ya que según indica Perdigón<sup>76</sup>, la efectividad del entrenamiento en habilidades sociales, que es una intervención ampliamente consensuada y validada en todas las revisiones sistemáticas, presentaría los mejores resultados cuando se desarrollan en torno a temas e intereses relevantes para la propia persona, de forma individualizada y con objetivos claros.

Respecto a la pertinencia de evaluar adecuadamente tomando en cuenta las necesidades y fortalezas de la persona en interacción con su medio ambiente, Bagnato<sup>77</sup> plantea la conveniencia de una perspectiva multidisciplinar y de un trabajo en equipo que desarrolle un enfoque integral. Esta perspectiva, incluye a la persona desde las diferentes dimensiones de su vida, las fortalezas y necesidades de apoyo, la conducta adaptativa, la participación, la interacción, relaciones sociales, la salud y el contexto<sup>78</sup>.

El diseño de esta Investigación intenta producir conocimientos en este sentido, en tanto otorga visibilidad respecto a las condiciones de usuaria/os en relación al desempeño social y la autonomía y la relaciona con variables del sistema de Atención.

## **1.5. La Salud Mental en la Discapacidad.**

Es posible el desarrollo de políticas públicas dirigidas a la salud mental, inscriptas en el marco de la atención a la discapacidad en los términos cómo ha sido ratificada por nuestro país

según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 2006. Así como la promulgación de una Ley de Salud Mental, puede garantizar la operativización de los lineamientos de la misma Convención. Es esta una intersección compleja y difícil de establecer, por diversos motivos e implicaciones sociales, académicas, culturales, políticas e institucionales que las propias denominaciones y concepciones acerca de los procesos de salud enfermedad mental y de discapacidad han cargado históricamente. Sin embargo, tanto en el cambio de paradigma respecto a la discapacidad, como en el énfasis del cambio de atención a la salud mental y orientados desde una perspectiva de derechos es que se producen condiciones para su integración.

Los cambios en la atención de la salud mental hacia el desarrollo de estrategias de abordaje de base comunitaria, con el consecuente impulso de las Intervenciones Psicosociales; ha exigido la construcción de herramientas para la evaluación de la autonomía y el desempeño social de usuarias y usuarios, con el fin de dirigir las prestaciones. También a la planificación y evaluación de resultados de los Programas de Rehabilitación e Intervenciones psicosociales en la/os destinataria/os.

En nuestro país, a partir del 2010 y con la creación del Grupo de Trabajo del Sistema Nacional de Cuidados por parte del Consejo Nacional de Políticas Sociales, se comenzó el proceso de elaboración del Sistema Nacional de Cuidados; desde el cuál se articulan (dentro de otras) las dimensiones salud mental- discapacidad, en primera instancia en prestaciones dirigidas hacia personas con menor autonomía y mayor grado de dependencia.

En el Documento de Trabajo para el Debate del Sistema de Cuidados, se entiende la discapacidad como un concepto en evolución y resultante de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras del entorno para su participación en igualdad de condiciones<sup>79</sup>.

Desagregando los autores, la discapacidad en tres aspectos: deficiencia, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación<sup>80</sup>.

Bagnato et al.<sup>81</sup>, indican acerca de la insuficiencia de estudios para valorar adecuadamente la vulneración o desventajas que presentan las personas con discapacidad en nuestro país. No obstante lo cual, según datos de la Encuesta Nacional a Personas con discapacidad, existían un 7,6% de personas con al menos una discapacidad en 2004 y según la E.N.H.A. del año 2006 habían un 9,2% de personas con discapacidad, quienes presentarían desventajas en relación al acceso a la educación y bajas tasas de actividad y empleo, en comparación con la población sin discapacidad. Según datos recientes del Censo de Población 2011, las personas con discapacidad sobrepasan las 500.000, constituyendo más de un 15 % de la población.

La evaluación de desempeño social y la autonomía en la discapacidad, se toma generalmente desde la perspectiva de la dependencia; en tal sentido Muñoz et al.<sup>82</sup> entiende la dependencia como una relación compleja entre las condiciones de salud alteradas, funciones o estructuras corporales afectadas, limitaciones para realizar diversas actividades y los factores del contexto, tanto personal como ambiental en el que se desenvuelve el sujeto.

Si bien se hace necesario contar con herramientas y métodos de valoración de la dependencia o desempeño social, para los autores, aún no se ha llegado a unificar y consensuar internacionalmente las diferentes escalas, dándose incluso confusión de términos y diferentes usos.

Bagnato et al.<sup>83</sup> establecen que, en términos generales para analizar la relación entre discapacidad y dependencia se deben tomar en cuenta: el grado de necesidad de una tercera persona para realizar las actividades básicas de la vida; la situación socio-familiar; y las redes sociales o de apoyo con que cuenta la persona y su entorno inmediato.

En lo que respecta a la situación de la discapacidad mental, se ubican dificultades particulares para valorar la accesibilidad, los grados de autonomía y la dependencia, en comparación con las discapacidades motrices y sensoriales.

La Organización Mundial de la Salud, ha aportado en el intento de superar las diferencias y heterogeneidad en las modalidades de valoración, a la vez que ha logrado la inclusión de dimensiones psicosociales y ambientales. Esto se ha dimensionado en la propuesta de la “Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud”, en el 2001. Según esta perspectiva, para Robles<sup>84</sup>, y aplicando en su concepción el nuevo paradigma acerca de la discapacidad, el grado de discapacidad y funcionalidad de la persona no depende solamente de la presencia de síntomas físicos o mentales; sino que está determinada también con las barreras o facilitadores medioambientales.

Muñoz et al.<sup>85</sup> entienden que la Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud (CIF), se constituye como una herramienta útil, reconocida internacionalmente y que permite el diagnóstico, la valoración, planificación e investigación del funcionamiento y la discapacidad, pudiendo ser utilizada por varias disciplinas y diferentes sectores.

En la CIF se toman diferentes dimensiones o factores, incluyendo información sobre nueve grupos de actividades, Muñoz et al.<sup>86</sup>:

- Aprendizaje y aplicación del conocimiento
- Tareas y demandas generales
- Comunicación
- Movilidad
- Autocuidado
- Vida doméstica
- Interacciones y relaciones personales

- Áreas principales de la vida; educación/trabajo/economía

- Vida comunitaria, social y cívica

Si observamos el Índice de Cronicidad, herramienta metodológica que se desarrolla en esta Tesis, podemos relacionarla con la CIF en las dimensiones vinculadas a los factores de desempeño social y autonomía que tiene que ver con la vida doméstica, interacciones, áreas de educación y trabajo, así como vida comunitaria y social. Por lo que podemos afirmar que el instrumento desarrollado está en consonancia con los nuevos paradigmas de abordaje a la discapacidad; en este caso en particular en lo que refiere a la Discapacidad Mental. Podemos incluir dentro de la descripción del constructo Discapacidad Mental, a aquellas limitaciones en actividades y restricciones en la participación social, que se acompañan con padecimientos psiquiátricos persistentes (o deficiencias vinculadas a la salud mental). Si bien, la discapacidad no es asimilable a la patología, la categoría diagnóstica que refiere a la presencia de supuestas deficiencias mentales, son uno de los componentes de la situación de discapacidad. Claramente, ésta discapacidad no se produciría si se eliminan las barreras del entorno, de modo que una persona con diagnóstico de patología psiquiátrica no necesariamente se encuentre limitado para sus actividades y participación social.

Respecto a la heterogeneidad en la cual se incluye la salud mental como padecimiento específico, y desde los lineamientos para la elaboración del Sistema Nacional de Cuidados en nuestro país, se plantea la importancia de considerar áreas específicas de expresión e identificación de los grados de la dependencia. En tal sentido, Bagnato et al.<sup>87</sup> plantean como necesario para esta valoración, tomar en cuenta aspectos relacionados con lo afectivo y lo vincular, ya que repercuten en las posibilidades de las personas para llevar adelante la vida cotidiana, el grado de iniciativa y su comprensión.

Constituye un desafío la construcción de herramientas que permitan la participación y atender adecuadamente las particularidades y necesidades de las personas desde el área de la salud mental, a la hora de valorar los grados de dependencia para desarrollar las estrategias de atención y cuidados adecuados. Contemplar entonces, y valorar la relación entre discapacidad mental y dependencia, para Bagnato et al.<sup>88</sup> compone uno de los nudos críticos, ya que las valoraciones de dependencia han estado fuertemente orientadas a los problemas somáticos, dándole menos atención a los problemas psíquicos.

Por otra parte, como ha sido mencionado anteriormente, la atención en este sentido se transforma en una posibilidad de inclusión social para usuaria/os y se compone como una garantía para el acceso al ejercicio pleno de los derechos; adquiriendo así una fuerte dimensión política.

## **1.6. Antecedentes y reseña del estudio en nuestro contexto.**

El proceso de investigación, que sustenta este planteamiento de trabajo, tiene como antecedentes un estudio exploratorio que se inició en la década del noventa<sup>89</sup> en el Hospital Psiquiátrico T. Vilardebó, donde fueron realizadas entrevistas a personas internadas y trabajadores de la Institución Psiquiátrica. En aquel primer acercamiento se visualizó que las personas internadas establecían relaciones de dependencia con el Hospital, perdiendo consecuentemente autonomía y estereotipando sus formas de vincularse. Este proceso parecía incidir en la posibilidad de inclusión y reinserción comunitaria perdurable de las personas con padecimientos psiquiátricos.

En la etapa exploratoria, realizada en el Hospital Psiquiátrico T. Vilardebó, -en 1994 y 1995 - fueron realizadas entrevistas a personas con tiempos de internación y diagnósticos diferentes, aproximadamente a un 30 % de la población internada en la Sala 8 Bis. Allí se pudo observar como las personas con mayor tiempo en la Institución y con largas internaciones iban perdiendo

intereses y vinculación con la vida extra- hospitalaria. Esta percepción se desprendía de los escasos intereses que las personas internadas manifestaban cuando se indagaba respecto a los proyectos o deseos respecto a las posibilidades de vida fuera del Hospital. Por otra parte, en la reiteración de internaciones y prolongación de las mismas, se manifestaban los procesos de ruptura y aislamiento familiar, espaciándose e incluso suspendiéndose en muchas ocasiones las visitas. Se delinearon las dimensiones de afectación en el proceso: lo familiar (el rompimiento de nexos), lo laboral (el interés por el trabajo, el trabajo productivo, el trabajo alienado), lo recreativo (el reforzamiento de la red intrahospitalaria), la pérdida de sentido en un proyecto de externalización. Proceso gradual, que luego denominamos como de "Cronificación"; es decir, pérdida del desempeño social de la persona en cuatro dimensiones, dimensión familiar, dimensión recreativa y del tiempo libre, la dimensión laboral, y la dimensión del relacionamiento con instituciones y organizaciones.

Durante 1997, se desarrolla el proyecto: "Cronificación y reinserción social del paciente psiquiátrico", seleccionado en el llamado de 1996 de la C.S.I.C. en el Programa Iniciación a la Investigación. Fue realizado durante 1997 en coordinación con el entonces Programa de Crónicos y Servicios Especializados de ASSE- MSP, y en el contexto de reformas comenzadas a realizarse en 1996 en el Sistema de Atención público en nuestro país. A saber: cierre del Hospital Psiquiátrico Musto, reestructura del Hospital Psiquiátrico T. Vilardebó, creación de Equipos Comunitarios de Salud Mental, Camas de internación por motivos psiquiátricos y creación de Unidades de Salud Mental en Hospitales Generales.

De tal forma que las actividades de la Investigación, se realizaron en el marco de los Equipos Comunitarios de Salud Mental de la Policlínica de Piedras Blancas y del Hospital Saint Bois, (recientemente creados), y que incluían población en consulta ambulatoria externada del Hospital Psiquiátrico T. Vilardebó y del Hospital Psiquiátrico Musto. Se trabajó con usuaria/os mayores de 55 años, con diferentes diagnósticos y tiempos de evolución, alcanzándose la

heterogeneidad de siete categorías diagnósticas según el CIE 10 y no más de siete años de transcurridos desde la primer consulta; conformándose una muestra de 46 entrevistados.

Se definió conceptualmente el Proceso de Cronificación como la progresiva pérdida de autonomía en el desempeño social del paciente psiquiátrico, en relación a lo familiar, lo recreativo, lo laboral y el relacionamiento institucional. Se estudió la asociación con el tiempo de transcurrido desde la primer entrevista en el Sistema de Atención, las internaciones, los electrochoques y los diagnósticos realizados.

La Operacionalización de la definición, exigió la construcción de un Índice de Cronicidad, con tres intervalos Alta, Media y Baja, lo cual permitió ordenar la información de los sujetos y establecer las asociaciones correspondientes.

Del desarrollo de este Proyecto y el estudio del Proceso de Cronificación en las 46 usuaria/os entrevistada/os, se obtuvo como resultado un proceso general de pérdida de desempeño social, con alto porcentaje de desocupación, trabajo precario, y la disminución de acciones e intereses en los aspectos explorados. Las asociaciones analizadas estadísticamente con la Prueba de Independencia (Chi Cuadrado) indicaron asociación con el tiempo transcurrido desde la primera consulta e independencia respecto al tipo de diagnóstico realizado; mientras que no fue significativa la asociación con las internaciones y electrochoques recibidos. Si bien este primer estudio tuvo limitaciones y el contexto y las condiciones han cambiado, permitió mejorar el instrumento y la aplicación en el presente estudio.

## CAPITULO 2. ESTUDIO EMPÍRICO

### 2.1. Antecedentes del Índice de Cronicidad

Fueron tomados como antecedentes para la construcción del Índice de Cronicidad, los aportes de Castel<sup>90</sup> en el estudio sobre las dinámicas de los procesos de marginalización y exclusión social. Este autor propone ubicar las situaciones marginales al final de un doble proceso: de desenganche en relación al trabajo y en relación a la inserción relacional. Castel entiende la marginalización como un proceso de desocialización que produce las dinámicas de exclusión.

De esta forma se definió el Índice de Cronicidad con cuatro dimensiones: dimensión familiar, dimensión recreativa, dimensión laboral y dimensión del relacionamiento institucional, con las respectivas variables e indicadores. Como se ha planteado, las dimensiones se fueron conformando desde el trabajo de exploración y constituyen áreas de desarrollo y estudio de la autonomía y desempeño social de la persona. En tal sentido, la Dimensión Familiar se compone del grado de autonomía logrado por la persona en función de la responsabilidad asumida en la organización familiar, así como en la realización de tareas cotidianas que integran el cuidado personal en relación a la ejecución de tareas cotidianas. En la Dimensión Recreativa, se incluyen las actividades recreativas realizadas por la persona y el uso del tiempo libre en función de la carga y exigencia que implican, dividiéndose actividades dentro y fuera del Hogar. Complementan esta dimensión, la valoración respecto a la evolución en la realización de actividades recreativas. Para la Dimensión Laboral, se toman en cuenta tanto la situación ocupacional actual, así como la disposición, búsqueda e interés para el desarrollo de tareas laborales. Por último, en la Dimensión de Relacionamiento Institucional se integran el despliegue de vínculos y pertenencias institucionales que cuenta la persona en la actualidad, así como la evolución de estas modalidades de relacionamiento desde que comienza la consulta al

## 2.2. Índice de Cronicidad

El Índice permite ordenar la población estudiada en cuanto a la autonomía en el desempeño social y tomar en consideración los datos obtenidos en relación con las variables del Sistema de Atención en Salud Mental.

Para su comprensión se presenta en la Tabla No. 1, la descripción del índice de cronicidad (IC) a través de sus componentes.

Tabla 1 Componentes del Índice de Cronicidad

Componentes	Puntaje	Peso Ponderado
<b>Dimensión Familiar</b>		
Organización Familiar	0-1	0,025
Ejecución de tareas cotidianas	0-1	0,025
<b>Dimensión Recreativa</b>		
Exigencia de la actividad	0-2	0,15
Evolución de las actividades recreativas	0-1	0,15
<b>Dimensión Laboral</b>		
Trabaja	0-3	0,35
No trabaja y busca trabajo		
No trabaja y no busca tiene ganas		
No trabaja, no busca y no tiene ganas		
<b>Dimensión Institucional</b>		
Pertenencia institucional	0-2	0,15
Evolución de dimensión institucional	0-1	0,15

El puntaje se asigna en relación a los indicadores de las variables del desempeño social y la ponderación del Índice en las diferentes dimensiones, ha sido realizada en función del peso otorgado al grado de exigencia y la evolución de las dimensiones de desempeño social.

