

Maestría en Gestión Servicios de Salud Mental

Trabajo Final de Maestría

Autora: Patricia Alejandra Faerman

**PERCEPCIÓN DE ASPECTOS FACILITADORES DE
PROCESOS TERAPÉUTICOS EN LA INTERNACIÓN EN
RELACIÓN A PROCESOS DE EXTERNACIÓN
SUSTENTABLE EN LA RED COMUNITARIA HOSPITAL
INTERZONAL ESPECIALIZADO NEUROPSIQUIÁTRICO
"DR. DOMINGO CABRED"**

2024

Director de Tesis: Mg. Dr. Juan Celestino Valdés Rojas

Citar como: Faerman, P. A. (2024). Percepción de aspectos facilitadores de procesos terapéuticos en la internación en relación a procesos de externación sustentable en la red comunitaria. Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Cabred" 2024. [Trabajo Final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/488>



DEDICATORIA.

A Matilda, Benicio y David por su apoyo, paciencia y amor incondicional.

A mi papá, por la transmisión de esta vocación.

A los equipos de los que formo parte, con quienes día a día aprendemos y construimos, desde un espíritu solidario y creativo “con lo que hay”.

A las personas con padecimientos mentales que tanto nos enseñan e inspiran a mejorar nuestras prácticas.

AGRADECIMIENTOS.

A David, mi compañero de vida, de trabajo y de maestría, quien, con sus preguntas y experiencia, contribuyó enormemente en la elaboración de este escrito.

A Cecilia Keena y Jorge Rossetto, por apoyar y colaborar en esta investigación, pero sobre todo, por demostrar que los procesos de desmanicomialización no son fáciles, pero son posibles.

A todos los compañeros del HIEN Cabred, que colaboraron con esta investigación dedicando bondadosamente su tiempo, a contra-reloj de las múltiples tareas y compromisos que demanda nuestra labor.

A Luis Barrionuevo, Silvia Bentolilla, Carlos "Goyo" Giovaccini, Carolina Interlandi y Juan Celestino Valdés Rojas; por guiarme en la elaboración de esta tesis de maestría, experiencia nueva para mí.

Resumen

Introducción: El Programa Buenos Aires Libre de Manicomios busca promover externaciones sustentables en la provincia, alineado con la Ley Nacional de Salud Mental. Este estudio tuvo como objetivo identificar la percepción de los facilitadores para la sustentabilidad de las externaciones en la red comunitaria del Hospital Neuropsiquiátrico "Cabred" en 2024. **Método:** Se llevó a cabo una investigación cuantitativa, descriptiva, correlacional y transeccional, con una muestra de 50 profesionales (psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales), seleccionados de manera no probabilística. Se utilizó un cuestionario "ad hoc" previa validación cuantitativa con un alfa de Cronbach de 0,85, ponderado a escala Likert. Los datos fueron analizados con Microsoft Excel y MedCalc, aplicando estadística descriptiva y el test de Kolmogorov-Smirnov. **Resultados:** El promedio de edad fue $41,88 \pm 9,69$ años y la antigüedad promedio en la institución fue de $9,2 \pm 9$ años. Se identifican facilitadores positivos en el abordaje interdisciplinario (74,5%), marco de derechos (72,3%) y enfoque comunitario (75,2%). Sin embargo, el componente sanitario (44,6%) y no sanitario (45,6%) fueron percibidos de manera regular. Los procesos terapéuticos durante la internación y los procesos de externación en la red comunitaria mostraron una clasificación positiva ($\rho=0,533$; $P=0,0001$). Los facilitadores de los procesos terapéuticos en la internación también se relacionaron positivamente con los procesos de externación ($\rho=0,318$; $P=0,0245$). En conclusión, es crucial que el abordaje interdisciplinario durante la internación promueva un enfoque rehabilitador integral, y para ello, se requiere formación específica en salud mental comunitaria para los profesionales.

Palabras clave: Personas con Padecimientos Mentales – Procesos Terapéuticos – Hospitalización – Procesos de Externación – Red Comunitaria

Abstract.

Introduction: The Buenos Aires Free of Asylums Program seeks to promote sustainable discharges in the province, aligned with the National Mental Health Law. This study aimed to identify the perception of the facilitators for the sustainability of discharges in the community network of the "Cabred" Neuropsychiatric Hospital in 2024. Method: A quantitative, descriptive, correlational and transectional investigation was carried out, with a sample of 50 professionals. (psychologists, psychiatrists and social workers), selected in a non-probabilistic manner. An "ad hoc" questionnaire was used after quantitative validation with a Cronbach's alpha of 0.85, weighted on a Likert scale. The data were analyzed with Microsoft Excel and MedCalc, applying descriptive statistics and the Kolmogorov-Smirnov test. Results: The average age was 41.88 ± 9.69 years and the average length of service in the institution was 9.2 ± 9 years. Positive facilitators are identified in the interdisciplinary approach (74.5%), rights framework (72.3%) and community approach (75.2%). However, the health component (44.6%) and non-health component (45.6%) were perceived regularly. The therapeutic processes during hospitalization and outpatient processes in the community network showed a positive classification ($\rho=0.533$; $P=0.0001$). Facilitators of therapeutic processes in hospitalization were also positively related to outpatient processes ($\rho=0.318$; $P=0.0245$). In conclusion, it is crucial that the interdisciplinary approach during hospitalization promotes a comprehensive rehabilitative approach, and specific training in community mental health is required for professionals.

Keywords: People with Mental Health Suffering - Psychotherapeutic Processes – Hospitalization –Discharge Processes–Community Networks

INDICE

1.	Introducción	1
1.1.	Presentación	6
1.2.	Tema/ Problema	6
1.3.	Contexto	7
1.4.	Relevancia y Justificación	9
2.	Planteamiento del Problema	
2.1.	Formulación del Problema de la Tesis	12
2.2.	Objetivos	12
2.2.1.	Objetivo General	12
2.2.2.	Objetivos Específicos	12
2.3.	Hipótesis	13
3.	Marco Teórico	
3.1.	Perspectivas teóricas	13
3.2.	Marco Referencial	34
3.3.	Marco Conceptual	45
4.	Metodología	
4.1.	Tipo de estudio	57
4.2.	Diseño de investigación	57
4.3.	Universo	57
4.4.	Muestra y unidad de análisis	58
4.5.	Criterios de selectividad	59
4.6.	Instrumentos de recolección de datos	59
4.7.	Aspectos éticos de la investigación	67
5.	Resultados	68
6.	Discusión	82
7.	Conclusiones	96
8.	Recomendaciones	97
9.	Bibliografía	101
10.	Anexos	113

*"La ley de salud mental no es un objetivo en sí misma.
Hay que entenderla como un instrumento, útil y potente,
pero instrumento al fin"*

Lic. Leonardo Gorbacz

(TRIMBOLI et al., 2019:53)

1. Introducción.

La presente tesis se propone indagar aquellas herramientas que los profesionales de la salud mental del Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Cabred" (HIEN Cabred); consideran *facilitadores* involucrados en los procesos terapéuticos y de externación, para la concreción de *externaciones sustentables* de las personas con padecimientos mentales en la comunidad, acorde a lo estipulado por el *Programa Buenos Aires Libre de Manicomios*, en marcha en la provincia de Buenos Aires desde el año 2020.

La noción de *salud mental*, se considera como un entramado complejo que trasciende su dimensión sanitaria, e implica múltiples atravesamientos. La LNSM, en su artículo 3º, describe en su definición componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, que incluyen la construcción social desde un marco de derechos (LNSM, 2010/2013).

La investigación ha de referirse a los sujetos en proceso de externación, bajo el término utilizado en la LNSM, la cual, alejándose de conceptos patologizantes tales como "trastornos" o enfermedad", utiliza el término "*personas con padecimiento mental*," entendiendo por 'padecimiento mental' a todo tipo de sufrimiento vinculable a múltiples componentes, tales como situaciones, crisis, trastornos o enfermedades, entre otros. (LNSM, 2011/2013).

Cabe resaltar que el término *desmanicomialización* es un neologismo acuñado durante el proceso de cierre del hospital psiquiátrico Allen de la provincia argentina de

Río Negro en la década de 1980, expresión que se ha instalado y legitimado en el mundo científico, aún previo a la sanción de la LNSM.

La *Desmanicomialización* abarca no solo el concepto de desinstitutionalización, como el cierre del manicomio, sino que implica un proceso social complejo que requiere de la reconversión de estructuras, dispositivos y recursos, en función de la constitución de redes de atención territoriales

En esta investigación se alude a la *externación*, entonces, como un proceso de vuelta a la comunidad, que revierte los efectos iatrogénicos generados por la manicomialización y en el que la vuelta a la comunidad implica una restitución de derechos.

La externación como proceso dirigido a dismantelar las lógicas y prácticas propias de la internación, debe apuntar a una solución sostenible y duradera. El término *sustentabilidad* alude a la priorización de recursos en base a las necesidades de la comunidad y la inversión de recursos para garantizar: acceso, calidad de atención y prevención.

El objeto de estudio planteado, se delimita entonces en torno a la noción de *externación sustentable*, la cual contiene y supera la noción de *egreso* –que enuncia la salida hospitalaria tras el alta médica-. La *externación* requiere no solo del alta en salud mental, sino además de la evaluación de las condiciones socioeconómicas, materiales y subjetivas para la proyección de la vida extra-hospitalaria de forma sustentable (SILVA, PENSA, BATALLA, PEDRA, 2019:86).

En el marco de este estudio, la idea de *facilitadores*, refiere a aquellos posibilitadores, herramientas y recursos, que permitirán el sostenimiento comunitario de la persona en el tiempo; pudiendo ser estos simbólicos, materiales, tecnológicos, comunitarios, y todo aquello que funcione como *sistemas de apoyos o ajustes*

razonables que funcionen de enclaves para sostener el derecho a una vida digna e inclusiva.

Se espera que los hallazgos de esta investigación aporten conocimientos significativos para la planificación de acciones y estrategias favorecedoras y acordes a las políticas de salud mental y normativa vigentes, tendientes a la *desmanicomialización*, externación e inclusión social de las personas con padecimiento mental desde un enfoque comunitario y de derechos.

El cambio de paradigma de atención en salud mental, lleva un largo proceso histórico, aún en marcha, de transformación de los saberes, prácticas y marco normativo, partiendo de un modelo médico hegemónico-hospitalocéntrico, hacia un modelo de atención socio-comunitario.

Los antecedentes de este proceso, datan desde finales de la segunda guerra mundial, en que comienza a cobrar relevancia la visibilización de los derechos humanos, los cuales fueron progresivamente volcados en diversas recomendaciones, pactos, tratados, y convenciones promovidos por organismos internacionales, tales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde la segunda mitad del siglo XX.

Argentina, adscribió a dicho marco de derechos, y en el año 2010 se sancionó y 2013 se reglamentó la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM), la cual sentó un punto de inflexión en relación a la asunción de un rol activo por parte del Estado en la puesta en marcha de este proceso de desmanicomialización, tanto de las instituciones del subsector público, como privado y de la seguridad social.

Desde un marco del modelo social de la discapacidad y la perspectiva de derechos humanos, la desmanicomialización es un deber de la política pública en salud. Poner fin a la cronificación asilar de las personas, en virtud de desandar los efectos de la

iatrogenia propia de la institucionalización implica reparar sus efectos lesivos: pérdida de su identidad, rol y lazos sociales, laborales, recursos económicos, de vivienda, y demás menoscabos.

La LNSM, describe la *internación* por motivos de salud mental como última alternativa terapéutica y de *carácter breve hasta el cese de la condición de riesgo cierto y/o inminente para sí o para terceros* que la motivó. Asimismo, precisa la inadecuación de la prolongación de las internaciones por motivos sociales o económicos y la pertinencia de promover la continuidad de cuidados en salud dentro de la red de servicios comunitarios de pertenencia. En el artículo 27° del decreto reglamentario, ordena la adecuación y sustitución de los monovalentes por dispositivos comunitarios, proclamando:

“La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020...” (LNSM, 2010).

En la línea de contribuir a la implementación de dicho artículo, en Octubre de 2020, desde la cartera sanitaria de la Provincia de Buenos Aires, a través de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud Pública, junto a la Dirección Provincial de Salud Mental y Consumos Problemáticos; se anuncia el Programa *Buenos Aires Libre de Manicomios*, comprometiéndose a la transformación de los 4 grandes monovalentes de la Provincia de Buenos Aires: José A. Estéves, de la localidad de Temperley en Lomas de Zamora; Alejandro Korn, de La Plata; y Domingo J. Taraborelli, de Necochea; HIEN Cabred, ubicado en Open Door, Luján.

A partir de este programa se pone en marcha un proceso que se plasmará formalmente a través en el Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027 (PPISM), presentado el 15 de Julio de 2022, el cual afirma que los monovalentes deberán hacer las modificaciones necesarias para la des-hospitalización de las personas allí alojadas.

En este punto, para la adecuación de la institución y sus prácticas, se plantea el desafío de que los equipos interdisciplinarios de salud mental, elaboren estrategias y acciones promotoras de la externación de personas que cargan con el peso de la cronificación asilar. Este proceso, es complejo y presenta sus obstáculos. Para los sujetos institucionalizados, muchos de ellos trans-institucionalizados durante toda su vida, vivir *afuera* supone una transformación radical.

Los equipos profesionales se enfrentan ante el reto de encontrar, utilizar y generar herramientas de apoyo necesario para que estas personas puedan transitar el camino a la vida fuera del encierro reestableciendo capacidades y derechos que han sido vulnerados.

La meta de sustentabilidad de la *salud integral, el bienestar y la inclusión social sostenibles en el tiempo en un ámbito comunitario*, implica no solo al sector sanitario, sino también a requiere de componentes no sanitarios: trabajo, vivienda, educación, seguridad social y participación en la vida cultural, deportiva y recreativa, entre otros.

Por ende, la meta de la desmanicomialización e inclusión comunitaria de las personas con padecimientos mentales, implica un trabajo complejizado por múltiples atravesamientos, los cuales requieren de un abordaje interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial.

Planteado el problema relativo a la complejidad de promover procesos, surge la pregunta a responder en el marco de la presente investigación:

¿Qué facilitadores perciben los profesionales del monovalente, en el marco de los procesos terapéuticos y de externación, como herramientas posibilitadoras para llevar adelante este proceso de desmanicomialización sustentable?

1.1 Presentación.

La presente tesis se propone investigar aquellos aspectos que los profesionales de la salud mental con funciones asistenciales y de gestión en el Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Cabred" (HIEN Cabred); perciben como *facilitadores* para la concreción de *externaciones sustentables* de las personas con padecimientos mentales, en relación a los *procesos de internación* y de georreferenciación de la atención en la *red comunitaria de atención*, considerando tanto los aspectos *sanitarios* como *no sanitarios* involucrados.

Como se dijo, los lineamientos para la concreción de dichos aspectos, son estipulados por el *Programa Buenos Aires Libre de Manicomios* de la provincia de Buenos Aires, en el marco del *Plan Integral de Salud Mental* de la provincia, y en consonancia con la implementación de la *Ley Nacional de Salud Mental 26657*.

En este sentido, con esta investigación, se espera contribuir con conocimientos significativos para la planificación de acciones y estrategias favorecedoras y acordes a las políticas de salud mental y normativa vigentes, tendientes a la desmanicomialización, inclusión social y externación sustentable de las personas con padecimiento mental desde un enfoque comunitario y de derechos.

1.2. Tema/ Problema.

Los trabajadores de las instituciones neuropsiquiátricas de la Argentina, se encuentran actualmente ante el desafío de consolidar el camino hacia un cambio de modelo de atención en salud mental, que promueve el cierre del manicomio, impulsando la *desinstitucionalización y externación* de las personas asistidas, lo cual implica su *inclusión en redes integradas de salud mental con base en la comunidad*.

Tal y como se señaló, el cambio de paradigma de atención en salud mental, aún en marcha, implica el pasaje de atención modelo médico hegemónico, hacia un modelo de atención socio-comunitario.

Existen experiencias mundiales y locales relativas a estos procesos, sin embargo, existen escasas producciones teóricas e investigativas que aporten conocimientos para la concreción de prácticas facilitadoras de procesos desmanicomializadores en el marco de la cultura propia de la provincia de Buenos Aires. En este sentido, resulta de interés, conocer las percepciones de los trabajadores de la salud del HIEN Cabred al respecto.

Por lo antedicho, puede sintetizarse:

- **Problema:** no se conocen las percepciones individuales de los integrantes de equipos de salud mental y mandos de gestión de los dispositivos institucionales, respecto de los aspectos involucrados en procesos de externación que pudiesen aportar elementos facilitadores.

- **Elementos del problema:** profesionales con funciones asistenciales - profesionales con funciones de gestión - aspectos facilitadores – procesos terapéuticos – procesos de externación - externación sustentable.

1.3. Contexto.

Los antecedentes de los procesos de desmanicomialización, datan desde finales de la Segunda Guerra Mundial, en el mundo de occidente. Dichos procesos arribaron tardíamente a la República Argentina, país que, si bien adscribió a dicho marco de derechos, recién en el año 2010 sancionó, y en 2013 reglamentó la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (LNSM), la cual ordena en el artículo 27º de su Decreto Reglamentario, la adecuación y sustitución de los monovalentes por dispositivos comunitarios.

Si bien, a salvedad de algunas experiencias locales, dicho objetivo no fue alcanzado plenamente; tal y como se señaló anteriormente, en octubre de 2020, desde la cartera sanitaria de la Provincia de Buenos Aires, a través de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el ámbito de la Salud Pública, junto a la Dirección Provincial de Salud Mental y Consumos Problemáticos; se anuncia el *Programa Buenos Aires Libre de Manicomios*.

Este programa se compromete a la transformación de los 4 grandes monovalentes de la provincia de Buenos Aires: José A. Estéves, de la localidad de Temperley en Lomas de Zamora; Alejandro Korn, de La Plata; y Domingo J. Taraborelli, de Necochea; HIEN Cabred, ubicado en Open Door, Luján.

A partir del mismo, se pone en marcha un proceso que se plasmará formalmente a través en el *Plan Provincial Integral de Salud Mental 2022-2027* (PPISM), presentado el 15 de Julio de 2022, el cual afirma: que los tiempos prolongados de internación, tienen como correlato el abandono social y la cronificación asilar, por lo que:

" La Ley Nacional de Salud Mental señala que los manicomios, hospitales neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalente deben realizar las modificaciones necesarias ..."(PPISM, 2022).

En cumplimiento con las directrices del Programa Buenos Aires Libre de Manicomios, el HIEN Cabred, lleva adelante la implementación de su Plan de Adecuación Institucional, el cual implica precisamente:

"...como meta principal el fortalecimiento de las estrategias de desinstitutionalización y el abordaje integral de las problemáticas de salud mental en la comunidad, se plantea el desafío de la reconversión de los recursos humanos dentro de los ejes estratégicos trazados en este plan". (PAHIENC, 2020:23).

Es este sentido, resulta esencial relevar las herramientas implementadas y desarrolladas por este recurso humano en proceso de reconversión para la viabilización de la transformación institucional y su vuelco a la comunidad.

1.4. Relevancia y Justificación.

- Conveniencia:

Para la implementación efectiva de los lineamientos tendientes a la desmanicomialización e inclusión social del colectivo de personas con padecimientos mentales, se plantea el desafío de que los profesionales asistenciales y de gestión a cargo de estas funciones, elaboren e instituyan estrategias y acciones promotoras de externaciones sustentables. De ahí la conveniencia de llevar adelante una investigación que revele aspectos facilitadores para que dichos procesos sean llevados a cabo.

- Relevancia Social:

Para los sujetos institucionalizados, muchos de ellos trans-institucionalizados durante toda su vida, vivir *afuera* supone una transformación radical, atravesada por múltiples componentes sanitarios y no sanitarios.

En este sentido, los equipos profesionales se enfrentan ante el complejo reto de encontrar, generar e implementar estrategias de apoyo que involucren el acceso a derechos tales como la salud, vivienda, educación, trabajo, seguridad social y vida cultural, recreativa y deportiva; entre otros componentes esenciales para la vida en comunidad.

Esta investigación indaga sobre aspectos facilitadores para posibilitarlo, aportando herramientas a la comunidad científica, pero también a la comunidad en general, implicada para que, la inclusión social y restitución de derechos de este colectivo históricamente vulnerado y estigmatizado, sea posible a través de sus instituciones.

- Implicaciones prácticas:

La meta de sustentabilidad de la salud integral, el bienestar y la inclusión social en un ámbito comunitario de las personas con padecimientos mentales externadas de instituciones monovalentes, interpela a los profesionales encargados de estos procesos, dado que se ven llevados a resolver problemas prácticos y concretos que exceden al sistema sanitario de incumbencia, como ser el acceso a la vivienda, el trabajo, y demás componentes no sanitarios antes mencionados.

La presente investigación plantea conocer las percepciones de los profesionales del HIEN Cabred respecto a estrategias facilitadoras para dar respuesta a cada uno de estos problemas de diversas maneras, en tanto que surgen en el seno de la singularidad de cada caso y la particularidad cultural de cada comunidad de referencia y sus instituciones.

- Valor teórico:

Se espera que la puesta en evidencia de herramientas facilitadoras para la sustentabilidad de las externaciones - tanto en los procesos de internación como en los de externación-, visibilizadas por los profesionales del HIEN Cabred, aporten al campo de conocimiento en materia de *procesos de desmanicomialización* desde una experiencia local.

En este sentido, se posee la expectativa de que esta producción de saberes resulte de referencia teórica para otros monovalentes e instituciones de la salud, así como sectores e instituciones no sanitarios implicados.

Respecto de los componentes no sanitarios en juego en los procesos de desmanicomialización, existe escasa producción teórica al respecto, motivo por el cual se considera relevante introducirlos en el campo de conocimientos sobre la materia.

