



INSTITUCIONALIZACIÓN EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ASUNCIÓN

Legislación, derechos humanos y su relación con la calidad de vida





INSTITUCIONALIZACIÓN EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE ASUNCIÓN

Legislación, derechos humanos y su relación con la calidad de vida



Ficha Técnica

© Mecanismo Nacional de Prevención contra la Tortura (MNP) 2017

Esta publicación se encuentra bajo el régimen legal de la información abierta pública de la Constitución de la República del Paraguay de 1992 y la Ley Nº 5282/2014 De libre acceso ciudadano a la información pública y transparencia gubernamental. Su acceso es gratuito y libre.

Comisión Nacional de Prevención de la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

Stella Maris Cacace, Roque Orrego, Soledad Villagra, Carlos Portillo Esquivel,
Diana Vargas, Dante Leguizamón

Asesoría a la investigación

Carlos Portillo Esquivel, Stella Maris Cacace, Soledad Villagra

Dirección de investigación del MNP

José Galeano Monti, Director de Investigación.
Oscar Balbuena Jara, Jefe del Departamento de Investigación y Estadística Social.

Dirección de Comunicación del MNP

Natalia Ruiz Díaz Medina, Directora de Comunicación.

Coordinación de la investigación y redacción del informe

Claudia Pacheco, Investigadora principal
Javier Mendoza y Garan Hobbelink, Asistentes de investigación

Fotografía

Marcelo Ameri

Corrección

Marcelo Ameri

Impresión

Artes Gráficas Visual

Proyecto 14-INV-461 “Legislación, Derechos Humanos, y su relación con la calidad de vida de las personas diagnosticadas con discapacidad psicosocial que se encuentran institucionalizadas en el Hospital Psiquiátrico de Asunción”. Este proyecto es financiado por el CONACYT a través del Programa PROCENCIA con recursos del Fondo para la Excelencia de la Educación e Investigación-FEEI del FONACIDE.

Las opiniones y los conceptos expresados en este documento no reflejan necesariamente el punto de vista y/o postura del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura.

¿Cómo citar este material?

Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (2017). *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. Asunción: Mecanismo Nacional de Prevención de la tortura.*

ÍNDICE

Índice de tablas	7
Índice de ilustraciones	7
Introducción	9
CAPITULO I: PROPUESTA METODOLÓGICA	11
1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN	11
2. DIMENSIÓN GEOGRÁFICA Y TEMPORAL	12
3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	12
3.1. Las observaciones naturalistas no participativas	12
3.2. Las entrevistas cualitativas	13
3.3. Análisis documental.	13
4. CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES	14
5. DIMENSIONES INCORPORADAS EN LA RECOLECCIÓN	16
CAPITULO II: MARCO DE REFERENCIA	19
1. Los modelos de atención a la discapacidad.	19
2. La discapacidad psicosocial en el marco actual de la Convención.	21
2.1. Las clasificaciones Internacionales de la discapacidad y su relación con el concepto de salud y los modelos de atención.	22
2.2 El concepto de rehabilitación psicosocial	24
2.3. Rehabilitación psicosocial en personas con discapacidad psicosocial	25
2.4. Definiendo la Calidad de Vida.	26
2.5. Salud y los distintos modelos de atención	29
3. Legislación y Derechos Humanos de las personas con discapacidad psicosocial: aspectos normativos	30
3.1. Contexto Legal Nacional	32
3.2. Política Nacional en Salud Mental	33
4. La situación del Hospital Psiquiátrico de Asunción	37
CAPITULO III: RESULTADOS OBTENIDOS	39
1. Resultados sobre calidad de vida de usuarios e usuarias del Hospital Psiquiátrico	41
1.1. Recursos Materiales	41
1.2. Política de atención en el Hospital psiquiátrico	45
1.3 Intervenciones integrales vs psicofarmacológicas	49
1.4 Apoyo y participación de las familias y la comunidad	56
1.5 Calidad de vida de usuarios/as	57

2. La situación de adolescentes usuarios del Hospital Psiquiátrico	68
3. Casos de usuarios internados por motivos judiciales.	69
CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y DESAFIOS	71
1. Reflexiones finales	71
2. Recomendaciones y sugerencias	74
3. Fortalezas y desafíos actuales para el Hospital Psiquiátrico de Asunción.	77
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	81

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Autoridades Nacionales del Hospital Psiquiátrico.	15
Tabla 2. Cantidad de personas usuarias entrevistadas.	15
Tabla 3. Distribución de profesionales de apoyo entrevistados.	16
Tabla 4. Matriz de Dimensiones de Análisis.	16
Tabla 5. Sinopsis de modelos de tratamiento.	20
Tabla 6. Dimensiones de Calidad de Vida.	27
Tabla 7. Hitos documentos claves sobre la temática.	31
Tabla 8. Distribución servicios y recursos humanos a nivel país.	36
Tabla 9. Población censada con discapacidad, por sexo, según departamento.	39
Tabla 10. Servicios de atención del Hospital Psiquiátrico.	40
Tabla 11. Ratio de Personal por rubro, según sala.	48

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Niveles de atención según OMS/OPS.	30
---	----

SIGLAS

CDPD	Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad
CEJIL	Centro por la Justicia y el Derecho Internacional
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento
CODEHUPY	Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay
DDHH	Derechos humanos
DGEEC	Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos
IBS	Instituto de Bienestar Social
MDRI	Mental Disability Right International
MEC	Ministerio de Educación y Ciencia
MNP	Mecanismo Nacional de Prevención de la “Tortura y/o Tratos o penas Crueles, Inhumanos o degradantes”
MSPyBS	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PICU	Unidad de Cuidados Intensivos Psiquiátricos
Py	Paraguay
RIISS	Red Integrada e Integral de Servicios de Salud
SAS	Secretaría de Acción Social
SENADIS	Secretaría Nacional por las Personas con Discapacidad
STP	Secretaría Técnica de Planificación
WHO	Siglas en inglés para OMS(Organización Mundial de la Salud)

INTRODUCCIÓN

La relatora de la ONU sobre derechos de las personas con discapacidad, Catalina Devandas, durante una rueda de prensa, tras realizar una visita oficial al país, donde presentó sus observaciones y recomendaciones preliminares en 2015, sostuvo que los hospitales psiquiátricos no deberían ser centros residenciales, donde las personas con discapacidad son abandonadas y aisladas, sino centros de atención ambulatoria. (EFE, 2015)

La experta insistió en la necesidad de tomar “medidas urgentes” para las personas con discapacidad psicosocial que están “institucionalizadas” y encerradas “sin su consentimiento” en el Hospital Psiquiátrico Nacional.

Consideró que las personas que se encuentran en este hospital son objeto de violaciones “sistemáticas” de sus derechos humanos, acotando que el Estado paraguayo ya ha recibido demasiadas recomendaciones internacionales al respecto. Por este motivo pidió “reconsiderar” la intención del Estado paraguayo de expandir el centro médico y solicitó “rescatar” una iniciativa de los hogares sustitutos, como medida para promover la reincorporación y rehabilitación de esta población a la sociedad.

Pero sin lugar a dudas, estas recomendaciones y observaciones no se dan de forma aislada, y no es la primera vez que un órgano internacional deja recomendaciones al gobierno de turno en relación a la situación de las personas con discapacidad; en el caso particular de la presente investigación, las que presentan discapacidad psicosocial.

Esto se debe también, como bien señalan Quinn y Degener (2002, citados en Palacios, 2008), a los extraordinarios cambios de perspectiva que se han tenido en los dos últimos decenios en relación al enfoque de atención a las personas con discapacidad: ésta ha girado de verlos como objeto de caridad a identificar que son sujetos de derechos humanos. Esto sin duda lleva a la necesidad de ajustes de enfoques de atención y de criterios que se aplican al analizar la situación de la discapacidad en nuestro país.

El eje clave de la perspectiva de la discapacidad con enfoque de derechos humanos es entender que la discapacidad no está en la persona, sino que se da a través de la interacción con el entorno y su vinculación con los procesos económicos y sociales de cada sociedad y cada grupo social. (Maldonado y Jorge, 2013)

El principio de no discriminación ayuda a que los derechos humanos en general sean aplicables en el contexto específico de la discapacidad, como es el caso en los contextos de la edad, el sexo y origen. Por consiguiente, la no discriminación y el disfrute efectivo y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos por parte de las personas con discapacidad, son el tema predominante de la tan esperada reforma.

Según estos expertos (Quinn y Degener, 2002, citados en Palacios, 2008), el debate sobre los derechos de las personas con discapacidad no tiene que ver tanto con el disfrute de derechos específicos, sino en garantizar el disfrute efectivo y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos sin discriminación. Sin embargo, este proceso avanza con lentitud y de manera irregular.

En este sentido, los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas ofrecen grandes posibilidades en este campo. Los instrumentos de derechos humanos no proporcionan orientación simplemente, sino que imponen a los Estados Parte la obligación de reformar.

También es importante recordar que la responsabilidad primordial respecto a la garantía de los derechos humanos de las personas con discapacidad recae en los Estados. Es decir, que el uso y el valor de los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas se sostienen, siempre y cuando, estén insertos en una reforma interna. De los 35 países latinoamericanos y del Caribe, 16 poseen una ley específica de salud mental. Desafortunadamente, Paraguay no es uno de ellos.

Luego de sistemáticas visitas de monitoreo a las instituciones que se encuentran en los ámbitos de intervención del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP)¹, y de una profunda revisión de la literatura relacionada, se hizo evidente el estado crítico actual de la salud integral, y más específicamente en lo relacionado a la salud mental, un problema que no sólo se limita al contexto nacional, sino a toda la región.

Específicamente, en el contexto nacional se debe resaltar que se cuenta con limitadas investigaciones sobre la situación de los usuarios e usuarias del Hospital Psiquiátrico de Asunción, conocida a través de casos paradigmáticos, y de relatos de experiencias y denuncias de casos.

Por tal motivo, se diseñó la presente investigación, que busca apoyar, con la producción de información y evidencia científica, acciones de incidencia en políticas públicas de los diversos organismos de atención a este colectivo, utilizando las técnicas, conocimientos acumulados y teorías de las ciencias sociales, con la finalidad de acortar la brecha existente entre lo real y lo ideal, en lo que respecta al acceso a salud mental en las instituciones de encierro del Estado paraguayo.

La idea esencial de la investigación científica (o de la ciencia misma) es el mejoramiento de la calidad de vida de la población mediante la utilización del método científico, lo que cobra más destaque cuando se toma en cuenta que el MNP organiza sus intervenciones en los lugares donde existan o se presuma que existan personas afectadas en su libertad, y en situación de abierta violación de sus derechos primordiales.

Si bien la situación presente es crítica, la instauración de la nueva política nacional de salud mental 2011-2020 podría ser prometedora de grandes avances en la atención de servicios de salud mental en Paraguay.

Vista la importancia de la utilización de la ciencia al momento de establecer políticas públicas, se exponen como justificación fundamental de la investigación los potenciales beneficios sociales de la misma, en lo que hace al mejoramiento de la calidad de vida de las personas con discapacidad psicosocial que se encuentran privadas de libertad en instituciones de encierro del Estado paraguayo.

1 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, inhumanas o degradantes. Entre éstas se encuentran las personas con trastornos mentales, denominadas actualmente personas con discapacidad psicosocial (CDPC, 2009).

CAPITULO I: PROPUESTA METODOLÓGICA

Para la presente investigación se plantean dos objetivos generales:

- a) Evaluar la calidad de vida de una muestra de personas institucionalizadas en los Hospitales Psiquiátricos e instituciones de encierro de la República del Paraguay;
- b) Formular recomendaciones y sugerencias pertinentes para lograr una estrategia integral con fines de mejoramiento de la salud mental de la población.

Inicialmente en el documento de propuesta de trabajos, basado en los objetivos generales iniciales, se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- a) Conocer cuál es la calidad de vida de las personas institucionalizadas con discapacidades mentales a través de observación naturalista no participativa y la aplicación de test psicométricos objetivos que midan la percepción subjetiva de la calidad de vida.
- b) Observar y analizar la relación entre la vulneración de la legislación nacional vigente y de los Derechos Humanos fundamentales de las personas institucionalizadas en Hospitales Psiquiátricos y otras instituciones de encierro del Estado Paraguayo.
- c) Explorar y analizar las políticas de salud mental de las instituciones de encierro del Estado Paraguayo.
- d) Determinar cuáles son los índices de prevalencia de enfermedades mentales en las instituciones.

1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque propuesto para la investigación ha sido mixto, de corte transversal y exploratorio, porque se busca 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 las personas entrevistadas, investigando desde la realidad subjetiva de las personas, atendiendo a las limitaciones implícitas acerca de la generalización de los resultados². (Sampieri, 2010, p. 544).

Es de tipo exploratorio, puesto que no se cuenta a la fecha de la realización de estudio, otros semejantes. Es de corte transversal, ya que el levantamiento de datos corresponde a un determinado tiempo y población. Incluir citas o bibliografía (Sampieri, 2010, p. 79).

Si bien la investigación provee insumos importantes y sistemáticos para conocer mejor la calidad de vida de los usuarios/as de esta institución, no pretende evaluar dichos servicios ni tampoco generalizar los resultados a otras poblaciones.

A partir de la inmersión inicial, de corte netamente cualitativo, se evidencian a partir de los servicios, realidades muy diferentes que condicionan sin duda los criterios establecidos para describir la calidad de vida de los usuarios/as.

2 Si bien la propuesta del diseño planteaba inicialmente la aplicación de pruebas psicométricas o tests, luego de la inmersión de campo inicial y teniendo en cuenta las características de los/as usuarios/as del Hospital Psiquiátrico, se considera que la entrevista cualitativa sería más pertinente para obtener la valoración de los criterios de calidad de vida incluso de los usuarios e usuarias de dichos servicios.

Es así que se han podido relevar datos de cuatro servicios de atención dentro del hospital psiquiátrico, basados en los criterios de internación y la guía de identificación³: Urgencia, Corta Estancia, Atención a Usuarios Agudos, y Atención a Usuarios Crónicos.

2. DIMENSIÓN GEOGRÁFICA Y TEMPORAL

Considerando el tiempo y alcance del presente estudio, se decide realizar la investigación en el contexto del Hospital Psiquiátrico de la ciudad de Asunción. La recolección de datos de campo se realizó desde el mes de julio hasta octubre de 2016.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las estrategias de recolección de datos han sido vinculadas a los dos enfoques del estudio, y consisten en observaciones naturalistas no participativas, entrevistas cualitativas, y análisis documental.

3.1. Las observaciones naturalistas no participativas

Si bien el diseño de la presente investigación ha sido de tipo cualitativo, se han buscado seleccionar indicadores que estén vinculados a una perspectiva de derechos humanos y que pudieran reflejar los delineamientos expresados en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Es así que se ha elaborado una guía de observación basada en algunos de los estándares e indicadores del WHO Quality Rights⁴ (OMS, 2012) para medir el nivel de calidad de atención y el respeto de los derechos de los usuarios/as de los servicios del Hospital Psiquiátrico.

Teniendo en cuenta que este es un instrumento que tiene propósitos evaluativos, y por ello requiere identificar en forma exhaustiva la problemática de la calidad y derechos de los usuarios/as, se ha realizado a través de mesas de trabajo la selección de los estándares para cada tema, y que tengan relación con los propósitos del estudio.

El instrumento contempla un total de 25 estándares para servicios de atención cerrada y 17 para la ambulatoria. En este caso se utilizaron los 4 temas y 17 estándares para el área ambulatoria y uno de la atención cerrada que se estimó relevante para los centros ambulatorios chilenos. Esto significa que se evaluó un número total de 18 estándares y 78 criterios (el grado de cumplimiento de los estándares se determinó con base en la evaluación de 2 a 6 criterios para cada uno de ellos).

El formulario fue elaborado en un primer momento con miras a proveer datos de presencia o ausencia de cada indicador. Sin embargo, ante la diversidad de servicios y la riqueza de observación de los procesos, dicho listado de chequeo fue usado de forma mixta, donde se aplicaban criterios de presencia o ausencia que se valoraban con 0

³ Elaboración propia a partir de entrevistas a referentes de la institución y revisión documental.

⁴ El objetivo del Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS es apoyar a los países en la evaluación y mejora de la calidad y los derechos humanos de sus establecimientos de salud mental y de apoyo social. El instrumento se basa en una extensa revisión internacional realizada por personas con discapacidad mental y sus organizaciones. Se ha puesto a prueba en países de ingresos bajos, medios y altos y está diseñado para aplicarse en cualquiera de estos entornos económicos.

y 1, o de lo contrario, eran descriptas por los observadores en forma descriptiva. Sin embargo, respetando el enfoque cualitativo de la propuesta de investigación, se han realizado análisis cualitativos en su totalidad rescatando los testimonios y respuestas de los/as entrevistados/as.

En el **ANEXO I** se encuentra la guía utilizada para el proceso de observación.

3.2. Las entrevistas cualitativas

Orientadas a cada grupo de referentes (autoridades, profesionales y usuarios del Hospital Psiquiátrico, y personas claves del área de salud mental), a partir de las observaciones e itinerarios seguidos durante la permanencia en el Hospital Psiquiátrico. Estas entrevistas con preguntas semi-estructuradas, estuvieron dirigidas a obtener información de los diversos participantes en relación a los criterios seleccionados, y a las guías utilizadas.

Para la documentación de las entrevistas realizadas al personal de la institución y usuarios, no se utilizó grabadora de voz para el registro debido al contexto del hospital, teniendo como motivo la búsqueda de generar mayor espontaneidad. En el caso de algunos usuarios se tuvo que recurrir a este método por la dificultad de expresión oral a la hora de responder. Es necesario destacar que se generó un sistema de registro de lo dicho por los entrevistados.

Es por esto que muchos de los testimonios no son el relato textual, sino una síntesis de la idea central expuesta por el entrevistado.

En relación a la selección de los usuarios/as y funcionarios/as entrevistados/as, fueron realizadas al azar. En el caso del personal, se buscó conversar con aquellos/as que no se encontraban realizando alguna labor, a fin de no interrumpir sus actividades. Mientras que las entrevistas con los usuarios/as se dieron en gran parte de forma espontánea, ya que los mismos se acercaban a los investigadores/as con el fin de contar sus experiencias en el hospital; sin embargo, en algunas ocasiones los usuarios/as eran recomendados a los investigadores/as por el personal de blanco con base en criterios de capacidad de diálogo.

Si bien este proceso fue azaroso se buscó garantizar la participación de ambos sexos de todos los servicios.

En el **ANEXO II** se encuentran todas las pautas y la guía de entrevistas utilizadas durante el presente estudio.

3.3. Análisis documental.

Finalmente, y para cumplir con los objetivos específicos referidos al establecimiento de recomendaciones a la luz de las políticas y planes vigentes, se ha realizado un exhaustivo análisis documental, que fue recopilado en una matriz de documentos, de los cuales se han extraído conceptos del marco de referencia presentado y las posteriores conclusiones y recomendaciones a las instancias competentes.

