

XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007.

Salud mental, desintitucionalización y rehabilitación.

Tisera, Ana y Moreno, Daniel.

Cita:

Tisera, Ana y Moreno, Daniel (2007). *Salud mental, desintitucionalización y rehabilitación*. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-073/461>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e8Ps/DUe>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

SALUD MENTAL, DESINTITUCIONALIZACIÓN Y REHABILITACIÓN

Tisera, Ana; Moreno, Daniel
UBACyT. Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

La desinstitutionalización en Salud Mental es formulada en la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires en 1996. El tema es retomado con la promulgación de la Ley Básica de Salud y la Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires que propone un marco legal y un replanteo de las prácticas vigentes. El equipo interdisciplinario junto con la existencia de nuevos efectores en Salud Mental son algunos de los ejes planteados en dicha ley. Algunos de esos efectores se encuentran actualmente en el área de rehabilitación de los hospitales monovalentes. El objetivo de este planteo investigativo es rastrear la presencia del equipo interdisciplinario en algunos de los dispositivos del área de Rehabilitación hospitalaria mediante un metodología cualitativa aplicada a usuarios del sistema y trabajadores.

Palabras clave

Salud Mental Interdisciplina Efectores

ABSTRACT

MENTAL HEALTH, DESINSTITUCIONALIZATION AND REHABILITATION

The desinstitutionalization in Mental Health has been stated in the Buenos Aires Constitution in 1996. The subject has been resumed with the promulgation of the Health Basic Law and the Buenos Aires Mental Health Law (N° 448) which propose a legal frame and a restate of the practices in force. Both interdisciplinary staffs and the existence of new effectors in Mental Health are some of the main points outlined in that law. Some of those effectors can be found at the present time in the rehabilitation area of Psychiatric Hospitals. The aim of the restatement in this research is to investigate the presence of the interdisciplinary staff in some of the rehabilitation areas dispositives by using a qualitative methodology with the mental health system users and workers.

Key words

Mental Health Interdisciplin Effectors

INTRODUCCIÓN

El siguiente planteo investigativo se inscribe en el marco del proyecto UBACyT "Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud" (2004-2007) dirigido por la profesora G. Zaldúa. Desde allí la propuesta es investigar prácticas y saberes alrededor de la desintitucionalización en el área de rehabilitación de un hospital mediante una metodología cuanti-cualitativa.

La desintitucionalización es definida teniendo en cuenta el Plan de salud mental en la ciudad de Buenos Aires hasta el año 2005 y la ley 448 de la Ciudad de Buenos Aires. La reforma en el sector se plantea actualmente en un marco de aumento de la pobreza, de corrimiento del estado en las políticas sociales y la paulatina mercantilización de la salud.

Los procesos de salud en la Argentina no son una excepción a los fenómenos globalizados que atraviesan todo el continente marcando un estado de vulnerabilidad sanitaria.

Teniendo en cuenta algunos de estos aspectos, este estudio intenta profundizar los planteos actuales en salud mental en donde el concepto de "Desintitucionalización" es central sin dejar de levantar la defensa del Hospital público luego de una década de vaciamiento de nuestras instituciones.

Es la intención de este trabajo realizar un posible aporte a los estudios de nuevas modalidades en salud mental que sustituyen viejos modelos hospitalocéntricos apuntando a una modalidad de gestión innovadora.

Desintitucionalización y Rehabilitación

Según la definición de rehabilitación del Plan de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (2004-2006) las actividades relativas a Rehabilitación y Resocialización del sistema de Salud Mental por sus características y complejidad imponen realizar un análisis de situación de las mismas. Cabe destacar en ese momento la presencia de la Ley 448/00 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que legisla sobre el sistema; dicha Ley tiene expresados en su letra los principios que sustentan la reformulación del actual sistema de atención de Salud Mental. Este sistema se caracteriza por ser fundamentalmente un modelo reduccionista y hospitalocéntrico.

