

La Política Nacional de Salud Mental y los servicios de atención del Hospital Psiquiátrico de Asunción

Claudia Pacheco¹, Fernando Hamuy² & Javier Mendoza³.

Resumen

El presente artículo busca describir la implementación de las políticas de salud mental en el Paraguay, a través de las experiencias de usuarios y personal del Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Asunción, centro de mayor referencia nacional, en cuanto a servicios y recursos. La misma se basa en resultados de un estudio local realizado por el Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

Se desea relacionar dicha experiencia con la teoría de la institucionalización, la normalización y la exclusión social de personas con discapacidad psicosocial, realizando un contraste con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la búsqueda de la autonomía individual como objetivo de los procesos de rehabilitación.

Abstract.

This article seeks to describe the implementation of mental health policies in Paraguay, through the experiences of users and staff of the Psychiatric Hospital of the city of Asunción, the greatest national center in terms of services and resources. It is based on the results of a local study conducted by the National Mechanism for the Prevention of Torture.

The desire is to link this experience with the theory of institutionalization, normalization with social exclusion of people with psychosocial disabilities. Making a comparison between the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the search for individual autonomy as an objective of the rehabilitation process.

Introducción

El presente artículo se basa en los hallazgos del estudio del 2016, finalizado en el 2017, promovido por el Mecanismo Nacional de Prevención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes⁴ (MNP) denominada “Legislación, Derechos Humanos, y su relación con la calidad de vida de las personas diagnosticadas con enfermedades mentales que se encuentran institucionalizadas en hospitales psiquiátricos y/o instituciones de encierro del Paraguay”. La cual fue realizada en el marco de los Fondos Concursables de Proyectos de I+D del fomento a la investigación científica de CONACYT.

Si bien el mismo contempló una serie de aspectos, mayormente centrados en describir la calidad de vida de los usuarios del servicio, el presente artículo rescata aquellos elementos vinculados al enfoque de atención, desde el contraste de las políticas públicas y el discurso versus su aplicación en la práctica.

¹ Licenciada en Psicología por la Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción y Master en Educación por la Universidad de Kansas, Estados Unidos. Coordinadora de proyectos en organizaciones de la sociedad civil, así como educadora e investigadora.

² Licenciado en Psicología por la Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Investigador y coordinador de proyectos en organizaciones de la sociedad civil.

³ Licenciado en Psicología por la Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Investigador y técnico de proyectos en organizaciones de la sociedad civil.

⁴ Institución del Estado paraguayo con autarquía funcional, creada por Ley 4288/11, conforme al mandato del Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura. Esta entidad tiene como función primordial prevenir prácticas de torturas y colaborar con la protección de las personas privadas de su libertad o en situación de encierro que pudieran sufrir tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Entre estas se encuentran las personas con trastornos mentales, denominadas actualmente personas con discapacidad psicosocial.

El presente artículo tiene como objetivo el analizar la implementación de las políticas públicas de salud mental; basándose en las experiencias de los usuarios y el personal del Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Asunción, centro de mayor referencia, en cuanto a servicios y recursos. Con esto se busca el sinceramiento del alcance de dichas políticas en la práctica.

Metodología del Estudio Base

El enfoque utilizado en la investigación fue mixto, de corte transversal y exploratorio, donde se buscó no solo la revisión de estadísticas y bases de datos existentes (documentos oficiales) sino explorar con mayor profundidad la información, a través del rescate de las percepciones de los entrevistados, investigando desde la realidad subjetiva de las personas, atendiendo a las limitaciones implícitas acerca de la generalización de los resultados. (Sampieri, 2010).

Fue de tipo exploratorio, ya que no se identificaron trabajos similares previos. Así como de corte transversal, ya que el levantamiento de datos correspondió a un determinado tiempo y población. (Ídem).

En la misma se ha podido relevar datos de cuatro servicios de atención dentro del Hospital Psiquiátrico: Urgencia, Corta Estancia, Atención a Usuarios Agudos, y Atención a Usuarios Crónicos.

En el presente estudio se plantearon dos objetivos específicos. El primer de ellos, orientado a la evaluación de la calidad de vida de los usuarios del Hospital Psiquiátrico, y el segundo pretendía formular recomendaciones y sugerencias a fin de lograr el mejoramiento del sistema de la salud mental.

Para la toma de datos se realizó una selección de participantes basada en el proceso de observación naturalista, vinculada en forma directa a las personas involucradas en cada uno de los espacios observados.

Se entrevistó a un total de 16 usuarios; 2 mujeres y 3 varones de la sala de Corta Estancia, 3 mujeres y 2 varones de las salas de Agudos; y 2 mujeres y 4 varones de las salas de usuarios Crónicos. En cuanto a entrevistas al personal, se entrevistó a 2 psicólogos, 6 enfermeros, 2 médicos residentes, 3 psiquiatras y 2 trabajadores sociales. Por último se entrevista de manera complementaria, a 12 autoridades y referentes profesionales, tanto del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, así como del Hospital Psiquiátrico.

Un abordaje a conceptos claves

Es importante, en primer lugar, definir a los usuarios del servicio del sistema nacional de salud mental como personas con discapacidad psicosocial, la cual puede ser entendida como una limitación producida por “disfunciones temporales o permanentes de la mente para realizar una o más actividades cotidianas o para ejercer sus derechos humanos” (ISSSTE, 2016, p. 2), la que debe distinguirse de la discapacidad intelectual.

Esta terminología surge como derivación de las reflexiones realizadas desde la incorporación del enfoque de derechos humanos al enfoque médico, y se la describe de la siguiente manera:

[la] restricción causada por el entorno social y centrada en una deficiencia temporal o permanente de la psique debida a la falta de diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de las siguientes disfunciones mentales: depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno límite de la personalidad, trastorno obsesivo-

compulsivo, trastorno de ansiedad, trastornos generalizados del desarrollo (autismo y Asperger), trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de pánico con estrés post-traumático, trastorno fronterizo, esquizofrenia, trastorno esquizo-afectivo, trastornos alimentarios (anorexia y bulimia) y trastorno dual (que es una de estas disfunciones pero con una o más adicciones) (DIF, s/f, p. 23).

Este concepto reemplaza a anteriores como “enfermedad mental”, “trastorno mental” o “loco”, y se construyó en los años 60, como parte de una iniciativa de personas con discapacidad del Reino Unido denominada “Social Disability Movement”, y se valida en su inclusión en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en vigencia desde mayo del 2008 (habiendo sido ratificada por Paraguay como Ley No. 3540/08 ese mismo año). Este es el primer documento jurídico en reconocer a la persona con discapacidad psicosocial como sujeto de derechos.

Al decir de Verdugo (2001) este cambio conceptual busca generar un nuevo modelo de atención integral, en donde las instituciones sean quienes adapten sus servicios a las necesidades específicas de los distintos usuarios en lugar de lo contrario. Este nuevo enfoque se denomina el modelo centrado en la persona, busca establecer intervenciones que logren mejorar la calidad de vida de los usuarios y sus familias, reconoce a la persona como sujeto individual activo y participe de su propio proceso y en consecuencia, de su recuperación.