El análisis de información, a diferencia del tratamiento documental, se centra en el análisis de contenido en un contexto específico, se remite directamente al autor, produce información para la toma de decisiones, posibilita la recuperación de la información, está condicionado por la calificación, inteligencia y creatividad del analista y es capaz de ofrecer, más que referencias, datos derivados del análisis y la síntesis de la información evaluada (Dulzaides Iglesias y Molina Gómez, 2004).

Para estos autores, tanto uno como el otro, nacen como respuesta a la necesidad de una metodología científica para tratar rigurosamente los documentos y la información existente en diferentes contextos. Ambos tipos de análisis pasan, en primer lugar por la identificación y localización de lo que se hace uso, ubican al documento y a la información en un entorno; en el análisis documental, es el resultado de la necesidad de proporcionar al usuario/a un camino para llegar al documento pertinente y el otro, el análisis de la información, es una forma adecuada para su uso racional y creador en la actividad práctica del individuo, sea de la clase que ésta sea: investigadora, gerencial, académica, etcétera

El análisis documental es una forma de investigación técnica, un conjunto de operaciones intelectuales, que buscan describir y representar los documentos de forma unificada y sistemática con miras a facilitar su recuperación (Dulzaides Iglesias y Molina Gómez, 2004). Para asegurar que los documentos satisfacen a los propósitos del estudio y son relevantes para el mismo, se ha realizado previamente una selección de los mismos a partir del tratamiento documental, reflejado en una matriz de documentos que se realiza como parte de la consultoría y queda como aporte del estudio como centro de recursos de consulta sobre la temática.

También se ha utilizado esta técnica con miras a cumplir uno de los objetivos específicos, en particular el relacionado con determinar los índices de prevalencia de enfermedades mentales en las instituciones, buscando -a través de información censal y/o datos estadísticos existentes en el sistema de salud y en el mismo Hospital Psiquiátrico de Asunción- responder a este producto.

4. CARACTERÍSTICAS DE LOS/AS PARTICIPANTES

Teniendo en cuenta que el diseño propuesto es de tipo exploratorio, se decide realizar 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. Sobre todo los usuarios/as y los profesionales de las salas y servicios entrevistados/as son seleccionados/as a través de las observaciones de los investigadores de campo.

En un segundo momento, se implementan las entrevistas de manera a completar el cuadro de actores que atienden en forma directa o indirecta a los usuarios/as del Hospital Psiquiátrico.

1. En la categoría de Autoridades nacionales se identificaron profesionales que ocupen actualmente algún cargo del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en particular relacionados a la atención en salud mental y de manera específica al Hospital Psiquiátrico de Asunción. Se ha elaborado la siguiente tabla con los responsables seleccionados:

Tabla 1. Autoridades Nacionales del Hospital Psiquiátrico.

Nombre	Cargo o función	Organización o entidad a la que pertenece
Dra. Mirta Rodríguez	Dirección General	Hospital Psiquiátrico
Dr. Víctor Adorno	Dirección Médica	Hospital Psiquiátrico
Dr. Julio César Manzur	Asesoría Técnica	Hospital Psiquiátrico
Abg. Daiana Gómez	Asesoría Jurídica	Hospital Psiquiátrico
Abg. Hugo Sánchez	Dirección Talentos Humanos	Hospital Psiquiátrico
Lic. Wilma Lovera	Jefatura de Enfermería	Hospital Psiquiátrico
Dr. Berta Ojeda	Dirección departamento de rehabilitación	Hospital Psiquiátrico
Dra. Mirta Mendoza	Dirección	Dirección de Salud mental
Dr. Martín Moreno	Psiquiatra	Asesoría técnica Hogares Sustitutos Dirección de Salud mental
Lic. Ana María Frachi Rodríguez	Psicóloga	Coordinación Unidades Comunitarias de Salud Mental Dirección de Salud Mental
Lic. Celia Barrios	Dirección	Instituto de Bienestar Social
Eva Insfrán	Dirección	Organización El Puente

2. Dentro del grupo de usuarios/as de los servicios del Hospital se han seleccionado personas que están en servicios transitorio (corta estancia y agudos) y personas residentes del Hospital Psiquiátrico. El siguiente cuadro sintetiza la distribución de salas de los pacientes. como se dice. El vehículo yo robé de Ñemby y me agarraron en Lambaré después de dos días. Así mismo iba a vender, completo, me dieron una entrega para el remarcado de 6 millones y los 5 me iban a dar después en cómodas cuotas”.

Tabla 2. Cantidad de personas usuarias entrevistadas.

Sexo/Servicio	Corta Estancia	Agudos y Agudas	y Crónicos y Crónicas	y Total
Femenino	2	3	2	7
Masculino	3	2	4	9
Totales	5	5	6	16

3. En la tercera categoría, se han entrevistado a profesionales de apoyo y servicios del Hospital Psiquiátrico. A continuación se describen las cantidades de entrevistados: Marcelo Ameri

Tabla 3. Distribución de profesionales de apoyo entrevistados

Profesión/cargo en el Hospital Psiquiátrico	Varón	Mujer	Total
Psicología	1	1	2
Enfermería	5	2	7
Residentes	1	1	2
Psiquiatras	1	2	3
Trabajadores sociales	1	1	2
Totales	9	7	16

5. DIMENSIONES INCORPORADAS EN LA RECOLECCIÓN

A partir del análisis documental, de observaciones y entrevistas se ha podido elaborar una serie de dimensiones e indicadores que pudieron ser relevados durante el presente estudio. Estos han sido organizados en cinco dimensiones que serán retomadas en el momento del análisis de resultados.

Varios de estos criterios han sido obtenidos de fuentes de verificación existentes en el MNP y otras están relacionadas a instrumentos de valoración de calidad de servicios para personas con discapacidad psicosocial en instituciones, específicamente el WHO Quality Rights (OMS, 2012).

Tabla 4. Matriz de Dimensiones de Análisis

DIMENSIÓN	SUB DIMENSIÓN	DESCRIPCIÓN
1. RECURSOS MATERIALES	-	Hace referencia a la infraestructura física, y la disposición general de la sala, incluyendo el acceso para personas con discapacidad física, el estado de conservación del inmueble (las ventanas no están rotas, la pintura no se está descascarando de las paredes) y disponibilidad de medidas de seguridad contra incendios; dormitorios (estado de la infraestructura, espacio adecuado para evitar hacinamiento, separación por sexo, privacidad); duchas e inodoros (funcionalidad adecuada, privacidad en sanitarios, higiene); mobiliario (N° de camas en uso, estado general del mobiliario, disponibilidad de mobiliario necesario); ropa (disponibilidad de vestimenta limpia, tamaños adecuados para los usuarios, ajustada a las necesidades y preferencias de los usuarios); comida (disponibilidad de agua potable, cantidad suficiente, calidad de los alimentos, alimentación adecuada a la cultura de los usuarios, comida diferenciada para usuarios con dietas especiales)
2. POLÍTICAS DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO	-	Hace referencia a la legislación vigente, vinculación de los delineamientos del MSPyBS con la perspectiva encontrada en el Hospital Psiquiátrico, el enfoque de la atención (medico/social) y de recuperación, la persona como sujeto de derechos (singularidad,

		<p>elecciones reales, actitudes...); presencia de un plan integral e individualizado de recuperación, articulación con otros servicios de apoyo (psico educación, fisioterapia, otros); protocolos de internación (consentimiento informado, criterios de internación, procedimientos de intervención en situaciones de crisis); acceso de personas a tratamiento y rehabilitación en su medio habitual.</p> <p>También tiene en cuenta la política de recursos humanos; cantidad de personal por profesión (psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales); ratio profesionales/usuarios; formación básica y formación en servicio (formación de RRHH en salud pública de los profesionales de salud mental); capacitaciones de parte de la institución (incorporación de delineamientos de la CDPD entre otros); disponibilidad del personal al servicio de los usuarios del establecimiento; dimensión actitudinal (hábitos, prejuicios y valores de los profesionales).</p>
3. CALIDAD DE VIDA DE USUARIOS/AS	Bienestar Emocional	Relacionado con el artículo 25 de la CDPD ⁵ - goce de salud física y mental e incluye indicadores relacionados con la seguridad, felicidad, reducción de estrés, satisfacción, autoconcepto; usuarios libres de abuso verbal, mental, físico, sexual y de descuido físico y emocional. Disponibilidad de mecanismos de prevención de la tortura y otros malos tratos.
	Relaciones Interpersonales	Hace referencia a criterios incorporados al artículo 19 de la CDPD - vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad, y tiene en cuenta aspectos tales como el acceso a medios de comunicación, privacidad, relaciones familiares, amistades, relación con los otros usuarios, relacionamiento con el personal de la institución, participación en la comunidad; apoyo a la participación de los usuarios en actividades sociales, culturales, religiosas y de recreación.
	Bienestar Material	Relacionado con la posesión de recursos materiales, trabajo y/o empleo con apoyo; existencia de oportunidades de trabajar, diversidad de tipos de trabajo.
	Desarrollo Personal	Vinculado a las oportunidad de aprendizaje, actividades de recuperación de habilidades sociales y laborales, y el acceso y participación en organizaciones políticas, religiosas, sociales y de autoayuda o autodefensa.
	Autodeterminación	Vinculado a los artículos 12 y 14 de la CDPD - ejercicio de la capacidad jurídica y artículo 19 de la CDPD -vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad- considerando criterios tales como apoyo y orientación para el establecimiento de metas, acceso de un usuario a su información de salud personal; decisiones; derecho y posibilidad de rechazar el tratamiento; y disponibilidad de mecanismos para que los usuarios expresen sus opiniones.

⁵ Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de la ONU, ratificada por Paraguay como Ley No. 3540/08.

	Bienestar Físico	Relacionado tanto con el goce de salud física y mental, como con la protección contra la tortura y la violencia, considerados en los artículos 25, 15 y 16 de la CDPD e incluye criterios tales como medicación (disponibilidad de medicación específica y vacunas); acceso a exámenes de salud física y/o detección de enfermedades específicas; acceso a tratamientos para los problemas generales de salud; educación y promoción de salud y asesoramiento en salud reproductiva y planificación familiar.
	Derechos básicos	Incorpora criterios tales como privacidad; acceso a derechos y libertades reconocidos en la población general y especiales protecciones; derecho al voto y a responsabilidades civiles en el caso de internación de casos judicializados (juicio gratuito); procedimiento de apoyo a usuarios en la participación en la vida política y pública, y en el ejercicio de la libertad de asociación. Procedimientos de ingreso, procedimiento de alta, articulación con el Poder Judicial y aplicadores de ley.

Fuente: elaboración propia

CAPÍTULO II: MARCO DE REFERENCIA

En el presente estudio se ha optado por utilizar la denominación de personas con discapacidad psicosocial –propuesta por la CDPD-, no así las denominaciones más corrientes como las de trastornos psiquiátricos, enfermos mentales u equivalentes. Como se verá brevemente en este capítulo, no sólo la denominación de este colectivo ha sufrido cambios desde la antigüedad hasta nuestros días: también han avanzado las propuestas de intervención, desde las vinculadas a modelos médicos y rehabilitadores, centrados en lo profesional y terapéutico, a otras centradas en la persona, relacionadas a la prevención de la cronicidad de casos, a partir de la provisión de una atención integral, planteada en ambientes menos restrictivos.

Sin embargo, como se podrá evidenciar en este informe, son frecuentes las contradicciones en el tratamiento otorgado a las mismas. Dichas contradicciones son una constante histórica, y constituyen una manifestación de la tensión existente entre las diferentes concepciones de las que es objeto la discapacidad y en particular la discapacidad psicosocial.

A continuación, se presenta una breve descripción de estos paradigmas, conceptos centrales de la problemática, sus aspectos normativos más sobresalientes y una síntesis de la situación nacional en términos de planes y programas.

1. Los modelos de atención a la discapacidad

Actualmente, pareciera no haber duda en que la atención a la temática de la discapacidad es una cuestión de derechos humanos. Entre ejes centrales del enfoque de derechos se encuentra el concepto de calidad de vida, asociado a este colectivo cada vez con mayor intensidad.

Para Palacios (2008), Egea García y Sarabia Sánchez (2004), es posible distinguir tres modelos de atención, que a lo largo del tiempo se ha dispensado a las personas con discapacidad, y que, en algunos ámbitos coexisten (en mayor o menor medida) en el presente. El cuadro a continuación sintetiza la perspectiva de cada uno de los modelos con su impacto en las prácticas con este colectivo:

Tabla 5. Sinopsis de modelos de tratamiento.

<p>MODELO DE PRESCINDENCIA</p>	<p>Presupone que las causas que dan origen a la discapacidad tienen un motivo religioso, y en el que las personas con discapacidad se consideran innecesarias por diferentes razones (albergan mensajes diabólicos, son la consecuencia del enojo de los dioses, entre otros). Asociado a una visión animista clásica asociada al castigo divino o la intervención del “Maligno”.</p> <p>Tiene como consecuencia social la convicción de que sus vidas no merecen la pena ser vividas- ya que no contribuyen a las necesidades de la comunidad- por lo cual se puede prescindir de las personas con discapacidad, ya sea a través de la aplicación de políticas eugenésicas, o situándolas en el espacio destinado para los “anormales” y las clases “pobres”, con un denominador común marcado por la dependencia y el sometimiento, en el que asimismo son tratadas como objetos de caridad y sujetos de asistencia.</p>
<p>MODELO MEDICO/ REHABILITADOR</p>	<p>Se parte de la premisa que las causas que originan la discapacidad son científicas (derivadas en limitaciones individuales de las personas), por lo cual este colectivo de personas deben ser rehabilitadas, normalizadas en su accionar cotidiano, aunque ello implique forjar a la desaparición o el ocultamiento de la diferencia que la misma discapacidad representa. Prevalece la intervención médico-profesional sobre la demanda del sujeto.</p> <p>Las características o presupuestos fundamentales del modelo rehabilitador son dos: a) las causas que se alegan para justificar la discapacidad son vinculadas a la diversidad funcional en términos de salud o enfermedad; b) las personas con discapacidad ya no son consideradas inútiles respecto de las necesidades de la comunidad, sino que ahora se entiende que pueden tener algo que aportar, aunque ello ocurriría en la medida en que sean “normalizadas”.</p> <p>En este modelo se busca la recuperación de la persona — dentro de la medida de lo posible— teniendo a la institucionalización como parte de una práctica rutinaria en este paradigma.</p> <p>Por otro lado, la mirada se encuentra centrada hacia la diversidad funcional —a las actividades que la persona no puede realizar—por lo que se produce una enorme subestimación con relación a las capacidades y aptitudes de las personas con discapacidad. filosofía se insiste en que las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de personas sin discapacidad, pero siempre desde la valoración y el respeto de la diferencia. El logro de una vida independiente sería el objetivo principal.</p>

Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con la asunción de ciertos valores intrínsecos a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros.

Asimismo, apunta a la autonomía de la persona con discapacidad para decidir respecto de su propia vida. Para ello, se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades.

Fuente: elaboración propia a partir de Palacios (2008) y García & Sánchez (2004).

Este último modelo, el social, ha sido la consecuencia de una larga lucha, plantada por las propias personas con discapacidad, que tuvo sus frutos en diversos ámbitos.

Uno de dichos ámbitos es en el campo internacional de los derechos humanos, con sus consecuentes implicaciones en los derechos de las legislaciones internas de los Estados parte.

El último paso en dicho sentido, ha sido la aprobación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de la cual se hará una breve referencia a continuación.

2. La discapacidad psicosocial en el marco actual de la Convención

Si bien la coyuntura pareciera adversa en lo que hace a la atención a la población con discapacidad, en particular la que presenta algún tipo de discapacidad psicosocial, existe un grupo cada vez más importante que propone de manera enfática la revisión y un cambio de paradigma de dichos modelos de atención.

Al decir de Verdugo (2001), este movimiento mundial lleva al mayor y mejor posicionamiento de un modelo de atención a las personas con discapacidad que invierte la paradoja con la intención de flexibilizar las instituciones para que, en la medida de lo posible, sean éstas las que se adapten a las diferentes personas receptoras en lugar de lo contrario. Este nuevo enfoque se denomina “el modelo centrado en la persona”.

Este modelo propone pasar de aplicarse a la relación entre individuos, a extender su aplicación práctica al diseño de instituciones de servicio con el modelo centrado en las personas, buscando con esto establecer intervenciones que logren mejorar la calidad de vida de los usuarios/as y sus familias.

Otro aspecto importante en este cambio de modelo es la visión de la persona con discapacidad (psicosocial en este caso) como “receptor” del servicio, como objeto pasivo, a un enfoque donde se la reconoce como sujeto individual activo y participante de su propio proceso y en consecuencia, de su recuperación.

Esto conlleva sin duda a entender el enfoque de derechos no solo como el respeto de los derechos de las personas “cuidadas”, sino que implica el claro reconocimiento que esos derechos siempre van ligados con los deberes y responsabilidades. Es así que las personas con discapacidad tienen que generar comportamientos que sean acordes con las normas de convivencia de su entorno y comunidad, que deben asumir (o recuperar) gradualmente su espacio en dichos contextos.

Este cambio de paradigma viene generando una serie de revisiones y tensiones en diversos ámbitos -sociales, políticos y jurídicos-. La idea del modelo social ha alterado las percepciones que, erróneamente, mantenían excluidas a un significativo porcentaje de la población mundial.

En el caso de los derechos humanos, es importante mencionar, como punto de quiebre, a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), en vigor desde mayo del 2008 (habiendo sido ratificada por Paraguay como Ley No. 3540/08 ese mismo año). Dicho tratado es el instrumento jurídico que consagra el modelo social y especifica los derechos de las personas con discapacidad.

Este documento no solo refleja los cambios antes mencionados en el paradigma, sino que hace especial mención a las personas que presentan una discapacidad (mental) psicosocial, a las que por primera vez un instrumento jurídico no solo reconoce, sino que distingue y diferencia de las personas que presentan otro tipo de discapacidad.

A partir de la CDPD cualquier legislación o política que aborde la problemática de las personas con discapacidad mental o psicosocial debe reconocer que el principal obstáculo para el ejercicio de sus derechos y su plena inclusión social no es la discapacidad en sí, sino los límites que las diferentes culturas y sociedades imponen a la conducta y al comportamiento de los seres humanos, así como el estigma social y sus consecuentes actitudes y prácticas discriminatorias de las que han sido y continúan siendo objeto (Fernández, 2010, p.14)

2.1. Las clasificaciones Internacionales de la discapacidad y su relación con el concepto de salud y los modelos de atención.

Un aspecto que viene siendo discutido a nivel mundial -el cual refleja sin duda la perspectiva biológica, rehabilitadora y/o social- guarda relación con las concepciones de “enfermo mental”, “con trastorno psiquiátrico” o “persona con discapacidad psicosocial”. Dentro de la misma discusión se encuentra el concepto de “cronicidad” aplicado con frecuencia a las personas que tienen diagnósticos de esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos graves. Si bien estas discusiones son consideradas por Amendolaro (2013) como altamente

saludables en términos académicos, existe hoy la evidencia importante de cómo las definiciones o conceptos han tenido impacto en aspectos relacionados con el diseño de políticas, en la toma de decisión de inversión y sin duda han contribuido a una mayor -o menor- estigmatización de las personas con estos cuadros.