Por otro lado, la producción teórica acerca de los procesos de desmanicomialización en el país, han tendido a centrarse más en los *obstáculos* y

focalizarse en las dificultades a superar, motivo por el cual se espera que la presente investigación aporte saberes novedosos centrando la pregunta en la búsqueda de aspectos *facilitadores*.

A partir de los mismos, se propone aportar conocimientos que orienten a los encargados de gestión en servicios de salud y políticas públicas, respecto de elementos promotores de la sustentabilidad de las externaciones, para el diseño y planificación de planes, programas y estrategias; a nivel institucional, interinstitucional e intersectorial.

- Utilidad metodológica:

De la presente investigación ha resultado la construcción de un instrumento de recolección de datos: un cuestionario cuantitativo.

Para ello, se definieron los conceptos de “procesos terapéuticos”, “procesos de externación”, “componentes sanitarios” y “componentes no sanitarios” y se establecieron variables relacionadas con ellos. Dichas variables fueron definidas y clasificadas para poder estudiar más adecuadamente las percepciones de la población objeto.

Estos componentes y sus variables fueron establecidos siguiendo fundamentalmente los lineamientos de la LNSM y Programa Buenos Aires Libre de Manicomios, de modo tal que se considera que estos instrumentos pueden contribuir como herramienta de investigación al programa, pudiéndose administrar en los 4 grandes monovalentes incluidos en el mismo; así como ser tomados como referencia para la construcción de otros instrumentos, adaptados a la cultura propia de instituciones de otras regiones.

- Importancia para la gestión de servicios de salud mental:

Se espera que los hallazgos de esta investigación sumen conocimientos significativos para la gestión de servicios de salud mental, aportando elementos concretos para facilitar la articulación entre los procesos terapéuticos y de externación,

y los componentes sanitarios y no sanitarios, requeridos para la elaboración de proyectos y el subsiguiente diseño e implementación de planes, programas y estrategias acordes a la política pública de la desmanicomialización.

2. Planteamiento del Problema.

2.1 Formulación del Problema de la Tesis.

Siendo que no existe información suficiente acerca de aspectos facilitadores para alcanzar externaciones sustentables en la provincia de Buenos Aires, resulta relevante conocer la percepción de los profesionales del HIEN Cabred, de acuerdo a su experiencia y perspectivas, para llevar adelante buenas prácticas orientadas a este fin.

En este sentido se plantea el problema o pregunta de investigación:

¿Cómo se perciben aspectos facilitadores de procesos terapéuticos en la internación en relación a procesos de externación sustentable en la red comunitaria?

2.2 Objetivos:

2.2.1 Objetivo General

Identificar la percepción de aspectos facilitadores de procesos terapéuticos en relación a procesos de externación para el alcance de externaciones sustentables en la red comunitaria. Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico. "Dr. Domingo Cabred". 2024.

2.2.2. Objetivos Específicos.

1. Detallar características sociodemográficas de la población muestral.
2. Documentar características de los procesos terapéuticos y de externación.

3. Describir niveles de percepciones sobre facilitadores de los procesos terapéuticos en la internación (abordaje interdisciplinario, marco de derechos, enfoque comunitario).
4. Describir niveles de percepciones sobre procesos de externación en la red comunitaria (componentes sanitarios y no sanitarios).
5. Correlacionar percepciones de facilitadores de los procesos terapéuticos en la internación con procesos de externación en la red comunitaria.

2.3. Hipótesis.

La presente investigación se propuso poner a prueba las siguientes hipótesis:

- **Hipótesis nulas (H_0):** "La percepción de aspectos facilitadores de procesos terapéuticos en la internación no se relacionan con los procesos de externación en la red comunitaria".
- **Hipótesis alternativas (H_1):** "La percepción de aspectos facilitadores de procesos terapéuticos en la internación se relacionan en cierta medida con la percepción de procesos de externación en la red comunitaria".

3. Marco Teórico.

3.1. PERSPECTIVAS TEÓRICAS

3.1.1. El surgimiento del manicomio en occidente

Realizar un recorrido acerca de la concepción y tratamiento de los padecimientos mentales a lo largo de la historia de occidente, permite resignificar qué

es aquello que la institucionalización asilar ha generado en términos *manicomialización*, y fundamenta las políticas actuales tendientes a la *desmanicomialización* e inclusión social desde un enfoque comunitario y de derechos.

A lo largo de la historia, la locura y las instituciones para su abordaje, fueron adoptando diferentes conceptualizaciones, en palabras de Emiliano Galende:

"el daño mental se comprende en relación a los códigos simbólicos que cada sociedad, en cada momento histórico". (GALENDE, 1990:146).

Michael Foucault en *La Historia de la Locura* (FOUCAULT, 1985), describe el modelo de *exclusión* en la Edad Media, en que el loco es segregado de la sociedad, junto a otras minorías consideradas *endemoniadas*, por castigos divinos y demás explicaciones religiosas. El tratamiento serían el exorcismo, los castigos y luego la hoguera.

Posteriormente, partir del siglo XVI, el *encierro* sigue a la exclusión desde un modelo de *control social y custodial*; el loco es considerado *peligroso* y el encierro está en función de proteger a la sociedad del mismo.

A fines del siglo XVIII los *médicos* ingresarán a los asilos, distinguiendo al loco dentro del conjunto segregado. En aquella época, la Revolución Francesa, impulsa una perspectiva humanizante de la sociedad. Es por ello que aquellos grupos "desviados" o "marginales" pasarán a representar objetos de la rectificación social.

Sin embargo, recién entrado el siglo XIX el *alienado mental* pasa a ser objeto de estudio analizado por la ciencia psicopatológica, atribuyéndoles a los "desviados", el carácter de "enfermos mentales". De este modo, la medicina legitima el "*asilo de alienados*" materializando las demandas de *orden y control, pero en bajo precepto de curación, y cuidado*.

En ese contexto, la figura pionera del *Tratamiento Moral* que propone "liberar las cadenas" y abolir los métodos coercitivos, para dar lugar a un tratamiento

humanizado, es el médico francés *Philippe Pinel*, considerado por muchos estudiosos como el padre de la psiquiatría moderna. Enrique Carpintero señala que, con la propulsión de Pinel,

"la locura se transforma en una realidad a confiar a los médicos"(CARPINTERO, 2011:35).

El control a través del encierro deja de ser del tipo estrictamente policíaco-custodial, para pasar a formar parte de un *Modelo Médico Hegemónico* (MMH): la figura del médico genera obediencia y respeto en tanto detenta un saber científico que se legitima a sí, al loco y al asilo. La condición de la enfermedad se adjudica a la persona, la cual, bajo el supuesto imperante de peligrosidad e improductividad continúa siendo segregada, pero en esta oportunidad, bajo el precepto moral de bregar por su tratamiento.

El término "*manicomio*" surge en este marco, de la mano de uno de los discípulos de Pinel, el psiquiatra francés *Jean Étienne Esquirol*.

3.1.2. **Hacia la Reforma del Manicomio.**

Tal y como historiza Juan Carlos Stagnaro (STAGNARO, 2009), hacia la segunda mitad del siglo XX, los abordajes coercitivos y el tratamiento moral como contracorriente pineleana, se irán sustituyendo debido a la introducción de categorías nosológicas diferenciadas de la *psiquiatría*, el avance de la *neurología*, la *fisiología* y la *bioquímica*, que derivarán en el desarrollo de la *psicofarmacología*.

Asimismo, comienza a surgir una nueva noción de *Salud Mental* de la mano del avance de las *ciencias psicosociales y humanísticas*, que se irán pronunciando a favor los *derechos humanos* visibilizados en situación de posguerra, del mismo modo que se introducirá el *psicoanálisis* y la *psicoterapia* en el *ámbito hospitalario*.

Esto dio lugar al desarrollo de investigaciones en el campo de las humanidades, y en este contexto surgen diversos movimientos que ponen en cuestionamiento las nociones de enfermedad mental como estigma, la denuncia del modelo médico hegemónico como aparato de poder, y en cuanto a la institución manicomial, se denuncia una contradicción: los manicomios sostienen el principio de la reinserción social, en la base al aislamiento y la vulneración de derechos.

Un autor paradigmático de las nuevas conceptualizaciones de las ciencias humanas en torno a la crítica al manicomio, fue el sociólogo Erving Goffman, quien, en la década del 60', describe las *Instituciones Totales* (cárceles, hospitales psiquiátricos, conventos), de acuerdo a características absorbentes que lesionan la identidad del interno. En palabras de Goffman, estas instituciones:

"...anulan la interacción social con el exterior, con características edilicias funcionales a tal fin - puertas cerradas, altos muros, alambres de púa, y demás métodos de aislamiento, y sin separación entre los ámbitos de recreación, descanso y trabajo, es privado de su red social, desposeído de sus pertenencias y elecciones, es uniformado, reglado, controlado. También sujeto a castigos, violaciones a la intimidad, amenazas, y maltratos". (GOFFMAN, 1961:18).

En este contexto, surgen fuertes cuestionamientos al modelo médico hegemónico y movimientos hacia la reforma del manicomio, como la *crítica antipsiquiátrica* como al monovalente.

En esta línea, surgieron diversos movimientos de reforma hospitalaria en distintos países europeos de occidente, entre ellos, Francia, Inglaterra, Holanda, Bélgica e Italia; cada cual con sus características culturales propias de elaborar alternativas al manicomio.

El emblemático movimiento de la antipsiquiatría y reforma sanitaria italiana, se inició en el neuropsiquiátrico de Gorizia y luego en Trieste en la década de los años

70', siendo liderada por el médico psiquiatra *Franco Basaglia*, quien caracterizó las instituciones psiquiátricas como *instituciones de la violencia* (BASAGLIA, 1972).

La antipsiquiatría promueve una salida del espacio manicomial, su destrucción sistemática, mediante un trabajo interno, el cual trata de transferir al enfermo mismo el poder de producir su locura y la verdad de su locura más que intentar anularla.

En este sentido, los procesos de crítica asilar y reforma psiquiátrica desplazan el centro de gravedad desde el hospitalocentrismo al trabajo con la población afectada.

Este movimiento da lugar a nuevas formas institucionales: creación de redes para la atención y prevención de salud mental a través de centros periféricos y servicios comunitarios; así como la participación de profesionales de diferentes disciplinas a fin de instrumentar acciones interinstitucionales e interdisciplinarias y la participación comunitaria en la toma de decisiones.

Al decir de *Silvia Faraone*, esta corriente crítica ubicará a la psiquiatría hegemónica como *etiquetadora*, y el rol del psiquiatra como técnico que, a través del diagnóstico, ejerce el control social, emergiendo las instituciones asilares como los espacios instituidos y legitimados para el ejercicio de ese control. (FARAONE, 2009).

Junto a la teoría de la desviación y el etiquetamiento, la corriente italiana agrega que la estructura económica y productiva son las causas determinantes de la desviación.

Para Basaglia, el concepto de "enfermedad mental" posibilita a la sociedad segregar y marginar al improductivo. En su escrito *La condena de ser loco y pobre* (BASAGLIA, 2008), el autor fundamenta que estar fuera del sistema laboral implica correr el riesgo de ser rotulado como "diferente" y de ser etiquetado como "enfermo mental". Por ello, y focalizando su análisis en las condiciones de producción social y económica, entiende que los problemas de salud-enfermedad mental no están definidos por la ideología médica sino por los sistemas socioeconómicos.

Desde ese punto de vista, la enfermedad mental adquiere un significado diametralmente distinto según el nivel socioeconómico del enfermo, por lo que la enfermedad en sí -en tanto entidad mórbida-, no determina la condición de "enfermo mental".

En este proceso, va afirmándose un cambio conceptual, desde la llamada *enfermedad mental* hacia el concepto de *salud mental*, más abarcativo. En palabras de Stagnaro, gradualmente en ruptura con el modelo médico hegemónico,

".. la enfermedad ya no se depositará en el individuo sino en la relación individuo-sociedad". (STAGNARO, 2009:429).

En este sentido, se valorizará muy fuertemente el saber popular y la participación social en las intervenciones promotoras de salud.

3.1.3 Modelo Socio Comunitario

A mediados del siglo XX, con la influencia de las corrientes antes mencionadas, y el avance del enfoque de derechos de las personas con padecimientos mentales, comienza a difundirse el llamado modelo social de la discapacidad, impulsado por las mismas personas con discapacidad y sus familias, muchas de ellas en principio vinculadas con sectores académicos en Europa y Estados Unidos.

La maduración de esta perspectiva y su contextualización en el marco de las luchas reivindicativas de otros grupos sociales oprimidos (mujeres, afrodescendientes, indígenas, personas LGBTI+), pudo canalizarse a través de una perspectiva de derechos y de demandas dirigidas al Estado.

Así es como el abordaje de la *discapacidad con perspectiva de derechos* pasó a formar parte de la incipiente agenda del sistema internacional de promoción y protección de derechos humanos. La mirada con respecto a la enfermedad mental y

sus causantes se amplía, aparecen en escena factores sociales como determinantes en el proceso de construcción y tratamiento de las personas con padecimiento mental.

Se comienza a cuestionar la categoría de *enfermedad* incorporando la complejidad existencial del sujeto y la noción de múltiples atravesamientos, de factores *bio-piso-socio-culturales*, en la vida de las personas.

Este modelo biopsicosocial, busca superar el modelo biomédico, que se caracteriza por reducir la explicación de la enfermedad a las desviaciones de la norma de variables biológicas, sin considerar sus dimensiones conductuales, sociales y psicológicas. En este sentido, será contemplado el respeto por la especificidad de la comunidad de pertenencia, historia, tradiciones, valores, con las diferentes subculturas, niveles educativos y socioeconómicos.

En este sentido, se cuestiona a la medicina como única disciplina para abordar la cuestión de la locura y se empieza a incorporar a otros profesionales y otras especialidades, visibilizándose el rol de la interdisciplina para el abordaje de una *realidad compleja* (MORIN, 2011). Al decir de Alicia Stolkiner:

"... el abordaje interdisciplinario es indispensable en el campo de la salud mental debido a la complejidad de la realidad que se presenta en estos contextos; las problemáticas no pueden ser comprendidas ni abordadas adecuadamente desde una única disciplina. (STOLKINER, 2000:11).

De este modo, se va transitando hacia un cambio de modelo de atención en salud mental, desde un Modelo Médico Hegemónico hacia el *Modelo de la Salud Mental Comunitaria*.

Se trata de un concepto integral porque rompe con las falsas antinomias: salud-enfermedad, salud mental-salud física, individuo-sociedad, articulando la salud mental con la salud en general y planteándola como un producto social.

El desplazamiento hacia un enfoque social implica entender a la discapacidad a partir de las barreras, actitudes negativas y factores de exclusión que la sociedad construye en relación a las personas consideradas diferentes (PALACIOS, 2008).

Stagnaro subraya el lugar de la responsabilidad social que supone este cambio de perspectiva: la enfermedad ya no se depositará en el individuo sino en la relación individuo-sociedad. Esta última estará implicada en la inclusión de las personas con padecimientos, facilitando apoyos para la superación de barreras y desafíos, (STAGNARO, 2009:429).

Investigadores del Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), ponen de relieve la promoción de capacidades, autonomía, la vida independiente y la capacidad de tomar decisiones, ámbitos que históricamente han estado vedados para las personas con discapacidad (CELS, 2015:54).

Este nuevo modelo de atención se alinea con la definición de *salud* de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicada en 1948:

"Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." (OMS, 1954),

así como con la más actual definición de salud mental, de dicha organización: *"...es un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad."* (OMS, 2024).

La *Rehabilitación basada en la Comunidad* (RBC) surge en 1976 como una iniciativa impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, como estrategia para mejorar el acceso a los servicios de rehabilitación de las personas con discapacidad en los países en vías de desarrollo.

En los últimos 30 años su alcance se ha incrementado. Esta evolución se ha asociado a la promulgación de la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)*, que considera a estas personas como sujetos de derecho y no como sujetos de caridad. La Organización Mundial de la Salud, propone áreas de desarrollo en relación con cinco componentes: salud, educación, trabajo, social y fortalecimiento comunitario.

Actualmente se progresa hacia el paradigma de la diversidad, el cual plantea la idea de sustituir las nociones de discapacidad o normalidad, a favor de la idea de diversidad funcional (DÍAZ-POSADA et al. 2016): la mirada está puesta en las capacidades, y la promoción de la dignidad, autonomía e inclusión plena de estas personas en la sociedad. Para que esto sea posible, se apunta a generar adaptaciones del entorno y la sociedad para que los mismos sean accesibles e inclusivos para todas las personas, sin motivos de discriminación. En este sentido, las barreras y necesidades de apoyo de cada persona, será abordada desde un *plan de tratamiento centrado en la persona y su entorno*.

A contramarcha de estos avances, cabe mencionar que, a lo largo de los años '80 y '90 del siglo pasado, se dieron otros cambios mayúsculos que modificaron profundamente el panorama: los desarrollos en neurociencias, la crisis de las teorías hegemónicas, las nosografías descriptivas del tipo DSM, el vertiginoso aumento en la demanda de atención en el campo de los consumos problemáticos y demás presentaciones actuales del sufrimiento psíquico.

A su vez, la aparición del gerenciamiento de la salud en el marco del neoliberalismo económico y la caída del Estado de bienestar y la influencia de la industria farmacéutica en el diseño de la agenda formativa de los especialistas; plantean nuevas y complejas condiciones para diseñar y trabajar en el campo de la Salud Mental.

Como todo proceso histórico, el conocimiento y las prácticas avanzan de modo pendular, con avances y retrocesos; y como resultado, el actual modelo de atención se encuentra aún atravesado por paradigmas en tensión.

3.1.4 Marco normativo internacional

Esta conjunción de perspectivas y movimientos que se dieron durante la segunda mitad del siglo XX, propulsó el reconocimiento y la defensa de los derechos de las personas, y habiendo ganado el apoyo de organismos internacionales, se plasmaron en acuerdos, pactos y convenciones internacionales de defensa y protección de los derechos humanos.

Entre ellos, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU- 1948), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1948), Declaración de Alma-Ata (OMS/OPS/UNICEF, 1978), Declaración de Caracas (OMS/OPS, 1990), Principios de Brasilia (OMS/OPS, 2005) y Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad -CDPD- (ONU, 2006).

Resulta conveniente destacar algunos puntos de esta última, la cual sintetiza el recorrido transitado en materia de derechos de las personas con discapacidad, definición que incluye a las personas con padecimientos mentales:

"Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás". (ONU, 2006:4).

Se plantea que las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y, por consiguiente, se perpetúa la vulneración de sus derechos.

Un concepto de esta convención que resulta clave, es el de *apoyos* brindados a las personas con discapacidad para *facilitar* la superación de estas barreras del entorno. Estos pueden ser de diversos tipos, encarnados por personas, grupos, establecimientos, tecnologías, y las más variadas y creativas formas de sostén, suplencia o andamiaje, para el logro de la mayor autonomía posible de la persona.

La CDPD, enuncia ciertos derechos, relativos al pasaje de la institucionalización a la atención en la comunidad: derecho a la libertad, derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, respeto de la privacidad, derecho a la educación, derecho a la salud, a la habilitación y rehabilitación, derecho al trabajo y empleo, derecho a un nivel de vida adecuado y protección social, derecho a la participación en la vida cultural, las actividades recreativas, el esparcimiento y el deporte (ONU, 2006).

Por su parte, el Consenso de Panamá, (OPS, 2010), propone *la "década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020"* (OPS, 2010: 2). A pesar de todos los avances, este objetivo aún no se ha logrado, las estructuras institucionales siguen en pie y ciertas constantes sociales en la concepción de la locura se han modificado muy poco, coexistiendo aun el modelo médico hegemónico que sostiene el manicomio, con el actual modelo socio comunitario, generándose tensiones.

3.1.5. ANTECEDENTES EN ARGENTINA

- El surgimiento del manicomio en el país.

La evolución en las concepciones, instituciones y normativa relativas a la salud mental en occidente, detalladas hasta aquí; arriban tardíamente a la República Argentina.

Puede ubicarse el nacimiento del manicomio en el país, cuando en 1854 el gobierno nacional resuelve aportar una solución al problema de la locura.

José Ingenieros en su obra "La locura en la Argentina" (INGENIEROS, 1957), relata la situación en que vivían los enfermos mentales desde la época colonial hasta gran parte del siglo XIX, sometidos a los encierros en las cárceles, donde permanecían encadenados, castigados, hacinados y sin atención psiquiátrica.

Hacia fines del siglo XVIII, órdenes y hermandades de beneficencia fueron ocupándose de ubicar, dentro de la ciudad, espacios para la problemática contención de los grupos pobres y marginales. Las propuestas de atención, se comienzan a configurar más claramente en la etapa que se inicia con la fundación del Estado Nacional (1853), cuando la Constitución Nacional reconoce un sujeto ciudadano con derechos civiles y políticos individuales.

Sin embargo, en esta época aún había cantidad de excepciones, aquellos que no podían o debían ejercer tales derechos por sus falencias: pobres, pueblos originarios, mujeres, niños, y alienados; aquellos que no poseían competencias para la adaptación social y el trabajo.

Se trata de una época en que no existía la idea de derechos humanos en cuanto tales. La mayoría de estas acciones continuaban siendo ejecutadas por sociedades de beneficencia que administraban, con bastante poca fiscalización, los recursos del Estado. Bajo este ideario se crean instituciones propias de los estados nacientes: asilos, orfelinatos, hospitales y, entre ellos, los primeros hospitales psiquiátricos.

Cabe mencionar el lugar que ocupa la gran oleada de inmigrantes europeos a la ciudad de Buenos Aires, considerada una amenaza al orden, el bienestar y los valores de la sociedad criolla tradicional. Muchos de ellos fueron catalogados como alienados por desconocer el idioma o presentar signos de desarraigo (Ramos Mejía, 1956: 52).

En este contexto, el gobierno nacional resuelve aportar una solución al problema de la locura, creando en la ciudad de Buenos Aires el primer hospital psiquiátrico del país, el Hospicio de Mujeres, hoy Hospital "Braulio A. Moyano".