Este cambio conceptual generó una serie de revisiones y tensiones en diversos ámbitos, sociales, políticos y jurídicos, las cuales hasta la fecha se podría hipotetizar, no han logrado resolverse en su totalidad.

Uno de los motivos que sirven para graficar las tensiones, es el hecho de que hasta la fecha el poseer una discapacidad psicosocial sigue implicando cierto grado de estigma social. En este sentido encontramos una primera definición de Jones et al. (1984, citado en Muñoz y Crespo, 2009, p. 12) donde el mismo la define como a la “locura” como “una marca (atributo) que vincula a la persona con características indeseables (estereotipos)”.

Stafford y Scott (1986, citado en Muñoz y Crespo, 2009, p. 12), avanzan en construir la relación de la discapacidad psicosocial con el estigma, al relacionarlo con el concepto de normalidad, definiéndolo como “una característica de las personas que resulta contraria a la norma de una unidad social, considerando como norma una creencia compartida dirigida a comportarse de una forma determinada, en un momento preciso”.

Y por último Croker, Major y Steele (1998, citado en Muñoz y Crespo, 2009, p. 12), caracterizan a los individuos estigmatizados, como aquellos que poseen “algún atributo o característica que conlleva una identidad social la cual es devaluada en un contexto social particular”.

Las personas con discapacidad psicosocial son generalmente estigmatizadas cuando características tales como, la peligrosidad, comportamientos violentos, la impredecibilidad de su carácter, su incompetencia e incapacidad para tareas básicas, y la falta de control, utilizadas por la sociedad para definirlos. Por lo general esto genera una marcada dificultad en la inclusión social de las personas con discapacidad social y sus familias; exponiéndolas a situaciones de exclusión en distintos niveles (comunidad, sistema laboral, acceso a servicios o derechos). Lo que puede ser interpretado como un círculo vicioso donde los mismos se asocian a factores de riesgo tales como comportamiento de auto-exclusión y/o conductas auto-punitivas (Twenge, Catanese, Baumeister, 2003), generando un quiebre con aquellas personas consideradas normales, con la imposibilidad de seguir con patrones de conductas aceptadas.

Históricamente los manicomios (del griego manía (locura) y komion (lugar)) nacen enmarcados en satisfacer la necesidad de ser un mediador entre las personas normales y la que

se vinculaban a características citadas en el párrafo anterior, ya que como lo relata Foucault en la “Historia de la locura en la Época Clásica” (1993, p. 13); a principios del siglo XIX “por razones muy diversas, los locos podían ser segregados de la comunidad o, peor aún, eliminados por los medios más insólitos, como entregarlos a los marineros para que se los llevaran lo más lejos posible a un destino incierto, en la enigmática Nave de los Locos”.

Sacristán (2009, s/p) sostiene que con el avance de la ciencia y la psiquiatría moderna el manicomio se constituyó en un espacio “destinado a cuidar, tanto en el sentido de atender como en el de vigilar, a peligrosos y diferente”. El mismo autor reflexiona sobre la paradoja del manicomio al afirmar cuanto sigue: “este lugar de la locura ha sido percibido como un espacio para silenciar a todos aquellos cuya manera de pensar, sentir o comportarse resulta intolerable o amenazante para la sociedad” (ídem).

Por institucionalización se considera lo propuesto por Castel 1984, Goffman 1981, Goldchuk y Casella 1992, Ingleby 1982 (citado por Cañete y Kalinski, 2006, p. 2) donde las personas en situación de reclusión, por lo general, en psiquiátricos y cárceles, deben asumir como reglas propias (individuales) las normas internas, de las instituciones totales, como una forma de adaptación a la imposición de una situación extraña, de forma tal que la identidad previa de los internos quedaba sepultada bajo la que se abría paso con el correr del tiempo.

Un concepto relevante al manicomio como espacio de institucionalización, es la normalización vista desde la filosofía de Michel Foucault, al conceptualizarla como “un sistema finamente graduado y con intervalos medibles en los cuales los individuos pueden ser distribuidos alrededor de una norma, una norma que a la vez organiza y es el resultado de su controlada distribución” (citado en Marulanda, 2007, p. 49).

Los manicomios se podrían encasillar dentro del concepto de instituciones totales de Goffman (1970), quien las clasifica en cinco tipos:

- a) Las creadas para cuidar de las personas que padecen de algún tipo de incapacidad y al mismo tiempo son inofensivas, como serían los hogares para ciegos, ancianos, huérfanos e indigentes,
- b) Instituciones creadas para cuidar de aquellas personas incapaces de cuidarse a sí mismas pero que al mismo tiempo se constituyen en una amenaza involuntaria para la comunidad, es el caso de los hospitales de enfermos infecciosos, leprosarios y hospitales psiquiátricos,
- c) Las constituidas con el fin proteger la comunidad contra quienes son una amenaza para ella de forma intencional, por lo que estos establecimientos no se proponen como objetivo inmediato el bienestar de sus internos; estos recintos serían cárceles, presidios, campos de trabajo y de concentración,
- d) Instituciones destinadas al mejor cumplimiento de una tarea laboral como serían los cuarteles, las escuelas de internos, diversos tipos de colonias, y por último
- e) Establecimientos concebidos como refugios del mundo, que sirven también para la formación de religiosos, como lo serían conventos, monasterios, abadías, entre otros.

En el contexto de la paradoja de manicomio como espacio de cuidado y rehabilitación y a la vez de reclusión, la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, aboga por la desmanicomialización, ya que, al decir de Sarraceno y Montero (1993, citado en Hernández Monsalve, 2011) todo proyecto de rehabilitación y reinserción, debe darse en el marco de una intervención profesional y a través de las redes sociales naturales. Siendo el mayor reto de este proceso, según Ortiz Lobo (2013), encontrar el equilibrio entre la provisión y medida más adecuada del “apoyo” para que la persona con discapacidad pueda enfrentar el proceso de recuperación y logre potenciar su nivel de autonomía.

Se entiende por verdadera autonomía a la capacidad de las personas de vivir de manera independiente, de que la persona “sea dueña de su propia vida y que decida sobre las cosas que le preocupan y le interesan” (Down España, 2013, p. 7).

En la búsqueda de la consecución de dicho objetivo la rehabilitación psicosocial, como lo señala Hernández Monsalve (2011, p. 296), alude a una serie de estrategias, con una visión holística, encaminadas al “desarrollo, recuperación y potenciación de capacidades, habilidades, aptitudes y actitudes de funcionamiento psicosocial, básicas para poder mantener a la persona en su entorno familiar y social en unas condiciones lo más ‘normalizadas’ e independientes posibles”.

La misma se refiere a un conjunto de estrategias para afrontar las dificultades para el desempeño de la vida diaria de las personas que presentan problemas persistentes de salud mental de suficiente gravedad, como para limitar el desarrollo de su vida diaria y de sus objetivos personales.