En este sentido, es importante reconocer que el análisis crítico se enriquece con la llamada perspectiva social en respuesta al concepto biomédico tradicional, planteándose que la sociedad es la que ha fracasado en dar respuesta a las necesidades de las personas con discapacidad y no son éstas personas las que no se han podido “adaptar”. De esta forma, es también responsabilidad de la sociedad adecuarse a las necesidades de estos colectivos, naciendo la lucha por reivindicaciones para estos grupos que se encuentran en clara desventaja social. Una interesante respuesta a estos componentes lo está planteando la CIF⁷.

Con relación a las definiciones establecidas desde la CDPD, si bien ésta no impone un concepto rígido de discapacidad, ya que sostiene que desde un enfoque dinámico, dicha concepción debería permitir adaptaciones a lo largo del tiempo y en diversos entornos socioeconómicos, decide adoptar la que afirma que la discapacidad es:

[un] concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. (ONU, 2006, p. 2).

En este marco, y con el propósito de partir de algún concepto referido a la nomenclatura utilizada a lo largo de este estudio, se opta por el concepto de “discapacidad psicosocial” (Castillo y Hillman, 2009, p. 425) referido “a las personas con diagnósticos psiquiátricos, usuarias o ex usuarias de los servicios de salud mental”⁸.

Esta terminología surge como derivación de las reflexiones realizadas desde el modelo social -que incorpora el enfoque de derechos humanos al enfoque médico- y la describe como:

[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,

7 La CIF es una clasificación cuyo objetivo es aportar un lenguaje común, fiable, estandarizado y aplicable transculturalmente, que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad, utilizando una visión universal de la discapacidad. Forma parte de la familia de clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud que proporcionan un marco conceptual uniforme de clasificación. Al establecer un lenguaje común aporta al manejo clínico de los pacientes permitiendo definir universalmente las acciones del equipo rehabilitador. Establece un paradigma que enfoca la funcionalidad del ser humano como un sistema de múltiples sistemas que interactúan reforzando el modelo biopsicosocial para enfocar la salud y privilegiando una mirada hacia las capacidades por sobre las dificultades.

8 Castillo y Hillman (2009, p. 425) indican que... esta terminología surgió como la frase preferida de las mismas personas usuarias, ex usuarias y sobrevivientes de la psiquiatría que estuvieron participando en los procesos de redacción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas.

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) (CONAPRED, 2016, p. 5).

Esta descripción se diferencia claramente de la denominada discapacidad intelectual, que se caracteriza por limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual (razonamiento, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia) como en conducta adaptativa (conceptuales, sociales y prácticas), que se han aprendido y se practican en la vida cotidiana.

Todo esto genera una nueva forma de encarar la intervención de este grupo de personas, y es aquí donde el concepto de “rehabilitación psicosocial” se inserta y propone no solo un marco de referencia sino que marca líneas de intervención en los servicios en salud mental.

2.2. El concepto de rehabilitación psicosocial

Toda esta controversia en el concepto tiene un efecto directo en el servicio y tipos de servicios de “rehabilitación” en salud mental. Sin embargo, la tensión e incluso divergencia permanente en toda la región tanto a nivel teórico como práctico es una situación cotidiana y frecuente.

López y Laviana (2007) enfatizan en la controversia teórica: es muy probable – dicen los expertos- que ningún profesional del campo de la salud mental esté en desacuerdo con que la atención de las personas con discapacidad psicosocial debe incluir componentes de rehabilitación. Sin embargo, ese aparente acuerdo encubre, a menudo, discrepancias relacionadas con el significado real de dicho concepto para los/as profesionales del campo de la salud mental (sean psiquiatras, psicólogos/as, enfermeros/as e incluso trabajadores/as sociales).

Discusiones sobre el significado concreto del término rehabilitación y sus diversos componentes, sobre si todos los profesionales de salud mental «hacen», deben o pueden «hacer» rehabilitación o ésta es una tarea reservada a personal más especializado, sobre la relación entre rehabilitación y apoyo social, sobre la necesidad o no de dispositivos específicos o sobre el carácter sanitario o no sanitario de distintas actividades, servicios y profesionales de la rehabilitación, son, entre otros muchos, algunos de los debates que de manera directa o indirecta se mantienen periódicamente entre nosotros... (López y Laviana, 2007, pp. 187-223).

Esta lógica de entender la rehabilitación sólo desde una perspectiva médica rehabilitadora afecta también a las familias y otros agentes de salud. Y determina sin duda el destino de gran parte de los recursos de salud (mental) a algunos modelos de atención que al decir de Amendolaro (2013), paradójicamente favorecen la cronicidad, el deterioro, la discapacidad y la segregación social.

Pero sin duda, la presencia de esta controversia y de la tensión que ésta ocasiona en la práctica en salud mental es un ejercicio saludable y necesario, pues a partir de esta redefinición de a quienes atiende el sistema de salud mental, y a medida que este enfoque social se va expandiendo, cobra fuerza el concepto de rehabilitación psicosocial, que como señala Hernández Monsalve, aúna toda 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” (2011, p. 296).

2.3. Rehabilitación psicosocial en personas con discapacidad psicosocial

Para Hernández Monsalve (2011), la rehabilitación psicosocial ha demostrado ser, en la historia reciente de la psiquiatría y la salud mental, un ingrediente clave en la eficacia de los procesos de desinstitucionalización, recuperación e inclusión social de las personas con algún cuadro de discapacidad psicosocial (sobre todo las que presentan trastornos graves y persistentes).

Existe de alguna forma un acuerdo a nivel de los expertos/as del campo de la salud mental de que la rehabilitación psicosocial es una dimensión más de la intervención en salud mental, que 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, y que pone en práctica muy diversas técnicas para ello. Además de realizarse desde valores y principios tales como: autonomía, normalización, responsabilización; o las más recientemente reconocidas y derivadas de la perspectiva de la recuperación. (Hernández Monsalve, 2011).

Existe actualmente una diversidad de modalidades de intervención psicosocial y las mismas son altamente recomendadas en las guías internacionales (Contreras y Navarro, 2008) muchas de las cuales han sido incluso validadas según fases de la discapacidad psicosocial y más específicamente en la atención a personas con esquizofrenia.

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 (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 clásico principio de no generar espacios ni dispositivos específicos hasta no haber agotado las posibilidades que ofrece el entorno normalizado no siempre se tiene en cuenta en la práctica.

El mayor reto en la rehabilitación de este colectivo, al decir de Ortiz Lobo (2013, p. 174), es 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, ya que puede perder efectividad no solo la ausencia y el abandono en el apoyo como el exceso del mismo. Por eso, pensar la propuesta de intervención psicosocial significa pensar la “dosis mínima eficaz” (Ídem) para que la persona retome u obtenga el equilibrio orgánico requerido sin perder el protagonismo de sus acciones y los diferentes aspectos de su vida.

Es en este contexto donde el concepto de calidad de vida se inserta y orienta de forma más directa la intervención con enfoque de derechos y perspectiva social e inclusiva. Por ello, se plantea una breve reflexión sobre esta temática, eje central de la investigación realizada.

Es no dejar -al decir de este mismo autor- que su vida y acción en el entorno sea “eclipsada” por el profesional rehabilitador (sea médico/a, trabajador/a social, enfermero/a, psicólogo/a, etc.) quien con su accionar deja un claro mensaje de incapacidad y deficiencia en la persona “rehabilitada”.

2.4. Definiendo la Calidad de Vida

Este concepto cobra nuevo dinamismo en la actualidad, que es utilizado con mayor frecuencia en el campo de la investigación, la política y en el “habla popular”, para remarcar los aspectos positivos y deseables de la vida. Esto se debe al sentido semántico de la palabra, que se vincula a la presencia de valores positivos y aspiraciones humanas universales, como la consecución de la felicidad o del bienestar. Desde esta perspectiva, inicialmente de tipo filosófico y ético, el concepto ha evolucionado en los últimos años hasta convertirse en un constructo social, un área de investigación aplicada y un principio básico de prestación de servicios, ya que en la última década se ha logrado profundizar sobre el mismo, traduciéndose en modelos operativos.

Específicamente, en el campo de la discapacidad, ha logrado generar una diversidad de experiencias y enfoques en las últimas décadas. Ya que hoy se cuenta con una serie de acuerdos generalizados para referirse a los principios conceptuales, medida y aplicación del concepto de calidad de vida en la materia.

Para el presente estudio, se opta por utilizar el concepto propuesto por Schalock y Verdugo (2007, p. 5) donde la calidad de vida reflejaría “las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno o una”.

A partir de esta conceptualización, estos autores desarrollan una categorización de ocho dimensiones, definidas por una serie de indicadores (percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión que van a permitir identificar la satisfacción con una determinada área de la vida de la persona con discapacidad entrevistados y observados durante el trabajo de recolección de campo). El siguiente cuadro sintetiza las dimensiones propuestas por estos autores y sus principales indicadores:

Tabla 6. Dimensiones de Calidad de Vida.

Dimensiones:	Indicadores:
Bienestar Emocional	Estabilidad mental: ausencia de estrés, sentimientos negativos; satisfacción, autoconcepto.
Relaciones Interpersonales	Relaciones familiares; relaciones de pareja; tener amigos y amigas estables y claramente identificadas; tener contactos sociales positivos y gratificantes.
Bienestar Material	Condiciones de la vivienda; condiciones del lugar de trabajo; condiciones del servicio al que acude; empleo; ingresos; salario; posesiones.
Desarrollo Personal	Oportunidades de aprendizaje; habilidades relacionadas con el trabajo; habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa); actividades de la vida diaria.
Bienestar Físico	Atención sanitaria; sueño; consecuencias de la salud (dolores, medicación...); salud general; movilidad; acceso a ayudas técnicas.
Autodeterminación	Metas y preferencias personales; decisiones; elecciones.
Inclusión Social	Participación; integración; apoyos.

Fuente: elaboración propia con base en Schalock y Verdugo (2007).

Es importante resaltar que el concepto de Calidad de Vida tiene una pluralidad de significados entre los cuales no hay que olvidar la propia percepción que tiene la persona sobre su propia vida. Es un concepto que “tiene grandes implicaciones para el campo de la rehabilitación, pero es un término complejo y mal definido” (Brown, 1988, citado en Verdugo, 2001, p. 7).

En este sentido, y al vincular el presente modelo a la población con discapacidad psicosocial, se debe hacer una referencia al modelo de atención en salud que se tenga en cada una de las culturas y sociedades. Las aplicaciones del concepto deberían, según Verdugo (2003), facilitar un nivel superior de manejo en los servicios, una mejoría en el control personal y oportunidades individuales ejercidas por la propia persona respecto a sus actividades, intervenciones y entornos. .

Aunque son varios los modelos de Calidad de Vida existentes, el propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003, 2007, 2008, citados en Verdugo y Rodríguez, 2011) aparece en la literatura científica como el más citado en la actualidad y cuenta con mayor número de evidencias acerca de su validez (Gómez, Verdugo, Arias y Arias, 2011; Verdugo, Gómez, Schalock y Arias, 2011; Wang, Schalock, Verdugo y Jenaro, 2010, citados en Verdugo y Rodríguez, 2011).

Según este modelo (Schalock y Verdugo, 2002/2003; 2007; 2008; Schalock et al., 2011; Verdugo, 2006, citados en Verdugo y Rodríguez, 2011)), la calidad de vida individual se define como un estado deseado de bienestar personal que: (a) es multidimensional; (b) tiene algunas propiedades universales y otras que tienen relación directa con la cultura; (c) tiene componentes objetivos y subjetivos; y (d) está influenciado por características personales y factores ambientales.

De acuerdo al modelo de Calidad de Vida planteado por Schalock, se asumen, entre otros, los siguientes principios esenciales para hablar de vida con calidad:

- a) a) La Calidad de Vida para las personas con discapacidad se compone de los mismos factores y relaciones que para el resto de las personas: una persona con discapacidad tendrá manifestaciones peculiares y elecciones propias de la persona y no necesariamente iguales a las de otras personas, pero las dimensiones centrales de la calidad de vida serán semejantes a las del resto.
- b) a) La Calidad de Vida se mejora cuando las personas perciben que tienen poder para participar en decisiones que afectan a sus vidas. Durante mucho tiempo las personas con discapacidad se han visto despojadas de sus capacidades para poder tomar decisiones, habiendo asumido ese papel de decisión bien las familias, bien los profesionales, o ambos (aun cuando generalmente se haya hecho con la mejor intención).
- c) a) La Calidad de Vida aumenta mediante la aceptación y plena integración de la persona en su comunidad. El respeto a cada persona, con independencia de la discapacidad o trastorno que presente, es un factor esencial en la percepción de calidad de la vida. Cada uno de nosotros valoramos de manera positiva la realización de tareas que suponen una participación real en la vida de nuestra comunidad y una aceptación por parte de nuestros semejantes.
- d) Una persona experimenta Calidad de Vida cuando se cumplen sus necesidades básicas y cuando esta persona tiene las mismas oportunidades que los demás para perseguir y lograr metas en los contextos de vida principales, como son el hogar, la comunidad, la escuela y el trabajo.

Resalta la propuesta de tener una “medición” de la Calidad de Vida en los diversos contextos y entornos en los cuales vive la persona con discapacidad o le toque relacionarse. Lo cual debería ocupar un papel primordial en la recogida de evidencia, siendo útiles incluso para dirigir o redirigir recursos y así maximizar los efectos positivos en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas a las cuales se les provee los servicios.

En el campo de la salud mental este concepto se incorpora con la intención de considerar lo que dan en llamar los “criterios óptimos”, a partir del desarrollo de cada comunidad, de manera incluso a entender que la mera consideración de los aspectos psicopatológicos resulta insuficiente: las recaídas, la imposibilidad de suprimir la sintomatología en su totalidad, las dificultades para la inclusión laboral y social de estos colectivos, favorecen un giro hacia la consideración de los aspectos subjetivos en sus condiciones de vida.

Desde la aparición de los neurolépticos, la psiquiatría se pre-ocupa no solamente de controlar y tratar de eliminar la sintomatología clínica, sino también de conseguir una mejor Calidad de Vida para los pacientes. El giro hacia aspectos más subjetivos permite definiciones del concepto de Calidad de Vida en las que tienen en cuenta tanto condiciones objetivas del nivel social y económico, como factores subjetivos de satisfacción con las mismas.

2.5. Salud y los distintos modelos de atención

Si bien a partir de la revisión documental se han podido encontrar una diversidad de conceptos relacionados con la salud mental -justamente en concordancia con las perspectivas y paradigmas antes descriptos-, se ha partido de la definición que sostiene Barbieri et al. (2006) que consiste en entender la salud mental como un conjunto de derechos y capacidades inherentes a la persona, reconocidas por Weinstein (1988, citado en Barbieri et al., 2006), como la capacidad de comunicación, de vida, de goce, de creatividad, de autocrítica, de dimensión crítica, de autonomía, de solidaridad, capacidad de proyectar y al mismo tiempo de integrarse a un proyecto comunitarios y colectivo. Y en consonancia con este autor la posibilidad de desarrollo de estas capacidades va a depender de las acciones que se lleven a cabo sobre la salud y de las condiciones económicas, sociales y culturales de cada grupo o comunidad.

Se ha considerado interesante esta concepción, no solo por su proximidad con los delineamientos de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (eje importante del presente estudio) y otras normativas internacionales, sino además como pauta orientadora para “mirar” las instituciones de salud mental. Al decir de estos autores (Weinstein, 1988, citado en Barbieri et al, 2006), éstas instituciones y profesionales muchas veces piensan a los/as pacientes como “incapaces”, y a partir de allí orientan su intervención. En cambio, esta concepción “no prejuzga sobre el grado mayor o menor de enfermedad o sobre la normalidad de una persona. Es aplicable así a cualquier individuo o grupo, del que se pueda decir que éstas o aquellas son sus capacidades, su salud” (p. 7).

A continuación (Ilustración 1), se presenta una breve síntesis de los niveles de atención propuestos por la OMS/OPS, partiendo de los servicios vinculados a los diversos territorios y localidades de origen de los usuarios/as, y de allí a modalidades de atención más restrictivas y con condiciones y modalidades más institucionalizadas. Si bien éstas no van a ser desarrolladas en este marco de referencia a profundidad, es necesario referirse a las mismas ya que han sido tenidas en cuenta para el análisis de la situación de los usuarios y usuarias del Hospital Psiquiátrico, y sobre todo en el momento de la revisión de las políticas públicas, así como de planes y programas existentes en el país para este colectivo.



Fuente: OMS (2010, p. 15)

Fuente: OMS/OPS (año, página)

Todo este marco de referencia lleva a situar a las personas con discapacidad psicosocial -incluso los cuadros de esquizofrenia, considerados tradicionalmente como “determinados” por aspectos netamente biológicos o que deben ser “curados”-, hacia una propuesta de servicios que busque re-habilitar a las personas para que hagan, al decir de Perkins (2005, p. 110), “las cosas que quieren hacer y vivan la vida que quieren llevar”.

3. LEGISLACIÓN Y DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL: ASPECTOS NORMATIVOS

Como ya se mencionara en el apartado anterior, la revisión y ajuste del paradigma o modelo social de atención a la población con discapacidad –entre las cuales están las personas con discapacidad psicosocial– no es nueva.

El movimiento de derechos humanos a nivel mundial y en particular en Latinoamérica, ha realizado acciones claves para propiciar la instalación de políticas, planes y programas con enfoque comunitario, con base en el sistema de salud local.

Algunos hitos importantes se señalan aquí en forma breve:

Tabla 7. Hitos documentos claves sobre la temática.