Para una mejor comprensión del Índice de Cronicidad se presenta en Anexo I.

Los antecedentes mencionados, vinculados a los estudios previos, posibilitan el planteamiento de los objetivos de la presente tesis, de forma de profundizar en la temática planteada. Por tanto, en el siguiente apartado se presentan los objetivos del presente trabajo.

### **2.3. Objetivos**

Tal como se viene planteando, los estudios vinculados a la Salud Mental de personas con padecimientos psiquiátricos, por un lado, resultan insuficientes para la prevalencia e incidencia de estos padecimientos en la población; por otro, revisten gran complejidad dada las consecuencias que se presentan frente a un fenómeno social sumamente complejo. Se puede afirmar que los padecimientos psiquiátricos afectan a las personas individualmente, pero repercuten siempre en los entornos familiares, involucran directamente a los servicios de salud, pero y fundamentalmente se constituyen en una problemática social que requiere ser abordada en forma integral e intersectorial. Es así que los objetivos de este estudio, apuntan a aportar a la comprensión del problema, para contribuir al diseño de nuevas estrategias acompañadas desde una perspectiva de derechos humanos. Específicamente se plantean profundizar en el conocimiento de las situaciones individuales en un contexto específico como es el Centro Diurno del Hospital T. Vilardebó, que sin ser generalizables, dada la revisión de la literatura presentada, pueden existir determinados patrones de atención y de repercusiones sociales que podrían contribuir a la comprensión de la situación de pacientes con padecimientos psiquiátricos en diferentes contextos sociales.

## **Objetivo General**

- Producir información y conocimientos que aporten a la planificación y elaboración de estrategias específicas para la inclusión social de personas con padecimientos psiquiátricos.

## **Objetivos Específicos**

- Estudiar el Proceso de Cronificación en usuario/as del Centro Diurno del Hospital T. Vilardebó con diferentes diagnósticos y tiempos de evolución al Sistema de Atención en Salud Mental.
- Determinar los grados de Cronificación (índice de cronicidad) en relación a la dimensión familiar, dimensión recreativa, dimensión laboral, dimensión de relacionamiento institucional en usuario/as.

Tomando como antecedentes el estudio previo para la realización de interrogantes, nos proponemos estudiar y dar respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿Qué características socio-demográficas presenta la población estudiada según el Índice de Cronicidad?
- ¿Cómo se comporta la asociación del Índice de Cronicidad con las variables del Sistema de Atención en Salud Mental? (Tiempo de consulta, internaciones, diagnósticos y electrochoques).

## **2.4. Estrategia Metodológica.**

Este estudio ha sido desarrollado en coordinación con el Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial del Hospital Psiquiátrico Dr. Teodoro Vilardebó. Se ha utilizado un diseño

cuantitativo. La información se obtuvo a través de entrevistas realizadas a usuaria/os por el Investigador en su totalidad y el análisis de Historias Clínicas. Por las características del estudio, se trata de una muestra intencional, dadas las condiciones de alcance, acceso a los participantes del estudio y su perfil de usuaria/os de acciones de Rehabilitación.

La población seleccionada constituye el total de usuarias y usuarios del Servicio entre abril de 2010 y julio de 2011, período en el cual fueron realizadas las entrevistas, de acuerdo a la lista de usuarias y usuarios proporcionada por el Equipo del Centro. De un total de 47, fue aplicado el IC, en modalidad de entrevista a 37 usuarias/os; dos hombres y una mujer no accedieron a ser entrevistados luego de ser leído el consentimiento informado, tres usuarias estaban de alta del Centro Diurno al momento de coordinar la entrevista y cuatro no estaban concurrendo.

Se trata de personas de ambos sexos de entre 18 y 56 años (13 mujeres y 24 varones), que asisten a Talleres de Música, Cerámica, Calidad de Vida, Informática, Biblioteca y Grupos de Seguimiento Terapéutico, así como a seguimiento individual (psicológico- psiquiátrico) durante un tiempo de egreso del Centro Diurno aproximado de 1 año y ½. También en un número reducido participan en Pasantías Laborales de Cocina y Huerta de duración anual. La incorporación al proceso de rehabilitación en el Centro Diurno se realiza a través de la coordinación con los Equipos de Sala durante la internación y en el proceso de externación, Toda/os ellos han transitado por internaciones y casi la mitad han tenido como mínimo tres internaciones psiquiátricas.

A partir de la inclusión en el Centro Diurno, usuarias y usuarios toman contacto y amplían su red de vinculación también a través de Proyectos y Experiencias de Extensión Universitaria. En la Tabla No. 3 se presentan la cantidad de entrevistas realizadas; distribuidas por sexo y presentándose las diferentes actividades en las que participan usuaria/os del Centro Diurno.

Tabla No. 3. Caracterización de Entrevistada/os

Usuarios	Mujeres	Varones	Edad	Actividades
37	13	24	entre 18- 56	Talleres de Música, Cerámica, Calidad de Vida, Informática, Biblioteca. Grupos de Seguimiento Terapéutico. Actividades de Extensión Universitaria.

El procedimiento utilizado (aplicación del Índice de Cronicidad) no conlleva riesgos para el usuario, así como fue reservada su identidad en el análisis de las historias clínicas (HC). Para garantizar y preservar los aspectos éticos del proceso de recolección de datos, fue solicitado el consentimiento Informado a las personas entrevistadas. En este punto, cabe aclarar que tres personas se negaron a participar en la Investigación.

Se tomaron precauciones para evitar sesgo de respuesta al instrumento, formulando preguntas de fácil comprensión, del cuestionario y las opciones de respuesta (verdadero/falso). Además se corroboró la información brindada por usuaria/os con la información de las Historias Clínicas.

## 2.5. Instrumento

Tal como ha sido planteado anteriormente, se ha establecido la definición conceptual de Cronificación, como el proceso de pérdida de autonomía en el desempeño social de la persona, en relación a la dimensión familiar, recreativa, laboral y el relacionamiento institucional.

Para la operacionalización de los procesos de pérdida de autonomía en cada una de las dimensiones fue necesario la construcción de un Índice ponderado de Cronicidad, tal como se explicó en el anterior apartado, definiéndose una escala ordinal con tres intervalos: Alta, Media y Baja Cronicidad.

Se utilizó entonces, como Instrumento un Cuestionario (Anexo II), aplicándose mediante un

modelo de entrevista cerrada con una estructura de 84 preguntas de categorización verdadero/falso, que indagan acerca del perfil del paciente y de las dimensiones planteadas. El tiempo de aplicación del instrumento en contexto de entrevista es de aproximadamente 30 minutos. Las entrevistas se realizaron en el Centro Diurno, a través de la coordinación con el Equipo técnico del Centro. La realización de las entrevistas incluyó la lectura y explicación del consentimiento informado (Anexo III), lo cual se transformó en una herramienta de información sobre derechos.

De esta forma, se obtiene un beneficio adicional del consentimiento informado, dado que permite dar cumplimiento al ejercicio de derecho fundamental expresado en el Principio 11 de los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental (ONU, 1991), respecto a la determinación y autonomía para decidir sobre los tratamientos recibidos y participación en investigaciones.

El análisis de las Historias Clínicas de los entrevistados, mediante el análisis de datos sociodemográficos y culturales, permitió también constatar la información brindada por el entrevistado/a, recoger el perfil psiquiátrico y el relacionamiento con el Sistema de Atención en Salud Mental.

- Como variables socio-demográficas se tomaron sexo, edad, lugar de residencia (Municipio), ocupación, formación formal y acceso a la pensión por discapacidad.
- Se sistematizó y analizó la información obtenida de la aplicación del Índice, a saber: dimensión familiar, recreativa, laboral, y de relacionamiento institucional.
- Se recabaron datos de la historia de relacionamiento con el Sistema de Atención en Salud Mental: los tiempos de consulta, las internaciones vividas,

### CAPÍTULO 3. RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

Para la presentación de resultados, se retoman los objetivos y respectivas interrogantes planteadas oportunamente. Así, se plantearon como objetivos, estudiar el Proceso de Cronificación en usuario/as del Centro Diurno del Hospital T. Vilardebó con diferentes diagnósticos y tiempos de evolución al Sistema de Atención en Salud Mental y la determinación de los grados de Cronificación en relación a la dimensión familiar, recreativa, laboral, y de relacionamiento institucional.

Las preguntas que guiaron la investigación fueron: ¿Qué características socio-demográficas presenta la población estudiada según el Índice de Cronicidad? Y ¿Cómo se comporta la asociación del Índice de Cronicidad con las variables del Sistema de Atención en Salud Mental? (tiempo de consulta, internaciones, diagnósticos y electrochoques).

Para dar respuesta a las interrogantes y por ende cumplimiento de los objetivos, se ha realizado un análisis y descripción general, tanto desde el punto de vista de las variables sociodemográficas, como del desempeño social y del relacionamiento con el Sistema de Atención en Salud Mental. Esto es:

- Como variables socio-demográficas se tomaron sexo, edad, lugar de residencia (Municipio), ocupación, formación formal y acceso a la pensión por discapacidad.
- Se sistematizó y analizó la información obtenida de la aplicación del Índice, a saber: dimensión familiar, recreativa, laboral, y de relacionamiento institucional.
- Se recabaron datos de la historia de relacionamiento con el Sistema de Atención en Salud Mental: los tiempos de consulta, las internaciones vividas,

los diagnósticos y electrochoques recibidos.

- Se ha efectuado el ordenamiento de la muestra en función de la ponderación del Índice de Cronicidad y los tres rangos: Cronicidad Alta, Cronicidad Media y Cronicidad Baja.
- Se ha realizado el análisis de la información recogida y han establecido los grados de asociación entre el Índice de Cronicidad y las variables del Sistema de Atención en Salud Mental, a través del análisis de Varianza en cada situación.

### 3.1. Descripción de la población estudiada

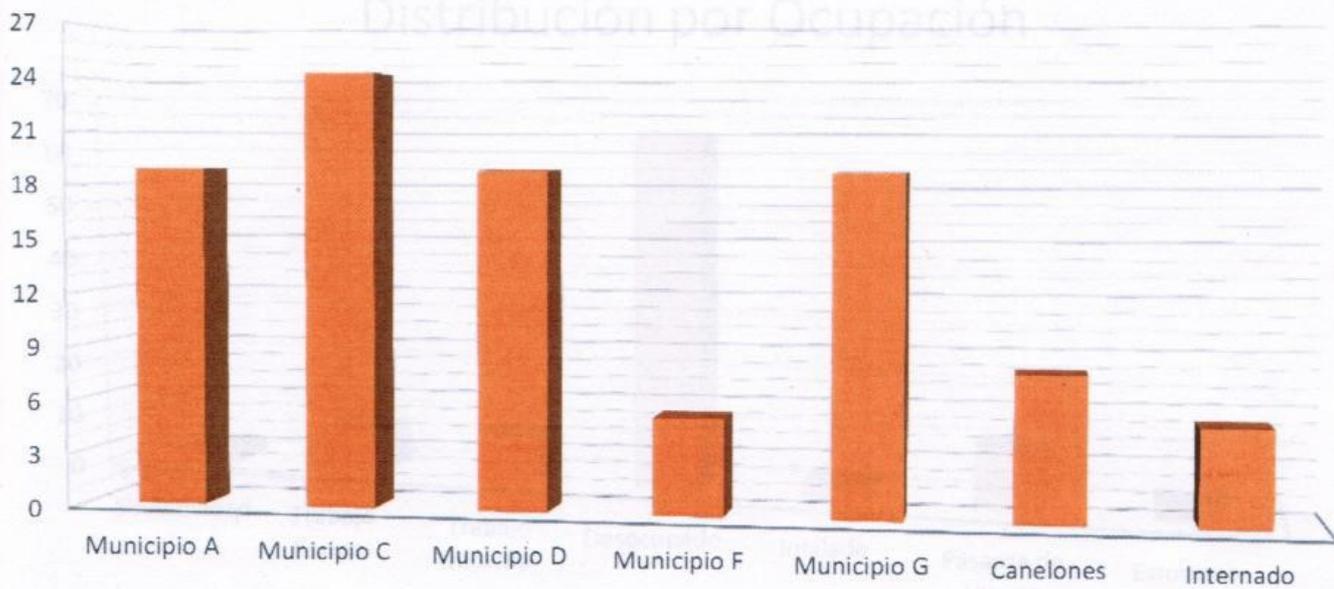
Tal como se adelantara previamente, la población estudiada estuvo compuesta por un 64,9% de varones y el 35,1 % de mujeres. En cuanto a la edad se encontró una media de 37 años, en un rango de 18 a 56 años, con una D.S. = 10,89. Por lo que se puede apreciar se trata de una población relativamente joven.

En cuanto al lugar de residencia de la población estudiada, se distribuye con cierta homogeneidad (sin presentar diferencias significativas) en cuatro Municipios: A (comprende los Centros Comunales N° 14, 17 y 18), C (comprende los Centros Comunales N° 3, 15 y 16), D (comprende los Centros Comunales N° 10 y 11) y G (comprende los Centros Comunales N° 12 y 13); pero es en el Municipio C donde se encuentra la mayor concentración residencial, en un porcentaje del 24 %. El Municipio C, comprende los Centros Comunales N° 3, 15 y 16; correspondiendo e a los barrios de: Aguada, Aires Puros, Arroyo Seco, Atahualpa, Bella Vista, Brazo Oriental, Capurro, Prado, Goes, Jacinto Vera, Larrañaga, La Comercial, La Figurita, Mercado Modelo, Bolívar, Reducto, Villa Muñoz. Para una mejor visualización se presenta la Tabla No. 4 con la relación número de personas por municipio.

Tabla No.4. Distribución por Residencia

Municipio	Frecuencia	Porcentaje
Municipio A	7	18,9 %
Municipio C	9	24,3 %
Municipio D	7	18,9 %
Municipio F	2	5,4 %
Municipio G	7	18,9 %
Canelones	3	8,1 %
Internado	2	5,4 %
Total	37	100

Distribución por Residencia



En el desempeño laboral, se destaca que el 64,9 % de la población se encuentra desocupada y el 8,1 % se desempeña en trabajo informal. La categoría "Sin actividad" se utiliza para quien se encuentra internado al momento de la entrevista y no participa de la Huerta, discriminándose de desocupado que implica condición de no internación.

Tabla 5 Distribución por Ocupación

Situación Ocupacional	Frecuencia	Porcentaje
Sin Actividad	1	2,7 %
Trabajo Formal	3	8,1 %
Trabajo Informal	3	8,1 %
Desocupado	24	64,9 %
Jubilado	1	2,7 %
Pasante de Huerta Hospital Vilardebó	4	10,8 %
Estudiante	1	2,7 %
Total	37	100

Distribución por Ocupación

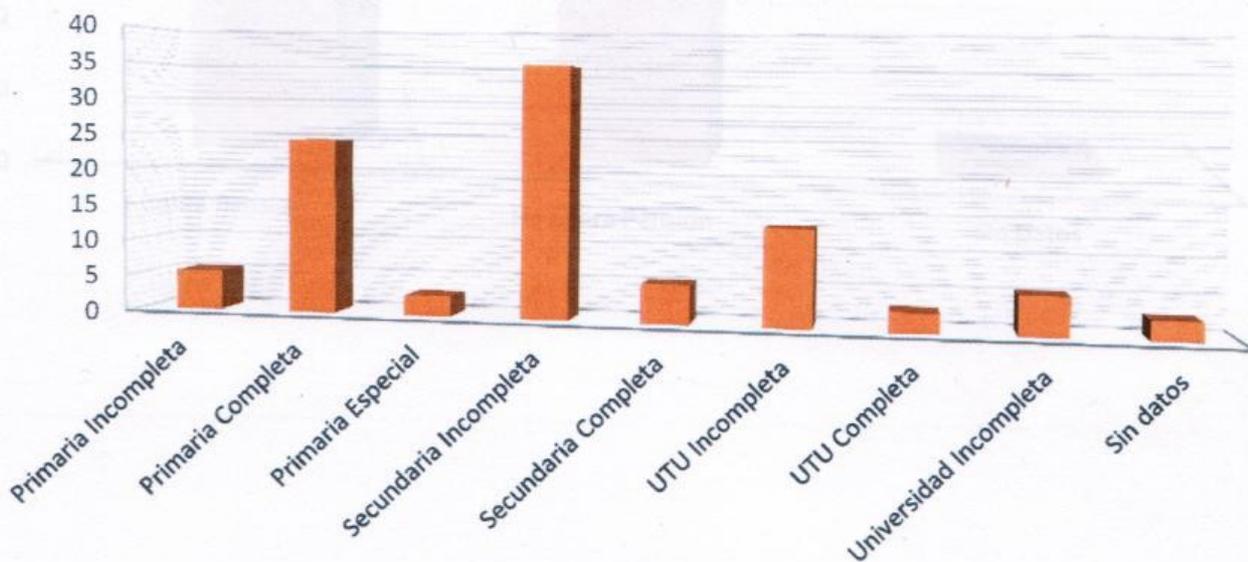


La formación mayoritaria de la población entrevistada es de Estudios Secundarios y Técnico Profesionales, distribuyéndose en Secundaria Incompleta el 35,1 %, Secundaria Completa 5,4 %; U.T.U. Incompleta 13,5 %, U.T.U. Completa 2,7 %.