El problema de la discapacidad psicosocial no está limitado únicamente a la persona, involucra también a la familia, a la comunidad, a la sociedad y a la cultura en general. En este sentido, y al decir de Sarraceno y Montero (1993, citado en Hernández Monsalve, 2011) todo proyecto de rehabilitación y reinserción, debe darse en el marco de una intervención profesional y a través de las redes sociales naturales.

El hospital Psiquiátrico: las políticas públicas y su práctica

¿Cuál es el marco de aplicación de la Salud Mental en Paraguay?

La **Red Integrada e Integral de Servicios de Salud (RIISS)** surge en febrero de 2014, con el objetivo incrementar la disponibilidad de servicios públicos de salud, buscando su fortalecimiento a través de la gestión territorial, y consiste en:

...un conjunto de servicios de salud vinculados entre sí por su misión única, por objetivos comunes y funcionamiento cooperativo e interdependiente, que permiten ofrecer atención continua e integral a la población, de forma humanizada, segura y con equidad. (MSPyBS, 2015, pp. 13-14)

Regida por el principio de universalidad, el cual señala que todos los habitantes de un país deben ser alcanzados por el sistema de salud, la RIISS está orientada por la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), lo que significa que aborda la salud:

en su entorno ambiental, socio-económico y cultural, considerando los determinantes sociales de la salud, estudiando las características demográficas, epidemiológicas, sociales y culturales de la población a cargo y realizando acciones integrales de promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. (Ibídem, p. 27)

Para logra lo expuesto anteriormente, la RIISS se organiza en 3 niveles:

- a) El primero se considera al contacto inicial o la entrada al sistema de salud. Es el que está más próximo a la población, se centra en servicios de baja complejidad y está conformada por las Unidades de Salud Familiar de tipo estándar, las móviles, las satélite y las ampliadas.
- b) El segundo consiste en servicios de mediana complejidad como la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía general, está conformado por los Hospitales Distritales.

- c) El tercer nivel de la red ofrece servicios de alta complejidad reservados para atender situaciones específicas, de poca prevalencia, como son patologías complejas que necesitan de cuidados especializados y equipo de alta tecnología. Está conformado por los Hospitales Regionales, Nacionales, Generales y Especializados, así como otros Institutos, donde se sitúa el Hospital Psiquiátrico.

Otra cuestión a tener en cuenta es la Política Nacional de Salud Mental 2011-2020, elaborado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, dentro del marco de las “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y la Salud con Equidad 2008-2013”, aprobado por el Poder Ejecutivo el 31 de diciembre de 2010. Busca la superación del modelo hospitalocéntrico-manicomial (desmanicomialización), planteando un abordaje comunitario de la salud mental y fundado en el respeto a los derechos humanos, siendo una de sus propuestas paradigmáticas:

Garantizar la continuidad del cuidado de los ciudadanos y ciudadanas con trastornos mentales, tanto en sus comunidades como en el Sistema Público Nacional de Salud a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS): Red de Atención Primaria, Red de Atención Especializada, Red de Atención Hospitalaria y Red de Atención a las Urgencias, como principales y Red de Apoyo diagnóstico, de Vigilancia de la Salud, de Asistencia Farmacéutica, de Rehabilitación-Órtesis y Prótesis como complementarias. La continuidad del cuidado implica también que un equipo de salud sea responsable del seguimiento, acompañamiento y tránsito de las personas por las RISS cuando sea necesario (MSPyBS, 2011, p. 30).

Uno de los principios fundamentales de la Política Nacional de Salud Mental 2011 – 2020 es el derecho de los usuarios a ser atendidos y tratados en sus comunidades, por lo que propone una reestructuración de la Atención Psiquiátrica, ya que considera que el Hospital Psiquiátrico, como única modalidad asistencial aísla a los usuarios de su medio, generando mayor discapacidad psicosocial y crea condiciones desfavorables que apaligran los derechos humanos de los usuarios, un enfoque que deviene de la Declaración de Caracas 1990.

Nosotros estamos queriendo fortalecer un hospital monovalente. La opción uno es fortalecer consultorios, una atención monovalente de agudos y agudas, tener una sala de contención para las fases más críticas y hacer una reingeniería del manejo de pacientes crónicos (Asesor técnico del Hospital Psiquiátrico).

El modelo de atención psicosocial propuesto por la política nacional estipula que:

es un proceso complejo que tiene como fin recuperar la condición de sujetos de derecho de las personas que sufren encierro en los manicomios por enfermedad mental crónica. Permite superar la deuda social, los restos de una herencia autoritaria, infiltrada e instalada en la cultura de nuestro pueblo con graves consecuencias en el modo de relacionamiento social (MSPyBS, 2011, p. 22).

El mismo documento plantea que la desmanicomialización se trata de un proceso cultural, no reducido únicamente al Hospital Psiquiátrico:

Significa incluir en el desarrollo de las políticas de salud mental un multiverso de voces que abarque la de los profesionales de la salud, de la sociedad civil, fundaciones y organizaciones que trabajan en el área. Significa desmontar el discurso hegemónico, reduccionista y biológico para sustituirlo por otro de carácter participativo, incluyente de otras disciplinas científicas y saberes populares. Y significa también rescatar las buenas prácticas, las respuestas efectivas que las propias comunidades utilizan para resolver los problemas relacionados a la salud mental (Ídem).

Detrás de esto se encuentra el objetivo de que los servicios de salud mental, se constituyan en un espacio que busca reducir el estigma social asociado a las personas con discapacidad psicosocial, y la exclusión social que tiene como consecuencia.

Los pacientes no se quieren quedar en su ciudad por el estigma (Directora del Hospital Psiquiátrico).

No solo es importante la ley sino hacer algo en relación a la estigmatización y la discriminación y negación de la discapacidad psicosocial. Sobre todo con adultos mayores (Directora del Instituto de Bienestar Social).

A la desmanicomialización cultural, se debe sumarle la edilicia, que se traduce en la intención de reducir el nivel de internación y favorecer modelos de servicios ambulatorios con base comunitaria; a lo que se suma la desmanicomialización presupuestaria, relacionada a redestinar los fondos con lo que se cuenta para así lograr la implementación efectiva de políticas con base en Derechos Humanos.

Institucionalización de personas con discapacidad psicosocial

Sin embargo, al revisar el “Directorio de Servicios de Atención a la salud mental en la Red Integrada de Servicios de Salud” de diciembre de 2015, por ejemplo no se tienen registros de psiquiatras en los departamentos de San Pedro, Canindeyú, Pdte. Hayes, Alto Paraguay y Boquerón; por lo que las personas que viven en estos lugares del país no tienen acceso a atención psiquiátrica en sus comunidades, lo que puede entenderse como la imposibilidad del cumplimiento, en la práctica, de los principios de la política nacional, ya que siguen viéndose obligadas a buscar atención en el Hospital Psiquiátrico, desapegándose de su comunidad y perdiendo el contacto con su familia y allegados, propiciando así el proceso de institucionalización, tal como se puede observar en las siguientes dos frases de participantes de la investigación:

No hay ningún centro de internación en el interior. Casi todos los pacientes de esta sala son del interior, el 90% aproximadamente (Psiquiatra en Crónicos del Hospital Psiquiátrico).