La configuración de estos primeros proyectos, se enlazaron al alienismo, que, a través de la obra pionera de Pinel, inspiró los comienzos a la psiquiatría argentina, llevando al tratamiento humanitario de los enfermos mentales.

En el año 1863 se funda un asilo para hombres con trastornos mentales, Hospicio de las Mercedes, hoy Hospital "J. T. Borda". El Dr. Lucio Melendez, toma su cargo como director y comienza a denunciar los malos tratos en las prácticas asilares, lo cual abre un nuevo capítulo en el campo de la salud mental argentina.

- **La misión fundacional de los sistemas "Colonia".**

En esta línea, Melendez propone la creación de una *Colonia de Alienados* en una finca provincial, cuya intención era terminar con el hacinamiento provocado por el ingreso de enfermos mentales provenientes de las provincias y de la inmigración europea.

Siguiendo este cometido, su compañero sanitarista Dr. Domingo Cabred, consiguió que en 1897 se aprobara la ley Nº 3.548, que ordenaba la creación de una *Colonia Nacional de Alienados* con sujeción a las reglas del nuevo sistema escocés de hospitalización y asistencia médica de los asilos de puertas abiertas.

El *modelo colonia* marca un hito a partir del siglo XX. La primera de ellas fue fundada en un área rural del Partido de Luján, de la provincia de Buenos Aires, la cual se irá convirtiendo en un pueblo el que tomará el nombre de "Open Door", por su crecimiento a partir del emplazamiento de la institución; hoy Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. D. Cabred".

Posteriormente al establecimiento de la *Colonia de Alienados de Open Door en 1897*, se fueron inaugurando otros establecimientos de características *puertas abiertas* en Argentina: Colonia Regional Mixto de retardados en Torres –aledáneo a Open Door- ; Colonia Mixta regional de Alienados de Oliva, Córdoba; Hospitales Regionales Comunes de Resistencia, Chaco; y Allen, Río Negro, entre otros.

Cabe mencionar que Domingo Cabred recorrió países europeos donde obtuvo la inspiración de experiencias innovadoras para el tratamiento de la alienación mental, entre ellas:

- Modelo higienista*: mejora en la alimentación, vestido y estado general de los internos, instituyendo un tratamiento moral humanizante.

- Métodos no coercitivos*: introducidos en Inglaterra, por Conolly, el no- restraint, refiere a la supresión de todo medio de coerción mecánica y maltrato físico.

- Sistema puertas abiertas*: Los primeros ensayos fueron llevados a cabo en Francia, luego Alemania y Suiza, acentuándose en Escocia.

Cabred adscribe a la reforma radical que propone el *sistema escocés Open Door*, al cual describe como:

"... un sistema de grandes pabellones aislados, pero permiten conceder mayor libertad al alienado, propone derribar los muros, suprimir rejas (...) dejando completamente libre el horizonte (...) y se concede permiso a gran número de enfermos para salir del asilo bajo la palabra dada por ellos mismos de volver a él." (CABRED, 1991: 5).

Bajo este tipo de sistema, Cabred introdujo un modelo médico-pedagógico, cuyos lineamientos se proponían importantes innovaciones respecto del régimen: la humanización del proceso de atención, la rehabilitación por medio de la educación y el trabajo -métodos pedagógicos y laborterapéuticos.

El emplazamiento de las colonias en zonas rurales, obedecía a la concepción de que *el aislamiento resultaba terapéutico*, resguardando a los internos de las tensiones de la vida en las ciudades (MONTANARI, A. 1991).

- **Auge y Decadencia de la Colonia Cabred**

Como se dijo, el primero de los asilos fundados por Cabred fue la Colonia Nacional de Alienados, luego Colonia Nacional Psiquiátrica Dr. Domingo Felipe Cabred, hoy HIEN Cabred; precursor de este tipo de sistema puertas abiertas en Latinoamérica.

La piedra fundamental se colocó el 21 de mayo de 1899 y comenzó a funcionar desde fines del siglo XIX a partir de la necesidad brindar atención y desconcentrar la saturación del Hospicio de las Mercedes,

"así como a aquellos inmigrantes que no habían logrado incluirse socialmente, por barreras idiomáticas, afectivas, culturales, etc.". (FRANKEL y otros, 2006:19).

Sus primeros pacientes entraron en medio de la ejecución de obras, y se incorporaron a la construcción de las mismas como albañiles, herreros y carpinteros y demás oficios. En palabras de Falcone:

"...un campo de 535 hectáreas, que fueron adquiridas no sólo para dar a los enfermos sensación de libertad y aire libre, sino por sobre todo para intentar un retorno a la normalidad, a través de la más sana distracción y terapia a la vez: el trabajo"(FALCONE, 2012:10).

Se trataría de una institución autogestiva en el plano económico y con autonomía en el plano administrativo financiero. La rehabilitación social a través del trabajo contribuiría al autoabastecimiento de la institución: a las tareas de agricultura se incorporaron el criadero de aves, cerdos, fábrica de ladrillos, y demás talleres. Se organizaban también con fines terapéuticos, bailes, conciertos, representaciones teatrales, y competencias deportivas.

Durante los 23 años en los que Cabred estuvo a cargo de La Comisión de Asilos y Hospitales Regionales (1906-1929) y su dependencia política directa era la Presidencia de la Nación, la misión institucional se sostuvo.

Sin embargo, luego de este período, tuvo su ocaso, desplazándose los fines institucionales originarios.

En líneas generales, la desconcentración de la atención en la colonia, menoscabó su sustentabilidad, derivándose allí un número incontrolado de pacientes que correspondían a los más variados cuadros patológicos y de deterioro social, a la superpoblación y escasos recursos, se respondió con la multiplicación de celdas.

Jorge Rossetto, actual Director Ejecutivo de la institución, reflexiona: instituciones que habían surgido como modelo para la rehabilitación fueron progresivamente transformándose en instituciones cerradas:

"La internación terapéutica dio lugar a la institucionalización indefinida, y la anomia generalizada poco a poco se fue apropiando de cada resquicio institucional" (ROSSETTO, 2009).

De este modo, se arriba a los años 70' con:

"Pabellones deteriorados, talleres cerrados, campos abandonados o cedidos a particulares para su lucro personal, pacientes deambulando, vegetando..." (IACOPONI, 1999:7).

De todo lo antedicho, se desprende la conclusión respecto de la permanencia de un modelo médico hegemónico, el cual, como se fundamentaba en otro apartado, legitima el encierro y las practicas manicomiales, que conducen a lo que en los sistemas colonia, se ha dado a llamar *la "colonización"* de las personas allí internadas. Este término neológico, hace referencia a la cronificación asilar que es producto de la institución misma, entendiéndolo desde los efectos totalizantes y iatrogénicos que produce la *institucionalización* sobre las personas allí alojadas.

Esta situación atravesaría los procesos históricos que llevaron hasta los procesos de reforma del manicomio en el país.

- **Procesos de reforma del manicomio en Argentina**

A mediados del siglo XX, según Vainer, se suceden tres momentos clave en cuanto al surgimiento del llamado *campo de la salud mental* en el país: se crea el Instituto Nacional de Salud Mental, que reemplaza a la Dirección de Establecimientos Neuropsiquiátricos y a la Dirección de Higiene Mental. Se inauguran las carreras de Psicológica de la Universidad de Rosario y de Buenos Aires. Por último, en el Policlínico de Lanús, se instala uno de los primeros servicios de Psicopatología en un Hospital General, propulsado por el Dr. Mauricio Goldenberg, quien sostiene que las problemáticas de la llamada enfermedad mental se atiende con mayor efectividad fuera de los manicomios.

Y uno de los mayores hitos: se termina el manicomio como epicentro institucional. En su lugar, se instauran diferentes abordajes en distintos lugares (desde servicios de psicopatología en hospitales generales hasta el trabajo comunitario).

En este período se crean las primeras residencias de salud mental, las salas de internación en Hospitales Generales, los Hospitales de Día y las Comunidades Terapéuticas. El trabajo pionero de incluir la salud mental en el marco de un Hospital General, llevado adelante por Mauricio Goldenberg en el Hospital de Lanús, fue seguido durante los años '60 y '70 por múltiples experiencias que se desarrollaron en diversos puntos del país: "Colonia Federal" dirigida por el Dr. Raúl Camino, la comunidad terapéutica del Hospital Esteves, el Hospital "J. T. Borda" y el primero para niños y adolescentes "C. T. García" entre cuyos fundadores se encontraba el Dr. Juan Carlos Stagnaro, quien al respecto, menciona:

"en el conjunto del campo de la Salud Mental los especialistas tendieron mayoritariamente a inscribirse en la corriente de la psiquiatría social y comunitaria". (STAGNARO, 2009:430).

Siguiendo a Vainer, a partir de los años 70' hubo creatividad en la formulación de dispositivos,

"Sin embargo, no pudo modificarse el edificio psiquiátrico, que no solo continuó vigente, sino que se fortalecería en la siguiente etapa se pregonaba la vuelta a la "neuropsiquiatría"(VAINER, 2019: 36).

Stagnaro refiere:

"Ese movimiento heteróclito en el que se mezclaban nociones de la antipsiquiatría, el psicoanálisis, las comunidades terapéuticas, la psiquiatría y la psicología social fue arrasado por la dictadura en 1976"(STAGNARO, 2009:430).

Con la recuperación de la democracia, hubo experiencias que tendieron a recuperar el campo de la salud mental. Entre ellas, puede mencionarse el proceso de desmanicomialización en la provincia de Río Negro (1991), así como el proceso de transformación del Hospital de San Luis (1993), ambos monovalentes que se cerraron como tales, dejando de configurar asilos, reconvirtiéndose y desplazando la atención en salud mental a la comunidad, en, bajo el impulso del Dr. Cohen y el Dr. Pellegrini, respectivamente.

Cabe volver a mencionar que el término *desmanicomialización* es un concepto neológico acuñado por el Dr. Hugo Cohen para describir el proceso de reforma y apertura a la comunidad del Hospital Allen de Río Negro. Noción que se encuentra instalada para describir la desinstitucionalización en Latinoamérica.

- **Procesos de Reforma en HIEN Cabred.**

Como se dijo, en el país, los procesos de reforma institucionales tuvieron avances y retrocesos, en relación a la discontinuidad de las políticas públicas en diferentes momentos.

En el año 1992 se aprueba por resolución ministerial N° 1336 el Plan para la Reforma Psiquiátrica, la cual establecía la regionalización de la provincia en ocho módulos con cabecera en los hospitales monovalentes y servicios de salud mental de los hospitales generales, y la construcción de una red única interjurisdiccional con efectores municipales, instituciones privadas y organizaciones de la sociedad civil.

Uno de sus fines era utilizar el histórico poder hegemónico de los hospitales psiquiátricos para su transformación y asignación de recursos del mismo dentro del espacio territorial de referencia.

Sin embargo, el primer plan estratégico de transformación institucional del HIEN Cabred, tuvo lugar entre los años 2003 y 2008. Su misión fue:

"...planificar y organizar todas las estrategias destinadas a evitar la exclusión y dependencia propias del régimen asilar, facilitar la externación y favorecer su sostenimiento, propiciando la inclusión comunitaria con la asistencia continua necesaria"(FRANKEL y otros, 2006:73).

En 2006, se sanciona la Ley de Regionalización N° 7.016, dependiente de la Dirección Provincial de Redes y Regiones, del Ministerio de Salud de la provincia, según la cual el HIEN Cabred pasa a integrar la red de efectores en salud de la Región Sanitaria VII, situada al noroeste y oeste del conurbano bonaerense y está integrada por 10 partidos: Gral. Las Heras, Gral. Rodríguez, Hurlingham, Ituzaingó, Luján, Marcos Paz, Merlo, Moreno, Morón y Tres de Febrero.

El Hospital Cabred ocupó el rol de cabecera de la región VII y estableció, en distintos períodos, la descentralización y acuerdos con municipios para la atención de las personas externadas y fortalecimiento de la red de atención primaria.

Este proceso de transformación institucional, previo a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, y políticas públicas concomitantes, atravesó avances y retrocesos.

Es a finales del año 2019- principios del año 2020 que se consolida un nuevo plan de reforma institucional, respaldado por la LNSM, un plan y un programa impulsados por las políticas de Estado.

En este punto, el avance en materia de marco normativo, fue central para el avance hacia el actual Plan Estratégico de Adecuación Institucional.

- Marco normativo en Argentina

En el país, el derecho a la salud se encuentra consagrado por la Constitución Nacional de 1853, y el derecho a la integridad física y mental son concebidos como derivados del derecho a la vida.

A su vez, Argentina adscribe a las convenciones, pactos y acuerdos internacionales antes mencionados, y, asimismo, existieron a lo largo de la historia leyes nacionales, provinciales y la Ley 440 de la Ciudad de Buenos Aires (2000), que fueron progresivamente incluyendo en sus normativas los derechos de las personas con padecimiento mental, entre ellas, la CDPD descripta anteriormente adquiere carácter de Ley Nacional 26.378 en el año 2008.

Sin embargo, el punto de inflexión en la legislación argentina en materia de salud mental, lo representa la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, sancionada en 2010 y reglamentada en 2013 (LNSM, 2010/2013).

De la misma, conviene destacar estos contenidos:

- reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona;

- se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas, la existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria;

- el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud, se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales;

- se debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria;

- también propulsar el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional, atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios, servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

Con respecto a las internaciones, resalta que:

- deben ser consideradas como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, excepcional y último recurso, a llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios

terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.

-Deben ser lo más breves posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios cuando a criterio del equipo de salud mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

-En ningún caso pueden ser indicadas o prolongadas para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

- El artículo 27° de su reglamentación, afirma:

"La Autoridad de Aplicación en conjunto con los responsables de las jurisdicciones, en particular de aquellas que tengan en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar para cada uno de ellos proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios con plazos y metas establecidas. La sustitución definitiva deberá cumplir el plazo del año 2020..."(LNSM, 2010/2013).

3.2. MARCO REFERENCIAL

3.2.1. Programa "Buenos Aires Libre de Manicomios".

En 2020, la Subsecretaría Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, en consonancia con uno de los ejes centrales dispuestos en la LNSM, dio inicio a la implementación de un *Programa de Apoyo a los procesos de externación sustentable* destinado a las personas institucionalizadas en los 4 grandes Hospitales Neuropsiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires: José A. Estéves, de la localidad de Temperley en Lomas de Zamora; Alejandro Korn, de La Plata; Domingo Cabred, ubicado en Open Door, Luján; y Domingo J. Taraborelli, de Necochea.

Este programa pronuncia la consiga "*Buenos Aires Libre de Manicomios*", afirmando:

"...el modelo tutelar y hospitalocéntrico continúa siendo la respuesta predominante en la asistencia y tratamiento a las personas con padecimientos mentales. En este sentido, plantea un doble desafío: promover la externación de personas de los hospitales neuropsiquiátricos públicos dependientes de la provincia, con la concomitante construcción de una Red Provincial de atención en Salud Mental y Consumos Problemáticos con base en las comunidades"(BALM, 2020).

Este programa posee, entonces el objetivo de concretar uno de los puntos más sustanciales de la LNSM: *transformación de los hospitales neuropsiquiátricos de la provincia para su sustitución definitiva por dispositivos con base en las comunidades.*

Al respecto, el programa advierte que el desarrollo de un *Programa de Externación Sustentable* no se identifica con la mera deshospitalización que, sino que implica más ampliamente:

1. Impulsar procesos de reconversión y descentralización de recursos financieros, humanos y materiales destinados actualmente a los hospitales neuropsiquiátricos trasladándolos a los espacios y recursos comunitarios intermedios.
2. Fomentar la comunicación interinstitucional con criterios de georreferenciación.
3. Impulsar la gestión y acompañamiento intersectorial a través de acuerdos y convenios.
4. Propiciar acciones que tiendan a transformar los conceptos, prácticas y representaciones en los trabajadores de salud/salud mental en torno a Salud Mental Comunitaria y Derechos Humanos.
5. Reducir el estigma asociado a las personas con problemas de salud mental, especialmente aquellas que han sufrido procesos de institucionalización.
6. Impulsar la sustentabilidad de las externaciones.

En 2022, La Comisión Interministerial de Salud Mental - integrada por la Dirección General de Cultura y Educación y los ministerios de Desarrollo de la Comunidad; Justicia y Derechos Humanos; Trabajo; Producción, Ciencia e Innovación Tecnológica; Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual; Seguridad; y Comunicación Pública- y coordinada por la Jefatura de Gabinete bonaerense; aprobó los *componentes no sanitarios* de los Planes de Adecuación que los 4 hospitales neuropsiquiátricos públicos implicados en el programa.

De esta manera, queda formalizada la inclusión de los sectores de cultura, educación, trabajo, vivienda, y demás indispensables para la transformación del modelo de atención en salud mental.

3.2.2. Plan Provincial Integral de Salud Mental -PPISM-: Hacia un sistema solidario e integrado de salud (2022-2027).

Este plan propulsado en por la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública; incluye y consolida el *Programa Buenos Aires Libre de Manicomios*.

Plantea la necesidad de lograr políticas públicas que confluyan en un:

"... sistema de salud centrado en los cuidados y la continuidad de los mismos, lo cual requiere una integración entre los diferentes niveles de atención, que se traduzca en una red de cuidados progresivos, con base en las comunidades"(PPISM, 2022:5).

Para que esto sea posible, refuerza el énfasis en la necesidad de un abordaje interministerial de los componentes no sanitarios de los planes de adecuación de los Hospitales Neuropsiquiátricos, destacando la importancia del trabajo articulado con el sector Educación, Trabajo, Cultura, Desarrollo de la Comunidad, Seguridad, Justicia y Derechos Humanos, entre otras áreas (PPISM, 2022:9).

Otro punto a destacar es el relativo a la promoción del acceso a derechos históricamente negados a las personas con padecimiento mental y hoy en día reconocidos por el Código Civil y Comercial de la Nación, como ser su capacidad jurídica, por ejemplo, para ejercer el derecho a tomar decisiones sobre su salud - consentimiento informado, votar, participar en la toma de decisiones sobre la administración de sus bienes-, entre otros.

Esto último se relaciona con la importancia de brindar desde la sociedad y comunidad científica los sistemas de apoyo y ajustes razonables, *facilitadores* para que las personas puedan ejercer estos derechos con el mayor grado de autonomía posible.

En cuanto al cumplimiento del artículo 28° de la Ley 26.657, el cual estipula que las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales, el plan describe el desarrollo insuficiente de servicios y dispositivos de salud mental en hospitales generales como un hecho evidente y contrastable.

Informa que, a diciembre del 2019, la provincia de Buenos Aires sólo contaba con once hospitales generales con guardia de salud mental, a lo cual se sumaba el problema de la afluencia a los hospitales neuropsiquiátricos y distancias recorridas por las personas para acceder a una internación por salud mental, ejemplo de esto es que:

"... el Hospital Cabred de Open Door, Luján, recibe internaciones de 29 municipios diferentes, el Hospital Esteves de Lomas de Zamora de 23, el Hospital. Korn de 13, mientras que el Hospital Taraborelli de 3 municipios respectivamente." (PPISM, 2022:34).

Tal y como se mencionó, el PPISM consolida el *Programa "Buenos Aires Libre de Manicomios"*, vigente desde 2020, y formaliza los siguientes objetivos:

- Elaboración de planes de adecuación para cada uno de las instituciones en base a un documento que plantea las bases para los mismos, estableciendo metas y plazos así

como un conjunto de componentes sanitarios y no sanitarios como ser: de vivienda, socio laborales, culturales, de memoria, deportivos y otros.

- Resolución de cierre de nuevos ingresos y reingresos a pabellones de larga estadía.

- Reconversión y descentralización de recursos financieros, humanos y materiales destinados a los hospitales neuropsiquiátricos para la ampliación y fortalecimiento de los espacios y recursos comunitarios intermedios.

- Desarrollo e implementación de una herramienta de relevamiento de información periódica y actualizada, para el monitoreo de personas internadas y del modelo de atención, cuyos informes se presentan a finales de cada año.

- Desarrollo de una política de externación sustentable, generando apoyos en para la vida en la comunidad.

- Creación de unidades residenciales con distintos niveles de apoyo.

- Creación de diversos emprendimientos socio-productivos y propuestas culturales de apertura de dichas instituciones.

- Restitución de identidad de personas usuarias, y gestión de DNI de muchos de ellos.

- Impulso de políticas de vivienda.

3.2.3. Monitoreo de los procesos de atención y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos de la provincia de Buenos Aires. 2º Informe (2022).

En los años 2021 y 2022 se realizaron un primer y segundo Monitoreo de los resultados los procesos de adecuación de los cuatro hospitales neuropsiquiátricos públicos bajo programa.

A continuación, se detallan aquellos que guardan relación directa con la presente investigación (MONITOREO, 2022).:

- Hubo un descenso total de las personas internadas en los 4 monovalentes estudiados, principalmente en los servicios de larga estadía.
- En los servicios de corta estadía se requiere continuar el trabajo de ampliación y articulación con la red provincial de salud mental y consumos problemáticos.
- Se requieren mayor cantidad de dispositivos de apoyo a la vivienda, trabajo, seguridad social, y la ampliación de los subsidios para las externaciones.
- Se consigna que la cobertura de seguridad social de las personas internadas en los servicios de larga estadía, es en un 71% correspondiente a Incluir Salud, el 23% a PAMI.
- Las personas internadas en los servicios de larga estadía presentan perfiles diferentes respecto a los grupos de edad, notándose el envejecimiento poblacional.
- Con respecto al diagnóstico más frecuentes, según el CIE-10-, en los cuatro hospitales resultó el de "esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes". En el hospital Cabred, se encontró que el segundo diagnóstico más prevalente es el de trastorno por consumo de sustancias.