Tabla 6. Distribución por Formación

Formación	Frecuencia	Porcentaje
Primaria Incompleta	2	5,4 %
Primaria Completa	9	24,3 %
Primaria Especial	1	2,7 %
Secundaria Incompleta	14	35,1 %
Secundaria Completa	2	5,4 %
UTU Incompleta	5	13,5 %
UTU Completa	1	2,7 %
Universidad Incompleta	2	5,4 %
Sin datos	1	2,7 %
Total	37	100

Distribución por Formación



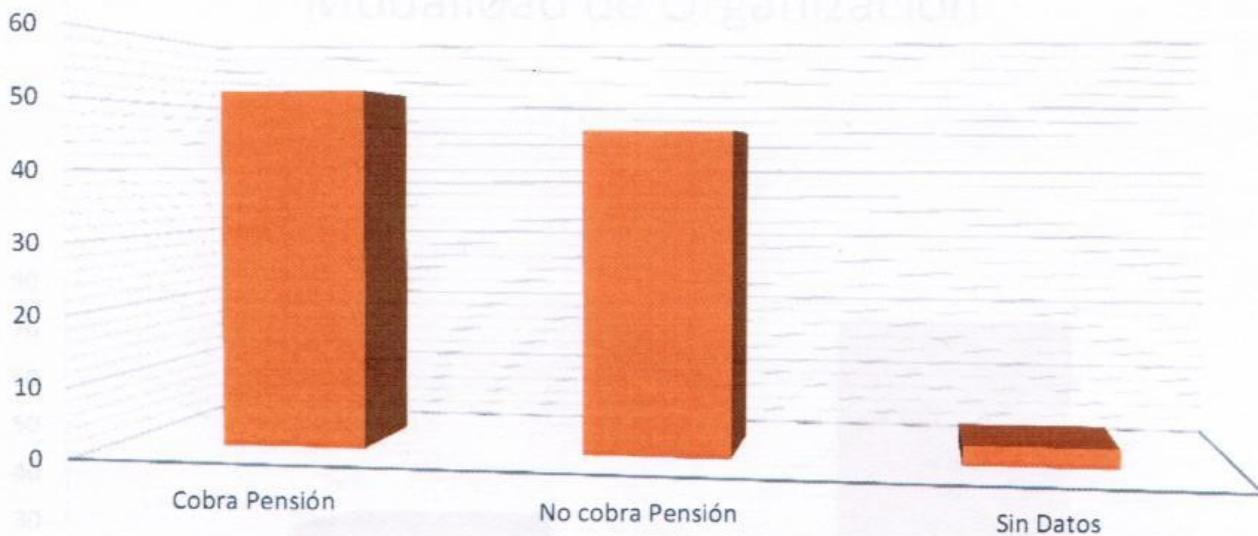
### 3.2. Descripción de las Dimensiones del Índice de Cronicidad.

Con respecto al acceso a la Pensión por Incapacidad, poco más de la mitad de la/os usuaria/os la cobran.

Tabla No. 7. Distribución por acceso a Pensión por Incapacidad

Acceso	Frecuencia	Porcentaje
Cobra Pensión	19	51,4 %
No cobra Pensión	17	45,9 %
Sin Datos	1	2,7 %
Total	36	100

### Distribución por acceso a Pensión por Incapacidad



### 3.2. Descripción de las dimensiones del Índice de Cronicidad.

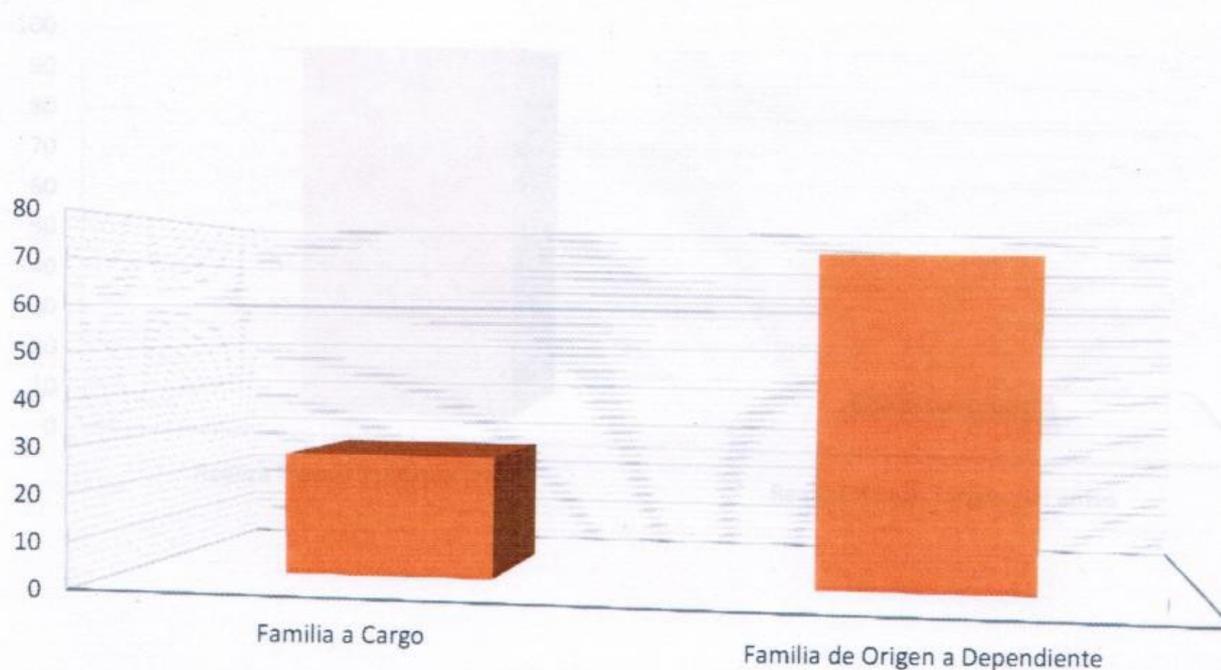
#### Dimensión Familiar

La organización familiar predominante de la población entrevistada es con su familia de origen (Padres), o en relación de dependencia (Casa de Salud, Residencial, Refugio) en el 73 %, solo el 27% se presenta como jefe de hogar

Tabla No.8. *Distribución Dimensión Familiar por Modalidad de Organización*

Modalidad	Frecuencia	Porcentaje
Familia a Cargo	10	27 %
Familia de Origen a Dependiente	27	73 %
Total	37	100

Distribución Dimensión Familiar por Modalidad de Organización

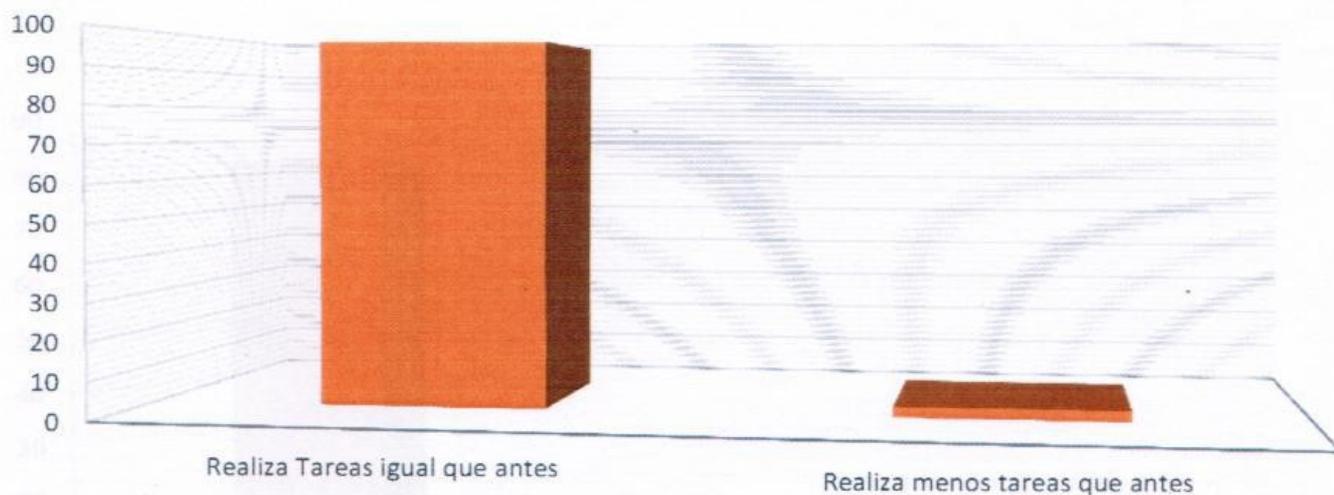


La realización de tareas en la vida cotidiana por parte de la/os entrevistada/os no han presentado variaciones en el 97,3 % desde la primer consulta al Sistema de Atención en Salud Mental.

Tabla No.9. Distribución Dimensión Familiar por Realización de Tareas Cotidianas

Realización de Tareas	Frecuencia	Porcentaje
Realiza Tareas igual que antes	36	97,3 %
Realiza menos tareas que antes	1	2,7 %
Total	37	100

### Distribución Dimensión Familiar por Realización de Tareas Cotidianas



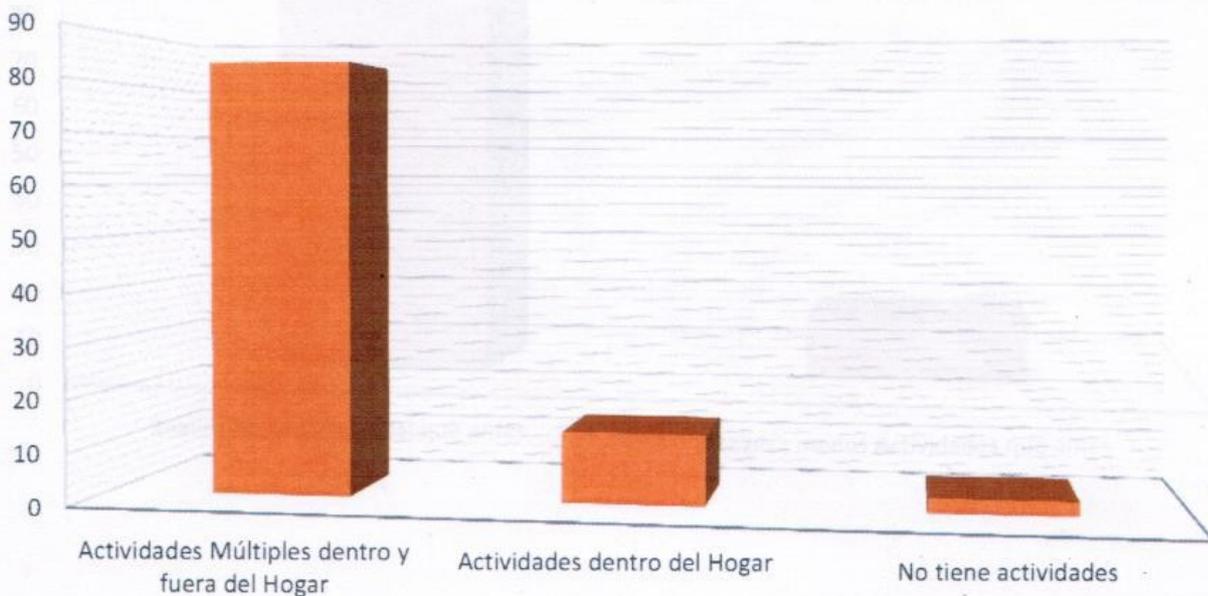
## Dimensión Recreativa

Respecto a las actividades recreativas desarrolladas por usuaria/os entrevistada/os, el 83,8 % manifiestan realizarlas dentro y fuera del hogar. No se consideran actividades fuera del Hogar las que se realizan en el propio Centro Diurno.

Tabla No.10. Distribución Dimensión Recreativa por Exigencia de Actividades

Grado de Exigencia	Frecuencia	Porcentaje
Actividades Múltiples dentro y fuera del Hogar	31	83,8 %
Actividades dentro del Hogar	5	13,5 %
No tiene actividades	1	2,7%
Total	37	100

Distribución Dimensión Recreativa por Exigencia de Actividades

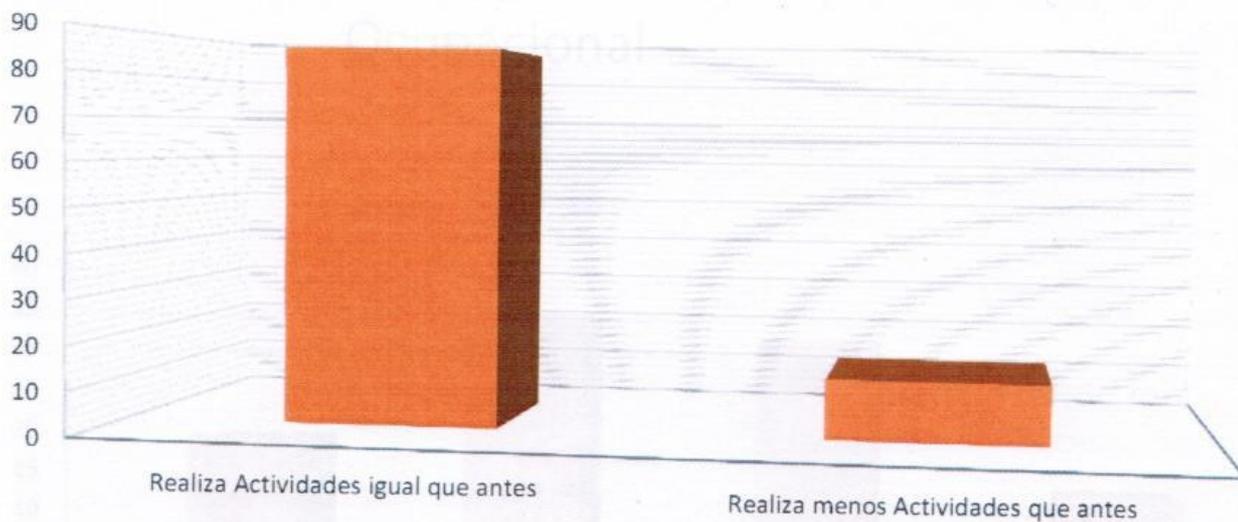


El desarrollo de actividades recreativas se mantienen sin variación desde la primera consulta al Sistema de Atención en Salud Mental en un 86,5 % de la/os entrevistada/os.