<p>Declaración de Caracas (1990).</p>	<p>Realizada en noviembre de 1990 fue una conferencia regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina que propone diversas estrategias para lograr el rediseño de la intervención en los diferentes países.</p> <p>La actualización de la legislación es un punto clave, basado en documentos de DDHH firmados y ratificados por los países.</p> <p>Fue el primer estándar interamericano que vincula las Convenciones en DDHH con el contexto de hospitales psiquiátricos, sosteniendo la necesidad de que los usuarios de estos servicios puedan mantener el disfrute al más alto nivel de bienestar físico y mental.</p> <p>Hace énfasis en aspectos vinculados a la dignidad personal (garantías judiciales, integridad física, psíquica y moral, libertad personal de la propiedad privada, derechos políticos que hacen sin duda a la calidad de vida).</p> <p>Enfatiza la necesidad de invertir en sistemas comunitarios de salud mental con una alternativa para proteger los DDHH antes mencionados.</p>
<p>Consenso de Panamá.</p>	<p>Promovida por la OPS/OMS en coordinación con el gobierno de Panamá en el marco de la conferencia regional de salud mental de octubre de 2010.</p> <p>En ella participaron trabajadores de salud mental de todos los actores así como organizaciones defensoras de DDHH, organizaciones de la sociedad civil en general e instituciones académicas, usuarios de servicios y sus familias.</p> <p>Luego de 20 años de la conferencia de Caracas que marcó un hito en el desarrollo de la atención en salud mental con la participación de usuarios y sus familias en decisiones, investigación y formación de recursos humanos con enfoque comunitario.</p> <p>Propone apoyar las estrategias de acción sobre salud mental con líneas específicamente relacionados al trabajo en red.</p>
<p>Principios de Brasilia.</p>	<p>Noviembre de 2005. 15 años después de la declaración de Caracas, hace referencia a los ejes rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas. Esta rescata los avances y adopción de diversas recomendaciones y orientaciones y reiteran la validez de dichos principios.</p> <p>Puntualiza sobre los nuevos desafíos (comunidades indígenas, niñez y adolescencia, inversión en prevención y abordaje precoz de conductas suicidas, adicciones y violencia).</p>
<p>Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.</p>	<p>Firmada en la OEA en 1999 y Ratificada por Paraguay como Ley No. 1925/02. Reitera la necesidad de tomar medidas legislativas, sociales, administrativas y educativas para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad, instalación de propuestas a partir de políticas y planes de servicios comunitarios que propicien la integración y permanencia de las personas con discapacidad mental en sus comunidades y localidades de origen, enfatizando las estrategias de divulgaciones de los estándares internacionales para asegurar calidad en los servicios.</p>

Declaración de Hawaii.	Promovida en el año 1977, por la Asociación Mundial de psiquiatría (WPA), incorpora conceptos de salud mental como alternativa a la psiquiatría exclusiva, enfocando la prevención y la participación gradual de otros profesionales en la atención (integral e integrada), de las personas con discapacidad mental (psicosocial).
Convención sobre Derechos de personas con Discapacidad de la ONU	El 13 de diciembre de 2006, y tras un proceso de elaboración de cinco años, fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que prevé medidas, tanto de no discriminación como de acción positiva, que los estados deberán implantar para garantizar que las personas con discapacidad puedan disfrutar de sus derechos en igualdad de condiciones que las demás personas. La Convención compromete a los países que la ratifiquen a reconocer que todas las personas son iguales ante la ley y a prohibir cualquier tipo de discriminación en razón de la Discapacidad. Fue ratificada en el país como Ley 3540/08

Fuente: elaboración propia.

3.1. Contexto Legal Nacional

En el Paraguay, la salud es reconocida como un derecho universal a partir de la modificación de la Carta Magna en la Constituyente de 1.992, convirtiéndose la concepción de derecho en el pilar principal del cual parten las actuales “Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad” del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS).

En ellas los principios rectores son la universalidad, la equidad como principio de justicia social, la integralidad y la participación protagónica de la ciudadanía en el avance hacia una democracia liberadora y un sistema de salud integrado e integral.

Por largo tiempo la salud mental se vio vinculada y limitada a la atención de las personas con discapacidad psicosocial a cargo del único Hospital Psiquiátrico estatal en Paraguay, fortalecido por un sistema político de 62 años de dictadura, donde el desarrollo social progresista, y el desarrollo social planificado no estaba incluido en la agenda de prioridades. (MSPyBS, 2011)

A partir de la década de los ‘90, un grupo de profesionales de la salud mental, viene proponiendo una concepción lo menos restrictiva posible⁹. El cambio de modelo se basó en la propuesta de desmanicomialización en Italia, lideradas por Franco Basaglia en la década de los ‘70; en las propuestas del Bureau de Alternativas a la Psiquiatría de Europa, y el Movimiento Solidario de Salud Mental de América Latina en los ‘80, así como en diversas experiencias de la Provincia de Río Negro, en la Argentina; Río Grande do Sul y varios estados de Brasil, a partir de los años ‘90.

9 estas estrategias se dan buscando superar el modelo “hospital céntrico”, por lo cual se propone un abordaje de la salud de base comunitaria, con un trato humanizante y de respeto a los derechos humanos, dando lugar a la participación social, la construcción y el ejercicio de la ciudadanía de las personas con y sin sufrimiento psíquico. (Informe organización El Puente, s/f).

También, se contó con el asesoramiento de expertos de América Latina, Canadá y Europa (integrantes de la Reforma de Salud Mental de Andalucía – España) .¹⁰.

Estas experiencias, mundiales y regionales, fortalecieron el movimiento que se daba en el país hacia la problematización de conceptos y prácticas en salud mental, abriendo las posibilidades hacia la construcción de un pensamiento más integrado e integral que favoreciera la construcción de procesos que “desmontaran estructuras excluyentes”¹¹.

Las Declaraciones descriptas más arriba fueron gradualmente teniendo su incidencia en el país, proveyendo de un marco jurídico que apoyaba las acciones de exigibilidad que proponían los grupos organizados. Estos se tomaron como referencia para delinear las políticas de salud mental en América Latina, la legislación nacional vigente y los instrumentos vinculantes internacionales que rigen los temas de salud mental.

“El golpe de estado de febrero del 89 interpeló otras realidades en relación a la cobertura de salud y educación, dando cuenta de las inequidades existentes tanto en el ámbito urbano como en el interior del país” (MSPyBS, 2011, p. 19).

Es así que en la década del 90 se constituye el Foro Permanente de Salud Mental, que reivindicó la palabra loco/locura como estandarte de la inclusión, bregando por el cierre del Hospital Psiquiátrico, la libertad de los “internados” y la inclusión de los mismos en la sociedad como sujetos de derecho.

Simultáneamente la prensa nacional hace eco de las voces de personas y organizaciones, nucleadas después en la Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay (CODEHUPY), que denunciaban la violación de los derechos de las personas con trastornos mentales en régimen asilar.

3.2. Política Nacional en Salud Mental

En 2002, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, elaboró una Política Nacional de Salud Mental con la participación de trabajadores/as, profesionales del área y personas comprometidas con esta temática desde varias décadas. Ésta, incluyó componentes tales como: (1) desarrollo de un componente de salud mental en atención primaria de la salud, (2) recursos humanos, (3) participación de usuarios/as y familias, (4) defensa y promoción, (5) protección de los derechos humanos de los usuarios/as, (6) igualdad de acceso a los servicios de salud mental entre los diferentes grupos, (7) mejora de calidad, (8) sistema de evaluación.

10 Los documentos revisados hacen una llamada importante en el rescate histórico-político, al señalar la experiencia de instalación y funcionamiento de la Unidad de Salud Mental en el Hospital Regional de Pedro Juan Caballero, Amambay, desde el año 1997 como inicio de un modelo humanista y centrado en la comunidad, con características preventivas desde el momento que evita el encierro, el aislamiento, el desarraigo y la estigmatización. La propuesta es la de hacer extensiva dicha experiencia en todas las regiones del país, atendiendo las expectativas y realidades de cada territorio, de cada comunidad, en cuanto a sus necesidades y prioridades, dando participación en calidad de actores sociales a quienes integran dichas comunidades.

11 En la década del '90 se realizaban a nivel nacional denuncias y publicaciones acerca de la situación de los servicios de salud mental y de la situación de las personas con sufrimiento psíquico, por parte de la prensa, personas y organizaciones de Derechos Humanos, nucleadas posteriormente en la Coordinadora de Derechos Humanos del Paraguay.

En este contexto, la administración del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de ese momento promovió un proceso de elaboración de una Política Nacional de Salud Mental (2002-2008) con la participación de trabajadores/as del área. Los/as participantes en la elaboración de esta política en su mayoría eran profesionales, trabajadores/as del sector, personas involucradas y comprometidas con la temática desde varias décadas.

La siguiente revisión de los planes de salud mental se realizó en 2003, cuando se formuló el proyecto de reforma en la atención psiquiátrica como complemento del Plan de Salud Mental. Ambos documentos incluyen los mismos componentes que la política de salud mental y, además, en lo que se refiere a la organización de servicios: (1) desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, (2) optimización de hospitales psiquiátricos grandes, (3) modificación de hospitales psiquiátricos para brindar atención integral. Se hace referencia en los documentos a un marco de tiempo y metas específicas. Algunas de las metas se han alcanzado en 2016.

Una breve síntesis de la evaluación realizada por la OMS/OPS en el año 2006 indica que no existía una ley de salud mental en el país y que su política fue revisada por última vez en 2002, incluyendo ya en ese entonces criterios de desarrollo de un componente de salud mental en la atención primaria, la mejora de la calidad de la atención y la formación de recursos humanos; la promoción y protección de los derechos humanos de los usuarios/as y la participación de las familias y la comunidad, entre otros puntos.

Según el mismo informe, la última revisión del plan de salud mental se realizó en 2005 e incluyó los mismos puntos mencionados más arriba.

Ya en 2009, se propone el diseño del actual “Plan de Salud Mental 2011 – 2020” con una consulta realizada a través de tres Foros Regionales, de los que participaron profesionales de salud mental, miembros de la sociedad civil, universidades, municipalidades, gobernaciones, asociación de familiares y voluntarios de salud mental (MSPyBS, 2011).

Hoy en día, de los 35 países de Latinoamérica y el Caribe, sólo 16 poseen una ley específica de salud mental. Desafortunadamente, Paraguay no es uno de ellos. Y a la fecha de este informe no se ha reactivado la última versión de la misma, que se encuentra en la Cámara de Senadores para su revisión.

Tampoco se han podido detectar, a la fecha, acciones que evidencien que se siguen realizando esfuerzos para contar con esta importante herramienta, que permitirá un mayor y más amplio nivel de protección de derechos tanto de las personas con sufrimiento psíquico, como de sus familiares, los servicios y la comunidad.

3.2.1. Los servicios de salud mental en la RISS (Red Integral de Servicios de Salud)

El actual sistema de salud nacional está regido por las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) que orientan la propuesta de descentralización de los servicios hacia un enfoque comunitario (vinculado a las ya existentes Unidades de Salud Familiar (USF), a los centros de salud, y de allí a los centros hospitalarios distritales y/o departamentales), con miras a disminuir la demanda de atención básica en los hospitales especializados y acercando más la atención a los lugares de origen de los usuarios y usuarias.

Los tipos de servicios existentes en el país (OPS/OMS, 2006) son:

- Servicios de salud mental ambulatorios
- Unidad Móvil¹²
- Centros de atención diurna¹³
- Unidades hospitalarias con base comunitaria¹⁴
- Residencias comunitarias¹⁵
- Hospitales psiquiátricos.

Con miras fortalecer la atención en salud mental a esta RISS, y difundir dicha propuesta, se ha elaborado en el año 2015, un directorio de servicios que puntualiza no solo dónde están localizados los servicios, sino además con qué recursos humanos cuenta dicha unidad o centro.

Estos servicios existentes, los cuales se sintetizan en el siguiente cuadro, en el país se encuentran dentro de la RISS con los recursos humanos disponibles en cada uno de los niveles (hospital regional, distrital, USF, centros de salud u otros). Este esquema ayudará más adelante a incorporar algunos puntos de análisis de las fortalezas y desafíos existentes para la instalación de un servicio inclusivo para la población de personas con discapacidad psicosocial.

12 La Dirección de Salud Mental, ha implementado desde el año 2004 este dispositivo de atención, cuyo objetivo principal es dar cobertura de la atención en salud mental en lugares distantes. Las atenciones son realizadas por un equipo de profesionales de la psicología y psiquiatría, y cuentan con el apoyo de un auxiliar administrativo. Además de la atención individual, se realizan acciones de prevención en cada localidad. Asimismo, se provee de medicación a las personas cuyos tratamientos los requiere; la medicación es provista mensualmente. El equipo tiene planificadas sus visitas mensuales por localidad.

13 Éstos atienden a un pequeño porcentaje de la población y son centros donde el usuario/a pasa en promedio 40 días.

14 Centros donde se atiende a personas para hospitalizaciones breves, en promedio 6 días.

15 Experiencias conectadas en el año 2005 (cuando OPS describe esta modalidad) al servicio menonita. Podían atender un total de 5 usuarios/as en las 5 residencias existentes.

Tabla 8. Distribución servicios y recursos humanos a nivel país.

Departamento	Modalidad/denominación del servicio	Recursos humanos disponibles				
		Psiquiatra	Psicólogo	Enfermero	Trabajador social	otros
Concepción	Hospital regional	1	1			1
	Hospital distrital		1			
San Pedro	Hospital regional		1			
	Hospital general		2			
	Centro de salud		2			
Cordillera	Hospital regional	1	7			
	Hospital distrital	1				
	Hospital distrital		3			
	Centro de salud		1			
	Centro de salud		1			
Guaira	Hospital regional	1	6	1		
Caaguazú	Hospital regional	2	5	1		1
	Hospital distrital		4			
Caazapá	Hospital regional		2		1	
Itapúa	Hospital distrital	2	2			
	Hospital distrital		1			
	Centro de salud		1			
Misiones	Hospital regional	1	1	1		
	Hospital distrital	1	4	1	1	
	Hospital distrital		1			
	Centro de salud			1		
	Centro de salud			1		
Paraguarí	Hospital regional	2	2			
	Hospital distrital		2			
	Hospital distrital		1			
	Centro de salud		2			
Alto Paraná	Hospital regional	3	6			
	Hospital distrital		2			
	Hospital distrital		3			
	Hospital distrital		1			
Central	Hospital regional		3			1
	Hospital regional	1	7			
	Hospital regional	2	9		2	
	Hospital materno infantil		3			
	Hospital materno infantil	1	6			
	Hospital materno infantil		5			
	Hospital maternal	1	1			
	Hospital maternal		4			
	Hospital pediátrico	2	10	1	1	
	Hospital distrital		1			
	Hospital distrital		3			
	Hospital distrital		3			
	Hospital indígena		1			
	Centro de salud		2			
Centro de salud		1				

	Centro especial		2			
	Centro salud		1			
	Centro salud		1			
Ñeembucú	Hospital regional	1	2	1	1	1
Amambay	Hospital regional	1	5	7		2
Canindeyú	Hospital distrital		1			
Pdte. Hayes	Hospital regional		3			
Alto Paraguay	No posee					
Boquerón	Hospital regional		1			
Capital	Hospital general	1	8		1	
	Hospital materno infantil	1	16		1	
	Hospital materno	1	4			
	Centro salud	1	3			
	Centro salud	1	1			1
	Centro salud	1	2			
	Centro salud		2			
	Centro salud		2			
	Centro salud		1			
	Centro salud	1				
	Centro salud		2			
	Centro infanto juvenil	2	4		1	
	Centro comunitario	1	2			
	Unidad móvil		3	2		

Fuente: elaboración propia con base en el Directorio de Salud Mental 2015.

4. La situación del Hospital Psiquiátrico de Asunción

El Hospital Psiquiátrico de Asunción nace en un determinado momento histórico, y a lo largo de su existencia va reproduciendo en su dinámica el movimiento de la realidad, tomando formas particulares y reflejando en forma gradual los paradigmas vigentes en cada periodo. Esto impacta en la forma y tratamiento que se da desde la institución a la salud mental.

El mismo fue inaugurado en el año 1898, originalmente como Asilo de Mendigos y Huérfanos, denominación desde la cual se realizaron una serie de cambios, de nombres y funcionalidad; y también la dependencia administrativa encargada de la institución, que abarcó desde una Comisión de Damas de Beneficencia, el Ministerio del Interior, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, hasta que en 1997 pasó a depender directamente del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (Portillo y Cáceres, 2012).

En 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 2005, los peticionarios Mental Disability Rights International (MDRI) y el Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL), firmaron un acta con el Estado paraguay ante la CIDH. Contenía los compromisos asumidos por el Estado para llevar a la desinstitutionalización 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.

En respuesta a las medidas cautelares , el Estado paraguay centró sus acciones en la mejora de las condiciones de habitación y tratamiento de las personas internadas en el Hospital Psiquiátrico, pero limitándose a mejoras en las condiciones de la infraestructura del Hospital, sin atender 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.

...Entre los años 2007 y 2008 la situación no mejoró, los hechos cada vez se tornaron más graves. El 30 de julio de 2008 la CIDH impuso nuevamente medidas cautelares a favor de las personas internadas en el Hospital Psiquiátrico. Como respuesta se crearon espacios de rehabilitación (hogares sustitutos) en el extramuro del hospital y se comenzó la ampliación y fortalecimiento de unidades de salud mental.

En septiembre de 2010 el MSP y BS recibe la comunicación oficial de la resolución de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en la que se establece el levantamiento de las medidas cautelares impuestas al país en relación a la situación del Hospital Psiquiátrico. (MSPyBS, 2011, p. 21)

A partir de 2008, y en los últimos años, muchas iniciativas se han tenido desde el Ministerio de Salud y Bienestar Social, con miras a generar una reorganización e intervención del Hospital, con el objetivo de instalar acciones con un enfoque social, donde se priorice la atención a las personas en su contexto, como también la instalación de servicios de prevención, atención y rehabilitación, y a descentralizar la atención en salud mental a través de la creación de servicios de salud mental en los hospitales regionales, distritales, y las diversas instancias de la Red (RISS); éstas alternativas y la situación de los mismos se describen a continuación en el marco de los resultados obtenidos en este estudio.

CAPÍTULO III: RESULTADOS OBTENIDOS

Es de consenso mundial la importancia de los datos estadísticos, ya que se sabe que los gobiernos que no cuenten con suficiente información acerca de las problemáticas de la población, no serán capaces de establecer políticas públicas útiles que busquen satisfacer dichas necesidades.

Sin embargo, en Paraguay, la dificultad para obtener datos estadísticos que ayuden a relevar la situación, es constante y se registra en diversos ámbitos, acentuándose cuando se trata de personas con discapacidad psicosocial.

Con miras a poder tener un primer acercamiento de la situación de las personas con discapacidad que asisten a los servicios del Hospital Psiquiátrico, y ante la ausencia de datos censales que permitan obtener una estimación de esta problemática, se ha tenido acceso a los datos nacionales (DGEEC, 2012), que se presentan en el siguiente cuadro:

Tabla 9. Población censada con discapacidad, por sexo, según departamento.

Datos de Discapacidad			
POBLACION			
CUADRO 1.			
Paraguay. Población total censada con discapacidad por sexo, según departamentos , 2012			
Departamentos	Población censada con discapacidad (*)	Sexo	
		Hombres	Mujeres
Total país	514.644	239.369	275.275
Asunción	36.746	15.418	21.328
Concepción	19.157	8.787	10.370
San Pedro	30.263	14.928	15.335
Cordillera	27.978	12.890	15.088
Guairá	17.620	8.179	9.441
Caaguazú	45.132	22.087	23.045
Caazapá	16.686	8.000	8.686
Itapúa	56.388	27.486	28.902
Misiones	13.803	6.411	7.392
Paraguari	25.906	11.889	14.017
Alto Paraná	45.834	22.532	23.302
Central	129.707	56.595	73.112
Ñeembucú	12.728	5.937	6.791
Amambay	9.110	4.160	4.950
Canindeyú	9.380	4.855	4.525
Presidente Hayes	9.899	4.937	4.962
Boquerón	6.438	3.343	3.095
Alto Paraguay	1.869	935	934

Fuente: STP- DGEEC. Censo Nacional de Población y Viviendas, 2012.