3.3.4. Plan Estratégico de Adecuación Institucional (PEAI) de HIEN Cabred.

Cada uno de los planes de los 4 monovalentes, incorporaron metas estratégicas propias, con metas *situadas* en la propia realidad institucional. En el caso del HIEN Cabred, algunas de las alcanzadas, fueron:

- Reconversión de espacios institucionales del predio en recursos abiertos a la comunidad, tales como el museo, el corredor aeróbico, el polo educativo y los consultorios externos de salud integral.

El primero de ellos, fue el Vacunatorio: a principios de la gestión, y en contexto de la pandemia por COVID-19, el hospital abrió sus puertas a la comunidad, ofreciendo

vacunación gratuita y universal, promoviendo la prevención de la salud, para toda la ciudadanía.

- Guardia Interdisciplinaria: en 2020, la guardia médica históricamente conformada por un médico clínico y un médico psiquiatra, en concordancia con los lineamientos de la LNSM, se enriqueció con el aporte de las disciplinas de psicología y trabajo social; con la meta de promover evaluaciones en equipo y garantizar que las internaciones solo sean implementadas bajo criterios interdisciplinarios de riesgo cierto y /o inminente para sí o para terceros.

La guardia se constituiría en un importante dispositivo referente no solo para la evaluación e internación, sino también para la orientación y georreferenciación de los consultantes.

- Admisión: Este servicio se refuncionalizó, pasando a constituir un Servicio de Evaluación, Admisión y Tratamiento (SEAT), emplazado en un espacio con mejores condiciones edilicias y menor número de cupos de internación, posibilitando una mejor calidad de atención.

- Consultorios Externos: la atención ambulatoria de salud mental y la atención clínica- integral, se unificaron en una misma estructura edilicia y funcional, para saldar el problema de la fragmentación de la atención, favorecer el abordaje interdisciplinario, así como generar espacios de promoción y prevención que se añaden a las prácticas asistencialistas. Asimismo, se sumaron profesionales a los equipos interdisciplinarios y se fomentó la articulación de estrategias con los demás servicios hospitalarios.

- Georreferenciación de la atención ambulatoria: se generaron convenios de mutuo acuerdo con los municipios de Pilar, Morón y Moreno, para la descentralización de la atención de personas de dichas comunidades de referencia que realizaban su tratamiento ambulatorio en HIEN Cabred.

- Disminución de pabellones de internación: progresivamente, fueron cerrándose salas de internación de corta y larga estadía, siendo las personas allí alojadas, dadas de alta junto a sus familias, allegados o referentes afectivos, o bien derivadas a hogares o casas asistidas institucionales y/o comunitarias dependientes del hospital, mejorando su calidad de atención y de vida.

- Apertura de casas asistidas dentro de la institución: para la rehabilitación de personas que requieren apoyos en distintos niveles de frecuencia e intensidad, no contando aún con el grado de autonomía o recursos para vivir de manera independiente. Este tipo de proyecto convivencial, supone una preparación para la vida en comunidad, con los apoyos y ajustes razonables.

- Apertura de casas asistidas en el ámbito comunitario: Se llevó a cabo el alquiler de casas en las comunidades de Lujan, Mercedes y Moreno; con diferentes requerimientos de apoyos por parte de la institución, para grupos de hasta diez usuarios compatibles por su perfil funcional y convivencial.

En línea con evitar la dependencia de la institución, el alquiler de estas propiedades es solventado por los convivientes mismos, quienes cuentan con ingresos de su pensión asistencial o derivada, y pueden aspirar al subsidio SUPEBA y de Curaduría por tratarse de subsidios a la externación. Algunos de ellos también realizan tareas laborales por la cuales perciben la retribución económica del Promover Trabajo.

A estas contribuciones de orden intersectorial se suma el apoyo del Banco Provincia, el cual oficia como garante de dichos alquileres, ofreciendo un respaldo importante que suele encontrarse entre los requisitos del locador.

- Apertura de Hogar Geriátrico: personas mayores de 65 años que se encontraban internadas en los pabellones geriátricos del hospital, pasaron a convivir en un hogar geriátrico dentro del entorno comunitario de Capilla del Señor, localidad

aledánea y perteneciente a la región VII de pertenencia. Este dispositivo ha permitido una mejor calidad de vida y atención de las personas mayores.

- Fortalecimiento del Departamento de Docencia e Investigación: dos pabellones de internación fueron refuncionalizados, convirtiéndose en las sedes del Polo Educativo "Mauricio Goldenberg" y "Cecilia Grierson", inauguradas en el hospital, con la meta de generar espacios de formación permanente, abierta a la comunidad, tanto hospitalaria como extrahospitalaria.

El polo educativo es sede de la *Escuela de Gobierno en Salud "Florencia Ferrara"*, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia. Funcionan allí diversos cursos, tecnicaturas y licenciaturas, entre ellas, la Tecnicatura Superior en Acompañamiento Terapéutico y la Licenciatura en Enfermería.

También se han incorporado actividades de formación y actualización en materia de envejecimiento poblacional y consumo problemático de sustancias, acorde a los resultados arrojados por el Monitoreo de 2022.

Asimismo, de la misma, dependen las residencias de Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social, respecto de las cuales en los últimos tiempos se han realizado adecuaciones más ceñidas al programa provincial de residencias, tendientes a la interdisciplina y el abordaje comunitario, estrategias que potencian y diversifican el perfil clínico y disciplinar que se venía sosteniendo.

- Puesta en valor cultural y patrimonial: A partir de la refuncionalización de servicios, reformas edilicias, tareas de mantenimiento y restauración, y adecuación de prácticas llevadas a cabo en el marco del plan de adecuación, en el mes de Julio de 2024 la institución fue declarada Monumento Histórico Nacional.

3.2.4. Investigaciones de referencia.

Entre las investigaciones sobre procesos de desmanicomialización en HIEN Cabred, son de referencia:

a) Dos producciones realizadas por el Centro de Estudios Legales y Social (CELS):

La primera de ellas, se plasma en el libro *Vidas Arrasadas: la segregación en los asilos psiquiátricos argentinos* (CELS, 2007), publicado en 2007, da cuenta de la institucionalización manicomial indefinida como práctica violatoria de los derechos humanos, constituyendo un importante precedente anticipatorio de muchos de los puntos que serán años más tarde, sancionados por la Ley Nacional de Salud Mental.

La segunda de ellas, publicada en el libro *Cruzar el muro* (CELS, 2015), expone los resultados de la investigación "*Barreras para la inclusión social de las personas en procesos de externación de hospitales monovalentes en la Ciudad de Buenos Aires y las Provincias de Buenos Aires, Córdoba y Mendoza*", realizada entre 2013 y 2015.

Esta última, ahonda sobre la problemática de la inclusión social de las personas externadas o en proceso de externación desde una perspectiva de derechos. Y aborda este derecho, subrayándolo como una responsabilidad del Estado, interpelado a generar las respuestas en materia de desarrollo social, vivienda, trabajo, y demás factores que influyen en la prolongación indebida de las internaciones asilares.

Esta investigación identifica que el fundamento primordial de la prolongación indefinida de la internación manicomial es la falta de acceso a derechos sociales, siendo que históricamente, la vida y todas las necesidades de las personas institucionalizadas, estuvo sujeta al sistema de salud.

De este modo, el monovalente era el encargado de cubrir todas las necesidades, incluso aquellas que se encontraban por fuera de sus competencias:

"... provisión de alojamiento, trabajo, atención médica, gestión de trámites de seguridad social, acciones judiciales; supliendo la responsabilidad de otros organismos con competencia en estas temáticas"(CELS, 2015: 15).

Se interpela de este modo a responsabilizar al Estado, por fuera del abordaje manicomial, en relación a atender a estas necesidades para la inclusión social de las personas con padecimientos mentales.

b) Resumen Informe Anual de la Comisión por la Memoria. El sistema de la crueldad XVII. Sobre lugares de encierro, políticas de seguridad, salud mental y niñez en la provincia de Buenos Aires. (CPM, 2023).

La CPM realiza informes anuales actualizando información referente a diferentes sectores implicados en situaciones de vulneración de derechos, entre ellos los relativos a la salud mental.

En su última publicación, número 17, destacan algunos avances en las políticas de salud mental, no obstante, señala deudas pendientes, entre ellas, se observa que:

"...en los hospitales neuropsiquiátricos monovalentes se siguen constatando lógicas manicomiales y vulneraciones de derechos"(CPM,2023:28).

Asimismo, se observa la vigencia del modelo tutelar-punitivo y de vigilancia por sobre el *sociocomunitario* profundizando el padecimiento mental y la desafiliación social.

Como dato positivo, señalan que la cantidad de personas internadas en los cuatro hospitales monovalentes de la provincia disminuyó un 9% respecto de 2021. Sin embargo, las cifras indican que las externaciones no son tan efectivas, por el alto número de reinternaciones, el cual:

"...da cuenta de las dificultades y de la necesidad de fortalecer los dispositivos comunitarios intermedios para sostener un tratamiento (CPM,2023:28).

Asimismo, se detectan prácticas e intervenciones de corte manicomial, y opuesto a la protección de los derechos humanos de las personas asistidas, tales como:

"...el hacinamiento, aislamiento, personal insuficiente, sujeción mecánica sin regulación ni control, condiciones materiales indignas, sobremedicación y prolongación de internaciones por razones sociales"(CPM,2023:29).

3.3. MARCO CONCEPTUAL.

De acuerdo al recorrido realizado, los conceptos desarrollados encuentran sus fundamentos en el *modelo sociocomunitario de la atención en salud*.

Desde esta perspectiva, la noción de *salud mental*, se considera como un entramado complejo que implica múltiples atravesamientos, además del componente sanitario, acorde a la definición actual de la LNSM.

En este sentido, la salud mental involucra tanto *componentes sanitarios* como *no sanitarios*, requiriendo, por consiguiente, de un *abordaje interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial, articulados en red*.

La externación como proceso dirigido a dismantelar las lógicas y prácticas propias de la internación, debe apuntar a una solución sostenible y duradera. El objeto de estudio planteado, se delimita entonces en torno a la noción de *externación sustentable*.

En el marco de este estudio, la idea de *facilitadores*, refiere a aquellas herramientas que permitirán el sostenimiento comunitario de la persona en el tiempo; pudiendo ser estos simbólicos, materiales, tecnológicos, comunitarios, y todo aquello que funcione como ajustes razonables o sistemas de apoyos y redes comunitarias que funcionen de enclaves para sostener el derecho a una vida digna y en comunidad.

En relación a los *facilitadores para la concreción de externaciones sustentables*, de acuerdo al recorrido realizado, pueden sintetizarse en las siguientes categorías, dimensiones y subdimensiones:

A) PROCESOS TERAPÉUTICOS EN LA INTERNACIÓN:

Incluye la evaluación, diagnóstico y tratamiento de las personas internadas por motivos de salud mental, que se traducen en estrategias posibilitadoras para alcanzar las condiciones el alta de internación, y abrir lugar para el consiguiente proceso de externación sustentable en la red integral de servicios territoriales.

En su ARTICULO 3º, la LNSM,

"reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona" (LNSM, 2010/2013).

En esta línea, el abordaje terapéutico constituye un proceso dinámico, ligado a diversas intervenciones que van más allá de lo asistencial y psicopatológico, incluyendo variables ligadas a la salud y la vida en comunidad desde un enfoque de derechos.

El abordaje terapéutico, a los fines investigativos, puede descomponerse en las siguientes dimensiones, íntimamente interrelacionadas e interdependientes:

A.1. ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

Tal y como define el ARTÍCULO 3º de la LNSM antes citado, la salud mental es especialmente un campo multidimensional y complejo (MORIN, 2011).

Según Stolkiner: *"...la interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan"* (STOLKINER, 1987: 314), refiriéndose a la salud mental como un terreno complejo que trasciende el enunciado de la enfermedad mental o de escenarios individuales, encontrándose determinado por múltiples atravesamientos. En este sentido, la interdisciplina da lugar al intercambio de diversas

perspectivas y a partir de ellas, la formulación de estrategias conjuntas que atiendan a la singularidad y complejidad de cada situación o problema.

Subdimensiones:

A.1.1. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO INTEGRAL

Las problemáticas en salud mental, no se reducen a lo psicopatológico, sino que implican diversos atravesamientos biopsicosociales, culturales, económicos, entre otros. En este sentido, la evaluación y diagnóstico en salud mental deben ser procesos flexibles, complejos y variables, lo cual solo puede abordarse a partir de un trabajo interdisciplinario.

A.1.2. TRATAMIENTO ASISTENCIAL

De acuerdo a la LNSM,

"...ha de garantizarse la intervención equipos interdisciplinarios de atención competentes y acordes a los máximos estándares éticos, técnicos y humanitarios en salud mental vigentes"(LNSM,2010/2013).

Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. De acuerdo al ARTÍCULO 7º inc. d) de la LNSM:

"...las personas con padecimientos mentales poseen derecho a recibir tratamiento y a ser tratados con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria"(LNSM,2010/2013).

Por ello, todo tratamiento de internación se orientará a una continuidad de cuidados ambulatoria en la comunidad. Para ello, han de establecerse estrategias de tratamiento centradas en las personas, en relación a su perfil funcional, de acuerdo al

cual han de establecerse los sistemas de apoyos adecuados para una vida en comunidad.

A.1.3. BREVEDAD DE LA INTERNACIÓN:

De acuerdo al ARTÍCULO 20° de la misma LNSM, la internación involuntaria de una persona debe concebirse como:

"... recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros" (LNSM,2010/2013).

Siguiendo lo estipulado por el ARTICULO 23°, el equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16° :

"...apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente" (LNSM,2010/2013).

Asimismo,

"...cuando una persona estuviese en condiciones de alta desde el punto de vista de la salud mental y existiesen problemáticas sociales o de vivienda que imposibilitaran la externación, el equipo interdisciplinario ha de gestionar ante las áreas que correspondan, la provisión de los recursos correspondientes a efectos de dar solución de acuerdo a lo dispuesto por el ARTÍCULO 15 de la LNSM, que establece: La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios"(LNSM,2010/2013).

A.2. MARCO DE DERECHOS

De acuerdo a su ARTÍCULO 1°, la LNSM tiene por objeto:

"... asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento

mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional (LNSM,2010/2013).

Así como califica como central, garantizar el derecho a recibir una atención sanitaria y social integral humanizada, basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos, desde el marco normativo de los Derechos Humanos, para su pleno goce, así como la restitución de aquellos que han sido vulnerados producto de la institucionalización.

Subdimensiones:

A.2.1. ACCESO UNIVERSAL

En su ARTÍCULO 7º, la LNSM reconoce:

"...derecho de las personas con padecimientos mentales a recibir atención sanitaria de acceso gratuito, igualitario y equitativo y a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud" (LNSM,2010/2013).

A.2.2. PROTECCIÓN Y RESTITUCIÓN DE DERECHOS:

En su ARTÍCULO 7º, la LNSM reconoce el derecho de las personas con padecimientos mentales a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su dignidad e intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación.

A.2.3. RESPETO POR LA SINGULARIDAD:

Han de implementarse estrategias respetuosas del deseo, decisiones y elecciones, que menos restrinjan los derechos y libertades de las personas asistidas, reconociendo la pertenencia a singularidades étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras identidades colectivas.

A.2.4. RECONOCIMIENTO DE LA CAPACIDAD:

Según el ARTÍCULO 3° de la LNSM, se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas. Los equipos interdisciplinarios han de realizar evaluaciones periódicas para valorar el grado de autonomía para el desarrollo de estas capacidades, y en caso necesario, determinar el requerimiento de grados y tipos de apoyos que las personas puedan llegar a requerir para el ejercicio de ellas. Las capacidades, funcionalidades, barreras y apoyos evaluados, no son estados rígidos, sino procesos dinámicos, sujetos a modificaciones.

En este sentido, el ARTÍCULO 7° inc. i) de la LNSM, afirma que las personas con padecimientos mentales tienen derecho a no ser identificadas ni discriminadas por un padecimiento mental actual o pasado. El, inc. n) insta a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

A.2.5. CONSENTIMIENTO INFORMADO:

De acuerdo a lo estipulado por ARTÍCULO 7° de la LNSM:

"...las personas internadas, deben brindar su consentimiento fehaciente, esto es, la declaración de voluntad suficiente efectuada por la persona, o por sus representantes legales en su caso" (LNSM,2010/2013), emitida luego de recibir, por parte del equipo interdisciplinario interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

"Su estado de salud; el procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; los beneficios esperados del procedimiento; los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; la especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados." (LNSM,2010/2013).

En su ARTICULO 10°, la LNSM amplía, las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

A.3. ENFOQUE COMUNITARIO

Siguiendo los principios de la Salud Mental Comunitaria, en el transcurso de la internación, ha de promoverse el sostenimiento y/o construcción de lazos sociales y territoriales en protección la identidad y pertenencia a la comunidad de referencia de la persona internada, así como evitar su distanciamiento de la misma en términos de tiempo, costumbres, roles y vínculos, entre otros. Para ello, el rol del Estado juega un papel preponderante en cuanto a la implementación de políticas y acciones que sustenten estos lineamientos.

Subdimensiones:

A.3.1. SOSTÉN DE VÍNCULOS SOCIO FAMILIARES:

Según el ARTÍCULO 7° inc. e) de la LNSM, las personas internadas por motivos de salud mental poseen derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos, o a quien la persona con padecimiento mental designe.

El ARTICULO 14°, aporta que, durante la internación:

"... debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente"(LNSM, 2010/2013).

A.3.2. EVALUACIÓN Y RELEVO DE RECURSOS PERSONALES, SOCIOFAMILIARES AMBIENTALES, VIVIENDA Y REDES COMUNITARIAS:

En su ARTICULO 15°, la LNSM, destaca:

“La internación en ningún caso puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes. Toda internación debe cumplir con la búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar; orientándose al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales” (LNSM, 2010/2013).

De acuerdo al ARTÍCULO 17º de la LNSM:

“...en los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible” (LNSM, 2010/2013).

A.3.3. RECURSOS:

Promover en el transcurso de la internación, gestiones intersectoriales para el acceso a servicios y beneficios orientados a las personas con padecimientos mentales y discapacidad. Entre ellos, el Certificado Único de Discapacidad, el pase gratuito para el transporte, la Asignación y Pensión No Contributiva por invalidez y vulnerabilidad social, los servicios de salud del Programa federal Incluir Salud -o la afiliación a PAMI (INSSJP) para hijos o nietos con discapacidad de afiliados-, las Asignaciones Familiares por Hijo con discapacidad, el subsidio económico del programa Promover la Igualdad de Oportunidades de Empleo para aquellas personas internadas que se encuentran realizando tareas laborales en el marco institucional; entre otros recursos, sumados aquellos que se agregan al momento de la efectiva externación y que serán mencionados en relación a dicha variable más adelante.

A.3.4. GEORREFERENCIACION:

Promover en el transcurso de la internación, comunicación y estrategias de referencia y contrarreferencia con las instituciones de salud mental de la comunidad de pertenencia, a los fines de dar una continuidad de cuidados en salud mental a las personas que luego de un lapso de internación breve, han de continuar su tratamiento en dicho territorio.

Debieran efectuarse, asimismo, derivaciones para la internación misma, en caso de que los hospitales generales de georreferencia cuenten con recursos para internaciones en salud mental, tal y como establece la LNSM en su ARTÍCULO 28:

“Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592” (LNSM, 2010/2013).

B) PROCESOS DE EXTERNACIÓN

B.1. FACILITADORES SANITARIOS:

Son aquellos que incumben principalmente al Sector de la Salud, del cual se espera alcance a conformar una Red Comunitaria de Salud Integral, que incluya el abordaje de la salud mental y consumos problemáticos en los tres niveles de atención. En relación a la sustentabilidad de los procesos de desmanicomialización, este escrito pondera evaluar tres aspectos relevantes de esta dimensión:

B.1.1. SALUD INTEGRAL:

Esta dimensión tiene por objeto indagar las percepciones de los trabajadores acerca de los facilitadores para el acceso a la salud integral de las personas con padecimientos mentales en la comunidad, en iguales condiciones que los demás

ciudadanos, accediendo a los recursos necesarios para el goce del más alto nivel posible de salud integral sin discriminación por motivos de discapacidad.

Tal y como se fundamentó en el marco teórico, uno de los principales problemas que afectan a las personas estigmatizadas por su internación en un monovalente, es el rechazo por parte de los demás niveles de atención y sus especialidades, donde aún existen barreras y prejuicios que conducen a obviar o desatender la dimensión física de la salud en este grupo, atribuyéndoselo al Neuropsiquiátrico.

B.1.2. HABILITACIÓN Y REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD:

Como se mencionó en el marco teórico, el paradigma social de la discapacidad, problematiza la tendencia generalizada a restringir el abordaje de las necesidades de las personas con discapacidad al ámbito de la salud brindando un tipo de respuesta hospitalocéntrica.

La posibilidad de que las externaciones sean sustentables, es indisociable de un trabajo progresivo de habilitación y rehabilitación de la identidad, la autonomía, las habilidades sociales, capacidades laborales, físicas, recreativas, etc.; que permitan a las personas desarrollar el mayor potencial posible para incluirse y autovalerse en el ámbito comunitario.

B.1.3. CONTINUIDAD DE CUIDADOS AMBULATORIA:

Para que las externaciones sean sustentables, es imprescindible que la atención integral de la salud no pierda su continuidad, en tanto la interrupción y abandonos de los tratamientos, derivan en recaídas y reinternaciones. Del mismo modo, es necesario que las actividades rehabilitatorias y/o de reinserción social, ocupacional, recreativas, etc.; sean sostenidas en el tiempo, progresando hacia distintos formatos ocupacionales, a los fines de que el sujeto se mantenga alojado de un modo interactivo dentro de su red comunitaria.

Para que esto sea sostenible para la persona externada, así como para su red de apoyos, es central que dicha atención sea accesible en términos de cercanía geográfica. La georreferenciación comunitaria permite asimismo la articulación intersectorial e interinstitucional por los ámbitos donde transcurre la vida de la persona.