Un paciente que viene del interior sale del sistema, su juzgado está en Pilar, nosotros no tenemos recursos para trasladarlo, su familia se desentiende con la excusa de que está en el hospital por orden judicial (Asesoría jurídica del Hospital Psiquiátrico).

Este último dato es el primer elemento que permite afirmar, que más allá de la fisiología de atención y desmanicomialización de la política actual de salud mental, el hospital psiquiátrico sigue siendo la única modalidad asistencial, lo que sigue perpetuando modelos anteriores.

En el año 2003 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), impuso medidas cautelares al Estado paraguayo por violaciones a los Derechos Humanos de personas en sufrimiento mental internadas en el Hospital Psiquiátrico.

En el año 2005, la Mental Disability Rights International (MDRI) y el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL), firmaron un acta con el Estado paraguayo ante la CIDH. La misma contenía los compromisos asumidos por el Estado para llevar a la desinstitucionalización gradual, reducción del número de internados, fortalecimiento paralelo de los servicios de salud mental de base comunitaria y promulgación de una ley garante de los derechos de las personas con trastorno mental. Para su cumplimiento se estableció un plazo de cinco años.

Entre los años 2007 y 2008, la CIDH volvió a evaluar las condiciones del Hospital Psiquiátrico, con base en dicha evaluación el 30 de julio de 2008 impuso nuevamente medidas cautelares a favor de las personas internadas.

El Estado Paraguayo, en respuesta a las medidas cautelares, centró sus acciones en la mejora de las condiciones de habitación y tratamiento de las personas internadas en el Hospital Psiquiátrico, pero éstas se limitaron a las mejoras de las condiciones de la infraestructura del Hospital y no se registran mejoras en el problema de la numerosa población hospitalaria, la falta de diagnósticos, tratamientos adecuados, programas de rehabilitación, ampliación y fortalecimiento de servicios de salud mental de base comunitaria, entre otros. Así como tampoco se crearon espacios de rehabilitación (u hogares sustitutos) fuera del hospital.

Tenemos 6 hogares, el proyecto era crear 1 por año, pero desde 2010 aproximadamente no se crean más hogares (Dirección médica del Hospital Psiquiátrico).

En la actualidad se cuenta con seis hogares sustitutos, dos de ellos ubicados dentro del departamento Central, (Limpio, Luque), uno en San Ignacio, Misiones y otro en Hernandarias, Alto Paraná, así como dos en Asunción. Esto, bajo ningún aspecto se traduce en la necesaria descentralización territorial de los servicios, no satisface la demanda, así como tampoco logra cumplir con el deseado cambio de paradigma de atención:

Hay muy pocos hogares, y funcionan con muchos problemas (Directora del Instituto de Bienestar Social).

Ahora estamos preparando un paciente para ir a un hogar sustituto. Todos los pacientes que están en esta sala pueden estar en un hogar sustituto (Psiquiatría de Sala Crónicos del Hospital Psiquiátrico).

Un dato importante a señalar es que en el Paraguay aún no se cuenta con una Ley de salud mental, siendo uno de los 19 países (de 35) de Latinoamérica y el Caribe que no poseen una ley.

¿Quiénes son los usuarios del Hospital Psiquiátrico?

La mayoría de los pacientes no tiene un criterio médico para estar acá, deberían estar en su comunidad (Directora departamento de rehabilitación del Hospital Psiquiátrico).

Uno de los principios fundamentales de la Política Nacional de Salud Mental 2011 – 2020 es el relacionado a la admisión de pacientes, que propone que el acceso a una institución psiquiátrica se realice de la misma forma que el ingreso a cualquier otro establecimiento de salud ante situaciones de enfermedad. Esto se traduce en la intención de que la internación sea el último recurso implementados en procesos de tratamiento a padecimiento.

En el caso particular del Hospital Psiquiátrico de Asunción, la admisión se realiza en el servicio de Urgencias, evaluando a las personas con el fin de determinar si son o no admisibles. Para esto se cuenta con tres habitaciones, dos de ellas para cuatro personas cada una, y una sala para casos especiales, como por ejemplo adolescentes. En promedio los usuarios de pueden permanecer entre 24 a 72 horas en observación, para luego ser dados de alta o ser internados en alguno de los otros tres servicios ofrecidos por la institución:

- a) *Salas de Corta Estancia:* Donde se derivan a los usuarios que requieren de una breve internación para luego ser dados de alta. Es importante destacar que este servicio es exclusivo

para personas que estén acompañadas por sus familiares, debido a que se busca mantener el vínculo y hacerlos partícipes del proceso. Cuenta con 8 habitaciones preparadas para dos usuarios y sus respectivos acompañantes, se estima que el promedio de estadía en este sector del Hospital Psiquiátrico es de 15 días a 2 meses.

- b) *Servicio de Agudos*: Está destinado a las personas con crisis agudas y a los más violentos de la institución, tiene por objetivo compensar y estabilizar a los usuarios para su posterior recuperación. Cuenta con una sala para varones con 35 camas y otra para mujeres con 34 camas, ambas tienen celdas de contención individuales para aquellas personas internadas que tengan riesgo hetero y auto-agresividad.
- c) *Salas para usuarios Crónicos*: es muy poco frecuente que se derive a una persona desde Urgencias a este servicio, puesto que aquí se encuentran usuarios que llevan mucho tiempo en la institución. Según el personal de la institución consultado, este servicio tiene por objetivo brindar una internación más prolongada a aquellas personas que no cuentan con contención familiar. Existen 4 salas para varones y 2 para mujeres, en promedio albergan de 30 a 40 usuarios cada una. La gran mayoría de las personas que están en este servicio viven en el hospital hace 20 o 25 años.

El principio 4 de la Política define la determinación de una enfermedad mental, a partir de normas médicas aceptadas internacionalmente, por lo que no se deberían considerar factores determinantes de diagnóstico a, por ejemplo, conflictos familiares y/o profesionales, judiciales, así como tampoco a la falta de conformidad con los valores morales, sociales, culturales, políticos o religiosos dominantes de su comunidad. Es el criterio médico el que debe imperar. Además el mismo documento contempla que el hecho de tener historial de tratamientos no debería bastar, por sí solo, para justificar la determinación de una enfermedad mental en la actualidad.

Este factor, o criterio, desde la percepción de distintos actores no condice con la situación del Hospital Psiquiátrico en la actualidad, ya que existiría un porcentaje relevante de personas internadas sin cumplir los criterios médicos necesarios para estar internados, como lo expresa el siguiente testimonio:

Existen usuarios que están en el hospital por cuestiones que no están relacionadas a su salud mental, por ejemplo, por cuestiones de herencia, dinero, litigios familiares. La ley es muy ambigua (Psicólogo en área de rehabilitación del Hospital Psiquiátrico).