(*) El Censo Nacional tuvo una cobertura poblacional aproximada del 74,4% que resulta de comparar la población censada con la población estimada para 2012. Por tanto, existe una parte de población con discapacidad que no ha sido censada y que no está contemplada en la información procesada. No se recomienda aplicar el porcentaje de omisión a la estimación total para obtener la cantidad de personas con discapacidad que no ha sido censada.

Nota: A nivel nacional, aproximadamente el 10,7% del total de población censada fue captada como población con discapacidad. Este porcentaje varía ligeramente a nivel dptal.

Más específicamente, en lo que hace a los servicios del Hospital Psiquiátrico- entidad central de la presente investigación- se han podido identificar cuatro servicios, que funcionan basados en los criterios de internación y la guía de identificación: Urgencia, Corta Estancia, Atención a Usuarios Agudos y Atención a usuarios Crónicos. Éstos se describen en el siguiente cuadro:

Tabla 10. Servicios de atención del Hospital Psiquiátrico.

URGENCIAS	CORTA ESTANCIA	ATENCIÓN A USUARIOS/AS AGUDOS/AS	ATENCIÓN A USUARIOS/AS CRÓNICOS/AS
<p>Es un servicio que se encarga de evaluar a las personas con el objetivo de determinar si es necesaria o no una internación. En caso de que exista la necesidad se evalúa si la persona presenta riesgo de fuga y agresividad, si presenta estos últimos criterios es derivada a la sala de agudos.</p> <p>El promedio de estadía en este servicio es de entre 24 y 72 horas.</p> <p>Cuenta con tres habitaciones de observación, una de ellas con 4 camas para personas de sexo femenino, otra con 4 camas para usuarios de sexo masculino, y por último una sala que se utiliza para las personas menores de 18 años.</p> <p>Los usuarios pueden acudir al servicio de forma voluntaria, venir con algún familiar o llegar contra su voluntad.</p>	<p>Servicio con una duración aproximada de 15 días a 2 meses. Este sector del hospital es exclusivo para personas que estén acompañadas por sus familiares, debido a que se busca mantener el vínculo, educar a los familiares y demostrar la importancia de acudir periódicamente al consultorio externo para las consultas, respetando la medicación.</p> <p>Una práctica muy común en el servicio es el de dar permiso a los usuarios a que vayan a sus comunidades con sus familias y luego vuelvan, con el objetivo de probar cómo reacciona el usuario en busca del alta definitiva.</p> <p>Esta sala alberga a 16 usuarios (8 varones y 8 mujeres) en 8 habitaciones, cada una de ellas con capacidad para dos personas y sus respectivos acompañantes.</p>	<p>Son salas destinadas a los usuarios con crisis agudas. Alberga a los más violentos de la institución. Cuenta con salas de contención donde están los usuarios más descompensados del hospital.</p> <p>El 90% de los usuarios de este servicio tiene algún relacionamiento con el abuso de sustancias (sin especificar en la estadística).</p> <p>Existe una sala para varones (y otra para mujeres)</p> <p>El objetivo de este servicio es buscar compensar y estabilizar a los usuarios para su posterior recuperación.</p> <p>Sin embargo, según el personal también existen usuarios crónicos en esta sala que están internados en este servicio por falta de espacio en las salas de crónicos.</p>	<p>Este servicio alberga a usuarios que han estado internados por más tiempo en el Hospital Psiquiátrico. La mayoría de ellos fue abandonada por sus familias.</p> <p>Cuenta con 4 salas para varones y 2 para mujeres.</p> <p>El servicio busca que aquellos usuarios que no cuentan con contención familiar tengan una internación más larga.</p> <p>En el caso de los crónicos, este es su segundo hogar.</p> <p>La gran mayoría de las personas que están en este servicio viven en el hospital hace 20 o 25 años.</p>

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas a referentes de la institución y revisión documental.

1. Resultados sobre Calidad de Vida de usuarios y usuarias del Hospital Psiquiátrico

El presente apartado sintetiza los resultados obtenidos a partir de las observaciones y las entrevistas a los diversos actores del Hospital: usuarios/as, profesionales que los/as atienden, y autoridades de dicho establecimiento.

Los testimonios obtenidos son codificados velando por la confidencialidad de la fuente, y se organizan según las dimensiones planteadas en el primer capítulo de este documento.

Por lo que los testimonios utilizados para el análisis de los resultados se citan de la siguiente manera: con la codificación “EU” seguido del número asignado en la matriz a cada entrevista, para frases dichas por los usuarios; “EP” precediendo a su asignación numérica, para los testimonios del personal de la institución; mientras que se utiliza “EA” y el número establecido, para citas de las Autoridades del Hospital. Finalmente, se plantea una conclusión también vinculada a estas dimensiones y recomendaciones a la luz de las evidencias obtenidas.

1.1. Recursos Materiales

Este punto hace referencia a la infraestructura física, la disposición general de la sala, incluyendo el acceso para personas con discapacidad física, el estado de conservación del inmueble y la disponibilidad de medidas de seguridad contra incendios; dormitorios; duchas e inodoros, mobiliario; vestimenta y comida.

1.1.1. Infraestructura y condiciones físicas

En primer lugar, con relación a la infraestructura, y a las condiciones físicas de la En primer lugar, con relación a la infraestructura, y a las condiciones físicas de la misma, se puede afirmar que son diferentes en los cuatro servicios.

En líneas generales, la infraestructura en Urgencias y Corta Estancia está en buen estado, además cuenta con ventiladores de techo; sin embargo, las habitaciones no tienen acondicionador de aire, ni calefacción.

En el servicio de Agudos, se pudo observar que la infraestructura está en un estado aceptable, a pesar que existen ciertos espacios sucios y poco salubres. En el momento de la observación, el enfermero comentó que aún no limpiaban porque los usuarios/as de esa sala son violentos y no mantienen su ambiente limpio. Afirmó además que cuando éstos entran en una crisis arrojan sus desechos fisiológicos, por lo cual no se puede mantener la pintura del lugar en buen estado. Sólo una habitación de agudos varones cuenta con acondicionador de aire, el resto tiene ventiladores, muchos de los cuales no funcionan. Las habitaciones de los usuarios/as poseen balancines, muchos en mal estado. En la mayoría de las salas de aislamiento, las ventanas y puertas son solamente rejas, que en días de frío no ofrecen protección alguna de las bajas temperaturas.

El mal estado de la infraestructura empeora en el servicio para usuarios/as crónicos: Las habitaciones tampoco cuentan con acondicionadores de aire, aunque tienen ventiladores que están en mal estado, al igual que en el servicio de agudos. La pintura está y los balancines también están rotos, lo que significa un peligro adicional para la integridad física de las personas que ahí residen. En todos los servicios se cuenta con acceso para personas con movilidad restringida. Esto podría darse debido a que cuando utilizan medidas restrictivas, los usuarios/as son transportados en camillas o sillas de ruedas.

Todos los servicios tienen iluminación aceptable, ya que tienen acceso a luz natural y artificial.

En relación a las medidas de seguridad contra incendios, en los cuatro servicios se dispone de extintores al alcance del personal.

“...por ejemplo, para que esté todo pintado, el embellecimiento de la sala es por nuestro empuje. Compramos nuestro bolsillo los elementos de limpieza” EP10.

“Es necesario que arreglen las cisternas, están todas trancadas, y los ventiladores que no funcionan” EU12.

En lo referente a los dormitorios y a los espacios de descanso, se han visto diferencias importantes según los distintos servicios. En todos los casos existen salas o pabellones diferenciados por sexo (en Urgencias y Corta Estancia a través de dormitorios separados, y en el caso de Agudos y Crónicos, agrupados en pabellones).

En cuanto al tamaño de los dormitorios, también varía según el servicio. En Urgencias, las salas de observación son extremadamente pequeñas para los usuarios/as, el espacio es insuficiente para albergar a 4 personas de manera cómoda y sin hacinamiento.

En Corta Estancia las habitaciones son bastante espaciales, cuentan con dos camas y un pequeño ropero; sin embargo, no cuentan con mobiliario para los familiares, quienes tienen que pasar la noche con los usuarios/as.

En los servicios de Agudos y Crónicos, en general, cuentan con habitaciones grandes destinadas a varias personas, comúnmente ocupadas por 5 a 10 usuarios/as; los mismos cuentan solamente con camas y colchones. Es poco usual que tengan disponible mobiliario para guardar sus pertenencias personales. Muchas de estas camas se encuentran en pésimas condiciones.

“La almohada y las sábanas, los colchones también están muy viejos. Lo que más falta a veces colchones, algunos pacientes mojan los colchones (se hacen pipí), y como hace frío tarda en secarse. No tenemos sillas de rueda” EP10.

“La cama es de hierro. Me dan una frazada pero no tengo sábanas” EU4.

“Estoy cómodo en la sala y duermo muy bien. Cuando estaba en Agudos me faltó colchón, cama y frazada” EU8.

Además, en todas las salas, los dormitorios no permiten la privacidad, debido a la falta de espacio o de mamparas separadoras. Esto es mencionado en reiteradas oportunidades por los usuarios/as entrevistados.

“Acá mucha gente no tiene ética, la cuestión de la autodeterminación, la privacidad. No hay directivas claras, esto no es un zoológico” EP14.

“No tengo nada de privacidad” EU4.

“Privacidad es difícil, viste que es así todo abierto pues” EU13.

“Duerme en una habitación junto con otra paciente y los familiares de ambas. Su compañera es una chica de 15 años diagnosticada de esquizofrenia. Dice tener algo de miedo porque la compañera ha sido agresiva con sus propios familiares. Esta tensión no la deja dormir bien. Su ropa la guarda en una gaveta” EU1.

Con relación al respeto por las pertenencias de los usuarios/as, existen diferencias importantes en los diversos servicios.

En Urgencias, si bien pueden mantener consigo sus cosas personales, la habitación no cuenta con un espacio ideal para que cada uno/a las pueda tener con comodidad. En Corta Estancia, los usuarios/as cuentan con un pequeño ropero para guardar sus pertenencias. En la sala de Agudos no existen casilleros donde guardar las pertenencias. En Crónicos, si bien se pueden ver casilleros en una sala, éstos no son utilizados y están en mal estado, pero por lo general no tienen mobiliario para guardar sus pertenencias personales.

“Se puede guardar en la Enfermería. En su mayoría, nadie tiene nada porque no tienen sentido de pertenencia, salvo bombillas o jarras para terere. Tampoco usan su propia ropa” EP11.

“Acá nada es tuyo, todo es de todos, no hay un espacio solo para mí, todo es de todos, calidad son” EU12.

“Tengo un roperito, re feo es, pero me sirve para guardar todas mis cosas” EU7.

“Mi ropa se mezcló con la de los otros. No hay donde guardar cosas personales” EU5.

Con relación a los requisitos sanitarios y de higiene, también se observaron notables diferencias, dependiendo de cada servicio.

En el servicio de Urgencias, las salas de baño e inodoros están limpias, funcionan adecuadamente y permiten cierta privacidad, además tanto varones como mujeres cuentan con baños separados.

En Corta Estancia existen duchas en todos los baños, sin embargo se pudo observar que algunas no cuentan con puertas, y según los familiares de los usuarios/as sería para evitar que las personas se encierren en los mismos.

Mientras que en las salas de Crónicos y Agudos cuentan con un baño común para los usuarios/as de cada sala, éstos sanitarios están muy deteriorados y no permiten ninguna privacidad; los cubículos donde se encuentran los inodoros no tienen puertas, tampoco en la zona de duchas.

“La gente de limpieza viene sólo de lunes a viernes, muy rara vez vienen los fines de semana, los enfermeros tenemos que limpiar los fines de semana” EP10.

Durante el tiempo de observación los baños no se encontraban limpios, las paredes estaban manchadas y cubiertas con moho, no hay signos de que hayan sido desinfectados, muchas de las duchas se encuentran en mal estado (rotas), no cuentan con agua caliente y ninguno de los espacios de aseo parecieran ofrecer alguna privacidad al usuario, ya que no cuentan con mamparas o cortinas, los inodoros no

cuentan con tapas ni asientos, muchos de ellos están muy deteriorados y trancados por lo que no funcionan de manera adecuada. Podemos decir que el mismo diseño de los espacios de aseo refleja un enfoque institucionalizado.

“Acá no hay privacidad, le bañan a todas juntas” EU10.

No se observan medidas para las necesidades de baño e inodoro de los usuarios que se encuentran postrados en cama, o que tienen una movilidad reducida u otras discapacidades físicas.

“Se las arreglan como pueden para llegar al baño, si no lo hacen donde están (piso, cama, corredor)” EP10.

1.1.2. Provisión de alimentación y vestimenta

En relación a la provisión de alimentación y vestimenta, se han podido evidenciar algunas similitudes en los cuatro servicios, sobre todo lo referente a la provisión de alimentación y agua potable.

En todos los servicios existe suministro suficiente de agua potable y alimentos, los cuales son de una calidad aceptable y acorde a la cultura.

“La comida dice que a veces es buena y otras es mala, no es como en casa” EU2 .

“Nunca me faltó comida” EU10 .

“Para mí no hay ropa a veces, pero comida y cama nunca me faltó” EU12

“Paciente tiene que estar dignamente vestido, y no es por mí que soy exigente, es por la institución” EA8.

Sin embargo, la provisión de dietas especiales a usuarios/as que lo requieran pareciera ser poco sistemática, a pesar que el hospital cuenta con nutricionistas.

“La alimentación diferenciada es deplorable. De media mañana comen tortilla por ejemplo. No todos los días hay comida diferenciada, hay seis nutricionistas en la cocina” EP12.

Por motivos de seguridad, todos los alimentos son preparados para ingerirlos con cuchara; los productos cárnicos, por ejemplo, son cortados en tamaños muy pequeños.

“Al almuerzo hacemos cateos porque algunos pacientes hacen armas con bombillas o cualquier utensilio” EP2

“Le damos tazas, antes desayunaban en platos” EP13

“Cuando estaba en agudos, a veces decían que ya estaba la comida, nosotros hacíamos la fila y nos hacían esperar una hora” EU7

Con relación a la vestimenta, en Urgencias y Corta Estancia cada usuario/a usa su propia ropa; sin embargo, esto se ve totalmente despersonalizado en los usuarios/as crónicos y agudos. La institución proporciona la vestimenta a los usuarios/as de este servicio, ya que los mismos no cuentan con ropas propias. Las mismas son llevadas a

la lavandería del hospital para el lavado, en este proceso las vestimentas se mezclan entre sí haciendo que los usuarios/as no puedan “apropiarse” de las prendas que les proporciona la institución.

“Los usuarios utilizan la misma vestimenta durante todo el día siendo estos cambiados luego del baño. Dentro del Hospital Psiquiátrico cuentan con ropas y frazadas, que son proveídas a los usuarios según necesidad, afirmó el enfermero” EP11.

El personal se queja que las ropas que se mandan a lavar no llegan a las salas con la frecuencia requerida, por lo que es frecuente que las ropas escaseen.

“Las ropas son un problema, no traen las ropas, deberían traer las ropas dos veces a la semana. La lavandería tiene horarios. Tiene una sala de máquinas, hay dos que se tienen que reparar” EP12.

Las vestimentas preparadas para el frío son, por lo general, todas iguales, distinguiendo a las distintas salas de Crónicos y Agudos con un color para cada una.

“En esta sala los usuarios no cuentan con ropa propia, sino que las prendas son recolectadas para lavar, una vez limpias, se las lleva a cada sala, pero cada usuario usa cualquiera, el que le toca” EP2.

1.2. Política de atención en el Hospital Psiquiátrico

En este punto se hace referencia a la legislación vigente, la vinculación de los delineamiento del MSPyBS con la perspectiva encontrada en el Hospital Psiquiátrico, el enfoque de la atención y de recuperación, la presencia de un plan integral e individualizado de recuperación, articulación con otros servicios de apoyo, protocolos de Internacióninternación, acceso de personas a tratamiento y rehabilitación en su medio habitual.

También se busca referenciar la política de recursos humanos; cantidad de personal por profesión, ratio profesionales/usuarios; formación básica y formación en servicio, capacitaciones de parte de la institución, disponibilidad del personal al servicio de los usuarios del establecimiento y la dimensión actitudinal.

1.2.1. Disponibilidad del Servicio

En cuanto a la disponibilidad de servicio, la institución admite a cualquier persona que tenga entre 18 y 60 años de edad, con procedimientos de ingreso establecidos y basados en el profesional médico de turno. En el caso de Crónicos también se da la situación de que usuarios/as de más de 60 años continúen internados en el Hospital (según algunos comentarios, son personas de la tercera edad que deberían recibir otro tipo de atención y en otro lugar).

“En esta sala tenemos pacientes de condición asilar” EP13.

“Atendemos 2.000 pacientes al mes y 25.000 pacientes en consultorio al año.

El Hospital Psiquiátrico es muy similar al de Emergencias Médicas, la gente se accidenta en el interior, y como sabe que no hay la respuesta que desea tener en el hospital distrital en el interior, entonces vienen directamente a Asunción” EA5.

Durante el periodo de observación se constató la presencia de adolescentes de 16 y 17 años.

“En ocasiones, por motivos de ‘fuerza mayor’, llegaron a ingresar al servicio, adolescentes de entre 12 a 17 años” EP3.

En cuanto a si son derivados a otros establecimientos, donde puedan proporcionarles atención, se ha visto en todos los servicios, que esta derivación se da cuando se requiere de alguna atención clínica o algún equipo especializado.

“En el psiquiátrico hay 483 funcionarios de los cuales 348 son permanentes, 112 son contratados y 23 son administrativos” EA7.

“Entre los funcionarios hay aproximadamente un 40% de parientes de algún usuario. Eso fue cambiando desde 2002 más o menos. Antes era común convencer a algún familiar que venga a trabajar, pasa que nadie quería trabar en el hospital” EA7.

1.2.2. Recursos Humanos

En todos los servicios se cuenta con personal médico y de enfermería, aunque algunos relatos mencionan que éstos no son suficientes para cubrir las demandas.

Si bien existe una gran cantidad de recursos, el tiempo de trabajo de cada recurso varía según sus términos de contrato, nombramiento o del mecanismo de rotación.

“El ratio de 1 a 6, pero en nuestro caso se da un horario de 108 horas (mensuales), que es diferenciado, eso hace que haya escasez. Los diurnos trabajan día de por medio y los nocturnos tienen dos días de descanso por cada guardia” EA8.

“Nosotros necesitamos recursos humanos. Solo en Observación y Corta Estancia cubrimos el ratio de 1 enfermero cada 5 pacientes” EA4.

1.2.2.1. Capacitaciones y formación para recursos humanos.

Según el personal de la institución existen capacitaciones que se diferencian de acuerdo a la profesión del personal del hospital, otras que son para cualquier funcionario (por ejemplo: manejo administrativo); pero que no se tiene información sobre capacitaciones exclusivas necesarias de cada servicio, ya que los temas capacitados en cada uno de estos sectores son genéricos, abordados no desde el servicio sino desde la enfermedad, no sobre el trato sino sobre la dinámica del diagnóstico.