En relación a dicho Plan, se llama a la creación y desarrollo de una diversidad de dispositivos de rehabilitación y resocialización, planteados en el Art.: 14° de dicha Ley que siguen en la actualidad sin ponerse en práctica.

Esos efectores permitirían llevar adelante una política de desinstitutionalización de personas internadas (o a ser internadas), priorizando formas de atención ambulatoria.

La demanda de re-estructuración de la asistencia psiquiátrica en América del Sur comenzó en la década del ochenta, y se oficializa en los noventa con la Declaración de Caracas (Venezuela, 1990), donde se prioriza la descentralización del hospital psiquiátrico y la creación de estructuras alternativas.

La Conferencia Regional reunida en dicho país convocó a los líderes de la conducción de políticas y acciones sanitarias de los países latinoamericanos conjuntamente con técnicos y parlamentarios. Allí se señala que la psiquiatría convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva.

El hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, aísla al usuario de su medio, generando mayor discapacidad

social, pone en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo y requiere la mayor parte de los recursos financiero y humanos. Allí instan a la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios promocionando modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.

Contexto Nacional

En el contexto nacional señalamos lo planteado por Chinkesw, S, Lapalma, A. y Niscenboim, E. (1995) que consideran que la Psicología Social-Comunitaria ha sufrido un desarrollo limitado debido a que la vida institucional signada por dictaduras militares con escasos intervalos democráticos que impidió la continuidad histórica y la posibilidad de la acumulación de capital simbólico. También se resalta las características profundamente reaccionarias de las clases dominantes de nuestro país, vinculadas al pensamiento militar y una iglesia mayoritariamente conservadora, que construye un Estado que a diferencia de otros países de Latinoamérica no dejan resquicio para el desarrollo de lo social.

Esto ha impedido el desarrollo de una práctica cuestionadora y la participación política durante muchos años aunque se han desarrollado experiencias en forma excepcional que caben destacarse. Entre estas la más importante de mencionar es la experiencia en los años '60 en el Hospital Gregorio Araoz Alfaro de Lanús el cual incorpora los principios de una psiquiatría social comunitaria. Tiempo después ese equipo formuló el primer Plan de salud mental para la Ciudad de Buenos Aires en 1969.

Otra experiencia que hace una marca en la historia de los planes en salud mental es la Ley 2440 de la Provincia de Río Negro del año 1991 que plantea la reinserción del paciente con sufrimiento mental y la prohibición de instituciones manicomiales en todo el territorio provincial, continuando hasta la actualidad. En dicha provincia trabajan en equipos multidisciplinarios en cada localidad y se han sustituido totalmente las políticas tradicionales de encierro.

En la Provincia de Buenos Aires se implementó el PREA (Programa de Rehabilitación y Externación Asistida) del Ministerio de Salud que alcanza a los hospitales psiquiátricos provinciales y comienza a ponerse en práctica en el Hospital Estévez en junio de 1999. Luego de poco más de cinco años de creado este Programa cuenta con talleres-escuela; 11 casas que el hospital alquila; talleres culturales y recreativos del Centro de Día; y 6 microemprendimientos.

En la ciudad de Buenos Aires se reglamenta la ley 448 en el año 2004 que plantea en términos generales un espíritu transformador del sector y se pronuncia a favor de la desintitucionalización y en contra de políticas que cercenen los derechos civiles o al servicio del control social. Su implementación ha encontrado más de un escollo.