Tabla No. 11. Distribución Dimensión Recreativa por Evolución de Actividades

Evolución de Actividades Recreativas	Frecuencia	Porcentaje
Realiza Actividades igual que antes	32	86,5 %
Realiza menos Actividades que antes	5	13,5 %
Total	37	100

### Distribución Dimensión Recreativa por Evolución de Actividades



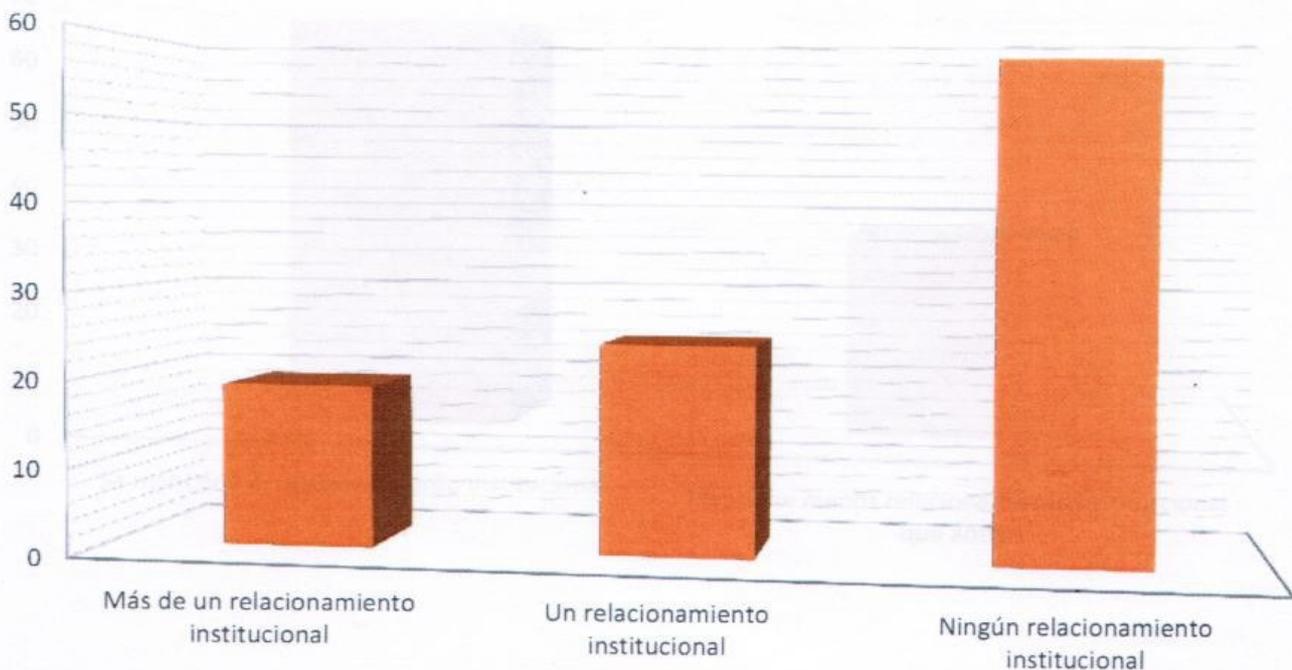
## Dimensión de Relacionamiento Institucional

Respecto al relacionamiento institucional, el 56,8 % manifiesta no tenerlo. Mientras que el 24,3 % mantienen un solo relacionamiento institucional y el 18,9 % se vincula con más de una institución.

Tabla No.13. Distribución Dimensión de Relacionamiento Institucional por Pertenencia

Modalidad de Pertenencia	Frecuencia	Porcentaje
Más de un relacionamiento institucional	7	18,9 %
Un relacionamiento institucional	9	24,3 %
Ningún relacionamiento institucional	21	56,8 %
Total	37	100

### Distribución Dimensión de Relacionamiento Institucional por Pertenencia



## Dimensión Laboral

En relación a la situación ocupacional solamente el 18.9 % se encuentran trabajando. Mientras que el 35,1 no trabajan, pero buscan trabajo y manifiestan deseos de trabajar y el 32,1 % no buscan trabajo pero tienen deseos de trabajar., mientras que el 13,5 % de quienes no trabajan, tampoco buscan y no tienen ganas de hacerlo.

Tabla No.12. *Distribución Dimensión Laboral por Situación Ocupacional*

Situación Ocupacional	Frecuencia	Porcentaje
Trabaja	7	18,9 %
No trabaja pero busca y tiene ganas de trabajar	13	35,1 %
No trabaja, no busca, pero tiene ganas de trabajar	12	32,1 %
No trabaja, no busca, no tiene ganas de trabajar	5	13,5 %
Total	37	100

## Distribución Dimensión Laboral por Situación Ocupacional



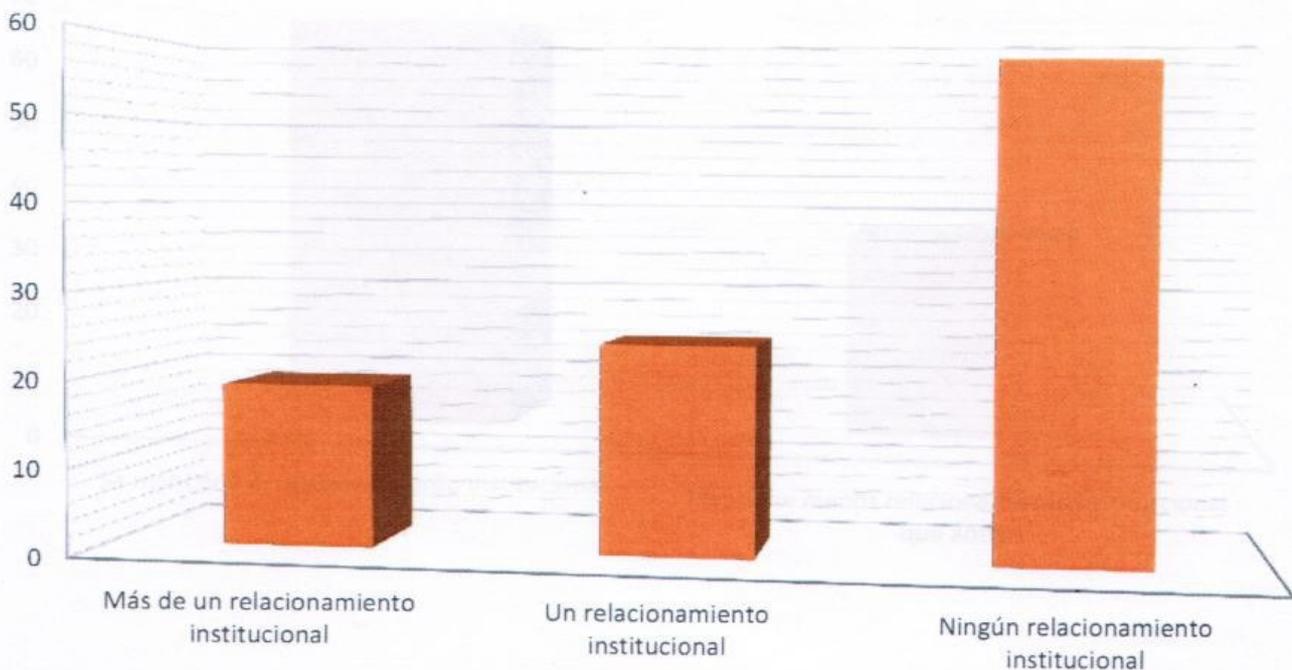
## Dimensión de Relacionamiento Institucional

Respecto al relacionamiento institucional, el 56,8 % manifiesta no tenerlo. Mientras que el 24,3 % mantienen un solo relacionamiento institucional y el 18,9 % se vincula con más de una institución.

Tabla No.13. Distribución Dimensión de Relacionamiento Institucional por Pertenencia

Modalidad de Pertenencia	Frecuencia	Porcentaje
Más de un relacionamiento institucional	7	18,9 %
Un relacionamiento institucional	9	24,3 %
Ningún relacionamiento institucional	21	56,8 %
Total	37	100

### Distribución Dimensión de Relacionamiento Institucional por Pertenencia

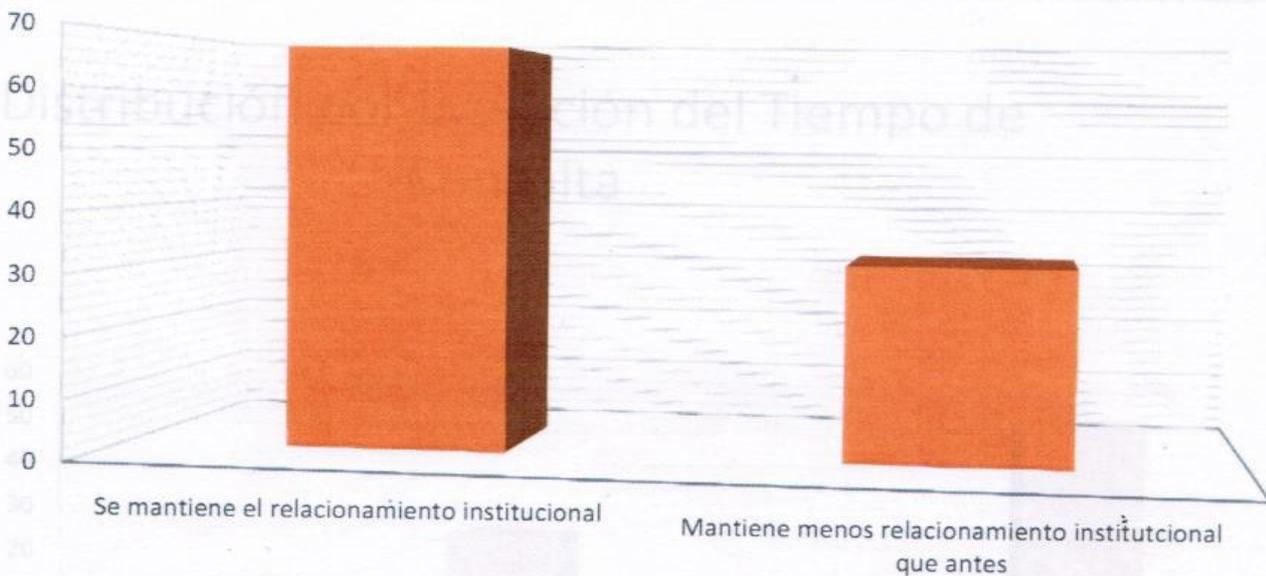


La evolución en el relacionamiento institucional de usuaria/os se mantiene sin variaciones desde la primera consulta al Sistema de Atención en Salud Mental en un 67,6 %. En tanto, el 32,4% manifiesta haber disminuido el relacionamiento institucional.

Tabla No.14. *Distribución Dimensión de Relacionamiento Institucional por Evolución*

Evolución del relacionamiento	Frecuencia	Porcentaje
Se mantiene el relacionamiento institucional	25	67,6 %
Mantiene menos relacionamiento institucional que antes	12	32,4 %
Total	37	100

### Distribución Dimensión de Relacionamiento Institucional por Evolución



### 3.3. Descripción del Sistema de Atención en Salud Mental.

En este apartado se presentan las variables relativas a la vinculación de la población de estudio con la atención al servicio de Salud Mental.

#### Tiempo de consulta

El tiempo de consulta en el Sistema de Atención en Salud Mental de la población estudiada, se distribuye de la siguiente manera: el 51,4 % en el rango de entre 8 y 10 años; el 13,5 % consultan hace entre 5 y 7 años; el 24,3 % entre 2 y 4 años y el 10,8 % hace un año o menos comenzaron el proceso de consulta.

Tabla No.15. Distribución por Evolución del Tiempo de Consulta

Evolución del Tiempo de Consulta	Frecuencia	Porcentaje
Consulta hace un año o menos de un año	4	10,8 %
Consulta hace entre dos y cuatro años	9	24,3 %
Consulta hace entre 5 y 7 años	5	13,5 %
Consulta hace entre 8 y 10 años	19	51,4 %
Total	37	100

#### Distribución por Evolución del Tiempo de Consulta



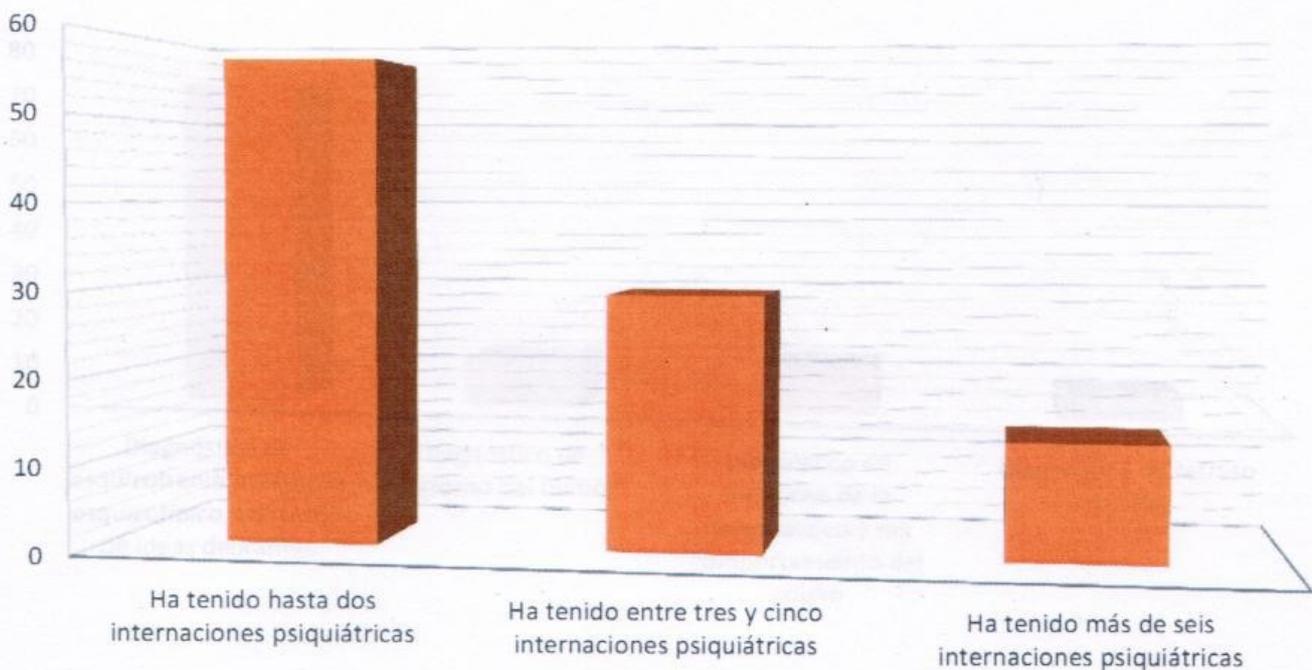
## Internaciones

El 91,9 % de usuaria/os han tenido internaciones psiquiátricas, de forma que el 56,8 % ha tenido hasta 2 internaciones, mientras que el 29,7 % ha estado entre tres y cinco veces internada/o y el 13,5 % en 6 oportunidades o más.

TablaNo.16. Distribución por Internaciones

Internaciones	Frecuencia	Porcentaje
Ha tenido hasta dos internaciones psiquiátricas	21	56,8 %
Ha tenido entre tres y cinco internaciones psiquiátricas	11	29,7 %
Ha tenido más de seis internaciones psiquiátricas	5	13,5 %
Total	37	100

### Distribución por Internaciones



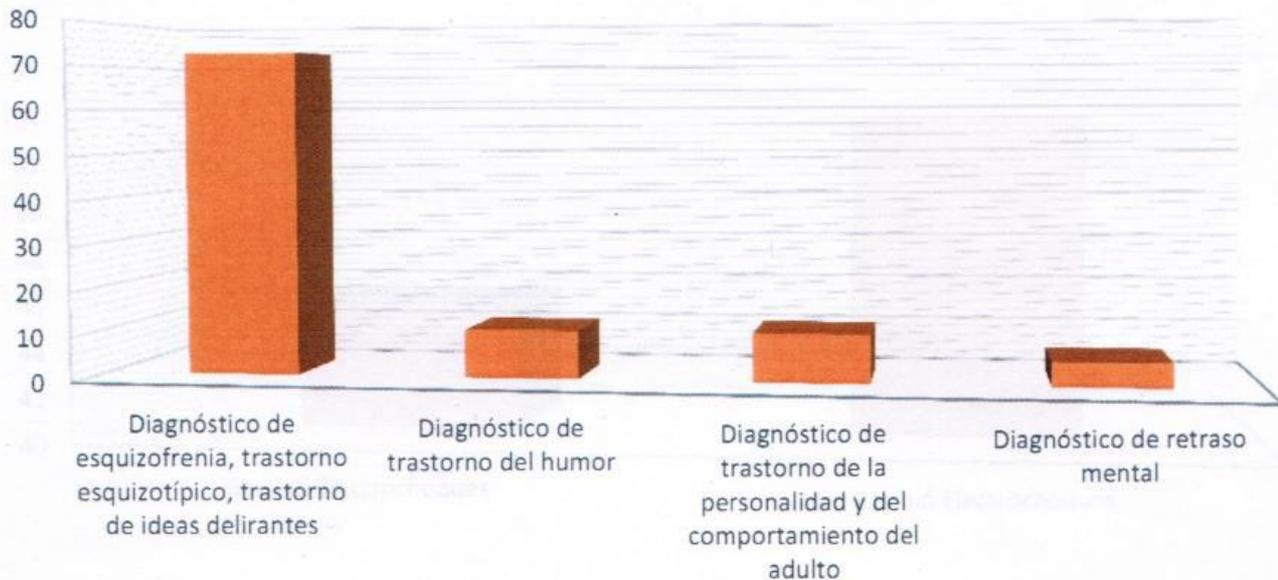
## Diagnósticos

Los diagnósticos realizados según el CIE 10 de la/os entrevistada/os se distribuyen en un 73 % como Diagnóstico de esquizofrenia, lo que constituye la mayoría de la población estudiada.