B.2. FACILITADORES NO SANITARIOS: INTERSECTORIALES

Siguiendo los lineamientos del *Programa Buenos Aires Libres de Manicomios*, se propone investigar las siguientes dimensiones, que hacen a los principales determinantes de la salud, por fuera de lo que son estrictamente incumbencia del sector salud:

B.2.1. VIVIENDA

Esta dimensión tiene por objeto indagar las percepciones de los trabajadores en relación a los facilitadores que se pueden encontrar en materia vivienda, uno de los componentes determinantes de la sustentabilidad de las externaciones.

Tal y como se detalló en el marco teórico, existen distintas opciones de vivienda, entre las cuales, en esta dimensión se distinguen:

- Regreso al hogar: El regreso al seno de la familia o allegados afectivos, la mayoría de las veces conlleva la elaboración de apoyos a dicho entorno, que también requiere de recursos de diversa índole para incluir a la persona externada, así como acompañarla y brindarle los cuidados necesarios. En muchos casos se trata de familias con situaciones económicas muy precarias, para quienes la responsabilidad de sostener materialmente a un familiar tras una larga internación es una carga desmedida o inviable. Los allegados de las personas asistidas, se encuentran frecuentemente en situación de vulnerabilidad social, factor que debe ser tenido en cuenta.

- Dispositivos residenciales comunitarios: Constituyen una alternativa al manicomio y la familia. Tienen como finalidad la orientación, rehabilitación, soporte social, apoyo

en la revinculación familiar e inclusión comunitaria. De acuerdo a los niveles de apoyos requeridos, características de la población, y progresión en el grado de autonomía de las las personas asistidas; pueden ser de carácter transitorio o permanente: casas de medio camino, casas de convivencia, residencias, hogares, pequeños hogares, geriátricos, etc.

B.2.2. EDUCACIÓN

Esta dimensión pretende explorar las percepciones de los trabajadores en relación a los facilitadores que encuentran en beneficio del acceso al derecho a una educación, sin discriminación, sobre la base de la igualdad de oportunidades.

B.2.3. TRABAJO

El derecho al trabajo y empleo, constituye una herramienta primordial de socialización, participación e identidad comunitaria.

En contraposición a la excesiva dependencia institucional que se fomentó durante la internación, es imprescindible la rehabilitación y elaboración de apoyos y ajustes razonables que la persona necesite para la recuperación y/o desarrollo de habilidades laborales que posibiliten la inserción laboral.

Tal y como se menciona en el marco teórico, existe una relación proporcional entre los años de internación y la pérdida de capacidades laborales antes presentes, por esto la importancia de que se garantice la transición entre los espacios de rehabilitación y el mercado regular de empleo.

En este sentido, esta dimensión busca explorar las percepciones de los trabajadores de HIEN Cabred, respecto de los facilitadores para transitar el proceso hacia el acceso al derecho a trabajar de las personas con historia de padecimiento mental, en igualdad de condiciones con las demás. Se indagarán los primeros momentos del proceso en actividades de rehabilitación en un proceso gradual y progresivo hacia la posibilidad de una inclusión genuina en el mercado laboral.

B.2.4. SEGURIDAD SOCIAL

La Ley 22.431 del Sistema de Protección Integral de los Discapacitados en su artículo 1º, establece que se crea dicho sistema para *asegurar el acceso a la atención médica, educación y seguridad social, como condiciones para posibilitar la inclusión social equitativa* (Ley 22.431, 1981). La Ley 24.901 del Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad, estipula la creación de *un sistema de prestaciones de atención que contemple acciones de prevención, asistencia, promoción y protección que responda a través de una cobertura integral, las necesidades y requerimientos de estas personas* (Ley 24.901, 1997)

Para que las políticas de protección social no deriven en una práctica puramente asistencialista, se deben vincular estrechamente las acciones previstas por el sistema de seguridad social y el propósito de apuntalamiento constante de las capacidades que el modelo social de la discapacidad implica.

B.2.5. VIDA CULTURAL, RECREATIVA, DEPORTES

Esta dimensión alude al derecho de las personas con discapacidad a participar en igualdad de condiciones de la vida comunitaria, cultural recreativa y deportiva, en iguales condiciones que las demás personas.

4. Metodología.

4.1. Tipo de estudio.

La presente investigación constituye un estudio cuantitativo, focalizado en variables. Su método cuantitativo se traduce en un cuestionario, a través del cual se busca conocer las percepciones de los profesionales que forman parte de los equipos interdisciplinarios en los servicios institucionales orientados a las externaciones:

psicólogos, psiquiatras –y médicos en formación en psiquiatría- y trabajadores sociales.

4.2. Diseño de investigación

No experimental, observacional, de alcance descriptivo, correlacional, transeccional; en el mes marzo de 2024.

4.3. Universo

Profesionales de la salud mental con funciones asistenciales y de gestión de dispositivos involucrados en procesos de alta de internación y externación de personas internadas.

Las disciplinas e incumbencias intervinientes en estos procesos, deriva en la selección de profesionales psicólogos, psiquiatras –y médicos en formación en psiquiatría-, y trabajadores sociales de los equipos (N=50).

4.4. Muestra y unidades de análisis

- Muestra y unidad de análisis: Total n=50 profesionales del equipo de salud que intervienen en procesos asistenciales, de rehabilitación, cargos de jefatura y coordinación.
- Conformada por:
 - Psicólogos (n= 21),
 - psiquiatras (n=12),
 - médicos en formación en psiquiatría (n=1)
 - trabajadores sociales (n=16).
- Pertenecientes a los servicios:

- Internación de Corta Estadía Corto Plazo (pabellón 8)
- Internación de Larga Estadía (pabellones 2 y 4)
- Internación Geriátrica (pabellones 14 y 15)
- Viviendas asistidas institucionales (casas, hostales)
- SEAT (Servicio de Evaluación, Atención y Tratamiento)
- Viviendas asistidas comunitarias (casas convivenciales, geriátrico y PREA)
- Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental - Consultorios Externos.
- Muestreo no probabilístico: por conveniencia.

4.5. Criterios de selectividad

- **Criterios de inclusión:**

- Profesionales de los equipos que intervienen en dispositivos involucrados en el tratamiento, alta y externación de pacientes internados.
- Profesionales con cargos de gestión – jefes y coordinadores-, responsables de los equipos y dispositivos involucrados en el tratamiento, alta y externación de pacientes internados.
- Todos los niveles profesionales.

- **Criterios de exclusión:**

- Quienes no deseen participar voluntariamente de la investigación.
- Personal alta gerencia –Directores (1 director ejecutivo y 3 asociados)

4.6. Instrumento de recolección de datos

- **Instrumento cuantitativo:** cuestionario individual para identificar percepciones individuales.

- **Según el modo de recogida de los datos:** auto-administrado por Link de Google Forms. Link: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeAexZAsqJ9XvCx-t3XDZcELHApwft2cFGa5WUCplRfivZVmA/viewform?usp=sf_link.

- **Para el procesamiento de datos:** Microsoft Excel y Medcalc, Coeficiente de correlación de Spearman, Test de Kolmogorov Smirnov, Alfa de Cronbach.

- **Según la temporalidad:** asincrónico.

- **Validación cuantitativa:** Se aplicó un piloto (n=10), el cual arrojó resultados que permitieron hacer la validación factibilidad cuantitativa. (Ver Anexo I)

Los mismos fueron (Alfa de Cronbach):

SUMATORIA vi	82,49
sumatoria total	17,97
K	26
Alfa	0,8527538

- **Detalles del constructo:**

El cuestionario incluye:

ENCUESTA

PARTE I: Sociodemográfico. (Preguntas: 1 a 11).

PARTE II. PROCESOS TERAPÉUTICOS EN LA INTERNACIÓN

(Pregunta: 12 a 26).

Sobre facilitadores relativos al ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO.

(Pregunta: 12 a 15).

Sobre facilitadores relativos al MARCO DE DERECHOS.

(Pregunta: 16 a 21).

Sobre facilitadores relativos al ENFOQUE COMUNITARIO.

(Pregunta: 22 a 26).

PARTE III. PROCESOS DE EXTERNACIÓN EN LA RED COMUNITARIA.

(Pregunta: 27 a 37).

Sobre COMPONENTE SANITARIO. (Pregunta: 27 a 32).

Sobre COMPONENTE NO SANITARIO (Pregunta: 33 a 37).

Preguntas Ítems Positivo: 1-26
Preguntas Ítems Negativo: no posee.
Lugar: Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Colonia "Dr. Domingo Cabred".
Fecha de aplicación: Marzo 2014.
Tiempo de realización : 15 minutos
Margen de error: 5%
Observación: Previo consentimiento informado.

- Baremos:

Para identificar el nivel de percepción de procesos terapéuticos en la internación:

Sobre facilitadores relativos al ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO Valor mínimo: 4, Valor máximo: 20, Rango:16, Intervalo: 5.		
Malo (4-9)	Regular (10-15)	Bueno (16-20)
Sobre facilitadores relativos al MARCO DE DERECHOS Valor mínimo: 6, Valor máximo: 30, Rango:24, Intervalo: 8		
Malo (6-14)	Regular (15-23)	Bueno (24-30)
Sobre facilitadores relativos al ENFOQUE COMUNITARIO Valor mínimo: 5, Valor máximo: 25, Rango:20, Intervalo: 6		
Malo (5-11)	Regular (12-18)	Bueno (19-25)
Procesos terapéuticos en la internación (Global) Valor mínimo: 15, Valor máximo: 75, Rango:60, Intervalo: 20		
Malo (15-35)	Regular (36-56)	Bueno (57-75)

Fuente: elaboración propia

Para identificar el nivel de percepción de procesos de externación sustentable en la red comunitaria:

Sobre COMPONENTE SANITARIO.

Valor mínimo: 6, Valor máximo: 30, Rango:24, Intervalo: 8

Malo	Regular	Bueno
(6-14)	(15-23)	(24-30)

Sobre COMPONENTE NO SANITARIO.

Valor mínimo: 5, Valor máximo: 25, Rango:20, Intervalo: 6

Malo	Regular	Bueno
(5-11)	(12-18)	(19-25)

Procesos de externación (Global)

Valor mínimo: 11, Valor máximo: 55, Rango:44, Intervalo: 14

Malo	Regular	Bueno
(11-25)	(26-40)	(41-55)

Fuente: elaboración propia

- Categorización Jerárquica de la Escala Likert términos de Acuerdos (actitudes) y Frecuencia (prácticas):

Categoría	Atributo prácticas	Atributo actitudes	Código
Respuestas Positivas	Siempre.	Totalmente de acuerdo	5
	Casi siempre	De acuerdo	4
Respuestas Negativas	Indiferente	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3
	Casi nunca	En desacuerdo	2
	Nunca	En total desacuerdo	1

Fuente: elaboración propia

- **Análisis, procesamiento y tabulación de los datos:**

Se utilizó el programa Microsoft Excel y MedCalc para el procesamiento de datos almacenados previamente en una base de datos (ANEXO II).

Se utilizó estadística descriptiva, uso de frecuencias absolutas y relativas porcentuales, media, mediana y desviación estándar.

Para determinar la distribución de las variables se realizó el test de Kolmogorov Smirnov tomando como significativo estadísticamente aquellas variables con $p < 0,05$ lo que significa que la variable rechaza la normalidad en el caso del análisis de la distribución.

- **Operacionalización de variables:**

Variable	Concepto	Clasificación	Categoría	Indicador
Sociodemográfica	Las variables sociodemográficas son conjunto de datos de naturaleza social que describen las características de una población, a partir de cuyo análisis pueden hacerse interpretaciones de su comportamiento en el campo de donde son tomados, hacerse proyecciones y predicciones que invitan a la reflexión del investigador y a la búsqueda de posibles soluciones.	Cuantitativa discreta	Edad	No (%) Edades en años
		Cualitativa nominal	Género	No (%) Masculino, Femenino, No binario, Otro
		Cualitativa nominal	Disciplina	No (%) Psicólogo Psiquiatra Trabajador social
		Cualitativa nominal	Servicio	No (%) . Dirección. . Terapia corto plazo. . Terapia Largo plazo. . Rehabilitación

	(Tejada Lagonell, 2012).			. Dispositivos territoriales. . Consultorios externos. . Admisión. . Guardia interdisciplinaria . Servicio Social. . Docencia e investigación. . Residencia Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social.
		Cualitativa nominal	Condición contractual	No (%) planta permanente, contratado Becario Residente

		Cuantitativa discreta	Antigüedad en el hospital	No (%) años
		Cuantitativa discreta	Antigüedad en el servicio	No (%) años
Externación sustentable	Concreción de externaciones, con los apoyos y recursos necesarios para sostenerse en el tiempo y en la comunidad, destinado a las personas institucionalizadas en los Hospitales Neuropsiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires. (BALM, 2020).	Cualitativa nominal	I. PROCESOS TERAPÉUTICOS EN LA INTERNACIÓN a) Abordaje Interdisciplinario b) Marco de derechos c) Enfoque Comunitario	No (%) Totalmente de acuerdo. De acuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. En desacuerdo En total desacuerdo.

			II. PROCESOS DE EXTERNACIÓN EN LA RED COMUNITARIA	
				Siempre.
			a) componentes sanitarios	Casi siempre. Indiferente
			b) componentes no sanitarios.	Casi nunca. Nunca

Fuente: elaboración propia

4.7. Aspectos éticos de la investigación

Esta investigación se llevó a cabo siguiendo las normas que la Asociación Médica Mundial (AMM) estableció en la 18ª Asamblea Médica Mundial, realizada en Helsinki, Finlandia, en junio de 1964 y que fue validada y refrendada por la comunidad científica a lo largo de las décadas hasta el día de hoy (AMM, 2019).

Se contemplaron los cuatro principios éticos de la declaración: el respeto a las personas, la justicia, la beneficencia y la no maleficencia.

Se tuvo siempre en cuenta el artículo 6 de la declaración: "El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y

efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos)” (AMM, 2019).

Del mismo modo, se respetó el precepto indicado en el artículo 24 de la Declaración de Helsinki, según el cual:

"Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal". (AMM, 2019).

Por tal motivo, todas las encuestas realizadas tuvieron carácter anónimo y se aplicaron tras la aprobación del consentimiento informado, incluido en el cuestionario (Ver anexo I), donde consta que el investigador se comprometió a que los datos de los encuestados no fueran comunicados a terceros y solo tuvieran acceso a ellos los participantes de la investigación, quienes se comprometieron a no dejar trascender información que permita la identificación de los encuestados.

5. Resultados

A continuación, se describen los resultados obtenidos respecto de las percepciones de los trabajadores de HIEN Cabred, en cuanto a los procesos terapéuticos en la internación, en relación con los procesos de externación sustentable en la comunidad.

De acuerdo a la distribución de las variables, se utilizó test de Test de Kolmogorov Smirnov, todas las dimensiones rechazan la normalidad, excepto la dimensión edad de la variable ($P < 0,0001$).

En la encuesta participaron 50 profesionales, el promedio de edad fue de $41,88 \pm 9,69$ años; 13 (26%) de ellos hombres y 37 (74 %) mujeres.

Con respecto a las profesiones, la mayor cantidad fueron 21 psicólogos (42,0%), seguidos de 16 trabajadores sociales (32,0 %), 12 médicos psiquiatras (24,0%), y en menor proporción, médicos residentes de psiquiatría 1 (2,0%).

En cuanto a la formación específica en salud mental comunitaria, 29 profesionales no tienen (58%), mientras que 21 de ellos (42%) sí poseen.

En relación a los cargos desempeñados, 24 (48,0%) corresponde a funciones asistenciales, 13 (26,0%) a residentes, 7 (14,0%) a funciones de jefatura, 4 (8,0%) de rehabilitación y 2 (4,0%) a cargos de coordinación.

Con respecto a los servicios donde desarrollan sus funciones, 14 (18,0%) profesionales ejercen su trabajo en consultorios externos; 8 (16,0%) en las guardias interdisciplinarias, 8 (16,0%) en viviendas comunitarias asistidas, 6 (12,0%) en viviendas institucionales asistidas, 5 (10,0%) en el Servicio de Admisión y Tratamiento (SEAT), 4 (8,0%) en los dispositivos de internación a corto plazo y 3 (6,0%) en los de largo plazo, y 2 (4,0%) en los dispositivos geriátricos.

Con respecto a la antigüedad, el promedio en la institución es de $9,2 \pm 9$ años, y la antigüedad en servicio es de un promedio de $5,8 \pm 7,03$ años (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de las dimensiones de la variable sociodemográfica.

Dimensiones de la	N	%	Test de Kolmogorov
Variable.			Smirnov
(n= 50)			
Edad			
Promedio	41,88		
Desviación estándar	9,69		

Mediana	41,50		D=0,0940 acepta normalidad (P>0.10)
Género			
Femenino	37	74,0	D=0,4613 rechaza normalidad (P<0,0001)
Masculino	13	26,0	
Profesión			
Médico/a en formación de psiquiatría	1	2,0	D=0,2621 rechaza normalidad (P<0,0001)
Médico/a psiquiatra	12	24,0	
Psicólogo/a	21	42,0	
Trabajador/a social	16	32	
Formación específica en salud mental.			
Si	21	42,0	D=0,3802 rechaza normalidad (P<0,0001)
No	29	58,0	

Cargo/ Función			
Asistencial	24	48,0	D=0,3138 rechaza normalidad (P<0,0001)
Coordinación	2	4,0	
Jefatura	7	14,0	
Rehabilitación	4	8,0	
Residente	13	26,0	
Servicio donde desarrolla sus funciones.			
Consultorios externos	14	28,0	D=0,1724 rechaza normalidad (P=0,0007)
Geriátricos institucionales (pabellones 14 y 15)	2	4,0	
Guardia interdisciplinaria de salud mental.	8	16,0	
Internación de terapia corto plazo (pabellón 8)	4	8,0	
Internación de terapia largo plazo (pabellones 2 y 11)	3	6,0	
SEAT (servicio de evaluación, atención y tratamiento).	5	10,0	
Viviendas asistidas comunitarios (casas, prea y	8	16,0	

geriátrico)			
Viviendas asistidas	6	12,0	
institucionales (casas, prea y hostales)			
Relación contractual.			
Becario	15	30,0	D=0,3547 rechaza normalidad (P<0,0001)
Planta permanente	28	55,0	
Planta transitoria	7	14,0	
Antigüedad en la institución.			
Promedio	9,2		D=0,2227 rechaza normalidad (P<0,0001)
Desviación estándar	9		
Mediana	5		
Antigüedad en el servicio.			
Promedio	5,8		D=0,2864 rechaza normalidad (P<0,0001)
Desviación estándar	7,03		
Mediana	3,0		

Fuente: elaboración propia

Con respecto al análisis de frecuencia de respuestas de la *dimensión Procesos Terapéuticos en la Internación*, se indagaron las Subdimensiones: abordaje interdisciplinario, marco de derechos y enfoque comunitario.

En cuanto a los facilitadores relativos al abordaje interdisciplinario, el 74,5% de las respuestas resultaron positivas, 16% neutrales y el 9,5% negativas. (Tabla 2)

La mayor frecuencia de respuestas positivas lo tuvo el ítem *"Los equipos tratantes están conformados por dos o más profesionales competentes, de distintas disciplinas, que articulan estrategias interdisciplinarias"* con 45 respuestas; mientras que la mayor frecuencia observada de respuestas negativas es para el ítem *"Las internaciones son de carácter breve e implementadas como última alternativa terapéutica, cuando se han agotado otras estrategias comunitarias"* con 8 respuestas.

Tabla 2. Análisis de frecuencia de respuestas de la dimensión procesos terapéuticos en la internación. Sobre facilitadores relativos al abordaje interdisciplinario.

	P1	P2	P3	P4	Fo	%
Positivas	38	45	29	37	149	74,5
Neutrales	8	3	16	5	32	16
Negativas	4	2	5	8	19	9,5
Total					200	100,0

Fuente: elaboración propia

El nivel de percepción del abordaje interdisciplinario en el marco hospitalario es percibido bueno con 30 respuestas (Tabla No. 2.1).

Tabla No. 2. 1. Nivel de percepción del abordaje interdisciplinario.

Sobre facilitadores relativos al ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO		
Valor mínimo: 4, Valor máximo: 20, Rango:16, Intervalo: 5.		
Malo (4-9)	Regular (10-15)	Bueno (16-20)
3	17	30

Fuente: elaboración propia

- Respecto de los facilitadores relativos al marco de derechos:

el 72,3% de las respuestas resultaron positivas, el 18% neutrales y el 9,6% negativas. La mayor frecuencia de respuestas positivas la tuvo el ítem 6 "acceso universal" con 40 respuestas. Mientras que la mayor frecuencia de respuestas negativas la tuvo el ítem 7 "Se brindan las prestaciones necesarias de servicios e insumos, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud" con 10 respuestas. (Tabla No. 3).

Tabla No. 3. Análisis de frecuencia de respuestas de la dimensión procesos terapéuticos en la internación. Sobre facilitadores relativos al marco de derechos.

	P5	P6	P7	P8	P9	P10	Fo	%
Positivas	34	40	26	42	37	38	217	72,3
Neutrales	13	5	14	6	8	8	54	18,0
Negativas	3	5	10	2	5	4	29	9,6
Total							300	100,0

Fuente: elaboración propia

El nivel de percepción del marco de derechos en el ámbito hospitalario es percibido bueno en 25 respuestas (Tabla No. 3.1).

Tabla No. 3. 1. Nivel de percepción del marco de derechos.