Un elemento ligado a la política de admisión hace hincapié en hacer todo lo posible por evitar una admisión involuntaria, lo que debería suceder solo ante casos que realmente lo necesiten. Lo que se establece utilizando los siguientes criterios:

- a) Que debido a esa enfermedad mental existe un riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros; o
- b) Que, en el caso de una persona cuya enfermedad mental sea grave y cuya capacidad de juicio esté afectada, el hecho de que no se la admita o retenga puede llevar a un deterioro considerable de su condición o impedir que se le proporcione un tratamiento adecuado que sólo puede aplicarse si se admite al paciente en una institución psiquiátrica de conformidad con el principio de la opción menos restrictiva (MSPyBS, 2011, p. 48).

Si bien no se pudo acceder a estadísticas sobre esta tipología tipo de ingreso, la percepción del personal de la institución sobre la cantidad de ingresos voluntarios versus involuntarios, indicaría la imposibilidad de cumplir lo establecido por la política nacional:

Es muy raro ver un ingreso voluntario la mayoría ingresan involuntariamente (Trabajador social en sala de Urgencias del Hospital Psiquiátrico).

La “Guía de Criterios de Admisión y Manejo de Personas con Trastornos Mentales” (PICU), es un documento que se encuadra en los criterios internacionales de la atención integral, el cual busca sistematizar, con criterios, el proceso de admisión a las unidades de salud mental. El mismo acata las recomendaciones de las organizaciones internacionales tanto de salud mental, como de defensa de los derechos humanos.

Esta guía estipula que la admisión está indicada solamente a usuarios considerados de alto riesgo. Para determinar esta condición se requiere de una evaluación médica basada en criterios preestablecidos, de orden estrictamente médico-psiquiátricos, los cuales son:

- a) Juicio gravemente deteriorado y algunos factores de riesgo.
- b) Las consecuencias de cometer algún delito o crimen son graves y están relacionadas a su condición psiquiátrica (MSPyBS, 2013, p. 12).

Así mismo, la guía define los factores de exclusión a la admisión o internación, entre los que se pueden destacar por su falta de cumplimiento:

- a) Edad menor de 18 años o mayor a 60 años,
- b) El usuario puede ser mantenido y efectivamente tratado dentro de un nivel menos restrictivo de atención,
- c) La conducta del usuario/a, es resultado directo del abuso de sustancias y no está sufriendo una exacerbación de un trastorno mental en el tiempo de la evaluación para su admisión,
- d) La admisión se encuentra siendo utilizada como alternativa al encarcelamiento, debe ser descartada la simulación de un trastorno mental,
- e) Usuarios con causas judiciales, al menos de que haya una orden judicial de transferencia, acompañada de un peritaje por psiquiatra forense y la evaluación para la admisión, cumpla con los criterios médicos establecidos (MSPyBS, 2013, p. 14).

Sin embargo, en muchos de los casos, los criterios anteriormente expuestos no son cumplidos, ya que en la práctica se siguen realizando internaciones que no tienen que ver con los estándares médicos, sino que responden a cuestiones sociales, vacíos legales o la falta de infraestructura en otros servicios de salud. En muchos casos se hace evidente la omisión a los factores de exclusión. Esto se puede ver claramente en los testimonios recogidos en la investigación:

Hay menores de edad, pero están acompañados por sus padres (Enfermero en Corta Estancia del Hospital Psiquiátrico).

En esta sala están los pacientes mayores, además algunos pacientes vulnerables que son más jóvenes, 2 autistas y 1 con retardo mental. En esta sala tenemos pacientes de condición asilar (Psiquiatra en crónicos del Hospital Psiquiátrico).

Adicciones no recibe un paciente en crisis, no tiene urgencia, y a la familia le es más cómodo dejarle acá al paciente (Psiquiatra en Agudos del Hospital Psiquiátrico).

Todos los pacientes que están en esta sala pueden estar en un hogar sustituto (Psiquiatra en crónicos Hospital Psiquiátrico).

Se usa el psiquiátrico para zafar de Tacumbú (Médico residente en Agudos del Hospital Psiquiátrico).

Se considera oportuno resaltar que la práctica de ingresar a personas menores de 18 años sigue vigente, lo que ya llevó al país a ser sancionado por la CIDH en el 2003.

Existen menores internados por varios días en una sala especial, fueron derivados por el hospital Acosta Ñu, por agresividad (Médica en urgencias del Hospital Psiquiátrico).

Ante la consulta a referentes sobre el motivo de la existencia de adolescentes en el Hospital Psiquiátrico, éstos refirieron que se trataría de un problema estructural resultante de la ausencia de políticas específicas para el sector, y como consecuencia de servicios especializados de salud mental para dicho grupo. Por lo que nuevamente el Hospital se convierte en el único recurso disponible para contener dichas situaciones.

Ese impacto es mínimo numéricamente hablando, claro que un caso es un caso y eso es significativo, no te puedo dar la precisión exacta de número, pero en líneas generales acá no hay oferta para adolescentes (Asesor Técnico del Hospital Psiquiátrico).

(Adolescentes en corta estancia) Es una problemática, eso sabe la dirección general, el tema de menores de edad, ellos necesitan un espacio diferente. El hospital Acosta Ñu tiene una unidad, pero cuando el cuadro es muy severo nos derivan... muchas veces los enfermeros no tienen capacitación de manejo de enfermos psiquiátricos. Nosotros recibimos al adolescente, lo compensamos farmacológicamente, se hace la contención y se deriva al Acosta Ñu o a la cátedra de psiquiatría, solo que cuenta con pocas camas. Lo ideal sería tener una Unidad de Niños y Adolescentes, y tener una Unidad Geriátrica, esa es la tendencia mundial (Director Médico del Hospital Psiquiátrico).

Se debe pensar en el sistema de salud (clínicas por ejemplo) para enviar a adolescentes y ya no al Psiquiátrico, se debe resolver en los hospitales. Los que nos llegan tienen el consentimiento de las familias y se agotaron todas las instancias (Directora del Hospital Psiquiátrico).

A esto se le suma la posible causal de aquellas personas ingresadas por motivos judiciales, donde el criterio que prima para tomar la decisión es el jurídico-legal y no así el médico psiquiátrico. De esta situación se puede inferir que el Hospital Psiquiátrico es utilizado como una alternativa a la prisión formal, centrándose recluir a los individuos (cumplir condena). Esta práctica no está vinculada a la búsqueda de la rehabilitación o tratamiento de este grupo de personas, donde si bien, pudiese existir un diagnóstico vinculado a la discapacidad psicosocial, no se cumplen con criterios básicos de internación.

Uno de los principales problemas que tenemos son los pacientes judiciales, porque ya están de alta pero tiene que cumplir condena (Médico Residente en agudos del Hospital Psiquiátrico)

Al servicio, ingresan los pacientes más descompensados, pacientes en crisis. También pacientes con orden judicial, que no tienen criterios internación, ingresan al servicio por riesgo de fuga (Psiquiatra en agudos del Hospital Psiquiátrico).