Tabla No.17. *Distribución por Diagnósticos*

Diagnósticos	Frecuencia	Porcentaje
Diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizotípico, Trastorno de ideas delirantes	27	73 %
Diagnóstico de trastorno del humor	4	10,8 %
Diagnóstico de trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto	4	10,8 %
Diagnóstico de retraso mental	2	5,4 %
Total	37	100

### Distribución por Diagnósticos



### 3.4. Índice de Cronicidad como instrumento fiable.

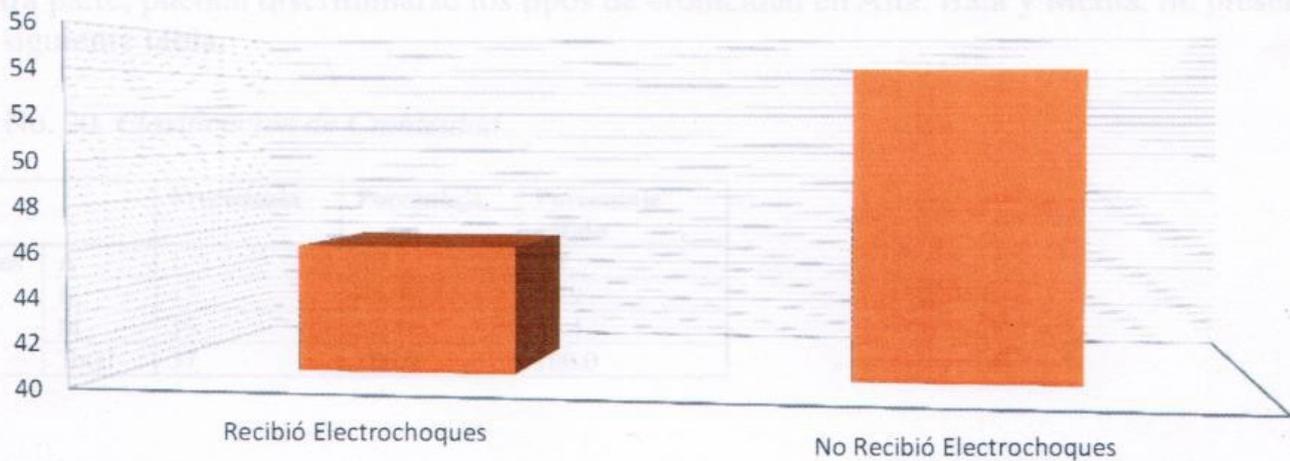
#### Electrochoques

La aplicación de los electrochoques como tratamiento han sido aplicados en el 45,9 % de la población estudiada.

Tabla No.18. Distribución por Aplicación de Electrochoques

Electrochoques	Frecuencia	Porcentaje
Recibió Electrochoques	17	45,9 %
No Recibió Electrochoques	20	54,1 %
Total	37	100

### Distribución por Aplicación de Electrochoques

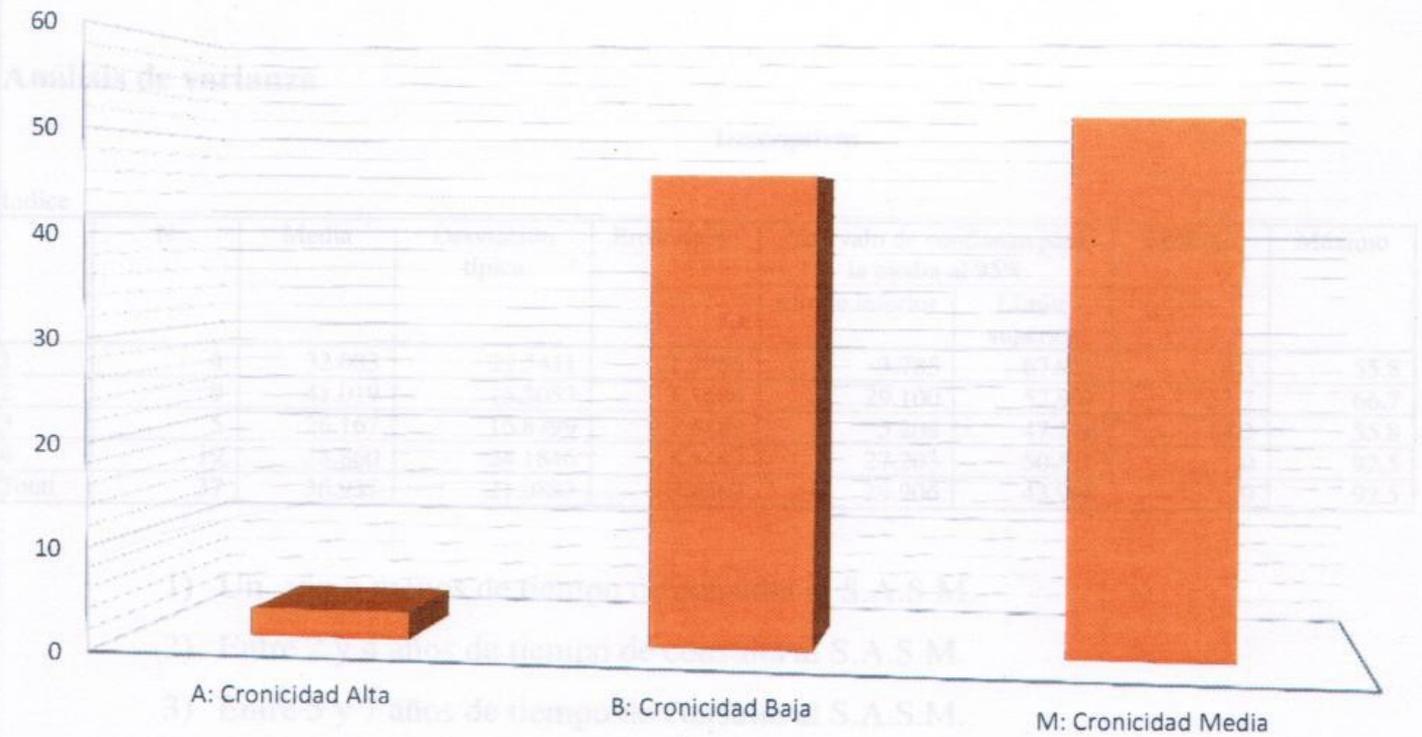




### 3.5. Asociación del Índice de Cronicidad con las variables del Sistema de Atención en Salud Mental.

## Clasificación de Cronicidad

Índice de Cronicidad y tiempo de consulta



4) Entre 8 y 10 años de tiempo de consulta al S.A.S.M.

Análisis de Varianzas

	Suma de cuadrados	GF	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	894,397	2	447,198	631	,008
Dentro grupos	15117,430	33	458,104		
Total	16011,827	35			

De acuerdo a los resultados se puede establecer que no existen diferencias entre de las medias por grupo que indique variación de la Cronicidad con el tiempo de consulta. Se presenta la siguiente figura para visualizar su comportamiento.

### 3.5. Asociación del Índice de Cronicidad con las variables del Sistema de Atención en Salud Mental.

#### Índice de Cronicidad y tiempo de consulta

##### Análisis de varianza

##### Descriptivos

Indice

	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
1	4	32.083	22.5411	11.2706	-3.785	67.951	2.5	55.8
2	9	41.019	15.5053	5.1684	29.100	52.937	21.7	66.7
3	5	26.167	16.8799	7.5489	5.208	47.126	14.2	55.8
4	19	38.860	24.1846	5.5483	27.203	50.516	.0	92.5
Total	37	36.937	21.0883	3.4669	29.906	43.968	.0	92.5

- 1) Un año o menos de tiempo de consulta al S.A.S.M.
- 2) Entre 2 y 4 años de tiempo de consulta al S.A.S.M.
- 3) Entre 5 y 7 años de tiempo de consulta al S.A.S.M.
- 4) Entre 8 y 10 años de tiempo de consulta al S.A.S.M.

##### Análisis de Varianza

Indice

	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	894.397	3	298.132	.651	.588
Intra-grupos	15115.400	33	458.042		
Total	16009.797	36			

De acuerdo a los resultados se puede establecer que no existen diferencias entre de las medias por grupo que indique variación de la Cronicidad con el tiempo de consulta. Se presenta la siguiente figura para visualizar su comportamiento.

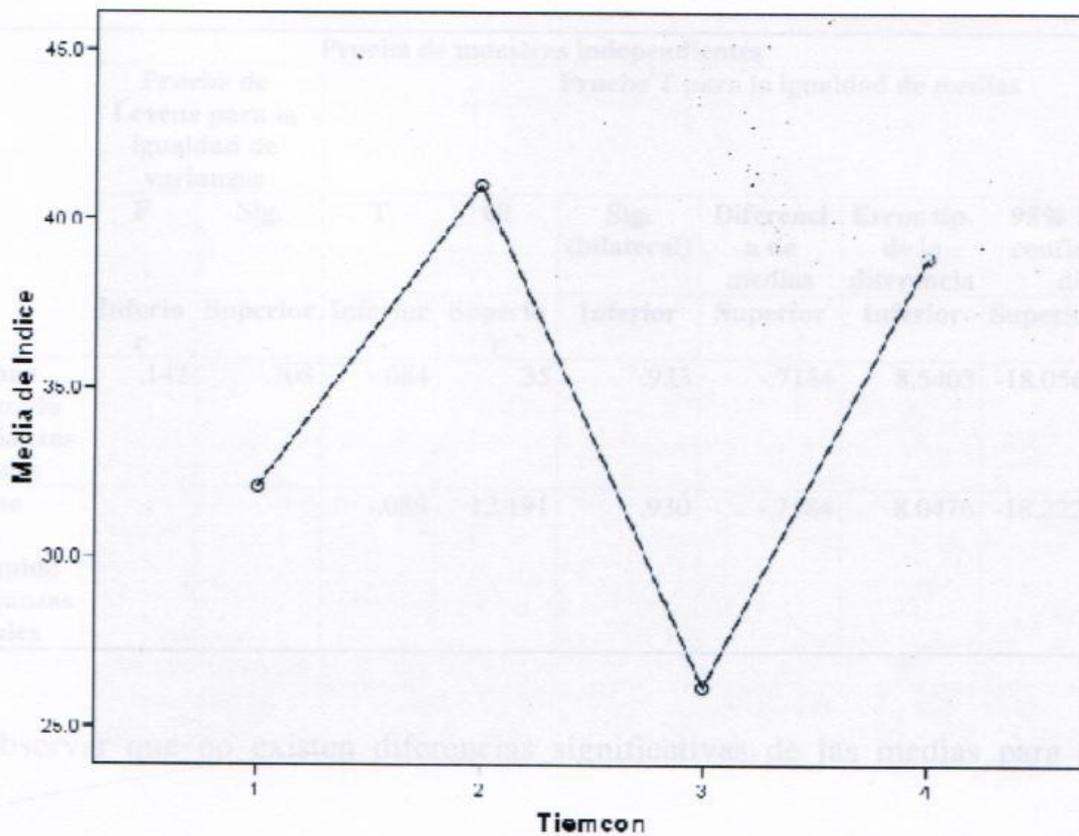


Figura 1. Grafica de medias por grupo

### Índice de Cronicidad y Diagnósticos realizados

También es posible establecer la relación entre el Índice de Cronicidad y los diagnósticos de la población estudiada.

### Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno de ideas delirantes

Estadísticos de grupo

	P77	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Índice	1	27	36.782	21.7919	4.0467
	2	8	37.500	19.6749	6.9561

		Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Indice	Se han asumido varianzas iguales	.142	.708	-.084	35	.933	-.7184	8.5403	-18.0561	16.6193
	No se han asumido varianzas iguales			-.089	12.191	.930	-.7184	8.0476	-18.2222	16.7854

Se puede observar que no existen diferencias significativas de las medias para este tipo de diagnóstico.

### Trastorno del Humor

#### Estadísticos de grupo

	P78	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Indice	1	4	31.667	17.0511	8.5256
	2	33	37.576	21.6600	3.7705

		Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Indice	Se han asumido varianzas iguales	.457	.503	-.524	35	.604	-5.9091	11.2792	-28.8070	16.9888
	No se han asumido varianzas iguales			-.634	4.273	.559	-5.9091	9.3221	-31.1521	19.3340

En el caso de diagnóstico de Trastorno del Humor no presenta diferencias significativas con el Índice de Cronicidad.

### Trastorno de la Personalidad y del comportamiento del adulto

#### Estadísticos de grupo

	P79	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Índice	1	4	35.208	25.3254	12.6627
	2	33	37.146	20.9704	3.6505

		Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
		Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Índice	Se han asumido varianzas iguales	.073	.788	-.171	35	.865	-1.9381	11.3186	-24.9160	21.0398
	No se han asumido varianzas iguales			-.147	3.517	.891	-1.9381	13.1784	-40.5963	36.7200

No existen diferencias significativas de las medias para este tipo de diagnóstico.

### Retraso Mental

Estadísticos de grupo					
	P83	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Índice	1	2	32.083	25.3380	17.9167
	2	35	37.214	21.2257	3.5878

		Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Inferior	
Indice	Se han asumido varianzas iguales	.008	.930	-.330	35	.743	-5.1310	15.5251	-36.6486	26.3867
	No se han asumido varianzas iguales			-.281	1.082	.823	-5.1310	18.2724	-199.6800	189.4181

No existen diferencias significativas de las medias para este tipo de diagnóstico

## Índice de Cronicidad y aplicación de Electrochoques

### Estadísticos de grupo

	P84	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Indice	1	17	36.569	25.6781	6.2279
	2	20	37.250	16.9453	3.7891

- 1) Recibió Electrochoques
- 2) No recibió electrochoques

		Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	T	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Superior	Inferior	Inferior	
Indice	Se han asumido varianzas iguales	2.572	.118	-.097	35	.924	-.6814	7.0544	-15.0026	13.6399
	No se han asumido varianzas iguales			-.093	26.930	.926	-.6814	7.2899	-15.6409	14.2782

No existen diferencias significativas de las medias para quienes han recibido electrochoques.

## Índice de Cronicidad y cantidad de Internaciones

### Descriptivos

Índice	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					Límite inferior	Límite superior		
1.00	21	40.000	22.0347	4.9271	29.687	50.313	2.5	92.5
2.00	11	30.152	18.0116	5.4307	18.051	42.252	.0	55.8
3.00	5	39.167	23.7346	9.6896	14.259	64.075	14.2	72.5
Total	37	36.937	21.0883	3.4669	29.906	43.968	.0	92.5

- 1) Hasta 2 internaciones 21
- 2) Entre tres y cinco internaciones 11
- 3) Seis internaciones o más 5

### Análisis de Varianza

Índice	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	723.939	2	361.969	.805	.455
Intra-grupos	15285.859	34	449.584		
Total	16009.797	36			

No hay diferencias significativas de las medias para quienes han recibido internaciones psiquiátricas.

## CAPÍTULO 4. ANALISIS Y RESULTADOS

### 4.1. Análisis general

El análisis de este estudio, como se ha venido planteando se hace sobre la base de la valoración a consultantes usuarias y usuarios del Centro Diurno del Hospital T. Vilardebó. Las entrevistas y análisis de Historias Clínicas, fueron realizadas entre abril de 2010 y julio de 2011, de acuerdo a la lista de usuarias y usuarios proporcionada por el Equipo del Centro Diurno.

De un total de 47 usuaria/os, fueron realizadas 37 entrevistas; 2 usuarios y una usuaria no accedieron a ser entrevistados luego de ser leído el consentimiento informado, 3 usuarias estaban de alta del Centro Diurno al momento de coordinar la entrevista y 4 no estaban concurriendo.

Se trata de personas de ambos sexos, correspondiendo el 64,9 % a varones y el 35,1 % a mujeres, cuyas edades se distribuyen entre 18 y 56 años, correspondiendo la media a 37 años. Si bien el lugar de residencia se distribuye con cierta homogeneidad en cuatro Municipios A, C, D y G; es en el C donde se encuentra su mayor porcentaje, un 24 %. Corresponde a los barrios de: Aguada, Aires Puros, Arroyo Seco, Atahualpa, Bella Vista, Brazo Oriental, Capurro, Prado, Goes, Jacinto Vera, Larrañaga, La Comercial, La Figurita, Mercado Modelo, Bolívar, Reducto, Villa Muñoz.

Comparten su lugar de residencia con familia de origen (Padres), o en relación de dependencia (Casa de Salud, Residencial, Refugio) en el 73 %.