“No existen capacitaciones, nosotros tenemos que pagar de nuestro bolsillo” EP12.

“Existen capacitaciones, la mayoría son de ética profesional y sobre los trastornos” EP10.

“Tenemos capacitaciones dos o tres veces al mes con la gente del ministerio o gente de la institución. Los temas abordados son depresión, burnout, esquizofrenia, etcétera. Todos los enfermeros reciben formación generalista” EP11.

“En el organigrama no figura el departamento de docencia o enfermería, hay personas designadas para dar las charlas, no son de asistencia obligatoria. Las charlas pueden ir a las salas, porque los enfermeros no pueden dejar a los pacientes. Se necesita, a nivel general, más formación en salud mental y en el enfoque de recuperación” EA3.

“Nosotros hacemos los cursos de capacitación, también conseguimos a través del Ministerio de Desarrollo. Todos los funcionarios pueden participar, es opcional. En cuanto a la concurrencia depende, hay talleres que les entusiasma y otros que no tanto. Normalmente tenemos entre 40 a 50 personas en las capacitaciones, talleres de estrés laboral y suicidio que hace la dirección general de recursos humanos y la dirección del hospital” EA7.

En cuanto a la formación del personal, es evidente el desconocimiento, total o parcial, del enfoque de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; el acceso que tienen a dicha información la obtienen de encuentros o capacitaciones a la que asisten por motivación personal, no están incorporadas en ningún plan de actualización. Cuando indagadas las autoridades a cargo del servicio de Enfermería, ésta afirma que tiene mucho interés y ha diseñado planes de formación en servicio, pero encuentra mucha resistencia del personal y el amparo de muchos de éstos en la legislación vigente (Ley de Enfermería).

En el siguiente cuadro se logró sintetizar el ratio de personal (por rubro) por sala, y en relación a la cantidad de camas, de cada una. Según un trabajador social del Hospital, en lo referente al enfoque de Derecho en las capacitaciones propuestas por la institución:

“El lineamiento de la Convención es externo al hospital.” EP7.

La cantidad de recursos disponibles tampoco pareciera ser un problema, ya que se ha visto que cuentan con mucha cantidad de personas en diversas categorías y roles dentro de los diversos servicios. Sin embargo, se menciona como una dificultad que gran parte de los mismos no están a tiempo completo.

Tabla 11. Ratio de Personal por rubro, según sala.

Sala	Cantidad de camas	Cantidad de usuarios	Personal
Sala 1 (Crónicas)	30	30	Por turno están 3 o 2 enfermeros (1 licenciado por cada turno). 1 psiquiatra, 1 psicólogo/a y 1 trabajador/a social, todos ellos van 2 veces a la semana.
Sala 2 (Crónicas)	31	27	Por turno están 4 enfermeros (1 o 2 licenciados por turno). 1 psiquiatra, 1 psicólogo/a y 1 trabajador/a social, todos ellos van 3 veces a la semana.
Sala 3 (Crónicos)	22	26	En el turno mañana están 4 enfermeros (3 licenciados), de tarde 2 y de noche 3. 1 psiquiatra que va dos veces a la semana, 1 psicólogo/a y 1 trabajador/a social, ambos van 3 veces a la semana.
Sala 4 (Crónicos)	32	30	En el turno mañana están 3 o 4 enfermeros (1 o 2 licenciados), de tarde están 2 o 3, y de noche 2. 1 psiquiatra, 1 psicólogo/a y 1 trabajador/a social, todos ellos van 2 veces a la semana.
Sala 5 (Crónicos)	31	36	Por turno están 3 enfermeros (1 licenciado, 1 auxiliar y 1 técnico por cada turno). 1 psiquiatra que va 3 veces a la semana, 1 psicólogo/a y 1 trabajador/a social, ambos van 2 veces a la semana.
Sala 6 (Crónicos)	23	23	En el turno mañana están 6 enfermeros, de tarde 7 y de noche 2. 1 psiquiatra, 1 psicólogo/a y 1 trabajador/a social, todos ellos van 3 veces a la semana.
Urgencia	8	8	Por turno hay 1 médico jefe de sala, 1 médico residente de tercer año, 2 residentes de primero o segundo año, 1 jefe de guardia. 3 enfermeros por turno, 1 trabajador social y 1 psicólogo.
Corta Estancia	16	16	2 psicólogos/as que van tres veces a la semana, 1 jefa médica y 2 residentes, 1 trabajador/a social, y por turno: 2 enfermeros y 1 técnico.
Agudas	34	26	De mañana mínimo hay 4 enfermeros (1 o 2 licenciados mínimo), de tarde y también de noche 3 enfermeros. 1 psicólogo/a tres veces a la semana, 2 trabajadores/as social que van 3 veces a la semana en turnos diferenciados, 1 psiquiatra, 1 residente, 1 jefe/a de sala y 1 jefe/a médico.
Agudos	35	44	1 jefa de sala, 1 subjefa y 4 residentes (todos psiquiatras), 1 trabajador/a social, 3 psicólogos/as (1 de mañana y 2 de tarde). El área de enfermería se mueve en turnos: a la mañana hay 7 enfermeros (2 licenciados y 5 auxiliares), de tarde hay 6 (2 licenciados, 2 técnicos y 2 auxiliares) y de noche hay 3 (1 licenciado y 2 auxiliares).

Fuente: elaboración propia.

1.3 Intervenciones integrales vs psicofarmacológicas

Es importante señalar que en las observaciones realizadas, varias reflexiones han surgido en relación al rol que tiene cada profesional y el enfoque de atención que allí se evidencia. Para ello, se ha considerado oportuno profundizar en la información sobre las competencias del personal, para proporcionar consejería, rehabilitación psicosocial, información, educación y apoyo a los usuarios/as. Se han visto, en todos los servicios, algunas experiencias de rehabilitación psicosocial y búsqueda de alternativas de apoyo a través de diversas actividades:

“En Urgencias, el área de psicología centra su trabajo en hacer conciencia enfermedad, y a la vez psico-educación con el usuario y con la familia”. EP8 .

En el servicio de Corta Estancia se hace lo que ellos denominan un “abordaje exprés”, es decir, de acción rápida, ya que es reducido el tiempo promedio de internación, lo que no permite que el tratamiento desde un enfoque integral (social, psicológico) se vea como alternativa viable al tratamiento medicamentoso. En este servicio en particular, se intentan identificar las áreas de mayor necesidad o demanda de la persona y se trabaja en reforzar estos aspectos, haciendo además contención y psico-educación, tanto al usuario/a como a los familiares. En las entrevistas se ha evidenciado que es frecuente que las personas que son dadas de alta sean derivadas a centros de salud para que continúen con un acompañamiento psicológico.

“En este mismo servicio algo muy importante es la psico-educación, tanto de la familia como el paciente. También se trabaja en la contención, tanto de la familia como con el paciente. Muchas veces es más difícil con la familia que con el mismo paciente” EP14.

En el servicio de Agudos, la psicóloga se encarga del apoyo, trabaja en lo que es la conciencia de enfermedad y psico-educación tanto con el usuario/a, como con la familia. Otra función importante es la adherencia al tratamiento. Una de las psicólogas trabaja exclusivamente con las familias, según una psiquiatra del servicio: “la familia es nuestro soporte” EP5, psiquiatra en Agudos.

Según el personal de la sala de Agudos, los talleres proporcionados por la institución no llegan a todos los usuarios/as, sino que tienen cupos limitados; además sólo asisten aquellos usuarios/as a quienes los/as psiquiatras permiten que tengan acceso, porque consideran que están “preparados” para hacerlo.

Asímismo un usuario (EU8) comentó que nunca fue a los talleres de la institución porque nadie le comentó, y que hoy otro usuario le contó de esto y estaba interesado en ir. Manifestó que solamente fue a hablar con la psicóloga una vez en el tiempo que lleva internado.

Varios usuarios de las distintas salas de Crónicos van a los Talleres, al Puente o a HAVISO¹⁷, sin embargo, la cantidad de personas que no van es ampliamente superior.

“La mayoría de los pacientes que asisten al taller son crónicos, porque los agudos son más violentos”. EP1.

“Para la gran mayoría no hay rehabilitación” EP2.

“Comenta que no le permiten asistir a los talleres de la institución” EU12.

“Con mucha dificultad porque no llegamos a todos los pacientes. Solo los pacientes que pueden estar en grupo, que no estén agresivos. Ellos eligen los talleres de acuerdo a lo que más le gusta. También se ve el momento del paciente, en relación a sus habilidades. Depende también mucho de lo que haya, se hace lo que hay (cuestión de materiales)” EA6.

Sin embargo, en todos los servicios, el tratamiento psicotrópico sigue siendo el principal; es recetado por los/as psiquiatras y administrado por los enfermeros/as encargadas, y está orientado a la desaparición de los síntomas.

“La psiquiatra de turno de la sala de Agudos comentó que el servicio apunta a usuarios descompensados, en crisis, por lo que se realiza una intervención en crisis con medicamentos y, dependiendo del caso, aislamiento... Los medicamentos más utilizados son los antipsicóticos en general, de acuerdo a las características de los usuarios, ansiolíticos y en algunos casos estabilizadores y anticonvulsivos” EP5.

1.3.1. Planes de recuperación

Con relación a la existencia de planes de recuperación, a la fecha de elaboración del presente informe, y durante el periodo de recolección de datos, no se evidenciaron dichos planes.

Definitivamente, es un enfoque de recuperación médica, no se observa articulación entre los talleres y servicios de apoyo –los cuales tampoco tienen una planificación–, no se han encontrado planes individuales ni grupales.

50

En consecuencia, estos planes de recuperación no son conducidos por los usuarios/as, ni reflejan sus opciones y preferencias. No se tienen metas y objetivos vinculados a cada usuario/a, no solamente médicos, sino laborales y educacionales.

“Nosotros, en agudos, no tenemos condiciones para rehabilitar, sólo para contener” EP5.

“Hay pacientes que no pueden ser rehabilitados, por su conducta antisocial psicópata” EP11.

¹⁷ Se considera importante explicar lo que abarca cada uno de los servicios citados, los cuales están vinculados a la rehabilitación. Los usuarios/as tienen la posibilidad de acceder a distintos servicios; en primer lugar, los talleres proporcionados por la institución que abarcan distintas disciplinas; incluso docentes del MEC dan clases de Comunicación y Matemáticas. Otra opción es el programa HAVISO (Habilidades de la Vida Social), donde se trabaja con usuarios en diferentes destrezas manuales, a través de trabajos que producen y luego los suelen vender. Por último, se encuentra “El Puente”, dependiente del Servicio Voluntario Menonita en colaboración con el Hospital Psiquiátrico, que se especializa por trabajar con ex – usuarios/as del hospital, pero también cuenta con un área especial para las personas que aún se encuentran internadas en la institución, quienes asisten a talleres de carpintería y huerta.

“Usamos rehabilitación para crónicos nomás, la rehabilitación para agudos es otro modelo. En agudos se tiene que hacer más rehabilitación. La rehabilitación debería empezar en agudos” EA3.

“Debería haber una reunión de sala a la semana o dos veces al mes, para que todos nos pongamos de acuerdo y sea un trabajo continuado. Tiene que haber un plan de actividades y una evaluación de lo que se hace” EP12.

1.3.2. Promoción de espacios de comunicación e información a los usuarios

En cuanto a la promoción de espacios de comunicación e información de los usuarios/as se identifica a la Dirección Asistencial, que es el mecanismo propuesto por la institución, a través de la cual los usuarios/as puedan opinar, así como también expresar a los funcionarios/as, ya sean enfermeros/as, psiquiatras, médicos/as, etc. Si bien algunos usuarios/as manifestaron estar informados/as sobre los mecanismos para poder opinar respecto a la prestación y mejora de servicios, existen otros/as que no saben el procedimiento para expresar sus opiniones respecto al servicio, más allá de hablar con el personal de blanco.

Sin duda, el enfoque de atención a los usuarios/as –sobre todo de Crónicos y Agudos– está marcado por la perspectiva de discapacidad psicosocial que tienen muchos de los funcionarios/as responsables de estos servicios, ya que asocian constantemente la discapacidad psicosocial con la violencia. En general, se refieren a los usuarios/as como personas que merecen ser tratadas con respeto, pero que no tienen la capacidad de decidir sobre su propia vida, por lo tanto, se puede ver que no tienen en cuenta las opiniones y pareceres de los mismos/as; sino que más bien les imponen las decisiones del/la psiquiatra de forma amable.

En el servicio de Crónicos se ve claramente la resignación por parte del personal y los usuarios/as, específicamente en el discurso de los enfermeros/as al decir que ahora ellos son su “familia”, dando a entender que el servicio dejó de ser un lugar transitorio para los usuarios/as, pasando a convertirse en algo perpetuo. Esto repercute directamente en los esfuerzos por parte del personal, dejando de lado la búsqueda de la recuperación de los usuarios/as y dirigiéndose a hacer un poco más agradable la vida de la persona en el servicio.

“Se hace el trabajo de rehabilitación, se le prepara al paciente, después viene, le lleva su familia y a 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” EP9.

“En esta sala no tienen vida social. Solo salen de alta si algún familiar viene a buscarlos. En esta sala nadie que entró volvió a salir para una vida en comunidad o familiar. Viven en total abandono” EP12.

También dos enfermeros hicieron comparaciones del servicio con la cárcel, en relación al carácter de privación de libertad y las medidas que toman para este fin.

Es muy claro que el personal tiene la visión de que los usuarios de este servicio no podrían llegar a tener un grado mucho mayor de autonomía, más bien la visión es buscar a la familia para que cuiden de los usuarios/as, justamente porque ellos/as nunca podrían cuidarse a sí mismos.

Según las mismas enfermeras del servicio de Agudos, no existe ese proceso de recuperación ya que cuando se le da de alta a algún paciente, éste vuelve a recaer, debido a que no hay ningún seguimiento para los controles, no siguen con sus medicamentos. Eso sería consecuencia de la pobreza extrema ya que hay muchos pacientes del interior a quienes les cuesta venir hasta Asunción por su situación económica.

“El 80% de los pacientes más o menos, son pacientes que abandonaron su medicación” EP8.

La ausencia de planificación se ve agravada por la falta de redes de apoyo social que les permitan a los usuarios/as, no perder el contacto con su comunidad; el establecimiento proporciona asistencia limitada para contactar con familiares y amigos. Está muy centrado en las acciones del trabajador social, los recursos y/o logística con que se cuenta.

“Los trabajadores sociales no pueden visitar las casas, debido que no hay suficientes recursos” EP6.

1.3.3. Uso de la medicación psicotrópica

En cuanto a la disponibilidad y uso apropiado de la medicación psicotrópica, como ya se mencionara, la terapia medicamentosa es la principal, por lo cual se dispone de la misma para todos los servicios.

Se dispone de un suministro constante de medicamentos psicotrópicos esenciales; por lo general, en cantidades suficientes para satisfacer las necesidades de los usuarios/as. El tipo y la dosis del medicamento son recetados por los/as psiquiatras de la institución.

“Principalmente se realiza una intervención en crisis, que consiste en medicación y aislamiento” EP5 psiquiatra en agudos.

Los usuarios/as están informados/as, a nivel general, sobre el propósito de los medicamentos que se les administra; sin embargo, manifiestan tener poco conocimiento sobre los efectos secundarios de los mismos, los plazos de medicación o el motivo específico del porqué de la medicación.

“Nos dan nomás los medicamentos, sin preguntar, además no te avisan de los efectos secundarios” EU9.

“Nos tratan bien los doctores, lo que falta es que nos expliquen mejor las cosas” EU5.

“A mí no me dijeron nada, vamos a seguir nomas con los medicamentos” EU11.

Reforzando el enfoque centrado en la medicación, y no en una propuesta integral e integrada, pareciera ser que ninguno de los recursos humanos de atención directa en las salas, en los cuatro servicios, hacen referencia a tratamientos alternativos a la medicación.

Los tratamientos alternativos, como por ejemplo, psicoterapias o programas socioeducativos, no son suficientemente valorizados, no alcanzan a todos los usuarios/as, y por ende, no permiten un enfoque integral de la rehabilitación.

1.3.5. Disponibilidad de servicios de salud general y reproductiva

Con relación a la disponibilidad de servicios de salud general y reproductiva, se menciona en todos los servicios, la realización de controles de rutina de salud física y/o detección de enfermedades específicas. Sin embargo, cuando se requiere de atención especializada, los usuarios son derivados a otros servicios fuera del hospital. Lo mismo ocurre cuando los usuarios necesitan procedimientos quirúrgicos o médicos que no pueden ser proporcionados por el establecimiento, recurriendo a la red de referencia del Ministerio de Salud.

“Me siento bien de salud, acá mejoré mucho” EU14

“Me siento bien, estoy bien alimentado” EU11

No se ha detectado ningún plan de salud sexual reproductiva en ninguno de los servicios. Algunos entrevistados mencionan que llevan a cabo, de acuerdo a las necesidades y posibilidades, ciertas acciones de consejería en la prevención de enfermedades.

En caso de derivar un usuario/a a otra institución de salud, éste/a debe ir acompañado/a por un enfermero/a del Hospital Psiquiátrico, por exigencia del otro establecimiento. Ya que en las otras instituciones consideran que sólo ellos/as saben cómo tratar a un usuario/a psiquiátrico. Tienen que acompañar a un paciente y dejar a los otros 20 con un sólo enfermero/a.

“No tenemos mucho apoyo de otras instituciones, y no tenemos los equipos necesarios para ciertas enfermedades clínicas, entonces, sí o sí un enfermero nuestro tiene que ir con el paciente a pasar toda su estadía cuando el paciente está enfermo y tiene que ir al hospital, y como estamos dos, suele suceder que los otros 20 pacientes se quedan con una persona nomás. Los enfermeros de los otros hospitales también tendrían que poder atender a pacientes psiquiátricos, ellos tienen también la capacidad, pero no hay voluntad”. EP10

“Nos encantaría, pero no depende de nosotros, se plantea la problemática y la visión de cada órgano, lo ideal sería que salud mental se encargue, a través de los hospitales regionales. Los hospitales regionales tienen mucho temor a los pacientes psiquiátricos. Los pacientes no se quieren quedar en su ciudad por el estigma”. EA3.

Tampoco se han observado, en ninguno de los servicios, planes o programas de promoción de salud en forma regular.

En cuanto a lugar y forma de tratamiento, son preferentemente marcadas por el criterio médico, en todos los casos, en todos los servicios. En el caso de Urgencias y Corta Estancia, las decisiones e información son dadas al familiar acompañante, fundamentado en que el usuario/a llega al hospital en un estado de descompensación que no les permite tomar decisiones. Sin embargo, se han observado casos, y entrevistado a usuarios/as de estos dos servicios, que a la fecha de recolección ya se encuentran compensados y aún así no han sido consultados o informados acerca de su tratamiento.