Muchas veces los pacientes son traídos por la policía, tenemos información de que son los mismos policías los que recomiendan a las familias “anda denuncie que agredió”, sin que dicha agresión haya existido, para que entonces intervenga la fiscalía (Psiquiatra en agudos del Hospital Psiquiátrico).

A la problemática de la judicialización se suma aquellas vinculadas al consumo, y abuso, de sustancias psicoactivas, y la criminalización de los mismos.

Muchos tienen diagnóstico psiquiátrico, pero no están descompensados. Muchos de los pacientes judiciales son por sustancias. Tenemos 11 pacientes judiciales, de los cuales siete están de alta (Médico psiquiatra en agudos del Hospital Psiquiátrico).

En relación a la judicialización de los casos se observaron elementos que visibilizan la presión del poder judicial hacia el personal médico, con base en advertencias de jueces a posibles procesamientos por desacato, por cuestionar el ingreso de estas personas ante la falta de criterios médicos para su internación.

Vuelve porque tiene orden judicial, a veces no tiene orden judicial y la policía lo agarra y lo trae. Muchos psiquiatras que se opusieron tuvieron problemas con la ley por desacato (Directora de la unidad de rehabilitación del Hospital Psiquiátrico).

Probablemente hubo casos de desacato, pero en este periodo no, ahora hay un poco de apertura. Al atender acá cumplimos con el oficio, y hay informes de que no necesitan internación (Asesora jurídica del Hospital Psiquiátrico).

¿Cuáles son las prácticas del Hospital Psiquiátrico y sus consecuencias en los usuarios?

Una de las posibles consecuencias visibles de esta práctica de judicialización de la internación es la cronificación de las personas que ingresan sin criterios médicos.

(Referente a un paciente que ingresó con orden judicial sin un trastorno) el adquirió acá un trastorno, el hecho de no salir le afecta, él tiene que salir de acá (Asesora Jurídica del Hospital Psiquiátrico).

El estar en el psiquiátrico produce deterioro, y los psicoactivos (típicos) deterioran bastante al paciente (Directora Unidad de rehabilitación del Hospital Psiquiátrico).

Para Parsons (1999, citado en Chuaqui, 2015) la psiquiatría moderna identificó consecuencias negativas de la institucionalización derivada de la internación prolongada de los usuarios en servicios psiquiátricos. Sus consecuencias serían la minusvalía, la pasividad y obediencia ante los estímulos del medio social, el considerarse como “enfermo”, desde un rol pasivo, que se traduce en la imposibilidad de autorregularse con miras a una inserción social exitosa.

Dichas consecuencias se vinculan en la práctica con las técnicas de la internación descritas por Goffman (1970), y que presentan los siguientes rasgos:

- a) Ruptura de las relaciones sociales anteriores lo que provoca exclusión social: Lo que se ve expresado en el relato sobre la experiencia del Hospital psiquiátrico en aspectos tales como el aislamiento de sus relaciones con sus familiares, comunidad o personas significativas, visibilizado en las siguientes frases:

En esta sala nadie que entró volvió a salir para una vida en comunidad o familiar. Viven en total abandono (Enfermero en Crónicas del Hospital Psiquiátrico).

Sólo cinco pacientes de los 36 que están en la sala tienen contacto con su familia (Enfermero en Crónicas del Hospital Psiquiátrico).

No me siento feliz porque este no es mi lugar, no me hallo más lejos de mi ciudad (Usuario en Corta Estancia del Hospital Psiquiátrico).

Quiero irme, quiero irme por el sufrimiento que me produce el estar acá. Añoro a mi familia. Mi madre es la viene a saludarme, pero no sé cada cuanto tiempo (Usuaría en sala Agudas del Hospital Psiquiátrico).

- b) Énfasis en la obediencia pasiva (intentando eliminar reacciones conflictivas): Mayormente visible en lo vinculado a conductas no deseadas, ya sea por su carácter de violencia, o como metodología de control y supervisión. Así como una herramienta para efectivizar el tratamiento médico.

Si te portas mal hay castigo (Usuaría en sala de Agudas del Hospital Psiquiátrico).

Si no querés tomar tu remedio; inyectable (Usuaría en sala de Agudas del Hospital Psiquiátrico).

Si no querés tomar tu remedio te llevan a agudos (Usuario en sala de Crónicos del Hospital Psiquiátrico).

Los pacientes deben recibir el tratamiento si o si, en caso de negarse se le hace tratamiento parietal (intramuscular). El psiquiatra decide el tratamiento. Si el paciente no quiere internarse se hace un documento de internación no voluntaria (Enfermero en sala de Crónicos del Hospital Psiquiátrico).

- c) Avasallamiento del yo, rebaja de la autoestima e internalización del rol de enfermo: Se refiere al proceso interno de pérdida de identidad, que se ve reflejado en la ausencia de oportunidades de apropiación y sentido de individualidad, un diferenciarse del otro en base a criterios subjetivos.

Su ropa se mezcló con la de los otros. No hay donde guardar cosas personales (Usuaría en sala de Crónicas del Hospital Psiquiátrico)

En su mayoría, nadie tiene nada porque no tienen sentido de pertenencia, salvo bombillas o jarras para terere. Tampoco usan su propia ropa (Enfermero en sala de Crónicos del Hospital Psiquiátrico)

Los usuarios no cuentan con ropa propia, al momento de llevar a lavar las ropas se juntan todas y de forma aleatoria cada uno recibe un conjunto diferente. Las ropas son recolectadas para lavar y luego se lleva a la sala lavada pero cada usuario usa cualquiera... Sus ropas son donadas (Enfermero en sala de Crónicos del Hospital Psiquiátrico)

- d) Pérdida de la privacidad: Relacionada a la incapacidad de delimitar el espacio personal, estableciendo límites ante los demás.

No tengo nada de privacidad ni de dinero. Solo un bolso (como el resto de mujeres internas) donde tengo algo de comida (Usuaría en sala Agudas del Hospital Psiquiátrico).

Acá no hay privacidad, le bañan a todas juntas (Usuaría en sala Agudas del Hospital Psiquiátrico).

- e) Papel meramente decorativo o accesorio de las terapias ocupacionales y grupales: Relacionado a la carencia o precariedad de contenido y recursos terapéuticos rehabilitadores de las terapias “alternativas”, con una finalidad específica basada en la necesidad de cada caso.

Se despiertan, toman su medicación, se les cepilla o se cepillan. Se cambian los colchones y van al patio (algunos) Algunos van a la sala de TV, otros juegan vóley. Mucha ociosidad, faltan espacios de lectura, televisión, ajedrez, que hagan cosas que le gustan (Enfermero en Crónicos del Hospital Psiquiátrico).

En lo referente al área de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico, específicamente a las tareas de manualidades y demás me parecen que son formas de “entretener” al usuario y entretener sería lo mismo que mantener dentro (Directora del Servicio Puente).

Me levanto, desayuno, me baño, espero, espero, espero, almuerzo, espero, espero, espero, meriendo, espero, espero, espero, ceno y duermo (Usuario en Corta Estancia del Hospital Psiquiátrico).