La residencia de la/os usuaria/os en diferentes Municipios de Montevideo, alejados del Hospital Psiquiátrico, le exigen el traslado diario a las actividades del Centro Diurno en el Servicio de Transporte Metropolitano. Lo cual indica acerca de las potencialidades y condiciones puestas en juego para trasladarse con capacidad de afrontamiento y autonomía llegando diariamente hasta el Centro Diurno. Sin embargo, estas potencialidades de autonomía

no llegan a ser suficientes para lograr sostener con autonomía la vivienda; esta realidad se observa en el alto porcentaje de personas entrevistadas que viven con sus padres o en residencias en condiciones de dependencia.

La formación mayoritaria de la población entrevistada es de Estudios Secundarios y Técnico Profesionales, distribuyéndose en Secundaria Incompleta el 35,1 %, Secundaria Completa 5,4 %; U.T.U. Incompleta 13,5 %, U.T.U. Completa 2,7 %, mientras que el 24,3 % finalizó educación primaria. Se podría establecer que el nivel de educación alcanzado por usuaria/os, es comparativamente similar al del nivel general según datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del año 2012, si bien parece ser una población que se “estanca” en el nivel educativo medio. Una hipótesis posible es que, puede relacionarse con la edad de ocurrencia del trastorno. La mayoría de las personas que presentan un diagnóstico vinculado a algún padecimiento psiquiátrico, como los que presenta esta población, tiene su primera ocurrencia en la etapa de la adolescencia. Una interrogante que surge es, si esto puede vincularse precisamente a la progresiva desvinculación del sistema educativo y por ende a oportunidades posteriores laborales. Es importante aquí plantear la importancia del sector educación para la población con padecimientos psiquiátricos. Habitualmente se suele vincular la temática de salud mental, exclusivamente al sector salud. Sin embargo, tal como intentamos fundamentar en esta tesis, las consecuencias negativas derivadas de una condición de salud vinculada a deficiencias mentales, son en realidad consecuencias sociales. En este sentido, en la etapa joven de la vida, donde suele irrumpir la sintomatología de los trastornos, la primera desvinculación se produce precisamente de los ámbitos educativos, para ser en consecuencia sociales (alejamiento de sus pares) y luego laborales.

En sintonía con lo que venimos planteando, el 64,9 % de los entrevistados se encuentran desocupada/os. Este elevado porcentaje de personas entrevistadas desocupadas, en tiempos de bajas tasas de desocupación en nuestro país - menos del 7 %- , indica de la vulnerabilidad en

cuanto al acceso al empleo y los efectos que esta realidad produce en términos de exclusión-inclusión social. A su vez, muestra la necesidad de instrumentar y promover políticas específicas en tal sentido, dirigidas a personas con padecimiento psiquiátrico. Es alto también el porcentaje de quienes cobran pensión por discapacidad, lo cual podría estar indicando la mayor cobertura de las políticas de seguridad social a partir del 2005 dirigidas a la discapacidad mental. Sin embargo, el cobro de la Pensión por Incapacidad no debería ser la explicación a la no inclusión laboral, dado que la misma es compatible con el empleo, siempre que no supere el salario el valor de tres pensiones por invalidez; y a la vez condice con la falta de alternativas para inclusiones laborales que contemplen las necesidades específicas y los apoyos necesarios para obtener y mantener un empleo.

Más de la mitad de la población estudiada, el 51,4 %, tiene un tiempo de evolución de entre 8 y 10 años desde la primera consulta al Sistema de Atención en Salud Mental; Mientras que el 13,5 % corresponde a un tiempo de consulta de entre 5 y 7 años, el 24,3 % entre 2 y 4 años y el 10,8 % un año o menos.

Para la realización de diagnósticos, se utiliza el CIE 10 por el equipo tratante, siendo prevalentes en un 73 % la Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno de ideas delirantes, seguido de los Trastornos del Humor y Trastornos de Personalidad componen el 10,8 % cada uno y el Retraso Mental el 5,4 % de la población.

El 91,9 % de usuaria/os ha tenido internaciones psiquiátricas; el 56,8 % hasta 2 internaciones, mientras que el 29,7 % ha estado entre tres y cinco veces internada/o y el 13,5 % en 6 oportunidades o más.

Respecto a los tratamientos con electrochoques, el 45,9 % de la población entrevistada los ha recibido.

El alto porcentaje y reiteración de internaciones y de electrochoques, es una expresión clara de las perspectivas psiquiátricas predominantes en la Atención en Salud Mental que han recibido

a través de los años usuarias y usuarios. Modelo basado en la internación y la eliminación sintomática.

De las dimensiones analizadas respecto al desempeño social y la autonomía, se desprende que la evolución de las mismas no ha tenido variaciones significativas desde la primera consulta al Sistema de Atención en Salud Mental. Es en la Dimensión de Relacionamiento Institucional donde se expresa la mayor variación, produciéndose disminución en el relacionamiento institucional desde que comenzó la consulta al Sistema de Atención en Salud Mental en el 32,4 % de los entrevistados.

En las restantes Dimensiones estudiadas no se observan evoluciones significativas de pérdida de desempeño: en realización de Tareas Cotidianas, realiza tareas igual que antes el 97,3 %; mientras que en las Actividades Recreativas, realiza actividades igual que antes el 86,5 %.

Las Dimensiones que se presentan más afectadas en el desempeño social de las personas entrevistadas serían: la de Relacionamiento Institucional, habiendo un 56,8 % de usuaria/os que no tienen ningún relacionamiento institucional y la Laboral, ya que solo el 18,9 % se encuentra trabajando. Sin embargo, se destaca que el 67,2 % manifiesta deseos de trabajar, lo cual podría indicar una potencialidad para el desarrollo de tareas laborales que no encuentran sus condiciones de despliegue.

En el Análisis Descriptivo General entonces, se puede observar como los más importantes niveles de dependencia en el desempeño social de la población estudiada, se ubica en los bajos porcentajes de personas que han logrado autonomía en la procura de una residencia autónoma y/o han asumido responsabilidades de jefatura de Hogar. Siendo que la media de edad cronológica es de 37, es alto el porcentaje de personas que se mantienen viviendo con su familia de origen o en Residencias y Casas de Salud, donde la responsabilidad y el funcionamiento de la vida cotidiana son asumidos por otros integrantes de la organización familiar, cuidadores o funcionarios institucionales. En este aspecto, se podrían expresar las carencias y escasas

propuestas de vivienda que promuevan la autonomía y convivencia comunitaria y/o asistida dirigida a personas con padecimientos psiquiátricos. La convivencia en casas de salud o residencias, muchas veces sobrepobladas, y sin adecuadas condiciones para el desarrollo de la autonomía y desempeño social de usuaria/os; así como el encierro y aislamiento que muchas veces se produce en la propia familia compromete el pleno ejercicio de derechos y la inclusión social.

Otro aspecto que surge de este nivel de análisis y que permite visualizar dificultades para el desempeño y la inclusión social de la población estudiada, son los bajos niveles de desempeño e inserción laboral que manifiestan las personas entrevistadas. En tal sentido, el muy alto porcentaje de personas que no trabajan, pero complementado con la expresión de interés en hacerlo y la actitud de búsqueda que plantean la/os entrevistada/os, se podría estar indicando la insuficiencia de políticas de inserción laboral específicas que lleguen y contemplen las características y necesidades de personas con padecimiento psiquiátrico.

En cuanto al relacionamiento institucional, entendiendo que constituye la expresión de la red vincular, organizacional e institucional de las personas, es destacable la escasa cantidad de vínculos que se mantienen por parte de la/os entrevistada/os, así como la disminución que los mismos presentan en la evolución del tiempo de consulta al Sistema de Atención en Salud mental, donde más de la mitad tiene entre 8 y 10 años de proceso como usuaria/o. Esta situación respecto a la Dimensión de Relacionamiento Institucional, podría estar planteando la presencia de una red de vínculos debilitada y con baja densidad, lo cual afecta directamente la socialización e integración a la vida social, profundizándose el aislamiento característico de las personas con padecimiento psiquiátrico.

Por último, es preocupante como en un contexto internacional donde las terapéuticas invasivas están en cuestionamiento, y en particular los electrochoques prohibidos por Ley en países de la región como Argentina; casi la mitad de la/os usuaria/os entrevistada/os en este

estudio los han recibido. Lo cual, sumado a las internaciones por motivos psiquiátricos y su reiteración en porcentajes elevados en la población estudiada, muestra la importancia que ocupan las estrategias de encierro y control en el marco del abordaje psiquiátrico.

## 4.2. Análisis comparativo

Si comparamos los resultados de este estudio, con la Investigación mencionada como antecedente, realizada en 1997 (Proyecto de Iniciación a la Investigación CSIC: “Cronificación y reinserción Social del paciente psiquiátrico”), con una n de 46 correspondiente a 61 % usuarias y 39 % usuarios de los Equipos de Salud Mental de Piedras Blancas y Saint Bois, se podrían establecer algunas consideraciones. En primer lugar, señalar que mientras que en este estudio la población ha recibido intervenciones psicosociales y acciones de rehabilitación, la población del estudio antecedente no contaba con dicho proceso.

Respecto a la modalidad de agrupamiento familiar, en el actual estudio es mayor el porcentaje de situación de dependencia, un 72 %; frente a un 52 % de entrevistado/as que vivían con su familia de origen en la Investigación referenciada.

Se destacan diferencias en cuanto al porcentaje de entrevistada/os que cobran Pensión por Discapacidad en la actualidad, un 85 %; en relación a solo un 15 % del estudio referenciado, lo cual podría significar una avance en cuanto a la accesibilidad a las prestaciones.

Mientras que el porcentaje de desocupación también es mayor, del 64,9 % frente al 54% entonces.

La población del actual estudio, tiene mayor tiempo de evolución de consulta al Sistema de Atención en Salud Mental, entre 5 y más años suman un 64,9 %, mientras que en el estudio anterior el 63 % de la/os entrevistada/os tenían solo hasta un año de evolución en la consulta y el Diagnóstico de Esquizofrenia (F 20, CIE 10) se constituía como mayoritario.

Respecto a los tratamientos, el 91,9 % de usuaria/os han tenido internaciones psiquiátricas y el 45,9 % ha recibido electrochoques, mientras que de la Investigación referenciada solo el 17 % de la/os entrevistada/os había tenido internaciones y el 17 % recibido electrochoques.

Respecto al análisis comparativo del desempeño social y la autonomía, las diferencias más significativas entre ambos estudios se observa en la evolución de las actividades, dándose un porcentaje importante de pérdida en el desarrollo de actividades recreativas y el relacionamiento institucional en el 48 % y 50 % respectivamente en el primer estudio, en comparación al segundo estudio.

En ambos estudios también las dimensiones que se presentan más afectadas son la de Relacionamiento Institucional (56,8 % y 39 % ningún relacionamiento) y la Laboral (64,9 % y 54 % de desocupación). No obstante, en las dos poblaciones se mantiene el interés por trabajar en forma importante, el 67,2 % y 54 % respectivamente, de los cuales la mitad desarrolla estrategias de búsqueda de trabajo.

### **4.3. Análisis del Índice de Cronicidad**

Este estudio, define conceptualmente el Proceso de Cronificación como la progresiva pérdida de autonomía en el desempeño social de la persona con padecimiento psiquiátrico, en relación a la Dimensión Familiar, Dimensión Recreativa, Dimensión laboral y Dimensión de Relacionamiento Institucional.

Como se ha señalado, para operacionalizar esta definición y estudiar el desempeño social de usuaria/os del Centro Diurno del Hospital T. Vilardebó se ha construido un Índice de Cronicidad con tres intervalos Alta, Media y Baja, lo cual permitió ordenar la información de los sujetos y establecer las asociaciones correspondientes.

De acuerdo a la distribución de la población estudiada en el Índice, según el desempeño

social, ha correspondido: un 45,9 % a Cronicidad Baja, un 51,4 % a Cronicidad Media y un 2,7 % a Cronicidad Alta.

Es posible inferir, que la/os usuaria/os que componen el estudio, al estar ubicados en los intervalos de Cronicidad Baja y Media en un 97,3 %, si bien componen características con ciertas dificultades en el desempeño e inclusión social; se encontrarían en condiciones favorables para el despliegue de autonomía que posibiliten su inclusión socio-comunitaria permanente.

Podríamos también preguntarnos respecto a la evolución de la cronicidad estudiada en usuaria/os y la incidencia positiva que podría revestir el contexto del Centro Diurno y las acciones de los dispositivos psicosociales que en él se desarrollan.

Para valorar los grados de asociación entre el Índice de Cronicidad y las variables del Sistema de Atención en Salud Mental se ha utilizado el análisis de Varianza en cada situación. Si analizamos entonces, el comportamiento del Índice respecto a los niveles de Cronicidad y el grado de significación en la asociación respecto al tiempo transcurrido desde la primera consulta, las internaciones, los diagnósticos realizados, y los electrochoques recibidos; en el caso de usuaria/os del centro Diurno se puede deducir que:

- no hay diferencias de asociación significativas entre los tiempos de evolución en la consulta y los niveles de Cronicidad Alta, Media y Baja.
- no hay diferencias de asociación significativas entre la cantidad de internaciones psiquiátricas vividas y los niveles de Cronicidad Alta, Media y Baja.
- no hay diferencias de asociación significativas entre los diagnósticos psiquiátricos realizados a la/os entrevistada/os y los niveles de Cronicidad Alta, Media y Baja.
- no hay diferencias de asociación significativas entre los electrochoques recibidos y los niveles de Cronicidad Alta, Media y Baja.

La ausencia de grados de asociación significativa, entre el Proceso de Cronificación y las

variables estudiadas, podría indicarnos que el desempeño social de usuaria/os del Centro Diurno se comporta independiente del tiempo de evolución, los diagnósticos realizados, las internaciones y los electrochoques recibidos. Este aspecto es relevante en cuanto a la consideración de los diagnósticos, ya que estaría relativizando aquella afirmación de que ciertas enfermedades mentales por su entidad diagnóstica producirían cronicidad. Se ubicaría entonces la cronicidad y sus condiciones de producción en el campo de las relaciones y consideraciones de abordaje a la atención en salud mental, infiriéndose de esta población estudiada que la participación en el Centro Diurno podrían estar promoviendo bajos niveles de cronicidad.

El claro pronunciamiento de la OPS/OMS en cuanto a la conveniencia de desarrollar abordajes a la atención en la salud mental centrados en intervenciones desde una perspectiva psicosocial, de fortalecimiento y promoción de derechos exige trabajadores del campo de la salud mental formados, convencidos y comprometidos.

## CAPITULO 5. CONCLUSIONES FINALES

Tal como fue señalado, el presente estudio, realizado entre abril de 2010 y julio de 2011, ha sido elaborado sobre la base de la valoración a 37 usuarias y usuarios (64,9 % a varones y el 35,1 % mujeres) del Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial del Hospital Psiquiátrico Teodoro Vilardebó, cuyas edades oscilan entre los 18 y 56 años, constituyéndose la media en 37 años. Algunas características de la población participante son: a) El nivel de educación alcanzado, es comparativamente similar al del nivel de la población general según datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del año 2012. Siendo, Secundaria Incompleta el 35,1 %, Secundaria Completa 5,4 %; U.T.U. Incompleta 13,5 %, U.T.U. Completa 2,7 %. b) Los elevados porcentajes de desocupación (63 %), expresan la necesidad de desarrollar políticas específicas de inclusión laboral para personas con padecimientos psiquiátricos, siendo que el 67,2 % manifiesta deseos de trabajar, lo cual podría indicar una potencialidad para el desarrollo de tareas laborales que no encuentran sus condiciones de despliegue. c) Más de la mitad de la/os entrevistada/os (52,8 %) cobra pensión por discapacidad (nos referimos a la pensión por invalidez otorgada por el Banco de Previsión Social), lo cual podría hablar del aumento en la cobertura de esta prestación social en la discapacidad mental. d) El abordaje desde el sector salud, predominante recibido por la población estudiada (modelo basado en la internación y la eliminación sintomática), está caracterizado por las internaciones, la medicación y los electrochoques. e) El diagnóstico predominante (73 %) según el CIE 10 es el de Esquizofrenia (F 20).

Con relación a las Dimensiones estudiadas, se presentan más afectadas en el desempeño social de las personas entrevistadas, las de Relacionamento Institucional, habiendo un 56,8 % de usuaria/os que no tienen ningún relacionamiento institucional y la Laboral, ya que solo el 18,9 % se encuentra trabajando. Los más importantes niveles de dependencia en el desempeño social de la población estudiada, se ubica en los bajos porcentajes de personas que han logrado

autonomía en la procura de una residencia autónoma y/o han asumido responsabilidades de jefatura de Hogar. Es alto el porcentaje de personas que se mantienen viviendo con su familia de origen o en Residencias y Casas de Salud, donde la responsabilidad y el funcionamiento de la vida cotidiana generalmente son asumidos por otros integrantes de la organización familiar, cuidadores o funcionarios institucionales.