Sobre facilitadores relativos al MARCO DE DERECHOS		
Valor mínimo: 6, Valor máximo: 30, Rango:24, Intervalo: 8		
Malo (6-14)	Regular (15-23)	Bueno (24-30)
2	23	25

Fuente: elaboración propia

- Respecto de los facilitadores relativos al enfoque comunitario:

El 75,2% de las respuestas resultaron positivas, el 17,6% neutrales y el 7,2% negativas. La mayor frecuencia de respuestas positivas la tuvo el ítem 14 "*Se gestionan recursos y beneficios orientados a las personas con padecimientos mentales y discapacidad, y sus familias (Certificado Único de Discapacidad; Pensión No Contributiva; PROFE, PAMI u otros; asignaciones familiares; etc.)*" con 50 respuestas. Mientras que la mayor frecuencia de respuestas negativas la tuvo el ítem 13 "*Se realizan actividades de rehabilitación psicosocial, laborterapéuticas, ocupacionales y se elaboran sistemas de apoyos tendientes al desarrollo del máximo potencial posible de autonomía*" con 11 respuestas. (Tabla No. 4).

Tabla No. 4. Análisis de frecuencia de respuestas de la dimensión procesos terapéuticos en la internación. Sobre facilitadores relativos al enfoque comunitario.

	P11	P12	P13	P14	P15	Fo	%
Positivas	38	43	29	50	28	188	75,2
Neutrales	11	5	10	0	18	44	17,6
Negativas	1	2	11	0	4	18	7,2
Total						250	100,0

Fuente: elaboración propia

El nivel de percepción del enfoque comunitario en el ámbito hospitalario es bueno en 34 respuestas, regular en 15 respuestas y malo en 1. (Tabla No. 4.1).

Tabla No. 4. 1. Nivel de percepción del enfoque comunitario.

Sobre facilitadores relativos al ENFOQUE COMUNITARIO		
Valor mínimo: 5, Valor máximo: 25, Rango:20, Intervalo: 6		
Malo (5-11)	Regular (12-18)	Bueno (19-25)
1	15	34

Fuente: elaboración propia

El nivel de percepción global de los procesos terapéuticos en la internación es bueno en 29 respuestas. (Tabla No. 4.2)

Tabla No. 4. 2. Nivel de percepción de procesos terapéuticos en la internación (Global).

Procesos terapéuticos en la internación (Global)		
Valor mínimo: 15, Valor máximo: 75, Rango:60, Intervalo: 20		
Malo (15-35)	Regular (36-56)	Bueno (57-75)
1	20	29

Fuente: elaboración propia

Con respecto al análisis de frecuencia de respuestas de la *dimensión Procesos de Externación en la Red Comunitaria*, se indagaron las Subdimensiones: componentes sanitarios y no sanitarios.

Respecto de las percepciones relativas a los aspectos facilitadores del componente sanitario, el 44,6% de las respuestas fueron positivas, el 28,6% de las respuestas negativas y el 26,6% de las respuestas neutrales (Tabla No. 5).

La mayor frecuencia de respuestas positivas la tuvo el ítem 20 "*Cuenta con recursos básicos para la continuidad de cuidados tales como el acceso y disponibilidad de psicofármacos y turnos con el equipo de salud mental*" con 31 respuestas. Mientras que la mayor frecuencia de respuestas negativas la tuvieron el ítem16 "*Brinda los recursos necesarios para el goce del más alto nivel posible de salud integral sin discriminación por motivos de discapacidad*" y el ítem 21 "*Se logra concretar la georreferenciación para la continuidad de cuidados ambulatorios en salud mental en la red territorial de pertenencia*", ambos con 18 respuestas (Tabla No. 5).

Tabla No. 5. Análisis de frecuencia de respuestas de la dimensión procesos de externación en la red comunitaria. Sobre componente sanitario.

	P16	P17	P18	P19	P20	P21	Fo	%
Positivas	20	21	19	29	31	14	134	44,6
Neutrales	12	13	16	13	8	18	80	26,6
Negativas	18	16	15	8	11	18	86	28,6
Total							300	100,0

Fuente: elaboración propia

El nivel de percepción del componente sanitario es regular en 30 respuestas. (Tabla No. 5.1).

Tabla No. 5.1. Nivel de percepción de componente sanitario.

Sobre COMPONENTE SANITARIO.		
Valor mínimo: 6, Valor máximo: 30, Rango:24, Intervalo: 8		
Malo (6-14)	Regular (15-23)	Bueno (24-30)
8	30	12

Fuente: elaboración propia

- Respecto de los facilitadores relativos al componente no sanitario:

El 45,6% de las respuestas resultaron negativas, el 34,8% de las respuestas resultaron positivas, y el 19,6% neutrales (Tabla No. 6).

La mayor frecuencia de respuestas positivas la tuvo el ítem 25 referente al *"acceso en iguales condiciones que las demás personas a la Seguridad Social"*, con 24 respuestas. Le siguen las respuestas neutrales de los ítems 26 y 23 que corresponden a *"Vida social, cultural, recreativa y deportiva"* y *"Educación"*, con 13 y 12 respuestas respectivamente. Mientras que la mayor frecuencia de respuestas negativas la tuvo el ítem 24 *"acceso en iguales condiciones que las demás personas al Trabajo"*, con 34 respuestas y le sigue el ítem 22 *"acceso en iguales condiciones que las demás personas a la Vivienda"*, con 28 respuestas (Tabla No. 6).

Tabla No. 6. Análisis de frecuencia de respuestas de la dimensión procesos de externación en la red comunitaria. Sobre componente no sanitario.

	P22	P23	P24	P25	P26	Fo	%
Positivas	15	20	8	24	20	87	34,8
Neutrales	7	12	8	9	13	49	19,6
Negativas	28	18	34	17	17	114	45,6
Total						250	100,0

Fuente: elaboración propia

El nivel de percepción de componente no sanitario es regular en 32 respuestas (Tabla No. 6.1).

Tabla No. 6.1. Nivel de percepción de componente no sanitario.

Sobre COMPONENTE NO SANITARIO.		
Valor mínimo: 5, Valor máximo: 25, Rango:20, Intervalo: 6		
Malo (5-11)	Regular (12-18)	Bueno (19-25)
12	32	6

Fuente: elaboración propia

El nivel de percepción global de los facilitadores de procesos de externación en la red comunitaria es regular en 33 respuestas. (Tabla No. 6.2).

Tabla No. 6.2. Nivel de percepción de procesos de externación (Global)

Procesos de externación (Global)		
Valor mínimo: 11, Valor máximo: 55, Rango:44, Intervalo: 14		
Malo (11-25)	Regular (26-40)	Bueno (41-55)
9	33	8

Fuente: elaboración propia

Se observa que las percepciones de facilitadores de los procesos terapéuticos en la internación con procesos de externación en la red comunitaria de manera global tienen una correlación positiva y fuerte ($\rho=0,533$; $P=0,0001$) IC (0,299-0,707).

Todas las dimensiones de las variables *procesos de externación en la red comunitaria* y facilitadores de los *procesos terapéuticos en la internación* guardan relación positiva y fuerte entre ellos ($\rho=0,318$; $P=0,0245$), ($\rho=0,584$; $P<0,0001$) y ($\rho=0,684$; $P<0,0001$) respectivamente.

Sin embargo, existe escasa relación entre el abordaje interdisciplinario y el componente no sanitario del proceso de externación en la red comunitaria ($\rho=0,137$; $P=0,3418$).

Tabla 7. Análisis del coeficiente de correlación de Spearman (ρ) entre dimensiones de facilitadores de los procesos terapéuticos en la internación y los procesos de externación en la red comunitaria.

Facilitadores de los procesos terapéuticos en la internación	Procesos de externación en la red comunitaria	
	Componente sanitario	Componente no sanitario
Abordaje Interdisciplinario	$\rho=(0,318)$ $P=0,0245$ IC(0,0434-0,548)	$\rho= (0,137)$ $P=0,3418$ IC(-0,147-0,400)
Marco de derechos	$\rho=(0,584)$ $P<0,0001$ IC (0,364-0,741)	$\rho= (0,322)$ $P=0,0226$ IC (0,0480-0,551)
Enfoque Comunitario	$\rho=(0,684)$ $P<0,0001$ IC (0,501-0,809)	$\rho=(0,448)$ $P=0,0011$ IC (0,194- 0,646)
Global	$\rho=(0,533)$ $P=0,0001$ IC (0,299-0,707)	

Fuente: elaboración propia

6. Discusión.

La presente tesis se propuso investigar aquellos aspectos que, los profesionales con funciones asistenciales y de gestión del HIEN Cabred, perciben como *facilitadores* para la concreción de *externaciones sustentables en la comunidad* de las personas allí internadas; tanto en relación a los *procesos terapéuticos* como a los *procesos de externación* involucrados; en pos de la implementación de las políticas de *desmanicomialización* actuales.

Se buscó circunscribir la investigación a dicho hospital, por tratarse de uno de los cuatro grandes monovalentes de la provincia de Buenos Aires implicados en el *Programa Buenos Aires Libre de Manicomios* y *Plan Provincial Integral de Salud Mental*, acordes a las directrices de la *Ley Nacional de Salud Mental 26.657*; en particular, en relación al artículo 27° de su Decreto Reglamentario:

"...las jurisdicciones que posean en su territorio dispositivos monovalentes, deberán desarrollar proyectos de adecuación y sustitución por dispositivos comunitarios"(LNSM, 2010/2013).

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación; se aceptó la hipótesis que afirma que la *percepción de aspectos facilitadores de procesos terapéuticos en la internación, se relacionan en cierta medida con la percepción de aspectos facilitadores de procesos de externación en la red comunitaria*.

Respecto de la variable "externación sustentable" investigada, la primera de sus categorías estudiadas, a saber, los procesos terapéuticos durante la internación, demostró poseer una percepción positiva por parte de los trabajadores de HIEN Cabred.

En cuanto a sus dimensiones facilitadoras, el *abordaje interdisciplinario* en el marco hospitalario ha resultado apreciado con un nivel de percepción bueno. Respecto

del mismo, el ítem más valorado fue aquel que resalta la importancia de la conformación de equipos integrados por más de una disciplina competente.

Este facilitador contribuye al cumplimiento del artículo 3º, inciso c) de la LNSM, que afirma que:

"...el tratamiento no debe basarse exclusivamente en el diagnóstico de la enfermedad o técnicas específicas, sino ser interdisciplinario, considerando las necesidades y determinantes históricos, biológicos, psicológicos y sociales del sujeto" (LNSM, 2010/2013).

En contrapartida, el ítem más criticado es aquel que sugiere que las internaciones breves como última alternativa de intervención, podrían no ser idealmente así percibidas por los involucrados. En este sentido, cabría continuar interrogando el hecho de que el trabajo interdisciplinario, no estaría alcanzando satisfactoriamente una de las principales metas de la LNSM, a saber, que la internación sea lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios.

En su artículo 20º, la LNSM afirma que:

"...el recurso excepcional que configura la internación involuntaria, será responsabilidad del equipo de salud, el cual ha de evaluar si media el criterio para la misma: que exista una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros" (LNSM, 2010/2013).

Asimismo, en su artículo 23º, declara que:

"...el equipo de salud está obligado a transformar esta internación en voluntaria o brindar el alta, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16º, que, establece el cese de la internación cuando ya no exista la situación de riesgo cierto e inminente" (LNSM, 2010/2013).

En este sentido, cabe interrogar la implementación los lineamientos del PBALM y el PPISM, en cuanto a la reducción de los tiempos de internación, promoviendo

internaciones breves en *hospitales generales* como alternativa a la hospitalización prolongada en instituciones psiquiátricas tradicionales, así como *continuidad de cuidados menos invasivos y más integradores en la comunidad* (LNSM, 2010/2013).

Respecto de la atención comunitaria, el artículo 9° de la LNSM destaca *el derecho al acceso por cercanía, elección y preferencia de la persona* (LNSM, 2010/2013).

Para posibilitar que esto sea concretable, debiera implementarse el artículo 11° de la misma ley, que promueve disponer de:

"...una red de atención territorial, la cual debiera incluir servicios, dispositivos y prestaciones necesarios, tales como, dispositivos habitacionales y laborales con distintos niveles de apoyo, atención ambulatoria, articulación con redes intersectoriales y sociales, entre otros"(LNSM, 2010/2013).

Tal y como se desarrolló con anterioridad, el HIEN Cabred, a partir del 2020 ha consolidado e inaugurado dispositivos residenciales con diferentes niveles de apoyo dentro y fuera del hospital, así como ha fortalecido el servicio de atención ambulatoria de los consultorios externos. Sin embargo, de acuerdo a esta investigación, los trabajadores encuestados perciben que estos recursos alternativos a la internación aún no son suficientes.

En relación a esto, en su artículo 28°, la ley se anticipa otra dificultad más que también se corrobora en los resultados de la presente investigación:

"...para lograrse esta atención integrada y adecuada en cada jurisdicción, debe contarse con una política de inversión pública por parte de los ministerios involucrados" (LNSM, 2010/2013), lo cual abre un nuevo interrogante en relación a gestión y administración y financiamiento de recursos.

En otro orden, se relevó que no existe relación de dependencia entre el abordaje interdisciplinario y el componente no sanitario del proceso de internación en la red comunitaria.

La imprescindible articulación entre ambos, queda reflejado en el artículo 15° de la LNSM, el cual afirma que:

“...la internación en ningún caso puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe brindar respuesta” (LNSM, 2010/2013).

En contrapartida, en relación a los procesos terapéuticos, la dimensión *marco de derechos*, arroja que existe una correlación positiva fuerte y altamente significativa entre éste y los procesos terapéuticos en la internación. Esto sugiere un entorno hospitalario que respeta y promueve los derechos de las personas con padecimientos mentales, facilitando el éxito de los resultados terapéuticos.

En este punto, la comunicación clara sobre las estrategias terapéuticas propuestas es el aspecto mejor valorado, lo que indica una buena práctica en la información y consentimiento informado. Esto se condice con el artículo 7° de la LNSM:

“...las personas internadas, deben brindar su declaración de voluntad, por sí o por sus representantes legales, respecto de la información clara, adecuada y precisa brindada por parte del equipo interdisciplinario interviniente, respecto de las alternativas de tratamiento” (LNSM, 2010/2013).

Esto da cumplimiento asimismo al PBALM y PPISM en tanto promueven la participación activa de la persona con padecimientos mentales en las decisiones sobre su tratamiento y recuperación. Esto incluye el respeto por su autonomía y el derecho a recibir información clara y comprensible sobre su condición y el plan terapéutico.

Ahora bien, retomando la información relativa a la prolongación de las internaciones, cabe la pregunta acerca de si la comunicación sobre los derechos y el

consentimiento informado se sostienen y revisan periódicamente, en especial cuando las internaciones se extienden ante los déficits hallados en los procesos de externación.

En relación a otro ítem relativo al marco de derechos, la percepción del *derecho a recibir las prestaciones de servicios e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud*; es el aspecto más negativo reportado, lo que marca la necesidad de mejora en la disponibilidad y gestión de recursos.

Esto último no responde a lo estipulado por el artículo 7º de la LNSM que reconoce el derecho de las personas con padecimientos mentales a gozar:

"...acceso universal a recibir atención sanitaria gratuita, igualitaria y equitativa, así como a las prestaciones e insumos necesarios para su tratamiento y preservación de su salud" (LNSM, 2010/2013).

En conexión con esto, si bien dentro de la categoría "procesos de externación", sus *componentes sanitarios* obtuvieron un número significativo de respuestas positivas destacando la disponibilidad de recursos básicos, tales como el acceso a turnos con equipos interdisciplinarios de salud mental y psicofármacos; una de las estrategias centrales de los procesos de externación, la *georreferenciación*, revela una percepción negativa notable.

El hecho de que la persona sea georreferenciada a su comunidad, en términos de cercanía territorial y red de apoyos comunitarios, *facilita* la continuidad del tratamiento ambulatorio, su sostenimiento y consiguiente prevención de recaídas. *Facilita* asimismo la articulación intersectorial e interinstitucional por los ámbitos donde transcurre su vida.

En este sentido, la comunicación, la referencia-contrareferencia y las estrategias conjuntas entre el equipo hospitalario y los efectores de la red pertenencia de los individuos, forma parte esencial de los procesos de externación, en cumplimiento del artículo 8º de la LNSM, el cual, menciona específicamente que:

"...el tratamiento debe realizarse preferentemente en la comunidad donde la persona reside, favoreciendo su integración y evitando el aislamiento social" (LNSM, 2010/2013).

El PPISM afirma que esto implica avanzar en la consolidación de una red provincial de salud mental y consumos problemáticos; sin embargo, investigaciones del CELS añaden otros factores, que se condicen con otro de los hallazgos de esta investigación; dentro de los componentes sanitarios involucrados en los procesos de externación, se identifican áreas críticas tales como la *discriminación por motivos de discapacidad*. En consecuencia, las personas externadas no gozarían del acceso a derechos y prestaciones en iguales condiciones que las demás personas en el sistema de salud.

Los investigadores antes mencionados identifican que el fundamento primordial de la prolongación indefinida de la internación manicomial y la falta de acceso a derechos, está sujeta a la representación histórica de que la vida y todas las necesidades de las personas institucionalizadas, es responsabilidad unívoca del sistema de salud de manera *crónica*. De este modo:

"...el monovalente es representado como el encargado de cubrir de manera indefinida, todas las necesidades, incluso aquellas que se encuentran por fuera de sus competencias, como ser alojamiento, comida, el trabajo, la gestión de trámites de seguridad social, acciones judiciales vinculadas con la capacidad, entre otros" (CELS, 2015: 15).

Estos investigadores, hallaron que:

"Los profesionales vinculados procesos de externación reportaron prácticas de discriminación y segregación recibiendo el argumento de que la atención en salud para personas que están o estuvieron internadas en hospitales psiquiátricos les debe continuar siendo provista por dicha institución." (CELS, 2015: 51).

Se observó incluso entre los profesionales de la salud:

"...el prejuicio de no saber atender a una persona con un diagnóstico psiquiátrico, tras suponer que estas personas requieren un abordaje muy distinto al de cualquier otra persona"(CELS, 2015: 51).

Por todo lo antedicho, podría inferirse que, a pesar de contarse en cierta medida con los recursos necesarios para la externación de las personas con padecimientos mentales; en los ámbitos públicos existen *prácticas y prejuicios* que contribuirían a reconducir a las personas con discapacidad psicosocial hacia los monovalentes, obstaculizando la *georreferenciación* a la red comunitaria de salud de los mismos.

En relación a esto, el artículo 28° de la LNSM, siguiendo los términos de la ley 23.592, afirma que:

"...el rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, constituye un acto discriminatorio"(LNSM, 2010/2013).

Estos hallazgos ligados a la *discriminación de las personas con discapacidad en el sistema sanitario* reconducen a visibilizar, nuevamente, el valor de deconstruir la histórica ligazón de las problemáticas de salud mental con el neuropsiquiátrico, y hacer valer y funcionar otros efectores de la salud y sectores de la red territorial.

Las tensiones e interrogantes planteados hasta aquí, se refuerzan con otro resultado de la investigación: de la correlación entre *marco de derechos y procesos de externación*, surge la percepción de que los sujetos *no* acceden al sistema sanitario y sus prestaciones en iguales condiciones que las demás personas. Al respecto, el artículo 7° inc. i) de la LNSM, afirma que las personas con padecimientos mentales tienen derecho a:

"...no ser identificadas ni discriminadas por un padecimiento mental actual o pasado" (LNSM, 2010/2013)

En otro orden, respecto del *enfoque comunitario de los procesos terapéuticos*, las percepciones relevadas mostraron que la gestión de recursos y beneficios de esta índole para las personas con discapacidad y sus familias, durante el proceso de internación, resulta un facilitador altamente valorado, constituyendo herramientas de apoyo para una futura vida en la comunidad, a través de recursos tales como: el Certificado Único de Discapacidad, la pensión no contributiva o derivada; la cobertura de Incluir Salud, PAMI u otros; asignaciones familiares y otros.

Estas gestiones pudieron monitorearse en el marco del Programa Buenos Aires Libre de Manicomios, obteniéndose, por ejemplo, el dato de que la mayor parte de la población posee la "cobertura" del Programa Nacional Incluir Salud (Ex-Profe) (MONITOREO, 2022). Este dato posee relevancia, para interrogar si este recurso clave para la cobertura en salud y consiguiente sustentabilidad de las externaciones, funciona como como tal.

Como contrapartida, surge que otros pilares fundamentales para la inclusión comunitaria, a saber, la prestación de actividades de rehabilitación psicosocial, laborterapéuticas, ocupacionales y demás actividades promotoras de la autonomía, recibieron la mayor cantidad de respuestas negativas, subrayando áreas que requieren atención por parte de las estrategias institucionales.

Tal y como se mencionó en el apartado teórico, existe relación entre la institucionalización y la pérdida de capacidades. Es por ello que la normativa en materia de discapacidad reconoce la *rehabilitación* psicosocial, educativa, laboral y demás estrategias tendientes a fomentar la *autonomía*, como un derecho fundamental y requisito para la inclusión social de estas personas en condiciones dignas.

Como se dijo, la LNSM incluye la rehabilitación psicosocial como parte esencial del tratamiento y la recuperación de las personas con padecimientos mentales, definiéndola como el proceso destinado a restablecer, mejorar y mantener las habilidades y capacidades de las personas con padecimiento mental, con el objetivo de facilitar su integración social, laboral y comunitaria.

Asimismo, el PBLM y PPISM, promueven un enfoque terapéutico y rehabilitador, incluso durante la internación breve, en tanto se pretende no solo estabilizar a la persona internada, sino también prepararla para su reintegración a la comunidad y minimizar el impacto negativo de la internación en su vida cotidiana. Esto incluye programas de apoyo para la reintegración social y laboral de estos sujetos.

Sin embargo, en la formación de grado de los profesionales de la salud mental, aún persiste una formación eminentemente clínica e individual, carente de un enfoque de salud pública. Al respecto, un referente en la materia, Benedetto Saraceno, ironiza:

“la rehabilitación por su parte, es una especie de entretenimiento”(SARACENO, 2003).

En cuanto a los *componentes no sanitarios* involucrados en los procesos de externación, no se observa una correlación significativa entre éstos y los procesos terapéuticos en la internación.