El modelo de la internación centrado en el propósito de volver a la persona a la normalidad fuera de su contexto social y dentro de una institución psiquiatra, no puede ser considerado como un modelo de rehabilitación psicosocial real.

Se puede visibilizar en reflexiones de funcionarios del Hospital psiquiátrico como la internación prolongada produce una “adaptación” a la institución, generando, a la par, un mayor grado de “desadaptación” al contexto social externo, acentuando la exclusión y minusvalía social (Chuaqui, 2015).

Una persona que está crónica es aquella que mantiene una monotonía rutinaria (Trabajador social del Hospital Psiquiátrico).

Algunos usuarios están todo el día dentro del pabellón (Enfermero en Crónicos del Hospital Psiquiátrico).

Yo siempre digo que si el paciente se quiere fugar es porque está bien todavía, el ambiente acá es tóxico (Enfermero en Crónicos del Hospital Psiquiátrico).

Esta situación se ve agravada por el enfoque de los servicios de atención, en donde se incluye a la rehabilitación, ya que como se ve pudo observar a través de los distintos testimonios, lo que se buscaría mayoritariamente es combatir y reducir los síntomas de los usuarios, desde un abordaje bio-médico, así como la contención de usuarios en crisis⁵, por encima de estrategias que busquen potenciar el nivel de autonomía.

Acá se empieza con una entrevista semiestructurada, el tiempo internación no da para un trabajo de rehabilitación, se hace un abordaje Express. Se ven las debilidades del paciente y se trabaja sobre ellas (Psicóloga en Corta Estancia del Hospital Psiquiátrico).

En lo referente a rehabilitación, los psiquiatras deciden quién está en condiciones de no perder sus habilidades como seres humanos (Enfermera en Crónicos del Hospital Psiquiátrico).

Principalmente se realiza una intervención en crisis, que consiste en medicación y aislamiento. Por lo general utilizan antipsicóticos; también ansiolíticos, y en algunos casos estabilizadores y anticonvulsivos. Sólo los casos extremos reciben terapia electro convulsiva (cinco pacientes), tres veces a la semana, la cantidad de sesiones depende del criterio psiquiátrico. Nosotros no tenemos condiciones para rehabilitar, sólo para contener (Psiquiatra en Agudos del Hospital Psiquiátrico).

⁵ Se identificaron en entrevistas con funcionarios tres tipos de contención: Física, Medicamentosa y la Sala de contención.

El 80% de los pacientes más o menos, son pacientes que abandonaron su medicación (Residente urgencia del Hospital Psiquiátrico).

Esto cobra mayor relevancia cuando se toma en consideración la estructura de los servicios de rehabilitación, los cuales solamente cuentan con espacio para 30-35 personas por día, para una población de aproximadamente 300-400 personas.

Los lugares son limitados, máximo acceden 30 a 35 usuarios (Psicólogo en el área de rehabilitación del Hospital Psiquiátrico).

En esta sala no tienen vida social. Solo realizan actividades de terapia ocupacional algunos seleccionados por el psiquiatra que crea quien es capaz (Enfermero en Crónicos del Hospital Psiquiátrico).

Para la gran mayoría no hay rehabilitación (Enfermero en Agudos del Hospital Psiquiátrico).

La mayor consecuencia negativa del actual funcionamiento del sistema de Salud Mental y su puesta en práctica desde el Hospital Psiquiátrico, es el alto nivel de reingreso, lo que puede ser interpretado en un fracaso del sistema en lograr la inclusión psicosocial de los usuarios del servicio a sus comunidades de origen

En la reinserción (social) 3 de cada 10 responden, el resto reingresa (Enfermero en Crónicos del Hospital Psiquiátrico).

Hay gente que está hace 20 o 25 años en el psiquiátrico, la gran mayoría (Enfermera en Crónicos del Hospital Psiquiátrico).

Estuve en el Neuropsiquiátrico unas 25 veces (Usuario en sala de Agudos del Hospital Psiquiátrico).

Se visibilizó que uno de los mayores elementos por lo que se produciría el fenómeno del reingreso, es la ausencia de la familia o entorno cercano en el proceso de rehabilitación; por lo que si bien puede existir una reducción significativa de los síntomas que lleva al alta médico, no se observaron trabajos efectivos en donde se prepare a los usuarios y su familia a afrontar la normalidad del día a día extra muro. En muchos casos esto se debe a cuestiones externas al Hospital Psiquiátrico y vinculadas a la familia, ya sea por motivos geográficos, económicos o voluntad.

Muchas veces se puede dar el alta, pero no se puede salir. No pueden salir porque no hay buena contención familiar y no le dan sus medicamentos a tiempo (Enfermera en Crónicos del Hospital Psiquiátrico).

Se hace el trabajo de rehabilitación, se le prepara al paciente, después viene, le lleva su familia y los 7 días está de vuelta y vuelve peor de lo que se fue, difícil es si no hay colaboración por parte de las familias (Enfermero en Crónicos del Hospital Psiquiátrico).

En esta sala nadie que entró volvió a salir para una vida en comunidad o familiar. Viven en total abandono (Enfermo en Crónico del Hospital Psiquiátrico).

Conclusión

Es oportuno señalar como un paso importante la instalación de la temática en las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), así como el contar con una política nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud y Bienestar Social (MSPyBS).

Aunque se considera que estos avances deberían ser más constantes y permanentes, así como ganar mayor visibilidad al ser la postura oficial del Estado paraguayo en lo relacionado a la atención a personas con discapacidad psicosocial. Si bien se reconoce que su implementación, y los cambios necesarios para ella, requieren tiempo y esfuerzo por su grado de complejidad.

Se considera que a nivel de políticas públicas se pudo evolucionar, la práctica aún no ha logrado beneficiarse de ello. Se visibiliza ampliamente en que los criterios de admisión e internación no son respetados, por diversos motivos y no necesariamente vinculados al sistema de salud mental, sino a actores externos (ejemplo ministerio público, poder judicial, familias, sociedad en general).

Los datos planteados en el presente artículo ponen de manifiesto la necesidad de descentralizar la atención del Hospital Psiquiátrico, tanto a nivel geográfico, como de recurso exclusivo o prioritario del sistema de salud mental, tal como lo plantea la RISS, ya sea a través de unidades especializadas de salud mental en centros asistenciales y hospitales, o desde centros de atención comunitaria, más cercanos a los territorios de los usuarios o vinculados a residencias alternativas para dicho colectivo.

Esto plantea la necesidad de analizar exhaustivamente la inversión en programas temáticos, para así plantear estrategias donde la distribución de los fondos pueda ser más inclusiva y abarcativa, que permitan redistribuir la demanda actual del Hospital Psiquiátrico a distintos puntos del sistema nacional de salud.

El plan de salud mental, donde estas propuestas están plasmadas en forma específica y detallada, no aseguró que la presente administración del MSPyBS haya podido aumentar los recursos financieros y la inversión en modelos centrados en la comunidad y en modelos de prácticas de rehabilitación psicosocial.