De acuerdo a la distribución de la población estudiada en el Índice de Cronicidad, según el desempeño social, ha correspondido: un 45,9 % a Cronicidad Baja, un 51,4 % a Cronicidad Media y un 2,7 % a Cronicidad Alta.

Es posible inferir, que la/os usuaria/os que componen el estudio, al estar ubicados en los intervalos de Cronicidad Baja y Media en un 97,3 %, si bien componen características con ciertas dificultades en el desempeño e inclusión social; se encontrarían en condiciones favorables para el despliegue de autonomía que posibiliten su inclusión socio-comunitaria permanente, seguramente favorecidas actualmente por las acciones de rehabilitación e intervenciones psicosociales del Centro Diurno.

La ausencia de grados de asociación significativa, entre el Proceso de Cronificación y las variables estudiadas, podría indicarnos que el desempeño social de usuaria/os del Centro Diurno se comporta independiente del tiempo de evolución, los diagnósticos realizados, las internaciones y los electrochoques recibidos.

El análisis de los datos y los resultados obtenidos, ubican nuevas interrogantes para continuar investigando. Si los procesos de cronificación y el desempeño social, se muestran independientes respecto a los diagnósticos realizados y no responden a los paradigmas explicativos tradicionales; es pertinente entonces preguntarse por los efectos de las modalidades de atención en salud mental. Se ubica entonces el relacionamiento asistencial y los efectos de los dispositivos de atención como escenario de visibilidad acerca de las condiciones de producción de cronicidad.

Por otra parte, la importante afectación en dimensiones de relacionamiento institucional y laboral, refieren a plantearse interrogantes en la esfera de la discriminación y estigmatización social. Es decir, en cuanto a la posible incidencia en la participación, provocada por las carencias a nivel de dispositivos comunitarios y de inclusión social dirigida a usuaria/os.

Sin embargo, los resultados obtenidos en esta investigación, no deberían ser tomados en forma aislada, sin intentar relacionarlos con la propia evolución histórica de las concepciones de salud-enfermedad en general, de las concepciones de salud mental en particular y de la inclusión de la perspectiva de derechos para analizar la situación actual.

Uno de los principales aportes que debiera hacerse desde lo académico, precisamente es desnaturalizar las prácticas de los profesionales, en este caso específico, profesionales vinculados a la salud mental. De hecho una nueva interrogante de investigación, podría consistir en identificar, cómo influye en la formación de los profesionales, los enfoques que hacen a estas perspectivas históricas y contextuales, que luego se traslada a las prácticas, las medidas diagnósticas y terapéuticas.

Destacando algunos hitos del trabajo, hemos señalado cómo Larrobla, ubica las primeras asistencias a los enfermos en el primer siglo de la era Cristiana. Tomada en España, por influencia árabe, que determinaría la creación de los establecimientos dedicados a los cuidados de enfermos mentales. La autora, plantea como primer registro de esta modalidad de asistencia en 1409, y cómo luego sería trasladada a Europa y a América Latina. Por su parte, Galende, relaciona la sanción de la ley de 1838 en Francia como el momento histórico de constitución de la Psiquiatría. Por otra parte la consolidación de esta perspectiva psiquiátrica con las perspectivas psicopatológicas de los desarrollos de los Manuales Internacionales de Clasificación de Enfermedades Mentales en la década de los 90.

En la actualidad, en particular desde el 2006 a la fecha, con la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se hace énfasis en la determinación social

de las condiciones de limitaciones y restricciones que presentan las personas que con alguna deficiencia, física o mental, que quedan excluidas, marginadas, o vulneradas en el ejercicio de los derechos que tienen las personas en general.

En este sentido, la perspectiva de derechos, irrumpe en las prácticas sanitarias sobre el campo de salud mental, poniendo en “tela de juicio” varias cuestiones.

El proceso histórico y en cierta forma acumulativo sobre las representaciones acerca de la salud mental, está asociada a “la locura”, desde este punto de vista con una visión negativa sobre aquellas personas que son diagnosticadas y tratadas por padecimientos psiquiátricos. Hemos tratado de mostrar en el desarrollo de la presente Tesis, cómo el abordaje de atención ha sido signado en general con los tres componentes señalados antes: (1) como sujetos de caridad (aunque en una versión actualizada, siendo sujetos pasivos que requieren de la intervención de un “otro” que sabe qué le conviene y cómo debe actuar); (2) con una disciplina predominante en la atención, en este caso la psiquiatría; y (3) los manuales de clasificación, frecuentemente producen un efecto negativo en cuanto a las posibilidades de modificación del diagnóstico y por tanto anunciando un pronóstico de la persona con padecimientos psiquiátricos, ligado al diagnóstico y no a las posibilidades de procesos.

Hoy en día, incluso, permanece en duda la capacidad jurídica de las personas con trastornos mentales severos y persistentes. Esto se refleja en el hecho del procedimiento judicial para la declaración de incapacidad que puede solicitar un familiar, un tutor o algún organismo actuando de oficio. Cuando una persona con discapacidad mental es declarada incapaz, pierde toda posibilidad de ejercicio de sus derechos, por lo que es denominada habitualmente como muerte civil. La convención de Derechos de Personas con Discapacidad es muy clara en este aspecto, en especial en su art. 12. Allí se establece que el Estado debe garantizar todas las medidas para que las personas hagan uso de su capacidad jurídica y extremar todas las acciones para proveer de los apoyos necesarios para que esto suceda. Asimismo velar para que no existan

este sentido, hemos tratado de señalar, cómo el marco legal uruguayo enfrenta contradicciones en cuanto a su sistema legal vigente, o al menos falta de armonización de la legislación actual específica: Ley 9581, llamada de Asistencia de Psicópatas de agosto de 1936; y la ley 18776 del 2011 que ratifica el Protocolo Facultativo de la Convención (CDPD – ONU, 2006).

De acuerdo a lo señalado anteriormente, y en consonancia con las nuevas concepciones sobre discapacidad y por ende nuevos paradigmas para comprender el campo de lo que ha sido denominado Salud Mental, además de la importancia del diagnóstico, deberíamos enfocar las prácticas en las consecuencias y en el funcionamiento de la persona. Este funcionamiento, en gran medida está determinado por el contexto, más allá del diagnóstico. El diagnóstico podría proveernos de un piso inicial, pero que no debería ser el marco que limita las intervenciones.

Desde este punto de vista, parece importante señalar cómo el Índice de Cronicidad puede ser una herramienta para orientar las prácticas hacia las personas con padecimientos psiquiátricos, dado que contempla las diferentes dimensiones de la vida, en este caso estamos hablando de personas adultas: dimensión familiar, recreativa, laboral y relacionamiento institucional. Consideramos que puede ser un aporte en la medida de que parte de una concepción multideterminada sobre los componentes que afectan el funcionamiento individual de las personas con padecimientos psiquiátricos, logrando operacionalizar dichas dimensiones de manera de identificar aquellas áreas que puedan verse más afectadas que otras y en consecuencia orientar las intervenciones.

Sin embargo, sabemos que el presente estudio presenta limitaciones, en este caso el número y la selección de los participantes, no permite hacer generalizaciones acerca de los resultados obtenidos. Esta dificultad también se relaciona con la dificultad de acceso a una población mayor dentro de la atención a los servicios públicos de salud mental, y más concretamente con la modalidad de atención seleccionada: Centro Diurno. Como contrapartida, los resultados aquí

presentados permiten seguir formulando interrogantes que planteen estrategias de abordaje de salida a las situaciones de padecimiento.

Finalmente, se puede considerar que la principal contribución del trabajo refiere al aporte que significa contar con un instrumento como es el Índice de Cronicidad que permita orientar las intervenciones hacia esta población. Por lo que pudimos observar el Índice puede ser utilizado en forma individual, tanto como para generar estudios poblacionales que aporten a una comprensión mayor de la problemática planteada.

<sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo (Internet). Washington: OPS; 2004. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2004/> [Consulta: 19/7/013].

<sup>2</sup> Ginés A, Peciúnica H, Artino M. El plan de salud mental: veinte años después, evolución, perspectivas y prioridades. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2005, 39 (2): 129-50.

<sup>3</sup> De León N. Institucionalización de la locura: la enfermedad mental. En: *Temas de Psicología Universitaria: la psicología en la realidad actual*. 4<sup>o</sup>; Montevideo; 21-22 agosto 1998. Montevideo: Udelar-EP; 1998.

<sup>4</sup> Barrán JP. *Medicina y sociedad del novecientos*. Montevideo: Banda Oriental; 1995.

<sup>5</sup> Sánchez D, Bazzani R, Gómez S. *Prioridades en la investigación de la salud colectiva en América Latina*. Montevideo: CIBOPS, Trilce; 1998.

<sup>6</sup> Zorzeto R, Razzouk D, Bonilha M, Gerolin J, Muri J. Investigaciones en salud mental en América Latina: avances y desafíos. En: Rodríguez J, ed. *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas*. Washington: OPS; 2007.

<sup>7</sup> Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo (Internet). Washington: OPS; 2004. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2004/> [Consulta: 19/7/013].

<sup>8</sup> Rodríguez J. Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2011; 75 (2): 86-96.

<sup>9</sup> Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia y plan de acción en salud mental*. Washington: OPS; 2005.

<sup>10</sup> Harambú G. *Poder que hacer saber y hacer*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1988.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- <sup>1</sup> Organización Panamericana de la Salud. La salud mental en las américas: nuevos retos al comienzo del milenio CD43/15, 430 Consejo Directivo. Wahington: OPS; 2001.
- <sup>2</sup> Rodríguez J. Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. Revista de Psiquiatría del Uruguay 2011; 75 (2): 86-96.
- <sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud. La salud mental en las américas: nuevos retos al comienzo del milenio CD43/15, 430 Consejo Directivo. Wahington: OPS; 2001.
- <sup>4</sup> Organización de las Naciones Unidas. Asamblea Mundial de la Salud 65. Novena Sesión Plenaria [Internet]. Ginebra: ONU; 2012. Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA65-REC1/A65\\_REC1-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-sp.pdf) [Consulta: 19/7/013].
- <sup>5</sup> Ginés A, Porciúncula H, Arduino M. El plan de salud mental: veinte años después, evolución, perspectivas y prioridades. Revista de Psiquiatría del Uruguay 2005; 69 (2): 129-50.
- <sup>6</sup> De León N. Institucionalización de la locura: la enfermedad mental. En: Jornadas de Psicología Universitaria: la psicología en la realidad actual, 4<sup>a</sup>; Montevideo; 21-22 agosto 1998. Montevideo: UdelaR-FP; 1998.
- <sup>7</sup> Barrán JP. Medicina y sociedad del novecientos. Montevideo: Banda Oriental; 1995.
- <sup>8</sup> Sánchez D, Bazzani R, Gómez S. Prioridades en la investigación de la salud colectiva en América Latina. Montevideo: GEOPS, Trilce; 1998.
- <sup>9</sup> Zorzetto R, Razzouk D, Bonilha M, Gerolin J, Mari J. Investigaciones en salud mental en América Latina: avances y desafíos. En: Rodríguez J, ed. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington: OPS; 2007.
- <sup>10</sup> Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo [Internet]. Washington: OPS; 2004. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2004/es/> [Consulta: 19/7/013].
- <sup>11</sup> Rodríguez J. Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. Revista de Psiquiatría del Uruguay 2011; 75 (2): 86-96.
- <sup>12</sup> Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción en salud mental. Washington: OPS; 2009.
- <sup>13</sup> Baremlit G. Poder que hacer saber y deseo. Buenos Aires: Nueva Visión; 1988.

- <sup>14</sup> Galende E. Psicoanálisis y salud mental. Buenos Aires: Paidós; 1990.
- <sup>15</sup> Larrobla C, Botega N. Antecedentes de la psiquiatría latinoamericana: la colonización y la independencia de las metrópolis. Acta Psiquiát. Psicol Am. Lat. 1999; 45(2): 165-172.p. 166.
- <sup>16</sup> *Ibid*
- <sup>17</sup> Galende E. Psicoanálisis y salud mental. Buenos Aires: Paidós; 1990.
- <sup>18</sup> Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. México: FCE; 1986.
- <sup>19</sup> *Ibid*
- <sup>20</sup> Castel R. El orden psiquiátrico. Madrid: La Piqueta; 1986.
- <sup>21</sup> *Ibid*
- <sup>22</sup> Larrobla C, Botega N. Antecedentes de la psiquiatría latinoamericana: la colonización y la independencia de las metrópolis. Acta Psiquiát. Psicol Am. Lat. 1999; 45(2): 165-172.p. 167.
- <sup>23</sup> *Ibid*
- <sup>24</sup> *Ibid* p. 168.
- <sup>25</sup> *Ibid*
- <sup>26</sup> Barrán JP. Medicina y sociedad del novecientos. Montevideo: Banda Oriental; 1995.
- <sup>27</sup> *Ibid*
- <sup>28</sup> Galende E. Psicoanálisis y salud mental. Buenos Aires: Paidós; 1990.
- <sup>29</sup> Barrán JP. Medicina y sociedad del novecientos. Montevideo: Banda Oriental; 1995.
- <sup>30</sup> Malvárez S. Conferencia tercer milenio y salud, V Conferencia latinoamericana I Iberoamericana de Facultades y escuelas de Enfermería. Trujillo: [s.n]; 1987.
- <sup>31</sup> Fiashe A. Hacia una psicopatología de la pobreza. Buenos Aires: Madres de Plaza de Mayo; 2003.
- <sup>32</sup> Alonso A. Valoración crítica de las actuales clasificaciones de los trastornos mentales. Psiquiatria.com [Internet] 2007; 11 (1). Disponible en:  
[http://www.psiquiatria.com/psiq\\_general\\_y\\_otras\\_areas/diagnostico-76/valoracion-critica-de-las-actuales-clasificaciones-de-los-trastornos-mentales/](http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/diagnostico-76/valoracion-critica-de-las-actuales-clasificaciones-de-los-trastornos-mentales/) [Consulta: 20/7/013].
- <sup>33</sup> *Ibid.*
- <sup>34</sup> Ey H. Tratado de psiquiatría. Barcelona: Masson; 1980.
- <sup>35</sup> Castel R. El orden psiquiátrico. Madrid: La Piqueta; 1986.

- Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. México: FCE; 1986.
- <sup>37</sup> Basaglia F. La condena de ser loco y pobre: alternativas al manicomio. Buenos Aires: Topía; 2008.
- <sup>38</sup> Laing R. El yo dividido. México: FCU; 1988.
- <sup>39</sup> Evaristo P. Psiquiatría y salud mental. Trieste: Asterios; 2000.
- <sup>40</sup> España. Dirección General de Servicios Sociales. Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica. En: Intervención Psicosocial. 2003; 12 (29): 261-265.
- <sup>41</sup> *Ibid*
- <sup>42</sup> Galende E. Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser. Buenos Aires: Lugar; 2008.
- <sup>43</sup> Tosta M. La reforma psiquiátrica brasileña: perspectivas y problemas. Revista Salud Mental 2009; 32 (4): 265-7.
- <sup>44</sup> *Ibid*
- <sup>45</sup> Minoletti A, Narvárez P, Sepúlveda R, Caprile A. Chile: lecciones aprendidas en la implementación de un modelo comunitario de atención en salud mental. En: Rodríguez J, ed. Salud mental en la comunidad. Washington: OPS; 2009. (Serie PALTEX Para Ejecutores de Programas de Salud; 49).
- <sup>46</sup> *Ibid*
- <sup>47</sup> *Ibid*
- <sup>48</sup> *Ibid*
- <sup>49</sup> Rodríguez J. Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. Revista de Psiquiatría del Uruguay 2011; 75 (2): 86-96.
- <sup>50</sup> *Ibid*
- <sup>51</sup> Barrán JP. Medicina y sociedad del novecientos. Montevideo: Banda Oriental; 1995.
- <sup>52</sup> Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Montevideo: MSP; 1986.