Este déficit en la articulación, vuelve a abrir la pregunta acerca de los posibles factores implicados en la prolongación indebida de las internaciones, y la necesidad de la puesta en juego de facilitadores no sanitarios para su superación, garantizando el acceso:

“...al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social de las personas con padecimientos mentales, en igual condiciones que las demás personas, sin motivos discriminación por su situación de discapacidad”(LNSM, 2010/2013).

Los resultados de la presente investigación, arrojan que existen *dudas respecto de la igualdad de derechos* para la participación de las personas con padecimientos mentales en la vida social, cultural, recreativa y deportiva y Educación. Mientras que se percibe que no acceden en iguales condiciones que las demás personas al “Trabajo” y la “Vivienda”.

Aquí vuelve a abrirse la pregunta acerca de la situación de discriminación hacia las personas con discapacidad, esta vez en los sectores no sanitarios, co-responsables de contribuir con las políticas de desmanicomialización vigentes.

En su artículo 15° la LNSM afirma que:

“...cuando una persona se encuentra en condiciones de alta en salud mental, de existir problemáticas sociales o de vivienda que imposibilitaran la externación inmediata, el equipo interdisciplinario debe gestionar los recursos correspondientes” (LNSM, 2010/2013).

El Decreto 603/2013 de la ley, en su artículo 1º, asevera la creación de una Comisión Nacional Interministerial en políticas de salud mental y adicciones en el ámbito de la Jefatura de Gabinete. Cada Ministerio afectaría partidas presupuestarias propias para hacer frente a las acciones que le correspondan.

El acceso a la *vivienda* es uno de los aspectos percibidos como menos logrado.

Esto resulta problemático, ya que, como se dijo, la falta de alternativas sustentables de alojamiento diferentes a la internación en el manicomio, es un importante factor de prolongación de la misma. Pensar externaciones sustentables, implica ubicar el derecho a la vivienda como una de las condiciones materiales centrales.

En esta línea, el Plan Estratégico de Adecuación Institucional de HIEN Cabred, impulsó la creación viviendas asistidas con diversos grados de apoyos, dentro y fuera

de la institución, para proporcionar un entorno seguro y estable a las personas que lo requieran.

Además de servirse de Programas de Rehabilitación Asistida (PREA); se ha propuesto y ha logrado que grupos de personas sean externadas autofinanciando sus propios alquileres, siendo incluso formalizados como locatarios en los contratos, con los apoyos y ajustes razonables, tales como la garantía brindada por el Banco Provincia –lo cual constituye un efectivo ejemplo de articulación intersectorial-.

En relación a esto, también se fortalecieron estrategias de incentivo económico para el sostén de la vida en comunidad, a través de subsidios para la externación, como el de la Provincia de Buenos Aires (SUPEBA), o el subsidio por externación Ley 10.315 de las Curadurías Oficiales.

Sin embargo, estas estrategias no son consideradas aun suficientes, y las percepciones concomitantes convocan a pensar la incumbencia del sector no sanitario responsable de la vivienda.

Respecto de los facilitadores relativos al derecho al *trabajo*, también son percibidos como insuficientes.

Actualmente en HIEN Cabred se pueden identificar estrategias de apoyo para la reinserción de las personas en el sector laboral. Se encuentran vigentes cursos de formación ocupacional y laboral, así como se cuenta con el incentivo económico del *Programa Promover Trabajo* para aquellas personas internadas que se encuentren realizando actividades de rehabilitación e inclusión socio laboral: huerta, carpintería, panadería, entre otros.

Sin embargo, para que las externaciones resulten sustentables, es necesario que las personas puedan desarrollar y recuperar habilidades laborales que les posibiliten la inserción en empleos, con los apoyos y ajustes razonables que precisen,

contrarrestando la excesiva dependencia institucional que se fomentó durante la internación.

Este desafío requiere de la implicancia de los procesos terapéuticos rehabilitatorios, como así también, la participación de políticas públicas en materia de inclusión laboral de las personas con discapacidad.

Retomando la cuestión de la discriminación en el acceso a derechos por motivos de discapacidad, según la Ley 22.431/1981, el Estado estaría obligado a ocupar personas con discapacidad y a establecer reservas de puestos de trabajo a ser exclusivamente ocupados por ellas. Sin embargo, no se trata de cupos reservados específicamente para personas con padecimientos mentales, sino genéricamente para personas con discapacidad, lo cual reduce las posibilidades de inclusión de las personas externadas.

Llegado este punto, cabe interrogar la relación entre la insuficiencia anteriormente señalada en cuanto a los abordajes en rehabilitación psicosocial y laboral en los procesos de internación, y el déficit en la percepción del acceso al derecho al trabajo durante los procesos de externación.

Como puede inferirse, se abren preguntas interesantes y necesarias a la hora de profundizar en el análisis de la "variable externaciones sustentables", quedando clara la necesaria articulación entre los procesos de internación y los componentes sanitarios y no sanitarios en juego en los procesos de externación.

Ahora bien, la "variable sociodemográfica" investigada, también arroja resultados interesantes que se vinculan con lo anterior.

Uno de los hallazgos a problematizar es el relativo a la percepción de que los profesionales encuestados del HIEN Cabred, en su mayoría no poseen formación específica en salud mental comunitaria, siendo que, en promedio, la antigüedad de los

mismos en la institución y servicios de pertenencia, es anterior al lanzamiento PBALM y PPISM.

En contrapartida, se halla que la mayoría de ellos prestan servicios orientados a la comunidad: consultorios externos, guardias interdisciplinarias, casas asistidas en la comunidad; lo cual redobla la necesidad de formación específica en el modelo de atención comunitario en virtud de promover buenas prácticas en salud mental en dichos dispositivos abiertos a la sociedad.

En relación a la formación universitaria, el titular de la Cátedra Salud Pública y Salud Mental I, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Lic. Martín De Lellis, plantea:

"...la orientación hegemónica adoptada por las instituciones universitarias ha estado cooptada por el modelo clínico, lo cual no permite disponer de profesionales que reúnan las competencias acordes a un modelo de abordaje comunitario, con enfoque de derechos"(TRIMBOLI et. al, 2019:91)

En esta línea, la LNSM, en el artículo 33° de su Decreto Reglamentario, incumbe al Ministerio de Educación respecto de:

"...efectuar las pertinentes recomendaciones dirigidas a las universidades para adecuar los planes de estudio de formación de los profesionales de las disciplinas involucradas con la salud mental, desde una perspectiva interdisciplinaria y comunitaria basada en los principios de la atención primaria para la salud". (LNSM, 2010/2013).

Persiguiendo las metas del Plan de Adecuación en este aspecto formativo, el HIEN Cabred ha fortalecido su Servicio de Docencia e Investigación, así como erigió un Polo Educativo en un esfuerzo intersectorial conjunto con la escuela de Gobierno en Salud "Floreale Ferrara", ofreciendo actividades de construcción colectiva abierta a la comunidad, formación y actualización permanente de residentes, enfermeros, acompañantes terapéuticos, y demás personal profesional y técnico.

Como saldo de los hallazgos encontrados y preguntas formuladas, esta investigación puede llevar a la visibilización de la necesidad de promover una mayor formación específica en salud mental comunitaria entre los trabajadores, tanto del sector sanitario como no sanitario y la población en general, en el camino hacia el logro de externaciones sustentables que permitan el goce de derechos sin motivos de discriminación por discapacidad, lo cual constituye una responsabilidad de la sociedad en su conjunto.

7. Conclusiones.

- La muestra está compuesta mayormente por mujeres psicólogas de mediana edad, con una antigüedad laboral previa al PBALM 2020 y PPISM 2022-2027; sin embargo, sin embargo, poseen escasa formación en salud mental comunitaria, a pesar de que prestan mayormente servicios orientados a la comunidad, como consultorios externos y viviendas asistidas.
- Los profesionales perciben un buen trabajo interdisciplinario, llevada a cabo por profesionales competentes, aunque consideran que no logran cumplir con la directriz fundamental de que las internaciones sean breves y utilizadas como última opción.
- La percepción de derechos en el hospital es buena, hay respeto por la singularidad y se comunica adecuadamente la información a las personas asistidas respecto de sus alternativas de tratamiento y consentimiento informado; pero hay deficiencias en la prestación de servicios.
- La percepción global de los procesos terapéuticos en la internación es positiva.
- El componente sanitario en la externación es visto como positivo por su acceso a recursos básicos; aunque hay carencias en la continuidad de cuidados

ambulatorios, y dispositivos habitacionales y laborales con apoyos, así como la georreferenciación a redes territoriales. Es por ello que la percepción del componente sanitario es regular.

- El componente no sanitario muestra acceso a la Seguridad Social, pero hay dudas sobre el acceso al trabajo, vivienda y actividades sociales. La percepción del componente no sanitario es regular.
- La percepción general de la externación resulta regular.
- Se confirma la hipótesis H1: la percepción de los procesos terapéuticos se relaciona de cierta medida con la percepción de procesos de externación en la red comunitaria.
- Se encontró una débil relación entre el abordaje interdisciplinario y el componente no sanitario de la externación.

8. Recomendaciones

Se posee la expectativa de que las conclusiones y debate abierto por la presente tesis, contribuyan a visibilizar la necesidad de continuar profundizando la búsqueda e implementación de facilitadores para alcanzar procesos de desmanicomialización, tanto entre los trabajadores encuestados en HIEN Cabred, como así también de trabajadores asistenciales y cargos de gestión de demás instituciones y áreas involucradas en las políticas de salud, desde una co-responsabilidad intersectorial.

Cabe aclarar que, sería acertado profundizar esta investigación, ampliando la muestra y el período de estudio, así como aumentando la robustez de los hallazgos e incorporando datos longitudinales que permitan seguir la evolución de las percepciones y los resultados terapéuticos y de externación en la red comunitaria.

Dicho esto, se pretende aportar posibles recomendaciones desde los hallazgos hasta aquí expuestos, sin ánimo de dejar de sostener tensiones, problemas, preguntas y arriesgar posibles nuevas líneas investigativas en materia de salud mental y derechos humanos.

En cuanto a los resultados obtenidos, el enfoque de derechos de los procesos terapéuticos en HIEN Cabred, es percibido como positivo; sin embargo, surgió que existen problemas considerables en relación a la implementación de estrategias interdisciplinarias que eviten la *prolongación indebida de las internaciones*, lo cual constituye un desafío clave a superar, y sobre el cual se han revelado diversas cuestiones que podrían encontrarse asociadas.

Una de ellas, evaluar si en dichas internaciones prolongadas se sostiene el criterio de *riesgo cierto y /o inminente para sí o para terceros* estipulado por la LNSM para el sostenimiento de una internación. O bien, si su prolongación responde al *déficit de acceso a recursos sanitarios* tales como salas de internación en hospitales generales o falta de alternativas en dispositivos de atención territoriales. Asimismo, analizar el lugar de la propuesta terapéutica y la actualización del consentimiento informado cuando la misma se extiende.

La percepción de los trabajadores de HIEN Cabred, arroja que las dificultades en los procesos de externación, no se focalizarían tanto en un problema en el acceso a turnos con equipos interdisciplinarios y psicofármacos en las jurisdicciones de referencia, sino más bien a obstáculos relativos a los procesos de *georreferenciación* de la atención.

En este punto, surge la recomendación de investigar la comunicación, viabilidad de establecimiento de estrategias conjuntas y respuestas que brinda la red sanitaria al momento de recibir las propuestas de derivación de personas internadas en el monovalente, hacia dispositivos de continuidad de cuidados ambulatorios.

La discusión desarrollada, sugiere que, entre los profesionales de la salud de la red comunitaria, podría existir cierto grado rechazo de la atención a personas con antecedentes de internación monovalente.

Otro observable en relación a situaciones de *discriminación*, se ha planteado en cuanto a la falta de acceso de las personas con discapacidad a los *componentes no sanitarios*, fundamentalmente el trabajo y la vivienda, pero también en relación al acceso a la educación, vida social, cultural, recreativa y deportiva. Este postulado lleva a plantear necesidad de que se profundicen estrategias tendientes a la implicación de todos los sectores de la sociedad en la salud mental de las personas que la conforman.

Por tratarse de una cuestión de trascendencia en materia de derechos humanos, estos hallazgos conducen a analizar el compromiso del Estado, en el sentido de acompañar a través de políticas públicas acciones en materia de lucha contra la discriminación y estigma, entendiendo que aún sobreviven vestigios de las concepciones históricas sobre la locura y sus instituciones, incluso entre los trabajadores mismos de la salud.

Esto último se anuda con la percepción de la necesidad de mejorar la prestación de servicios, visibilizándose la necesidad de fomentar dentro de los procesos terapéuticos y de externación, *estrategias de rehabilitación psicosocial, laboral, ocupacional, y demás actividades promotoras de la autonomía* a contramarcha de los abordajes asistencialistas que plantea el modelo médico hegemónico.

En este aspecto, la presente tesis ha dejado en evidencia que la mayoría de los profesionales involucrados en los procesos de externación, percibe no *poseer formación específica en salud mental comunitaria*. De este hallazgo, se desprende la pertinencia de fomentar mayor oferta de actividades de capacitación y formación permanente en estos lineamientos, incluyendo el abordaje de problemáticas actuales relativas al envejecimiento poblacional y el aumento de consumos problemáticos.

Favorecer el *desplazamiento del modelo de atención hacia los principios de la salud mental comunitaria*, constituye uno de los claros retos a continuar profundizando desde el diseño, planificación e implementación de políticas públicas, a partir de las cuales sería deseable que, planes, programas y estrategias, inspiren acciones que se traduzcan en facilitadores concretos de los procesos tendientes a la desmanicomialización y restitución de derechos de las personas con padecimientos mentales.

Pero es necesario aclarar que la salud mental de la sociedad implica una corresponsabilidad de todos los ciudadanos y sus instituciones. Por ello, a modo de cierre, se retoman las palabras de Leonardo Gorbacz, propulsor de la LNSM 26.657 en Argentina, evocando el rol de la participación social en estos procesos de construcción colectiva:

"La ley 26657 no garantiza ni promete, per se, ningún resultado. Somos nosotros, como trabajadores de la salud mental y como ciudadanos comprometidos, los que podemos hacer algo con ella"

(TRIMBOLI et al., 2019:54).

8. Bibliografía.

Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio*. Buenos Aires: Topía.

Albornoz, H. (2006). *Cabred: el sistema de puertas abiertas*. Buenos Aires: MIMEO.

Argentina. (1908). *Asilo Colonia Regional de Retardados: Discurso pronunciado por el Dr. Domingo Cabred, Presidente de la Comisión de Asilos y Hospitales Regionales, con motivo de la colocación de la piedra fundacional del establecimiento*. Buenos Aires: Imprenta del Hospicio de las Mercedes.

Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Secretaría de Derechos Humanos. (2014). *La capacidad jurídica de las personas con discapacidad* (A. Del Grosso, Coord.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos. <https://isbn.peru.gob.pe/E-Book ISBN 978-987-1407-61-3>.

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2015). *Objetivos de desarrollo sostenible*. Nueva York: Naciones Unidas.

Basaglia, F. (1979). *La condena de ser pobre y loco: alternativas al manicomio*. Buenos Aires: Topía Editorial.

Bruno, M. F., & Gabay, P. (2003). *Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves*. Editorial Polemos.

Buenos Aires (Provincia). Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias de Género. (2020). *Programa Buenos Aires Libre de Manicomios (PBALM): Programa de apoyo a los procesos de externación*

sustentable destinado a las personas institucionalizadas en los hospitales neuropsiquiátricos de la Provincia de Buenos Aires (Anexo EX-2020-28433736-GDEBA-SSSMCPYVGMSALGP). Recuperado de [\[https://www.gba.gob.ar/salud/programa-buenos-aires-libre-de-manicomios\]](https://www.gba.gob.ar/salud/programa-buenos-aires-libre-de-manicomios)(<https://www.gba.gob.ar/salud/programa-buenos-aires-libre-de-manicomios>)

Buenos Aires (Provincia). Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias de Género. (2020). *Plan de Adecuación HIEN Cabred (PAHIENC)*. Recuperado de [\[https://www.gba.gob.ar/salud/plan-de-adequacion-hien-cabred\]](https://www.gba.gob.ar/salud/plan-de-adequacion-hien-cabred)(<https://www.gba.gob.ar/salud/plan-de-adequacion-hien-cabred>)

Buenos Aires (Provincia). Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública. (2021). *Monitoreo de los procesos de atención y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la Provincia de Buenos Aires: Informe año 2021*. La Plata: Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública. Recuperado de [\[https://www.gba.gob.ar/salud/informe-monitoreo-2021\]](https://www.gba.gob.ar/salud/informe-monitoreo-2021)(<https://www.gba.gob.ar/salud/informe-monitoreo-2021>)

Buenos Aires (Provincia). Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud Pública. (2022). *Monitoreo de los procesos de atención y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la Provincia de Buenos Aires: Segundo informe año 2022*. La Plata: Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y

Violencias en el Ámbito de la Salud Pública. Recuperado de
[[https://www.gba.gob.ar/salud/informe-monitoreo-](https://www.gba.gob.ar/salud/informe-monitoreo-2022)
2022](<https://www.gba.gob.ar/salud/informe-monitoreo-2022>)

Buenos Aires (Provincia). Ministerio de Salud. (2022). *Plan Provincial Integral de Salud Mental: Hacia un sistema solidario e integrado de salud 2022-2027*. *. Recuperado de [[https://www.gba.gob.ar/salud/plan-provincial-integral-salud-](https://www.gba.gob.ar/salud/plan-provincial-integral-salud-mental)
mental](<https://www.gba.gob.ar/salud/plan-provincial-integral-salud-mental>)

Cabred, D. (1899). *Discurso inaugural de la Colonia Nacional de Alienados*.

Cabred, D. (1908). *Discurso inaugural con motivo de la colocación de la piedra fundacional en la Colonia Asilo Regional de Retardados*. Colonia Nacional Montes de Oca. *Memoria Médico Administrativa*. Torres.

Cabred, D. (1904). Discurso inaugural de la Colonia Nacional de Alienados. *Revista Argentina de Psiquiatría Vertex*, II (3), 1-8.

Cáceres, C., Druetta, I., Hartfiel, M., & Riva Roure, M. R. (2009). El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *Vertex: Revista Argentina de Psiquiatría*, 20, 299-307. <https://doi.org/10.29245/1851463X.VXX.N87.217>

CELS. (2007). *Vidas arrasadas: La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos*. Centro de Estudios Legales y Sociales.

CELS. (2015). *Cruzar el muro: Desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. Centro de Estudios Legales y Sociales. Investigación por M. Sabin Paz, R. M. Díaz Jiménez, S. Ribeiro Mieres, L. Giglia, A. S. Soberón Rebasa, V. M. Rodríguez, & L. Salerno.

- Cohen, H. (2019). Salud mental: ¿Por qué la desmanicomialización? En *El fin del manicomio* (Trimboli, dir. y cols.). Noveduc.
- Comisión Provincial por la Memoria (CPM). (2023). *Resumen Informe Anual 2023: El sistema de la crueldad XVII: Sobre lugares de encierro, políticas de seguridad, salud mental y niñez en la provincia de Buenos Aires*. Recuperado de https://comisionporlamemoria.org/Revista_final_web_2023.pdf
- Consenso de Panamá. (2010). La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
- Díaz-Posada, L. E., & Rodríguez-Burgos, L. P. (2016). Conociendo realidades, transformando paradigmas y aportando elementos para la práctica. *Zona Próxima*, 24, 43-60. <https://doi.org/10.14482/zp.24.85346806005>
- Falcone, R. (2011). *Genealogía de la locura*. Letra Viva.
- Falcone, R. (2012). *Breve historia de las instituciones psiquiátricas en Argentina: Del hospital cerrado al hospital abierto*.
- Faraone, S., Valero, A., Bianchi, E., Mantilla, J., & Tamburrino, C. (1983). *El proceso de desinstitucionalización en salud mental: Aportes conceptuales para el análisis de las experiencias en Argentina desarrolladas a partir de la apertura democrática*. En *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires*. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 1999.

- Foucault, M. (1961). *Historia de la locura en la época clásica, Tomo 1*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1964). *Historia de la locura en la época clásica I y II*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1972). *La institución negada: Informe de un hospital psiquiátrico*. Barral Editores.
- Foucault, M. (1990). *La vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (2003). *La verdad y las formas jurídicas*. Barcelona: Gedisa.
- Frankel, D., et al. (2006). *Plan estratégico Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Cabred*. Buenos Aires: Nueva Librería.
- Funk, M., Faydi, E., Drew, N., & Minoletti, A. (2009). Organización de los modelos de salud mental: El modelo comunitario de salud mental. En Rodríguez, J. (Ed.), *Salud mental en la comunidad*. Washington: OPS.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Paidós.
- Goffman, E. (1961). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gorbacz, L. (2019). Determinantes en salud mental. En A. Trimboli (Dir.), *El fin del manicomio* (Cap. 3). Noveduc.
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.

Iaconopi, L. (1996). El hospital Cabred y el método Open Door. Ponencia en las Jornadas Científicas "Asistencia y Rehabilitación de personas con trastornos en su salud mental", Colonia Domingo Cabred, Luján, Buenos Aires.

Iaconopi, L. (1999). El Hospital Interzonal Colonia Dr. Domingo Cabred y el método Open Door. Alcmeón, 7(28). Recuperado de http://www.alcmeon.com.ar/7/28/alc28_03.htm

Iglesias, M. G. (2019). Ley de salud mental en el marco de la observación y el cuidado de los derechos humanos. En A. Trimboli (Dir.), *El fin del manicomio* (Cap. 18). Noveduc.

Ingenieros, J. (1919). *La locura en la Argentina* (1ra ed.). Buenos Aires: Cooperativa Editorial Limitada. En *Obras completas de José Ingenieros* (Vol. 12). Buenos Aires: Elmer Editor, 1957.

Kraut, A. (2019). La internación como derecho en el sistema legal argentino. En A. Trimboli (Dir.), *El fin del manicomio* (Cap. 17). Noveduc.