Tal vez el camino para ello esté en la consecución de una ley de salud mental que plantee de facto fondos gubernamentales asignados a espacios alternativos descentralizados de asistencia, así como la puesta en práctica de alternativas al sistema exclusivo bio-médico; en búsqueda de alternativas que faciliten la inserción de los usuarios del sistema de salud mental en su contexto social natural.

Los recursos humanos y económicos centrados en modelos bio-médico siguen perpetuando un modelo tradicional de profesionalismo, donde el profesional experto determina lo que es mejor para sus pacientes, sin ningún tipo de resguardo o rescate del deseo del sujeto: lo que contribuye en mayor medida a la alienación y deshumanización de las personas con discapacidad psicosocial, perpetuando el estigma social y su exclusión, la rehabilitación con miras a la autonomía personal debe ser el foco de todo tratamiento.

Se considera oportuno plantear un análisis en profundidad de este punto, desde el constructo del bio-poder de Michael Foucault, para ahondar en la relación del abordaje netamente bio-médico y su relación con la institucionalización.

La centralización del tratamiento y la rehabilitación en un abordaje bio-médico se constituye en un problema importante, que se agrava por la complementación deficiente con otros enfoques terapéuticos. Esto en la actualidad se visibiliza en la dificultad de que el alta médico de los usuarios implique un retorno definitivo al mundo externo del Hospital Psiquiátrico. Los índices de reinserción, y reflexiones de distintos actores sobre la situación de los usuarios

plantean un fracaso de la implementación actual del sistema que se traduce en una institucionalización perpetua.

La institucionalización, como resultado de internaciones prolongadas y la ausencia del complemento de rehabilitación, tiene como consecuencia la normalización de la persona, no con base en valores de la sociedad, sino a valores y normas de la institución, como se ve expresado en los puntos planteados por Goffman, cronificando los atributos que perpetúan la estigmatización social, y por extensión, la exclusión social fuera del contexto psiquiátrico.

Es aquí donde surge la propuesta de tener como foco de la atención el modelo centrado en la persona, que viene impulsándose en el ámbito de la salud. Esta propuesta busca reconocer la necesidad de facilitar procesos que permitan reconstruir vidas que merezcan la pena ser vividas; que sean satisfactorias, plenas y valiosas. Se debe recordar que el significado de valor y satisfacción varía de una persona a otra, por ello, el rol del profesional es el de apoyar y orientar el proceso de (re)construcción de las capacidades del usuario.

Es urgente una revisión técnica y conceptual del enfoque de recuperación a la luz de las evidencias actuales ya que esto redefiniría el rol de los recursos humanos en centros hospitalarios e instituciones psiquiátricas.

Por último se debe señalar lo preocupante de la identificación de adolescentes (como usuarios ocasionales o permanentes), cuando existen recomendaciones a nivel mundial sobre la necesidad de que esta población reciba una atención específica y especializada, acorde a la edad y no deberían bajo ningún motivo estar incluidos en servicios para adultos.

Bibliografía.

Chuaqui, J. (2015). Institucionalización Psiquiátrica: el caso de los Hogares Protegidos de la Región de Valparaíso, Chile. *PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL*, 32(2), 109-117.

CIDH. (2004). Medidas Cautelares 2003. Punto 63. Disponible en: <http://www.cidh.org/medidas/2003.sp.htm>, visitado el 10 de marzo.

CIDH. (2009). Medidas Cautelares 2008. Punto 35. Disponible en: <http://www.cidh.org/medidas/2008.sp.htm>, visitado el 10 de marzo.

CIF. Puebla Incluyente. (S/f). Uso del lenguaje no discriminatorio para personas con Discapacidad. Puebla, México. Gobierno Municipal Puebla. Disponible en: http://dif.pueblacapital.gob.mx/images/descargas/SMDIF_PueblaIncluyente.pdf, visitado el 10 de marzo.

DOWN España (2013). Formación para la autonomía y la vida independiente. Guía independiente. DOWN ESPAÑA y Ministerio de Educación, Cultura y Deporte Español. Disponible en: http://www.sindromedown.net/wp-content/uploads/2014/09/144L_guia.PDF, visitado el 10 de marzo.

Foucault, M. (1993). La historia de la locura en la época clásica. México DF, Editorial.

Goffman, E. (1970) "Internados". Buenos Aires. Amorrortu.

Hernández Monsalve, M. (2011). Rehabilitación psicosocial. Perspectiva actual y directrices en la Reforma Psiquiátrica. Comunidad de Madrid – Servicio Madrileño de Salud Servicio de Salud Mental de Tetuán. *Estudios de Psicología*, 16(3), set-dic/2011, 295-303. España.

ISSSTE. (S/f). Discapacidad Psicosocial. Gobierno de la Republica de Marzo. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/95934/triptico_de_discapacidad_psicosocial.pdf, visitado el 10 de marzo.

Kalinsky, B., & Cañete, O. (2006). Los usos de la prisión. La otra cara de la institucionalización. El caso de las mujeres encarceladas. *Ley, Razón y Justicia. Revista de Investigaciones en Ciencias Jurídicas y Sociales*, 7(10), 184-204.

Marulanda, F. A. (Ed.). (2007). Michel Foucault: Interconexiones de poder y de conocimiento. LEIRIS Publishing.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2011). Dirección de Salud Mental. Política Nacional de Salud Mental 2011-2020. Asunción. OPS. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/programasdesalud/wp-content/uploads/2013/02/politica-nacional-de-salud-mental.pdf>, visitado el 10 de marzo.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2015). Directorio de Servicios de Atención a la Salud Mental en la Red Integrada de Servicios de Salud. Asunción. OPS, OMS. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/saludmental/wp-content/uploads/2016/04/Directorio-SaludMental-15-01-16-final.pdf>, visitado el 10 de marzo.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2013). Guía de Criterios de admisión y manejo de personas con trastornos mentales (PICU). Asunción. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/saludmental/wp-content/uploads/2014/06/Gu%C3%ADa-de-Criterios-PICU.pdf>, visitado el 10 de marzo.

Muñoz, M., Crespo, M., Perez, M. & Guillen, A. (2009). Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Editorial Complutense.

- Ortiz Lobo, A. (2013). *Hacia una psiquiatría crítica. Madrid: Editorial Grupo, 5.*
- Porter, R. (2003) *Breve historia de la locura, Madrid, Turner / FCE.*
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco, 16(45), 163-188.*
- Sampieri, H., & FERNÁNDEZ COLLADO, C. Otros (2010). *Metodología de la investigación. México.*
- Twenge, J. M., Catanese, K. R., & Baumeister, R. F. (2003). Social exclusion and the deconstructed state: time perception, meaninglessness, lethargy, lack of emotion, and self-awareness. *Journal of personality and social psychology, 85(3), 409.*
- Verdugo, M. y Rodríguez, A. (2011). *Guía F: Facilita la intervención y apoyo a familias de personas con discapacidad. INICO, Salamanca.*