Si bien las propuestas actuales toman como eje la desintitucionalización muchas de las trabas presentadas no se han modificado. Puesto que sólo se ha centrado en reformas edilicias dado el estado calamitoso en el que se encontraban la mayoría de los hospitales monovalentes por falta de mantenimiento. Con respecto a este punto se han destinado 31 millones de pesos prestados por el BID para dicho fin. Esta decisión política generó un debate entre especialistas en derechos de los pacientes y autoridades de salud de la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2004. Se solicitaba se repiense la utilización de ese crédito destinado a refaccionar el Hospital Borda, el Moyano, el Alvear y el Tobar García existiendo una ley porteña sobre salud mental que pone el acento en una política de reinserción social, para terminar con el esquema custodial y asilar. No puede dejar de plantearse que la puesta en marcha de una ley sancionada hace más de seis años encuentra serios obstáculos y poco modifica las instituciones asilares de Buenos Aires, mientras el endeudamiento para la reforma edilicia refleja otro grado de voluntad política, totalmente diferente. Si algo

surge de ese debate, es que la transformación de la realidad del sector no es un tema prioritario. Por lo tanto: la puesta en ejecución de la Ley aprobada (448 de Salud Mental), amenaza quedarse sólo en palabras.

OBJETIVO GENERAL

Explorar la relación de las prácticas y saberes sobre desintitucionalización planteadas en el Plan de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires y enunciadas de la Ley 448 en el área de rehabilitación de un hospital monovalente de salud mental.

El relevamiento de saberes y prácticas de salud mental con los actores sociales en el área de rehabilitación permite observar la poca implementación de los enunciados de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires.

METODOLOGÍA

La investigación en Salud Mental se ofrece como campo de deliberación acerca de distintos campos metodológicos. Tomamos a la Salud Mental como fenómeno complejo atravesado por el estudio de la intersubjetividad y de la interrelación entre lo singular y lo colectivo.

Sin excluir aspectos cuantitativos en la triangulación metodológica se utilizará metodologías cualitativas (Denzig y Lincoln, 1994); (Cook y Reichard, 1998). Está dirigida a describir el estado o proceso de la desintitucionalización. Estos autores plantean el debate actual acerca de la dicotomía entre métodos cuantitativos y cualitativos. Esto define sectores en la comunidad científica según adhieran a uno u otro paradigma o a la integración de ambos. Cook y Reichardt marcan que la diferencia metodológica implica también paradigmas diferentes.

Estas diferencias hacen al uso de instrumentos y técnicas. En el caso de la metodología cualitativa se distinguen las entrevistas semiestructuradas, los grupos focales y la observación participante. Esta última hace que los investigadores se impliquen en lo observado. Estos autores sostienen que la elección de estas técnicas implica la adhesión a determinado paradigma es decir determinada manera de mirar el mundo o interpretar la realidad.

Si bien el enfoque cualitativo no se puede generalizar en el caso de los procesos ligados a la Salud Mental y la desintitucionalización se privilegiará la idea de proceso por sobre la de resultado. Sabemos que cada proceso de reforma en este área tanto en el ámbito internacional como las experiencias locales es único y original. No existen recetas que se puedan aplicar sin tener en cuenta la voz de los propios actores sociales.

INSTRUMENTOS:

1. Cuestionarios,
2. Observación participante en dispositivos del área de rehabilitación,
3. Observación participante en grupos focales.

A partir de la utilización de estos instrumentos arribamos en ese momento a algunas conclusiones:

- Analizar el modelo médico hegemónico tradicional nos llevó a la percepción de su desplazamiento a otros modelos que lo reemplazan sin implicar de por sí ningún cambio.
- La interdisciplina se limita a la pareja terapéutica psicólogo-médico, (en rehabilitación aparecen otras profesiones)
- No son tenidos en cuenta otros actores sociales invisibilizados tomando a aquellos que evolucionan las historias clínicas (el caso más claro es la ausencia de los enfermeros)
- Visibilizamos equipos que se arman con integrantes de la comunidad. Relevamos la existencia de un equipo invisible. Desordenados, muchos actores sociales trabajan alrededor de un mismo paciente sin llegar a constituir un equipo, es decir prestaciones que se superponen sin tener una coordinación o al menos una planificación estratégica que pueda cuestionar esa idea de centro que caracteriza el modelo médico-hegemónico.