“Prima el criterio médico por sobre el usuario”. EP7

“Los usuarios no pueden ejercer capacidad jurídica. Ellos no pueden firmar dependiendo del diagnóstico que tengan”. EP7

“El derecho a la defensa de los pacientes es todo un tema, como son, por lo general, personas insolventes, dependen de un defensor público y ellos no suelen estar al tanto de la situación. Se tiene que hacer un censo de los pacientes, se tenga una consideración con ellos, que sus causas judiciales vayan por las vías correctas... en cada instancia cambia de defensor, y en la audiencia recién le conocen a su defensor, yo he sido testigo de ello. En el inicio del proceso ya se debe ver si es reprochable o irreprochable. Si es irreprochable ¿para qué someterlo a un proceso?”. EA9.

Esta situación se ve agravada cuando se habla del servicio de Agudos y Crónicos. En el caso de los usuarios/as que se encuentran internados en la sala de Agudos, no cuentan con la posibilidad de tomar decisiones propias, pues son sus familiares quienes deciden. En el caso de quienes no tienen contacto familiar, es el/la psiquiatra quien decide el porvenir de los usuarios/as. En esta sala se aplica el aislamiento a aquellos usuarios/as con antecedentes graves de violencia, según afirma un enfermero del servicio.

Si bien, en todos los servicios, pareciera hacerse un esfuerzo para facilitar el alta de la hospitalización, de modo que los usuarios/as puedan vivir en sus comunidades, esto sólo se logra en la mayoría de los casos, en los servicios de Corta Estancia y Urgencias, y en menor proporción en el servicio de Agudos.

“Nuestro problema en agudos no es para meterle, sino que para sacarle. Como en agudos no tiene acompañamiento familiar, se les compromete a las familias retirar al paciente cuando éste tenga el alta. Los documentos nos ayudan a hacer presión. Cuando un paciente es mayor de edad, tiene cómo valerse y está de alta, nosotros aunque sea verbalmente le comunicamos a los familiares y lo dejamos salir con las indicaciones”. EA9.

“El 30% a 50% de los pacientes en agudos, son crónicos. Ver dónde ubicar estos pacientes. Tenemos la facilidad que nos van a sobrar camas que se pueden usar para otros pacientes en otras salas”. EA3.

La misma perspectiva tienen los usuarios/as del servicio de Crónicos, por lo que las altas hospitalarias de este grupo son mucho menores.

Según un enfermero de Crónicos (EP12), *“aproximadamente el 50% de los usuarios de la sala tienen alta médica, pero que los psiquiatras prefieren no darle un alta definitivo debido a que piensan que los usuarios no cumplirán con el tratamiento”*.

“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” EP10.

“La mayoría de los pacientes no tiene un criterio médico para estar acá, deberían estar en su comunidad. Hay usuarios con alta médica y sus parientes no le llevan, o su comunidad se opone”. EA6.

1.3.6. Procedimientos para la detención y tratamiento

En cuanto a los procedimientos para la detención y tratamiento, no se basan en el consentimiento libre e informado de los usuarios/as. Si bien existen casos de internación voluntaria, la mayor parte de los casos se dan a través del consentimiento de familiares, y en caso de no tener familiares por orden del psiquiatra.

“Los usuarios no pueden rechazar el tratamiento, en caso de no querer recibir la medicación se hace un tratamiento parietal (intramuscular), los usuarios deben recibir el tratamiento de forma inexorable” EP11.

“La admisión puede ser voluntaria e involuntaria. Cuando es involuntaria seguro es responsabilidad de la familia, en caso de no tener familia el psiquiátrico se hace cargo” EP6.

“Es muy raro ver un ingreso voluntario, la mayoría ingresan involuntariamente EP7.

“El usuario manifiesta que uno está obligado a tomar la medicación, que en ningún momento le preguntaron si estaba dispuesto a seguir el tratamiento médico. Según manifiesta el usuario los funcionarios de la institución nunca le informaron acerca de cómo llegó hasta el hospital, así como tampoco que debe consumir los medicamentos de forma obligatoria, y que los enfermeros se impacientan mucho y explican muy poco” EU6.

“El remedio lo que tengo que tomar si o si, o sino ligás inyectable” EU13.

Según autoridades y funcionarios/as del establecimiento, todos los casos de tratamiento y detención sin el consentimiento libre e informado, se documentan a través de un formulario que es completado por el/la psiquiatra. Sin embargo, las observaciones realizadas y la revisión de archivo no han permitido encontrar evidencia que avale dicha afirmación.

Los usuarios/as pueden contactar, a través de los servicios del Hospital, a familiares o conocidos, que se comprometan a encargarse de ellos/as, por lo que estas personas pueden tomar ciertas decisiones, como que el usuario/a abandone la internación (siempre que el usuario/a esté de acuerdo) sin tener el alta médica, con previa firma de compromiso, en que ésta tercera persona se hace responsable del usuario/a a sabiendas que un especialista de salud mental no recomienda el alta.

“Si hay insistencia de retirar al paciente, se hace una constancia, se le hace firmar un formulario” EA9.

Cuando un usuario/a carece de una persona o una red de personas de apoyo y desea designar una, la institución, desde el área de trabajo social, busca que el usuario/a acceda al apoyo adecuado, siempre en la medida de las posibilidades.

En el caso de Urgencias, Corta Estancia y Agudos, se menciona que el área de psicología, con el apoyo de los/las psiquiatras, trabaja con las personas que fueron internadas en la institución sin su consentimiento informado, con el fin de explicar el porqué del tratamiento y la importancia del mismo.

Es identificado como un problema, el ingreso de algunos usuarios/as por vías judiciales, que si bien cuentan con un diagnóstico psiquiátrico no cumplen con los criterios de internación. En estos casos desde el área de asesoría jurídica apoyan al acceso de las personas a procedimientos de apelación y representación legal.

1.3.7. Confidencialidad y acceso a la información sobre la salud personal

En relación a la confidencialidad y acceso a la información de su salud personal, se han encontrado fichas personales con información médica y mención al tratamiento psicotrópico y estado general (conducta) de todos los usuarios/as participantes de la investigación; la misma es individual y confidencial. Sin embargo, los usuarios/as no tienen acceso a la información contenida en sus fichas médicas. A éstas solamente se accede por autorización escrita de la Dirección del establecimiento.

“Comenta que los pacientes no tienen acceso a su ficha, solamente mediante una orden judicial, terceros (no al paciente) pueden acceder a la misma” EP7.

1.4 Apoyo y participación de las familias y la comunidad

En cuanto a actividades de apoyo a la familia para la reinserción e inclusión del usuario/a en la comunidad, en los servicios de Corta Estancia y Urgencias, la misma presencia de los familiares asegura que el vínculo no se pierda.

En estos servicios se busca que los familiares no se desconecten del usuario/a por lo que el Hospital solicita que al menos un familiar acompañe a la persona que está internada.

En el servicio de Urgencias se han dado casos en que la institución ha demandado por abandono a las familias de los usuarios/a ante la Fiscalía, y se hace constar en las fichas la negligencia familiar. Los trabajadores/as sociales son quienes movilizan estos casos, sin embargo no son suficientes para la cantidad de casos.

*“El psiquiátrico denuncia a la familia por abandono en la fiscalía barrial” EP6.
“Cuando los familiares quieren abandonar al paciente, los médicos le hacen firmar un formulario, y eso nos sirve de respaldo” EA9.*

En el caso del servicio de Agudos, también es parte de la tarea del trabajador/a social contactar con algún familiar con miras a reinsertar al usuario/a.

“Los responsables de llamar a los parientes de los pacientes, son los de trabajo social, y si es que no hay respuesta el médico amenaza, advirtiendo a la familia que pueden ser denunciados por omisión de auxilio” EP4.

Según el trabajador social “el fin es hacer todo lo posible para la recuperación y alta de los usuarios para que estos puedan reinsertarse a sus respectivas comunidades” EP7.

Según los profesionales consultados el muy baja la participación y acompañamiento de los usuarios e usuarias una vez que ingresan a los servicios de mayor duración (crónicos y agudos):

“En el servicio de crónicos se da la tasa más alta de abandono, aproximadamente sólo el 5% de los usuarios tienen contacto con su familia. Si bien, la gente de trabajo social busca que los usuarios mantengan el contacto con los miembros de su red familiar para facilitar el alta, teniendo como principales responsables de la adherencia al tratamiento a los parientes; sin embargo, esto se torna muy difícil porque en general las familias se niegan al contacto con los usuarios” EP12.

“La mayoría de los pacientes que están acá es por falta de apoyo familiar” EP11.

“En ocasiones, sobre todo, es triste. Ni el 10% recibe visitas, los familiares se esconden para no recibirles a los que salen” EP12.

1.5 Calidad de vida de usuarios/as

El presente apartado engloba el análisis de dimensiones y subdimensiones de la matriz que puede encontrarse en el punto 6 del segundo capítulo de la presente investigación. Las subdimensiones a explorarse son: bienestar emocional, relaciones interpersonales, inclusión social, derechos básicos, desarrollo personal, bienestar material, autodeterminación y bienestar físico.

Con relación a la libertad de comunicación, o uso de celulares por parte de los usuarios/as, está prohibido en todos los servicios, debido a que tuvieron experiencias negativas en este aspecto.

“El uso del celular está prohibido por una disposición de la Dirección General por una mala experiencia” EP11.

En todos los servicios, los usuarios/as pueden recibir visitas hasta las 18:30 horas, sin embargo, puede haber excepciones de acuerdo al servicio y el personal de turno. En Urgencias y Corta Estancia, los usuarios/as se encuentran acompañados por algún familiar o encargado.

1.5.1. Libertad de movimiento

En cuanto a la libertad de movimiento, tanto en Corta Estancia, como en Urgencias, los usuarios/as pueden recorrer el interior del hospital sin inconvenientes.

En general, se ha visto que los usuarios/as tienen cierta libertad para elegir los horarios que quieren estar acostados o levantarse de sus camas, ya que no existe una rutina establecida por el personal encargado.

“Desde las 18:30 todos los pacientes deben estar dentro de sus salas”. EP12

“Me llevo bien (con el personal), mi opinión importa mucho, siempre salgo cuando quiero, me hacen caso los enfermeros”. EU15

En el servicio de Agudos, tanto en varones como mujeres, la gran mayoría de los usuarios/as de este servicio no pueden recorrer el patio de la institución, debido a que no cuentan con el aval del psiquiatra para esta actividad. El/la psiquiatra tiene que autorizar todo movimiento de los usuarios/as.

Además, en la sala de Agudos varones existe un grupo de personas que no tiene acceso al patio interno de su pabellón.

Estos usuarios se encuentran en una habitación contigua a la Enfermería y sólo tienen acceso a un pasillo; en promedio, éstas personas se encuentran en estas condiciones por 2 meses. Según el enfermero (EP2) esto se debe a que son peligrosas, agresivas, o tienen riesgo de suicidio, por lo que necesitan atención constante de parte del personal de blanco.

“La sala de enfermería es para los pacientes más peligrosos, con riesgo suicida, algunos están en esa sala por alrededor de dos meses” EP2.

“Uno de los puntos más cuestionados por los organismos de derechos humanos es la privación de libertad y la cronicidad” EA5.

58

En Crónicos, el movimiento está supeditado al cambio de turno del personal. Los usuarios/as dependen del aval psiquiátrico para poder salir de sus salas, otros solamente pueden salir acompañados por enfermeros/as, pero en la práctica esto se constituye en que éstas personas deben permanecer dentro de las salas debido al escaso número de personal por turno.

“No tenemos libertad propia. A partir de las 17 horas estamos amontonados en las salas. No tenés la libertad de, como si fuera tu casa, poder entrar y salir más tiempo” EU2

“Sólo 10 pacientes de esta sala pueden salir, el resto no” EP12.

Buscando evidencia referida a si el establecimiento proporciona un ambiente acogedor y estimulante que conduce a la participación activa y a la interacción, se debe mencionar que se han encontrado muy pocas situaciones que promuevan

participación activa e interacción. Una de las actividades identificadas como positivas es el vóley, promovido por un grupo de enfermeros. Sin embargo, esto es exclusivo para los usuarios/as que tengan acceso a ese espacio físico.

“Uno de los enfermeros organiza frecuentemente partidos de vóleybol con los usuarios, los familiares y algunos funcionarios; le gusta mucho a la gente, los que juegan y los que miran” EP15.

“Se menciona a programas como MEDICOMICOS dentro de psicología, pero no se observaron sesiones durante el periodo de recolección” EP12.

En general los ambientes de Crónicos y Agudos son poco estimulantes, las personas están encerradas, las salas no son propicias para la interacción entre los usuarios/as, el personal y los/las visitantes. Cuentan con rejas que se cierran con candado.

En el caso de los usuarios/as de la sala de Agudos, éstos/as no tienen la posibilidad de recrearse de ninguna manera, puesto que, según afirma el enfermero (EP2), *“ellos son los pacientes más violentos y más propensos a escaparse si se les permite realizar recreación o actividades fuera del encierro en el que están”.*

Dentro de esa área de Agudos cuentan con un pequeño espacio donde reciben un poco de luz solar, pero no alcanza para una verdadera recreación y posible vía de reinserción a la sociedad. La disposición de la sala no es propicia para la interacción entre los usuarios/as, el personal y los/as visitantes.

El establecimiento proporciona recursos limitados, incluido el equipamiento, para garantizar que los usuarios/as tengan la oportunidad de interactuar y participar en actividades de recreación.

En las salas de Crónicos la realidad no es muy distinta, el ambiente no es para nada estimulante, se vio que en ciertos sectores había materia fecal en el suelo.

Según un personal, el intento de fuga de un usuario/a es un síntoma de salud, debido a que según el mismo expresa, el ambiente en la sala es tóxico.

“Yo siempre digo que si el paciente se quiere fugar es porque está bien todavía, el ambiente acá es tóxico” EP12.

“El estar en el psiquiátrico produce deterioro, y los psicoactivos (típicos) deterioran bastante al paciente” EA6.

“Referente a un paciente (ex-policía) que ingreso con orden judicial sin un trastorno: el adquirió acá un trastorno, el hecho de no salir le afecta... Él tiene que salir de acá” EA9.

1.5.2. Rutina Diaria

Al conversar sobre la rutina diaria de los usuarios/as del Hospital, se encuentran dos grandes grupos. El primero, en que los usuarios/as se encuentran sumidos en un tedio o ausencia de actividades, ya sea debido a que no cuentan con actividades específicas o asignadas, o por una imposibilidad personal, por tener restringido el usufructo de las instalaciones, por la condición de institucionalización que alienaría a los usuarios/as, o por la ausencia de adaptaciones de las rutinas del hospital a sus necesidades específicas.

“La usuaria manifiesta que la mayor parte del tiempo está aburrida, en referencia a sus actividades diarias comenta ‘me levanto, desayuno, me baño, espero, espero, espero, almuerzo, espero, espero, espero, esperando, espero, espero, espero, ceno y duermo’ EU7.

“Nada hago, tomo tereré, fumo cigarrillo, como, eso” EU11.

“Lo que más hacen también es trabajar (pedir plata)” EP11.

“Mucha ociosidad, faltan espacios de lectura, televisión, ajedrez, que hagan cosas que le gustan” EP12.

“Algunos usuarios están todo el día dentro del pabellón” EP9.

“No es tiempo ocioso, es aplanamiento afectivo y pérdida de la motivación a causa del trastorno” EA3.

El segundo grupo, otro grupo de usuarios/as si asisten a actividades de rehabilitación, los cuales describen otras alternativas al grupo anterior.

“Voy a la Rehabilitación de Lunes a Jueves, de 8 a 11. Hago pirograbado, sobre pedido hago y vendo y mediante eso consigo algo de dinero” EU2.

“Siempre limpio mi cama, ayudo a los enfermeros, traigo las cosas y eso, siempre recorro, hago lo que quiero, tranquilo estoy, a veces pido plata para comprar yerba y cigarrillo” EU13.

“Me paseo, tomo tereré. Puedo recorrer, pasearme, hablo con la gente. Yo trabajo vendiendo las cosas que hago en el taller, cosas de carpintería, 50% es la ganancia”.

EU14

“Respecto a la consulta de si existen actividades diarias preparadas para los usuarios, comenta que sólo existen las del personal que programa, por ejemplo, las Olimpiadas¹⁸ y el vóley de la tarde, institucionalmente no hay nada programado” EP7.

“Hace poco hubo actividades por San Juan, teatros frente a HAVISO” EP11.

“HAVISO’l dejó de funcionar hace años” EP12

1.5.3. Promoción de espacios para el disfrute de la vida social

Finalmente, en lo que refiere a la promoción de espacios para el disfrute de la vida social y la participación comunitaria, en ninguno de los servicios se han evidenciado actividades programadas. En los servicios de Corta Estancia y Crónicos, se mencionan en las entrevistas actividades de teatro, fotografía y vóley en forma esporádica; y en el caso específico de Corta Estancia, se otorgan permisos para salidas cortas o “días de prueba” como parte del proceso de rehabilitación.

8 Mención a la organización de un torneo interno de disciplinas deportivas.

“Algunos de estos usuarios tienen permiso para salir a las inmediaciones del establecimiento acompañados por sus parientes para comprar ciertas cosas, siempre y cuando no exista riesgo de fuga. Además, se otorgan permisos para que el usuario pueda volver a su comunidad por unos días en modo de prueba, con miras a que se los dé de alta definitiva” EP15.

La gran mayoría de los usuarios/as de las salas de Agudos, y muchas de las personas que reciben los servicios del hospital en la sala de Crónicos, presentan distintos tipos de restricciones para salidas comunitarias (más específicamente salidas para comprar cigarrillos y yerba de un espacio próximo a la institución).

Se mencionan algunas actividades para los usuarios/as de Crónicos y Agudos, que asisten a algún programa de rehabilitación, pero el que designa quién y qué actividad realiza es el/la profesional psiquiatra.

Si bien algunos de los usuarios/as del servicio asisten a los talleres que se dan en el área de rehabilitación, así como en HAVISO o en el Puente, la gran mayoría de las personas internadas no tiene acceso a actividades programadas por la institución, más bien son cuestiones espontáneas entre los usuarios/as, como la ronda de tereré o fumar.

“Rehabilitación debe ser un componente principal, uno realiza un diagnóstico y debe tomar un medicamento de por vida. Acá se trabaja terapia ocupacional, para que una persona se sienta útil, que el paciente tome conciencia va a evitar muchos reingresos” EA3.

“El hospital cuenta con un departamento de rehabilitación y puede tener cosas por mejorar, pero no está olvidado” EA5.

Pareciera ser que no es rol del personal a cargo de las salas, el acceso a actividades de la comunidad o a entretenimientos, aunque ésto se profundizará en las dimensiones siguientes.

1.5.5. Derecho a estar libres de abuso y descuido físico y emocional

En cuanto al derecho de estar libres de abuso y descuido físico y emocional, en el tEn cuanto al derecho de estar libres de abuso y descuido físico y emocional, en el tiempo de observación, no se vio maltrato alguno por parte de los miembros/as del personal. Sin embargo, muchos de los funcionarios/as de la institución tienden a infantilizar a los usuarios/as.

Existen relatos, tanto de usuarios/as como de funcionarios/as de la institución, sobre maltrato verbal por parte del personal hacia las personas internadas en el Hospital.