Laufer Cabrera, M. (2019). Derechos humanos de las personas con discapacidad psicosocial: Nuevos estándares para la defensa pública en salud mental. En A. Trimboli (Dir.), *El fin del manicomio* (Cap. 16). Noveduc.

Malamud, M. (1972). Domingo Cabred: Crónica de una vida consagrada a luchar por la atención médica-social de los argentinos. Ministerio de Cultura y Educación, Ediciones Culturales Argentinas.

Meléndez, L., & Coni, E. (1879). Estudio estadístico sobre la locura en Buenos Aires. *Revista Médico-Quirúrgica*, 16, 451-459.

Meléndez, L. Memorias del Director del Hospicio de las Mercedes a la Corporación Municipal. Archivo de la Facultad de Medicina, Biblioteca de Graduados.

Montanari, A. (1991). El salvaje del Aveyron: Psiquiatría y pedagogía en el iluminismo tardío. Buenos Aires: CEAL.

Morin, E. (2011). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona: Gedisa.

Ley N° 22.431. (1981). Sistema de protección integral de los discapacitados. Poder Ejecutivo Nacional. Recuperado de:
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22431-20620/actualizacion>.

Ley Nacional N° 22.914. (1983). Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos. Recuperado de:
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22914-15795>

Ley Provincial N° 2.440. (1991). Provincia de Río Negro.

Ley Provincial N° 10.772. (1991). Santa Fe, reglamentada en 2007.

Ley Nacional N° 24.901. (1997). Sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad. Recuperado de:
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24901-43548>

Ley Nacional N° 26.529. (2009). Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud. Recuperado de:
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-145389>

Ley de Salud Mental N° 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. (2010). Decreto reglamentario 603/2013.

Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-181786>

Ley de Salud Mental N° 14.580. (2013). Derecho a la protección de la salud mental. Provincia de Buenos Aires.

Ley N° 26.994. Código Civil y Comercial de la Nación. (2015). Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26994-235102>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1965). Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial. Recuperado de <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial-discrimination>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1976). Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). Recuperado de <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1976). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Recuperado de <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1979). Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. Recuperado de <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1984). Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Recuperado de <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-against-torture-and-other-cruel-inhuman-or-degrading-treatment>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado de <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). Metas para el Desarrollo Sostenible (ODS). Recuperado de <https://sdgs.un.org/goals>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/about/governance/constitution>

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). (1978). Declaración de Alma-Ata. Recuperado de https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). (1990). Declaración de Caracas. Recuperado de <https://www.paho.org/en/documents/declaration-caracas>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Informe de la salud en el mundo. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2001/en/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). Invertir en salud mental. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42831>

Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS). (2005). Principios de Brasilia. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/principios-brasil>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care: A global perspective. Suiza: OMS/WONCA.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). Consenso de Panamá. Recuperado de <https://www.paho.org/en/documents/panama-consensus>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). Informe de la salud mundial. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2011/en/>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). Salud mental. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health>.

Palacios, A. (2008). El modelo social de la discapacidad: Orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. CERMI, Madrid. Recuperado de <https://www.cermi.es/es/actualidad/novedades/el-modelo-social-de-la-discapacidad-origenes-caracterizacion-y-plasmacion-en>

- Pellegrini, L. (2009). El proceso de transformación institucional del Hospital Psiquiátrico de San Luis. *Vertex*, 88, Revista Argentina de Psiquiatría, 20, 432–439.
- Ramos Mejía, J. (1956). *Las multitudes argentinas*. Buenos Aires: Editorial Tor.
- Resolución 3250/2019. (2019). Adecuación de las instituciones monovalentes. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolucion-3250-2019-336792>
- Rossetto, J., & De Lellis, M. (2009). Cien años después: Transformaciones de una institución asilar en la República Argentina. *EA Journal*, 1(1), ISSN 1852-4680.
- Rossetto, J., & De Lellis, M. (2007). El proceso de reforma en una institución asilar: La experiencia de tres años de gestión en la colonia nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca". *Confrontaciones*. *Vertex*, 18, 225–238.
- Rossetto, J. (2009). Del manicomio a la comunidad: El proceso de reforma de la Colonia Nacional "Dr. Manuel A. Montes de Oca". *Vertex*, 20(88), 64.
- Saraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos: De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Pax.
- Silva, C., De Pensa, L., Batalla, M., & Pedra, M. (2019). La variable interdisciplinar en los procesos de externación sustentable para el campo de la salud mental. Una aproximación descriptiva en contextos de vulnerabilidad social. *Fronteras*, 13, 83–87.
- Somoza, M., De Lellis, M., Keena, C., & Rossetto, J. (2017). Calidad de vida en usuarios de dispositivos residenciales comunitarios en salud mental. *Investigaciones en Psicología*, 22(1), 79–88. ISSN 0329-5893.

- Stagnaro, J. C. (2009). Transformaciones en la atención en salud mental. *Vertex*, 20(88), 428–431.
- Stolkiner, A. (1987). De interdisciplinas e indisciplina. En N. Elichiry (Coord.), *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio* (pp. 313–315). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Stolkiner, A. (2000). Salud mental: Aspectos históricos, conceptuales y técnicos. En *Salud pública y salud mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. En H. Lerner (Coord.), *Los sufrimientos* (pp. 211–239). Buenos Aires: Psicolibro.
- Vainer, A. (2019). La salud mental en la Argentina: Memorias y luchas. En A. Trimboli (Dir.), *El fin del manicomio* (Cap. 2). Noveduc. Recuperado de <https://www.noveduc.com>

10. Anexos

ANEXO I - Instrumento de Recolección de Datos (Piloto) y Cuestionario Muestral con Consentimiento Informado.

9/9/24, 9:56 p.m.

LIC FAERMAN - CUESTIONARIO PILOTO DE OPINIÓN

LIC FAERMAN - CUESTIONARIO PILOTO DE OPINIÓN

Título del estudio: **Percepción de aspectos facilitadores de procesos terapéuticos en la internación en relación a procesos de externación sustentable en la red comunitaria.Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Cabred"2024.**

Apellido y nombre Investigador Principal: Lic. Patricia Faerman

Nombre y Apellido de la Institución Formativa y Director de Tesis:Universidad Isalud.

Profesor Director Tesis: Mgter Dr. Juan Celestino Valdés Rojas.

Sitio donde se realizará el estudio: Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Cabred".

INSTRUCCIONES

Se trata de un cuestionario CONFIDENCIAL y ANÓNIMO. Toda la información será analizada por personal técnico sujeto al mantenimiento del secreto profesional y utilizada exclusivamente para los fines descritos. En el informe de resultados no podrán ser identificadas las respuestas de ninguna persona de forma individualizada.

Su contestación es INDIVIDUAL. Por ello, le pedimos que responda sinceramente a cada una de las preguntas sin previa consulta ni debate con nadie y que siga las instrucciones de cada pregunta para responder.

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Estimado participante, soy alumno de la MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL de la Universidad ISALUD. Como parte de los requisitos para mi tesis de Maestría, se llevará a cabo esta investigación, la misma trata de: **Percepción de aspectos facilitadores de procesos terapéuticos en la internación en relación a procesos de externación sustentable en la red comunitaria.Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico "Dr. Domingo Cabred"2024.**

El objetivo del cuestionario es: Identificar la percepción de aspectos facilitadores de procesos terapéuticos en la internación en relación a procesos de externación sustentable en la red comunitaria. Hospital Interzonal Especializado Neuropsiquiátrico. "Dr. Domingo Cabred". 2024

Usted ha sido seleccionado una vez que reciba el mismo para realizar esta investigación el siguiente cuestionario, la información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad, y su fuente de información personal no será ni solicitada ni expuesta ya que se usará la plataforma de google forms, donde no se revele ningún dato personal suyo. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. El estudio no conlleva ningún riesgo, ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales, estarán disponibles si desea solicitarlos.

https://docs.google.com/forms/d/1MZFDrGd6TqntQIVajKMRpIQ7_njNNzkitVRfXRlI2Tg/edit

1/14

Por tanto, he leído el procedimiento descrito arriba y la investigadora me ha explicado el estudio y a continuación procedo a contestar las preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en él.

** Indica que la pregunta es obligatoria*

CUESTIONARIO CUANTITATIVO

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Datos personales y académicos:

1. Pregunta a). Edad en años *

2. Pregunta b). Género *

Marca solo un óvalo.

- ☐ M
- ☐ F
- ☐ No binario
- ☐ Otro

3. Pregunta c). Profesión: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Psicólogo/a
- ☐ Médico/a Psiquiatra
- ☐ Trabajador/a Social
- ☐ Médico/a en formación de Psiquiatría.

4. **Pregunta d).** ¿Formación específica en salud mental comunitaria? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Sí
- ☐ No

En el marco del HIEN Cabred:

5. **Pregunta e).** Cargo/ función: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Asistencial.
- ☐ Rehabilitación
- ☐ Coordinación
- ☐ Jefatura
- ☐ Residente
- ☐ Más de una opción.

6. **Pregunta e.1).** ¿Diga cuáles?:

7. **Pregunta f).** ¿Diga en que servicio desarrolla sus funciones actualmente? *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Internación de Terapia Corto Plazo (pabellón 8)
- ☐ Internación de Terapia Largo Plazo (pabellones 2 y 11)
- ☐ Geriátricos Institucionales (pabellones 14 y 15)
- ☐ Viviendas asistidas institucionales (casas, PREA y hostales)
- ☐ SEAT (Servicio de Evaluación, Atención y Tratamiento).
- ☐ Viviendas asistidas comunitarios (casas, PREA y geriátrico)
- ☐ Guardia Interdisciplinaria de Salud Mental.
- ☐ Consultorios Externos.
- ☐ Más de una opción

8. **Pregunta f.1.** Si respondió más de una opción. ¿Diga cuáles?

9. **Pregunta g).** Relación contractual: *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Planta Transitoria
- ☐ Planta Permanente
- ☐ Becario
- ☐ Contratado

10. **Pregunta h).** Antigüedad en el servicio en años: *

11. **Pregunta i).** Antigüedad en el hospital en años: *

II. PROCESOS TERAPÉUTICOS EN LA INTERNACIÓN.

Responda

desde su perspectiva, de acuerdo a su experiencia en HIEN Cabred:

Sobre facilitadores relativos al ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO

Responda las próximas preguntas utilizando los siguientes criterios:

Totalmente de acuerdo - De acuerdo - Ni de acuerdo ni en desacuerdo - En desacuerdo - En total desacuerdo

12. **Pregunta N° 1.** Los procesos de evaluación, diagnóstico y tratamiento; se realizan de manera integral, considerando los múltiples atravesamientos de la realidad compleja que presentan las personas con padecimientos mentales. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
- ☐ De acuerdo.
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- ☐ En desacuerdo.
- ☐ En total desacuerdo.

13. **Pregunta N° 2.** Los equipos tratantes están conformados por dos o más profesionales competentes, de distintas disciplinas, que articulan estrategias interdisciplinarias. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
- ☐ De acuerdo.
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- ☐ En desacuerdo.
- ☐ En total desacuerdo.

14. **Pregunta N° 3.** Los integrantes de los equipos poseen una orientación profesional compatible con los principios de la salud mental comunitaria. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
- ☐ De acuerdo.
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- ☐ En desacuerdo.
- ☐ En total desacuerdo.

15. **Pregunta N° 4.** Las internaciones son de carácter breve e implementadas como última alternativa terapéutica, cuando se han agotado otras estrategias comunitarias. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
- ☐ De acuerdo.
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- ☐ En desacuerdo.
- ☐ En total desacuerdo.

Sobre facilitadores relativos al MARCO DE DERECHOS

16. **Pregunta N° 5.** Se garantiza la protección y restitución de derechos de las personas asistidas. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
- ☐ De acuerdo.
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- ☐ En desacuerdo.
- ☐ En total desacuerdo.

17. **Pregunta N° 6.** Se promueve el acceso universal a la atención en salud mental de modo gratuito, igualitario y equitativo. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
- ☐ De acuerdo.
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- ☐ En desacuerdo.
- ☐ En total desacuerdo.

18. **Pregunta N° 7.** Se brindan las prestaciones necesarias de servicios e insumos, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
- ☐ De acuerdo.
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- ☐ En desacuerdo.
- ☐ En total desacuerdo.

19. **Pregunta N° 8.** Existe respeto por la singularidad y por las pertenencias étnicas, culturales, religiosas, de género, sexuales y otras identidades colectivas. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
- ☐ De acuerdo.
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- ☐ En desacuerdo.
- ☐ En total desacuerdo.

20. **Pregunta N° 9.** Se parte de la presunción de la capacidad de todas las personas. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
- ☐ De acuerdo.
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- ☐ En desacuerdo.
- ☐ En total desacuerdo.

21. **Pregunta N° 10.** Se comunica a las personas asistidas o sus representantes legales; información clara acerca de las estrategias terapéuticas propuestas, a los efectos de que puedan decidir sobre su consentimiento informado. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
- ☐ De acuerdo.
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- ☐ En desacuerdo.
- ☐ En total desacuerdo.

Sobre facilitadores relativos al ENFOQUE COMUNITARIO

22. **Pregunta N° 11.** Se realiza la evaluación y relevo de información personal, socio familiar, ambiental, de vivienda y de redes comunitarias. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
☐ De acuerdo.
☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
☐ En desacuerdo.
☐ En total desacuerdo.

23. **Pregunta N° 12.** Se fomentan los vínculos sociales, familiares y afectivos a través de la planificación de eventos, encuentros, salidas, visitas, llamados, etc. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
☐ De acuerdo.
☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
☐ En desacuerdo.
☐ En total desacuerdo.

24. **Pregunta N° 13.** Se realizan actividades de rehabilitación psicosocial, laborterapéuticas, ocupacionales y se elaboran sistemas de apoyos tendientes al desarrollo del máximo potencial posible de autonomía. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
☐ De acuerdo.
☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
☐ En desacuerdo.
☐ En total desacuerdo.

25. **Pregunta N° 14.** Se gestionan recursos y beneficios orientados a las personas ^{*} con padecimientos mentales y discapacidad, y sus familias (Certificado Único de Discapacidad; Pensión No Contributiva; PROFE, PAMI u otros; asignaciones familiares; etc.).

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
- ☐ De acuerdo.
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- ☐ En desacuerdo.
- ☐ En total desacuerdo.

26. **Pregunta N° 15.** Se logra comunicación y se acuerdan estrategias de georreferenciación con la red de atención comunitaria de pertenencia. ^{*}

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
- ☐ De acuerdo.
- ☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- ☐ En desacuerdo.
- ☐ En total desacuerdo.

III. PROCESOS DE EXTERNACIÓN EN LA RED COMUNITARIA.

Responda según su perspectiva de ocurrencia de este cuestionario en la institución.

Sobre COMPONENTE SANITARIO.

Responda desde su perspectiva, en relación a las Redes Territoriales de Salud Integral:

27. **Pregunta N° 16.** Brinda los recursos necesarios para el goce del más alto nivel posible de salud integral sin discriminación por motivos de discapacidad. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
☐ De acuerdo.
☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
☐ En desacuerdo.
☐ En total desacuerdo.

28. **Pregunta N° 17.** Cuenta con dispositivos de atención ambulatoria de salud mental y consumos problemáticos *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
☐ De acuerdo.
☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
☐ En desacuerdo.
☐ En total desacuerdo.

29. **Pregunta N° 18.** Disponen de dispositivos de rehabilitación psicosocial, ocupacional, laboral *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
☐ De acuerdo.
☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
☐ En desacuerdo.
☐ En total desacuerdo.

30. **Pregunta N° 19.** Cuentan con equipos técnicos y profesionales interdisciplinarios y especializados en salud mental. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
☐ De acuerdo.
☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
☐ En desacuerdo.
☐ En total desacuerdo.

31. **Pregunta N° 20.** Cuenta con recursos básicos para la continuidad de cuidados tales como el acceso y disponibilidad de psicofármacos y turnos con el equipo de salud mental. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
☐ De acuerdo.
☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
☐ En desacuerdo.
☐ En total desacuerdo.

32. **Pregunta N° 21.** Se logra concretar la georreferenciación para la continuidad de cuidados ambulatoria en salud mental en la red territorial de pertenencia. *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Totalmente de acuerdo.
☐ De acuerdo.
☐ Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
☐ En desacuerdo.
☐ En total desacuerdo.

Sobre COMPONENTES NO SANITARIOS.

Responda de acuerdo a su experiencia en HIEN Cabred, si las personas externadas pueden acceder en iguales condiciones que las demás personas a:

Siempre - Casi siempre - Indiferente - Casi nunca - Nunca

33. Pregunta N° 22. Vivienda *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Siempre.
- ☐ Casi siempre.
- ☐ Indiferente
- ☐ Casi nunca.
- ☐ Nunca

34. Pregunta N° 23. Educación *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Siempre.
- ☐ Casi siempre.
- ☐ Indiferente
- ☐ Casi nunca.
- ☐ Nunca

35. Pregunta N° 24. Trabajo *

Marca solo un óvalo.

- ☐ Siempre.
- ☐ Casi siempre.
- ☐ Indiferente
- ☐ Casi nunca.
- ☐ Nunca

36. **Pregunta N° 25. Seguridad social ***

Marca solo un óvalo.

- ☐ Siempre.
- ☐ Casi siempre.
- ☐ Indiferente
- ☐ Casi nunca.
- ☐ Nunca

37. **Pregunta N° 26. Vida Social, Cultural, Recreativa y Deportiva. ***

Marca solo un óvalo.

- ☐ Siempre.
- ☐ Casi siempre.
- ☐ Indiferente
- ☐ Casi nunca.
- ☐ Nunca

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

ANEXO II – BASE DE DATOS

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26
1	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	2	5	2	3	4	5	2	2	2	2	5	2
2	4	5	5	5	3	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	4	3	3	4	3	4
3	4	4	3	4	4	3	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	2	4	3	3	4	3	2	4	4
4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4
5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	3	5	4	4	4	4	2	2	4	2	4	3
6	1	5	3	5	1	1	2	2	3	2	1	3	1	4	1	1	2	1	5	3	1	1	1	1	1	1
7	4	4	2	2	4	4	4	4	4	3	3	4	4	5	3	4	4	4	4	4	3	2	4	2	5	5
8	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4	5	4	2	2	2	4	4
9	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	3
10	4	4	3	5	4	5	5	3	5	5	5	4	3	5	4	2	4	3	3	2	3	4	2	2	4	2
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4
12	5	5	3	4	4	5	3	3	4	4	5	5	3	5	4	2	2	1	2	1	2	2	2	3	2	2
13	4	4	2	3	5	2	2	4	4	5	3	4	4	5	4	2	3	3	3	3	3	4	4	2	4	4
14	4	5	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	1	2	4
15	4	5	3	4	4	5	4	3	4	5	3	4	4	5	4	3	2	4	5	5	3	4	3	3	3	4
16	5	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	2	3	3	3	3	3	3	5	2	2	4
17	4	4	5	4	5	5	4	5	5	5	4	5	4	4	5	4	4	3	3	4	5	2	4	2	2	2
18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
19	3	5	3	4	4	5	3	4	4	4	3	5	4	5	4	3	3	4	4	4	4	5	3	3	3	3
20	4	4	4	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	3	3	4	4	3	4	4	4	3	3
21	2	4	1	2	4	4	2	5	3	3	4	2	2	4	3	3	2	2	5	2	2	2	3	1	3	1
22	3	5	3	4	3	5	3	4	4	3	4	3	4	4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	4	3
23	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4	2	2	4	3	4	4	2	2	2
24	5	5	5	2	2	2	2	5	5	4	5	5	1	5	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3
25	2	3	3	2	3	4	3	4	3	2	3	3	2	4	4	2	2	4	4	4	3	2	2	2	2	2
26	3	2	3	1	3	3	3	2	2	1	3	4	4	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	3	3	4
27	4	4	3	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	3	3	2	3	4	2	2	3	3	2	3	3
28	2	2	3	2	3	5	3	4	4	3	4	2	3	4	3	2	2	2	3	4	2	2	2	1	2	1
29	3	3	4	4	4	3	3	5	4	4	4	4	2	5	3	3	4	3	4	4	2	2	2	2	2	2
30	4	4	3	3	4	5	5	5	2	3	4	4	3	5	4	4	2	2	5	5	4	4	4	2	4	3
31	4	5	4	2	3	2	2	4	3	3	4	3	4	5	3	2	4	2	4	4	2	2	2	2	2	2
32	4	4	4	4	3	5	3	4	4	4	4	4	3	4	3	2	3	3	3	4	3	2	2	2	2	2
33	3	4	3	4	4	4	4	3	2	2	4	4	4	4	3	2	2	4	3	4	2	3	3	3	4	4
34	4	5	5	4	3	1	2	4	4	4	4	4	1	4	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3
35	5	4	3	2	4	4	4	4	3	4	4	3	2	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
36	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	2	2	2	2	5	4	4	4
37	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
38	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	2	4	2	2	4	2
39	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	4	2	4	2	2	4
40	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	2	2	2	4	3
41	3	4	3	4	3	4	2	4	3	4	3	4	2	4	3	3	3	2	3	3	3	2	4	2	4	4
42	4	4	4	5	5	4	4	5	5	4	3	4	4	4	5	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4
43	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	3	4	4	4	4	3	3	3	3	2	2	2	4	2
44	5	5	5	4	3	3	3	5	5	5	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	4	2	4	4
45	4	5	5	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	5	4	2	2	2	3	2	1	2	4	1	4	2
46	3	3	2	4	3	4	3	3	3	3	3	4	4	5	4	4	4	4	4	3	4	2	4	2	2	4
47	3	5	4	4	3	4	2	4	4	4	4	2	4	2	4	2	3	3	4	4	3	1	3	2	4	3
48	4	4	3	3	3	4	2	4	2	3	4	4	2	4	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
49	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	3	5	5	3	3	3	5	4	3	3	3	3	3	3
50	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	4	5	5