- <sup>53</sup> De León N, Bibbo L, Davyt F, Rial M, Cano A, Colina A. Condiciones de vida y redes de pacientes psiquiátricos en situación de calle. En: VI Jornadas de Psicología Universitaria: la psicología en la realidad actual. Montevideo: Psicolibros; 2003.
- <sup>54</sup> Rodríguez J. Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2011; 75 (2): 86-96.
- <sup>55</sup> Uruguay. Ministerio Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental. Salud mental en la emergencia social y el nuevo modelo asistencial. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2005; 69 (2):155-60.
- <sup>56</sup> Mental Disability Rights International. Derechos humanos y salud mental en Uruguay. Washington: MDRI; 1995.
- <sup>57</sup> Barrán JP. Medicina y sociedad del novecientos. Montevideo: Banda Oriental; 1995.
- <sup>58</sup> Foucault M. Historia de la locura en la época clásica. México: FCE; 1986.
- <sup>59</sup> Bepali J, De Pena M. La evolución de los derechos de los enfermos psiquiátricos en Uruguay. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2000; 64 (3): 374-93.
- <sup>60</sup> *Ibid*
- <sup>61</sup> *Ibid*
- <sup>62</sup> Vázquez J. La Declaración de Caracas: un instrumento esencial para la promoción y protección de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales. En: Rodríguez J, ed. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington: OPS; 2007.
- <sup>63</sup> Rodríguez J. Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2011; 75 (2): 86-96.
- <sup>64</sup> Centro de Estudios Legales y Sociales. Contenidos mínimos necesarios desde una perspectiva de derechos humanos para avanzar en una Ley Nacional de Salud Mental y otras regulaciones vinculadas con el acceso a la justicia. Buenos Aires: CELS; 2009.
- <sup>65</sup> Rodríguez J. Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: la evolución hacia un modelo comunitario. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 2011; 75 (2): 86-96.
- <sup>66</sup> Lara Tapia H, Martínez A, Morfín A, Cózatl A, Díaz-Cantú P, Espinosa G, et al. La rehabilitación psicosocial del enfermo neurológico y psiquiátrico crónico: problemas y soluciones. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría, (Uruguay)* 2005; 38 (4): 140-6.

- <sup>67</sup> Galende E. *Psicofármacos y Salud Mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar; 2009.
- <sup>68</sup> OPS/OMS, 2004. Programa Comunitario para la atención de las Psicosis *Apud* Galende E. *Psicofármacos y Salud Mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar; 2009.
- <sup>69</sup> Bagnato MJ. *Trabajadores con discapacidad intelectual: abordaje multidimensional de sus habilidades laborales*. Montevideo: CSIC; 2009.
- <sup>70</sup> Desviat Muñoz M. El devenir de la reforma psiquiátrica *Apud* González C, Rodríguez G. *Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis*. *Clínica y Salud* 2010; 21(3): 319-332.
- <sup>71</sup> González C, Rodríguez G. *Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis*. *Clínica y Salud* 2010; 21(3): 319-32.
- <sup>72</sup> Del Castillo R, Villar M, Dogmanas D. *Hacia una rehabilitación psicosocial integral en Uruguay*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 2011; 4: 83-96.
- <sup>73</sup> Uruguay. Administración de Servicios de Salud del Estado. Dirección de Salud Mental. *Informe sobre encuesta para centros de rehabilitación psicosocial en Uruguay Apud* Del Castillo R, Villar M, Dogmanas D. *Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, (Uruguay) 2011; 4: 83-96.
- <sup>74</sup> Del Castillo R, Villar M, Dogmanas D. *Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay*. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, (Uruguay) 2011; 4: 83-96.
- <sup>75</sup> Perdigón A. *Prevención y iatrogenia en rehabilitación psicosocial*. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental* 2010;(primavera):8-13.
- <sup>76</sup> *Ibid*
- <sup>77</sup> Bagnato MJ. *Trabajadores con discapacidad intelectual: abordaje multidimensional de sus habilidades laborales*. Montevideo: Zona Libro; 2009.
- <sup>78</sup> *Ibid*
- <sup>79</sup> Bagnato MJ, Da Cunha H, Falero B. *Documento base: personas con discapacidad*. Uruguay. MIDES [Internet] 2011. Disponible en: [http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13425/1/sistemade\\_cuidados-discapacidad.pdf](http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13425/1/sistemade_cuidados-discapacidad.pdf) [Consulta: 20/07/013].

- <sup>80</sup> Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF *Apud* Bagnato MJ, Da Cunha H, Falero B. Documento base: personas con discapacidad. Uruguay. MIDES [Internet] 2011. Disponible en: [http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13425/1/sistemade\\_cuidados-discapacidad.pdf](http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13425/1/sistemade_cuidados-discapacidad.pdf) [Consulta: 20/07/013].
- <sup>81</sup> Bagnato MJ, Da Cunha H, Falero B. Documento base: personas con discapacidad. Uruguay. MIDES [Internet] 2011. Disponible en: [http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13425/1/sistemade\\_cuidados-discapacidad.pdf](http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13425/1/sistemade_cuidados-discapacidad.pdf) [Consulta: 20/07/013].
- <sup>82</sup> Muñoz M, Panadero S, Rodríguez A, Pérez E. Evaluación de la atención a las personas con enfermedad mental grave y persistente: la experiencia de Madrid. *Clínica y Salud* 2009; 20 (1): 43-55.
- <sup>83</sup> Bagnato MJ, Da Cunha H, Falero B. Documento base: personas con discapacidad. Uruguay. MIDES [Internet] 2011. Disponible en: [http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13425/1/sistemade\\_cuidados-discapacidad.pdf](http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13425/1/sistemade_cuidados-discapacidad.pdf) [Consulta: 20/07/013].
- <sup>84</sup> Robles R, Medina R, Páez F, Becerra B. Evaluación de funcionalidad, discapacidad y salud para la rehabilitación psicosocial de pacientes asilados por trastornos mentales graves. *Salud Mental* 2010; 33 (1): 67-75.
- <sup>85</sup> Muñoz M, Panadero S, Rodríguez A, Pérez E. Evaluación de la atención a las personas con enfermedad mental grave y persistente: la experiencia de Madrid. *Clínica y Salud* 2009; 20 (1): 43-55.
- <sup>86</sup> *Ibid*
- <sup>87</sup> Bagnato MJ, Da Cunha H, Falero B. Documento base: personas con discapacidad. Uruguay. MIDES [Internet] 2011. Disponible en: [http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13425/1/sistemade\\_cuidados-discapacidad.pdf](http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13425/1/sistemade_cuidados-discapacidad.pdf) [Consulta: 20/07/013].
- <sup>88</sup> *Ibid*
- <sup>89</sup> De León N. Institucionalización de la locura: la enfermedad mental. En IV Jornadas de Psicología Universitaria: la psicología en la realidad actual. Montevideo: Tack; 1998.

En: Acevedo MJ, comp. Espacio institucional. Buenos Aires: Lugar; 1990.

Dimensiones	Categorías	Indicadores
1. Familiar	Moralidad de los comportamientos	Faltas y cargos
		Faltas de origen
		Realiza igual que antes
		Realiza menos que antes
2. Recreativo	Uso de tiempo	Actividades múltiples
		Más de una actividad en el hogar
		Una actividad en el hogar
	Producción	Mantiene actividades
3. Laboral	Situación laboral y disposición	Trabaja
		No trabaja y está buscando
		No trabaja y no busca tener ganas
		No trabaja, no busca y no tiene ganas
4. Relacionamiento Institucional	Participación	Más de un relacionamiento
		Un relacionamiento
		Sin relacionamiento
	Exclusión	Mantiene Relacionamiento
		Pierde Relacionamiento

ANEXO I

INDICE DE CRONICIDAD

Dimensiones	VARIABLES	Indicadores
<b>1. Familiar</b>	Modalidad de agrupamiento	Familia a cargo
		Familia de origen
	Ejecución de tareas cotidianas	Realiza igual que antes
		Realiza menos que antes
<b>2. Recreativo</b>	Grado de exigencia	Actividades múltiples
		Más de una actividad en el hogar
		Una actividad en el hogar
	Evolución	Mantiene actividades
Pierde actividades		
<b>3. Laboral</b>	Situación laboral y disposición	Trabaja
		No trabaja y está buscando
		No trabaja y no busca tiene ganas
		No trabaja, no busca y no tiene ganas
<b>4. Relacionamiento Institucional</b>	Pertenencia	Mas de un relacionamiento
		Un relacionamiento
		Sin relacionamiento
	Evolución	Mantiene Relacionamiento
		Pierde Relacionamiento

## ANEXO II

### CUESTIONARIO- INDICE DE CRONICIDAD

<b>Nombre</b>		
<b>Sexo</b>	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>
<b>Edad</b>		
<b>Dirección (Barrio)</b>		
<b>Ocupación</b>		

1	¿Vive con su familia de origen?	Verdadero	Falso
2	¿Vive solo?	Verdadero	Falso
3	¿Vive con familiares a cargo?	Verdadero	Falso
4	¿Vive en Hogares colectivos (pensión, residencia, casa de salud, hogar sustituto)	Verdadero	Falso
5	¿Actualmente realiza tareas cotidianas	Verdadero	Falso
6	¿Hace mandados?	Verdadero	Falso
7	¿Prepara la comida?	Verdadero	Falso
8	¿Realiza la limpieza?	Verdadero	Falso
9	¿Realizaba actividades cotidianas cuando inicia la consulta al Sistema de Atención en Salud Mental?	Verdadero	Falso
10	¿Hacía mandados?	Verdadero	Falso
11	¿Preparaba la comida?	Verdadero	Falso
12	¿Hacía la limpieza?	Verdadero	Falso
13	¿Realiza actividades recreativas en su tiempo libre?	Verdadero	Falso
14	¿Realiza deportes?	Verdadero	Falso
15	¿Va al cine, teatro o conciertos?	Verdadero	Falso
16	¿Hace paseos al aire libre (caminatas, playa, plazas)?	Verdadero	Falso
17	¿Mira televisión, escucha radio, lee, juegos de mesa?	Verdadero	Falso
18	¿Realizaba actividades recreativas cuando inicia la consulta en	Verdadero	Falso

	el Sistema de Atención en Salud Mental?		
19	¿Realizaba deportes?	Verdadero	Falso
20	¿Iba al cine, teatro o conciertos?	Verdadero	Falso
21	¿Hacía paseos al aire libre (caminatas, playa, plazas)?	Verdadero	Falso
22	¿Miraba televisión, escucha radio, lee, juegos de mesa?	Verdadero	Falso
23	¿Actualmente trabaja?	Verdadero	Falso
24	No trabaja pero esta buscando trabajo	Verdadero	Falso
25	No trabaja, no esta buscando trabajo, pero tiene ganas de trabajar	Verdadero	Falso
26	No trabaja, no busca y no tiene ganas de trabajar	Verdadero	Falso
27	¿Tiene reracionamiento actualmente con alguna institución?	Verdadero	Falso
28	¿Tiene relación con institución cristiana Católica?	Verdadero	Falso
29	¿Tiene relación con institución Mormona, Testigos de Jehová?	Verdadero	Falso
30	¿Tiene relación con culto Umbanda?	Verdadero	Falso
31	¿La frecuenta una vez por semana?	Verdadero	Falso
32	¿La frecuenta una vez por mes?	Verdadero	Falso
33	¿La frecuenta una vez cada dos meses?	Verdadero	Falso
34	¿La frecuenta una vez cada seis meses?	Verdadero	Falso
35	¿Frecuenta una institución deportiva?	Verdadero	Falso
36	¿La frecuenta una vez por semana?	Verdadero	Falso
37	¿La frecuenta una vez por mes?	Verdadero	Falso
38	¿La frecuenta una vez cada dos meses?	Verdadero	Falso
39	¿La frecuenta una vez cada seis meses?	Verdadero	Falso
40	¿Tiene relación con una institución social (grupo de ayuda, gremial, etc)	Verdadero	Falso
41	¿La frecuenta una vez por semana?	Verdadero	Falso
42	¿La frecuenta una vez por mes?	Verdadero	Falso
43	¿La frecuenta una vez cada dos meses?	Verdadero	Falso

44	¿La frecuenta una vez cada seis meses?	Verdadero	Falso
45	¿Tiene relación con alguna institución Cultural?	Verdadero	Falso
46	¿La frecuenta una vez por semana?	Verdadero	Falso
47	¿La frecuenta una vez por mes?	Verdadero	Falso
48	¿La frecuenta una vez cada dos meses?	Verdadero	Falso
49	¿La frecuenta una vez cada seis meses?	Verdadero	Falso
50	¿Tenía reracionamiento con alguna institución cuando inicia la consulta al Sistema de Atención en Salud Mental?	Verdadero	Falso
51	¿Tenía relación con institución cristiana Católica?	Verdadero	Falso
52	¿Tenía relación con institución Mormona, Testigos de Jehová?	Verdadero	Falso
53	¿Tenía relación con culto Umbanda?	Verdadero	Falso
54	¿La frecuentaba una vez por semana?	Verdadero	Falso
55	¿La frecuentaba una vez por mes?	Verdadero	Falso
56	¿La frecuentaba una vez cada dos meses?	Verdadero	Falso
57	¿La frecuentaba una vez cada seis meses?	Verdadero	Falso
58	¿Tenía relación con una institución social (grupo de ayuda, gremial, etc)	Verdadero	Falso
58. b	¿Frecuentaba una institución deportiva?	Verdadero	Falso
59	¿La frecuentaba una vez por semana?	Verdadero	Falso
60	¿La frecuentaba una vez por mes?	Verdadero	Falso
61	¿La frecuentaba una vez cada dos meses?	Verdadero	Falso
62	¿La frecuentaba una vez cada seis meses?	Verdadero	Falso
63	¿Tenía relación con alguna institución Cultural?	Verdadero	Falso
64	¿La frecuentaba una vez por semana?	Verdadero	Falso
65	¿La frecuentaba una vez por mes?	Verdadero	Falso
66	¿La frecuentaba una vez cada dos meses?	Verdadero	Falso
67	¿La frecuentaba una vez cada seis meses?	Verdadero	Falso

	Atención en Salud Mental?	Verdadero	Falso
69	¿Hace un año o menos de un año?	Verdadero	Falso
70	¿Hace entre dos y cuatro años?	Verdadero	Falso
71	¿Hace entre 5 y 7 años?	Verdadero	Falso
72	¿Hace entre 8 y 10 años?	Verdadero	Falso
73	¿Ha tenido internaciones psiquiátricas?	Verdadero	Falso
74	¿Ha tenido hasta dos internaciones psiquiátricas?	Verdadero	Falso
75	¿Ha tenido entre tres y cinco internaciones psiquiátricas?	Verdadero	Falso
76	¿Ha tenido más de seis internaciones psiquiátricas?	Verdadero	Falso
77	Se le diagnostica esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno de ideas delirantes	Verdadero	Falso
78	Se le diagnostica trastorno del humor	Verdadero	Falso
79	Se le diagnostica trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto	Verdadero	Falso
80	Se le diagnostica trastorno del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia	Verdadero	Falso
81	Se le diagnostica trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	Verdadero	Falso
82	Se le diagnostica trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias	Verdadero	Falso
83	Se le diagnostica retraso mental	Verdadero	Falso
84	¿Recibió Electrochoques?	Verdadero	Falso

**Consentimiento Informado**

**Estudio del proceso de cronificación de personas con padecimientos psiquiátricos usuaria/os del Sistema Público de Atención en Salud Mental de Montevideo.**

Usted ha sido convocado a participar en una investigación sobre Salud Mental. Esta investigación se inscribe en el desarrollo de Tesis de la Maestría en Salud Mental del Centro de Postgrados de la Facultad de Enfermería de la UdelaR, realizada en coordinación con el Centro Diurno Hospital Psiquiátrico Vilardebó, cuyo responsable es el Prof. Adj. Nelson de León .

El propósito de esta investigación es estudiar el proceso de cronificación y el relacionamiento de usuarias/os con el Sistema Público de Atención en Salud Mental de Montevideo. Se pretende producir visibilidad para la mejor comprensión de la situación de personas con padecimientos psiquiátricos y la instrumentación de políticas de reinserción social.

Esta investigación **no conlleva riesgo** para los participantes, pudiéndose retirar de la misma si así lo consideran.

**Confidencialidad**

La identidad del participante será protegida ya que en la información sistematizada no figurará el nombre, ni el lugar de pertenencia laboral, ni residencial. Toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente. Solamente el Investigador Responsable, Tutoría y Asesoría de Facultad tendrán acceso a los datos crudos o que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento informado. Los datos serán conservados hasta la realización del informe final de la Tesis y para su difusión donde se estime oportuna. Así mismo los investigadores podrán difundir en trabajos académicos dicho informe, en los mismos términos de confidencialidad. Es decir, no surgirá la identificación de los participantes en ningún lugar del informe.

**Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse o**

retirarse del estudio sin ninguna consecuencia. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular, además tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Su firma en este documento significa que ha decidido participar.

Nombre del participante

Firma

Fecha

Investigador

Firma

Fecha