- Observamos que el cambio de profesionales durante los tratamientos es alarmante y atenta contra la consecución y continuidad de los mismos.
- Planteamos al equipo interdisciplinario como instancia ideal poco reflejada en la realidad o con un formato que debe seguir estudiándose.
- Otra manifestación común en los grupos es no tener a dónde ir o simplemente aducen limitaciones económicas. El profesional es visto en forma antagónica en esta "decisión" de continuar la internación por parte del paciente

Planteamos retomar esto que es leído como "elección" como efecto producido por el encierro. Este último produce un efecto de desobjetivación que nos lleva a pensar el mismo en términos de una falsa elección.

CONCLUSIONES

En el contexto actual la lucha por los derechos civiles debe ser algo prioritario. No tener acceso a la salud, al trabajo, a la educación, integración social, en definitiva, es no tener acceso al ejercicio de la ciudadanía, situación que genera un notorio sufrimiento psíquico. Creemos, entonces, que toda intervención en salud mental está necesariamente ligada a la defensa de estos derechos.

Entendemos que el derecho al trabajo y la participación en la producción, regenera los vínculos y la apropiación social de lo producido rompe el circuito alienante que lo excluye

Creemos que esta integración puede llevarse a cabo a través de nuevos espacios organizacionales que generen redes entre los diferentes actores de la comunidad, favoreciendo la autonomía de las personas y el pleno ejercicio de sus derechos y obligaciones ciudadanas.

La existencia de intervenciones comunitarias que integren a distintos actores sociales (comunidad hospitalaria, familia, amigos, etc.) o dispositivos alternativos (i.e. empresas sociales) permiten abordar la temática de la externación y tienden a romper con el aislamiento asilar.

Sin embargo la ausencia de dispositivos señalados en las normativas vigentes (Hogares tutelares, mas casa de medio camino, etc.) hace que el panorama de los monovalentes no haya variado demasiado en los últimos años y que la cantidad de pacientes sea tan elevada y con un giro cama de años.

Si bien una serie de dispositivos con abordaje comunitario existen al interior del monovalente estos no son suficientes para acelerar las externaciones o al menos hacer mas fluido el transito por el hospital de nuestros pacientes mentales. Los puntos de conflicto se centran en que los objetivos de los dispositivos elegidos entran en contradicción con los objetivos de la institución que no se integra en una red de servicio con la comunidad como indican las normativas vigentes.

BIBLIOGRAFÍA

CHINKESW, S.; LAPALMA, A. y NISCENBOIM, E.: "Psicología Comunitaria en Argentina Reconstrucción de una Practica psicosocial en la Argentina -Contribuciones Latinoamericana - Sánchez, E. (comp.) Fondo Editorial Tropikos(1995)

Guía de Presupuesto 2004. Secretaria de Hacienda y Finanzas. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

LEVAV, I.; GONZALEZ UZCATEGUI, R.: Reestructuración de la atención psiquiátrica - Bases Conceptuales y guías para su implementación - Organización Panamericana de la Salud - Washington D.C. USA -1991.

Ley de Salud Mental - año 2000 - Reglamentación - Año 2004.

DE SOUZA MINAYO, M.C. (1997). El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Lugar Editorial. Bs. As.

OPS-OMS. (1999). Planificación local participativa. Metodologías para la promoción de la salud en América latina y el Caribe

Plan de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires - 2004-2000

Programa Mundial de Acción en Salud Mental - Organización Mundial de la Salud -2002

ZALDÚA G.; TISERA; et al.: Salud Mental: "Territorios y narrativas, entre la reproducción y la transformación". Anuario 2003, Facultad de Psicología UBA.

ZALDÚA, G.; BOTINELLI, M.; LODIEU, M. (2002). "Salud Mental: Entre la reproducción y la transformación" Anuario IX Jornadas de Investigación - Bs. As. Facultad de Psicología - UBA.