“Hubo maltrato por parte de una doctora a una compañera que en ese momento estaba internada en el servicio. Nosotros no estamos acá para gritar y humillar al paciente” EP14.

“Según una psiquiatra residente, existen en el hospital enfermeros ‘de la vieja escuela’, que tienen ‘otros métodos’, por lo que se les llama la atención. La misma manifiesta que los psiquiatras están trabajando para humanizar el Hospital” EP4.

“Si uno mira lo histórico del hospital psiquiátrico, tampoco se puede decir que no

ha tenido avances. Cuando yo venía acá 20 años atrás, los pacientes tomaban su desayuno en lata de leche Nido” EA5.

“Tenemos un proyecto de formación en humanización y dignificación” EA8.

“Nunca me preguntaron si deseaba tomar la medicación, es obligatorio. A mí, en agudos me amenazaron ‘pórtate bien o te voy a inyectar’. En Agudos los enfermeros eran malos, una vez no quise tomar mi remedio y me agarraron entre tres y me inyectaron, yo pensé que era una amenaza de muerte” EU8.

“Cuando estaba en Agudos le hacían gritar a los pacientes, porque uno quería papel higiénico y el enfermero le mostraba y no le daba” EU8

En los servicios de Urgencias y Corta Estancia, donde el usuario/a se encuentra acompañado/a por un familiar, hay una mayor atención a los aspectos biopsicosociales. Sin embargo, en la sala de Crónicos, el abandono emocional es algo muy presente, no sólo de parte de los familiares, sino también por parte de los cuidadores/as y encargados de sala. Definitivamente, la atención con enfoque de recuperación, versus la de mero cuidador, está muy marcada en los estilos personales de cada recurso y no necesariamente en un delimitamiento técnico o una propuesta técnica existente por parte de la institución.

“El 80% de los enfermeros son profesionales, el 20% son técnicos, auxiliares y acompañantes terapéuticos, es una lucha con el personal el tema de la función. El rol de enfermero debería ser: Madre sustituta, educadora, acompañante terapéutico y técnico en enfermería. Es una lucha con el grupo para que cada uno cumpla su rol” EA8.

“La idea es no trabajar solo en el centro de rehabilitación, sino que en las salas también. Muchas veces los enfermeros ejercen el rol de terapeuta, pero en muchas salas no pueden cumplir ese rol” EA4.

“La enfermería no debería estar tan ocupada con el paciente y usar los recursos para ver que el paciente vaya a la terapia. Los enfermeros serían un pilar fundamental para pequeñas actividades para hacer en la sala, sin embargo nos encontramos con la ley de enfermería” EA3.

“Cada sala o servicio requiere un modelo de enfermero o profesional de asistencia. En la ley de enfermería, el rol no es de recuperación. Se tiene un departamento de docencia e investigación pero no figura en enfermería” EA3.

El enfoque de derechos donde los mismos son considerados como objeto y no como sujeto, debido a la teoría que la discapacidad psico-social en sí, constituye una barrera.

“Siento que lo único que tienen en cuenta es controlar las horas de entrada, salida, comer y medicinas. Hace falta un ambiente más cercano, más familiar para que la gente sane” EU5.

“A ellos no le importa nada, no nos hacen caso; dicen: ‘enseguida te voy a atender’. Y hace todas sus cosas y se va sin atenderte. Pero me llevo bien con algunos, bromeamos y eso, da gusto” EU12.

Una forma reiterada de prevención de abuso es la sala de aislamiento (o “sala de descanso”), donde se meten a usuarios/as con riesgo hetero-agresivo, así como también la sedación.

“El que se pelea o se comporta de forma muy violenta es aislado en celdas para que no lastime a sus compañeros” EP2.

“Cuando existe un riesgo de autoagresión o heteroagresión se procede a la sedación del paciente a través de la medicación, vía oral, o intramuscular” EP8.

“Comenta que ha estado encerrada en lo que llama un calabozo. Un espacio como el baño de grande y con las paredes negras como quemadas, donde la han encerrado durante todo el día con llave”. EU4

“Si te portas mal hay castigo” EU10.

1.5.6. Métodos alternativos de aislamiento y contención

En cuanto al uso de métodos alternativos al aislamiento y contención para “atenuar el escalamiento” de crisis potenciales, se han identificado tres tipos de contención. En primer lugar, la física, que consiste en técnicas empleadas por los enfermeros para evitar que el usuario/a se agrede a sí mismo/a, o a terceros. La segunda, es la medicamentosa, que se trata de la aplicación de medicamentos que buscan disminuir los niveles de agresividad, generalmente por vía intramuscular. Según relatan, “se realiza una intervención en crisis, que consiste en medicación y aislamiento” (EP5 Psiquiatra Agudos). Y la tercera, es la sala de seguridad.

“Hay tres tipos de contención, la contención física, la contención medicamentosa y la sala de seguridad” EP11.

“Empezar una capacitación para no utilizar la celda de aislamiento, sino que se utilicen técnicas de sujeción. Vemos como método alternativo a la celda de aislamiento, los métodos de sujeción con imanes, los queremos usar en las nuevas salas. Cuando un paciente está agitado tampoco la celda de aislamiento hace que se calme. El promedio de pacientes que necesitan de aislamiento no pasan de 3” EA3.

Los usuarios/as que se tornan violentos son sometidos a las salas de contención, que son habitaciones individuales con rejas en las que se contiene a los usuarios/as que sufren crisis violentas. Sólo cuentan con un colchón, según el personal, ya que se trata de prevenir que las personas intenten agredir o agredirse con la cama o el mobiliario. En el sector de Agudas, las salas de contención son más precarias, la pintura de la pared está en peor estado, además una de las salas de contención es tan pequeña que apenas cabe una cama.

Según la trabajadora social de Agudas, esta situación se tuvo que mejorar hace tiempo, pero que con la construcción del nuevo pabellón quedó en segundo plano, pues las usuarias que utilizaban la “vieja sala de agudas” serían trasladadas a las nuevas.

Pareciera ser que el origen de los problemas de violencia entre usuarios/as está relacionado con la ausencia de espacios privados para guardar pertenencias y/o con algunos hábitos o vicios:

“Me robó el cigarrillo, me robó la yerba” EP7.

“Y yo puedo comprar para mi cigarrillo y eso, pero tengo que cuidar, no tengo donde guardar” EU13.

Esto evidencia que no existe ningún método o estrategia planificada para prevenir situaciones de violencia entre usuarios/as.

1.5.7. Uso de la terapia electro convulsiva

En cuanto al uso de la terapia electro convulsiva, psicocirugía y otros procedimientos médicos, en diversas entrevistas se ha hecho referencia a su uso en casos extremos y siempre bajo indicación del psiquiatra.

Si bien no se han encontrado estadísticas, en el servicio de Agudos se habla de alrededor de 5 usuarios que reciben esta terapia 3 veces a la semana.

“A la hora de realizar la terapia electro convulsiva, se entrega un consentimiento informado a los familiares, pero para aquellos que no cuentan con familiares, el encargado de aprobar la TEC es uno de los doctores” EP2.

También se plantean, en este servicio, que los usuarios no son informados de terapias o tratamientos alternativos.

Si bien no existe una prohibición para que los usuarios de urgencias reciban la terapia electro convulsiva, éstos no asisten a este servicio con frecuencia.

“Por lo general recibimos usuarios de la sala de agudos o la sala de corta estancia” EP 16.

Nunca se utiliza la terapia electro-convulsiva en su forma no modificada (es decir, sin un anestésico y un relajante muscular). La enfermera de Procedimientos comentó que, hasta la fecha, no recibió a usuarios/as menores de edad para terapia electro-convulsiva, si bien no se pudo comprobar este dato. La misma es asistida por un equipo que monitorea condiciones cardíacas y respiratorias.

Otro funcionario comentó que los pacientes de Agudos reciben terapias electro-convulsivas con una duración de 6 a 8 sesiones, en las cuales al usuario/a se le aplica una anestesia para que no sienta dolor a la hora de llevar a cabo la TEC. No se han observado psicocirugías ni otros procedimientos.

1.5.8. Medidas para prevenir la tortura y los tratos crueles e inhumanos o degradantes y otras formas de maltrato.

En relación a la existencia de medidas para prevenir la tortura o los tratos crueles, iEn relación a la existencia de medidas para prevenir la tortura o los tratos crueles, inhumanos o degradantes y otras formas de maltrato y abuso, no se ha identificado ningún organismo legal independiente a la institución al que los usuarios/as puedan acceder para apelaciones o quejas.

El procedimiento típico es que el usuario/a lo converse con el/la psiquiatra o con el/la médico/a, o en todo caso denunciar algún tipo de maltrato a la Dirección Asistencial. Si bien los usuarios/as manifestaron que no reciben repercusiones negativas después de denunciar algún tipo de maltrato, no existe un mecanismo que les garantice protección.

Se han identificado, a través de algunos relatos, experiencias de abuso dentro del hospital entre usuarios/as, donde inclusive se menciona como víctima a una adolescente; sin embargo, al ser consultados no se evidencian denuncias formales de este tipo, o las mismas han sido tapadas con movimiento de personal o con el envío del caso a la Dirección de Salud Mental.

También reciben visitas, dos o tres veces al año, de la Comisión de Derechos Humanos de la Bicameral.

Durante el período de observación no se vio maltrato alguno, sin embargo, tanto funcionarios/as como usuarios/as hablan de la existencia de maltratos. Cuando el victimario es un usuario/a se lo cambia de sala, como son inimputables no se toman medidas legales. Mientras que cuando se da un maltrato por parte del funcionariado se hacen llamados de atención por parte de otros profesionales.

“Denunciar algún tipo de maltrato es difícil porque no hay un órgano al que los usuarios puedan acceder para denunciar. Generalmente, son los profesionales quienes realizan la denuncia. Hace siete años hubo un caso de violación, yo denuncié el hecho, pero como los pacientes son inimputables, lo único que se hizo fue mudarlo de sala” EP7.

“En cuanto a la calidad de la atención, la gente que sale suele dar su opinión, generalmente hay más felicitaciones que bajadas. Cuando hay agresiones verbales (físicas no hay) se ve de cambiar de lugar al funcionario, suelen ser situaciones particulares y personales” EA7.

1.5.9. Derecho a la vida independiente e inclusión en la comunidad

Finalmente en cuanto al derecho a una vida independiente y ser incluido en la comunidad (Artículo 19 de la CDDP), se ha visto, durante el período de relevamiento, que existen procedimientos para el “alta” de los usuarios/as que acudan al hospital, vinculando al usuario/a con el consultorio externo de la institución y, en algunos casos, con las unidades de salud mental cercanas a su residencia, proveyendo de forma gratuita los medicamentos.

“Cuando se le da el alta a los pacientes se lo deriva a un centro de salud para continuar con un acompañamiento psicológico” EP14.

“Se les da permiso para que vayan a su casa a probar y vuelven, por ejemplo salen un jueves y vuelven el lunes, para ver cómo reaccionan” EP15.

Sin embargo, no se tienen datos estadísticos precisos que puedan avalar o sostener esta afirmación.

1.5.9.1. Alternativas a la internación

Respecto a las alternativas a la internación en el Hospital Psiquiátrico para usuarios/as que tienen alta médica, la primera opción es la familia, y esto se cumple en mayor o menor medida según el tipo de servicio al que asistan: en Urgencias y Corta estancia,

los usuarios/as tienen a un familiar consigo, es difícil que se rompa el vínculo familiar dentro de estos servicios. Sin embargo, al pasar a otro servicio como Agudos o Crónicos, como no se tiene un contacto permanente con los familiares, esta opción se hace más difícil ya que puede pasar que la familia se desentienda del usuario/a, es ahí donde se presiona a las familias para evitar el abandono.

“Existe un porcentaje importante de usuarios que no tiene contacto con sus familiares, incluso casos ‘NN’, que son llevados por la policía y que no tienen documentos; es ahí donde se barajan otras posibilidades” EP6.

“La principal barrera al cierre son los pacientes crónicos, porque demandan mucha atención. Se debe potenciar la articulación con otras unidades para el manejo de crónicos (familias, hogares, familias asistidas), trabajar con red local (gobernación y municipalidad)” EA3.

En caso que no sea posible contactar con los familiares, existen hogares sustitutos, pero los mismos están llenos. Actualmente existen 6 hogares.

En el caso de personas de la tercera edad, algunos logran pasar a hogares de ancianos/as:

“También existen hogares de ancianos, personas benevolentes que se hacen cargo de algún usuario y hogares privados para las personas que puedan pagar. Hay casos en los que los usuarios son llevados a otros lugares, por ejemplo, en una iglesia, los trabajadores sociales le preguntan dónde quieren ir, le ayudan a encontrar los hogares, pero son casos excepcionales, no es la norma” EP7

Otra estrategia es conseguir algún tutor:

“Se pregunta al usuario los lugares donde vivió y la gente que conoce, luego se empieza a llamar a la gente que es potencial candidata a ser elegida como responsable; algunas veces se contacta con iglesias que ofrecen albergue a los usuarios. Sin embargo, según el trabajador social, de diez llamados uno es el que dice que sí y que estos casos son escasos y que es la excepción y no la regla” EP7.

“Todos tienen un lugar de donde vinieron, pero no tienen dónde volver” EP7.

“En esta sala hay como siete que ya están bien, pero no hay dónde llevarle” EP10.

“Todos los pacientes que están en esta sala pueden estar en un hogar sustituto” EP13.

Buscando identificar oportunidades de educación que promuevan actividades productivas y/o trabajo digno, en el área de rehabilitación existen clases, llevadas a cabo por docentes del Ministerio de Educación y Ciencias, en áreas como matemáticas y lectoescritura. A esto tiene acceso cualquier usuario/a que tenga el aval psiquiátrico, generalmente son crónicos, y personas internadas en Corta Estancia.

“En lo referente a rehabilitación, los psiquiatras deciden quién está en condiciones de no perder sus habilidades como seres humanos” EP10.

El hecho que muchos usuarios/as tengan una baja formación educacional y escasa formación laboral, es también un factor que dificulta la inserción o reinserción de los mismos/as.

“Generalmente los pacientes del hospital fueron recolectores de basura o trabajadores informales, muy pocos están con un seguro social o son empleados formales” EP7.

La institución no tiene acuerdos con empresas para generar bolsas de trabajo. Si bien se está trabajando en un acuerdo de transferencia monetaria y/o subsidios, éstas serían para personas de la tercera edad.

Para algunos entrevistados, el estigma de las personas con discapacidad psicosocial, en particular las que asisten al hospital psiquiátrico, es una barrera poderosa para el acceso a la educación y el empleo.

“La ficha en el psiquiátrico es un factor de discriminación” EP6.

“Nosotros solemos trabajar con el Poder Judicial, falta romper un poco más el hielo con Salud Mental. Lo ideal sería que cada paciente sea atendido en su comunidad. Hay pacientes que su comunidad, su Fiscalía, su juzgado, su Municipalidad los expulsa. Los juzgados no están preparados para tratar con este tipo de personas” EA9.

1.5.10. Participación política y pública y actividades sociales

Con relación a la participación política y pública (derecho al voto), entrevistados mencionan que varios usuarios/as están empadronados/as:

“Los que están empadronados pueden votar, pero no pueden salir. Nunca llegaron al Hospital urnas, ni nada parecido. Además existen casos en los que los parientes vienen a buscar a los usuarios para votar, el hospital le da permiso, y vuelven a traerlos el lunes”. EP6

“Desde que estamos en el Hospital Psiquiátrico no somos ciudadanos para votar. Se necesita permiso exclusivo para eso y yo no pedí. Además no tengo cédula” EU2.

“¿Voto? Che resarai” EU15.

“¿Qué es eso?” EU16.

“Nunca voté, mi cédula está vencida” EU8.

No se identificó, en el período de relevamiento, que los usuarios pertenezcan a alguna asociación o grupo, esto tampoco es promovido por el hospital.

Finalmente, en lo relacionado a la participación en actividades sociales, culturales, religiosas y de recreación, sólo tienen acceso a las que ocurren dentro del hospital (talleres de rehabilitación tales como confección, manualidades, otros).

Los usuarios/as que asisten a éstos programas de rehabilitación, tienen oportunidad de asistir a reuniones de tipo espiritual. También se promueven espacios de relacionamiento y comunicación, siempre dentro del contexto hospitalario.

No se ha visto, a la fecha de este informe, ningún plan con enfoque en actividades inclusivas a la comunidad (fuera de las puertas del Hospital Psiquiátrico).

2. La situación de adolescentes usuarios del Hospital Psiquiátrico

En cuanto al análisis referido a la internación de adolescentes (personas menores de 18 años de edad) en las instalaciones del Hospital Psiquiátrico, se observó que existen usuarios/as en este rango etario (sólo se observó la presencia de los mismos en Corta Estancia) a pesar que la legislación es contraria a esta práctica.

“Hay menores de edad, pero están acompañados por sus padres” E15.

“Existen menores internados por varios días en una sala especial, fueron derivados por el hospital Acosta Ñu, por agresividad” EP6.

“... recibieron usuarias de entre 12 y 14 años derivadas por agresividad” EP3

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

“(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. Por más que el Hospital Acosta Ñu tenga una unidad, 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” EA2.

“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 (en el Acosta Ñu por ejemplo) pero tal vez ahí se debe tener uno” EA3.

En esta línea se resalta la sanción que recibió el Estado Paraguay.

“Nosotros no debemos internar menores, pero recibimos con acompañamiento familiar y nos comunicamos constantemente con la Defensoría” EA9.

“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” EA5.

3. Casos de usuarios internados por motivos judiciales

Uno de los motivos por los cuales las personas son internadas en el Hospital se debe, según relatos del personal, a la realización de falsas denuncias por parte de familiares contra personas con “diagnósticos psiquiátricos”, que derivan en la posterior internación vía judicial.

“Muchas veces los pacientes son traídos por la policía, tenemos información de que son los mismos policías los que recomiendan a las familias “anda denúnciale que agredió”, sin que dicha agresión haya existido, para que entonces intervenga la fiscalía” EP5.

“Se abren casos por violencia doméstica solamente para traerlos acá, y con eso la familia ya se desentiende” EA9.

Al tratarse de casos fuera de Asunción y Gran Asunción, la centralización del servicio se convierte en un problema, que se traduce en el no seguimiento por parte del actuario judicial del caso.

“Nosotros apuntamos a que esto sea un hospital de agudos, una tranca que tenemos son los pacientes judicializados, abandonados por el sistema y por sus familias. 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” EA9.

Según el personal de la institución, la ley resulta oportuna para las personas que buscan sacar provecho del diagnóstico que tienen los usuarios/as del hospital, ya que la legislación los cataloga como “incapaz”, que resulta en la pérdida de su capacidad jurídica por lo que se ven imposibilitados de tomar parte en herencias, litigios, u otros procesos judiciales.

“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” EP1.

“Cuando un paciente es traído por la patrullera, la gente de trabajo social ubica la familia, para así tratar de evitar la internación” EP8.

También se encontraron testimonios sobre personas internadas en el hospital en base a una condena impuesta por un juez y no en base a un criterio médico, lo que desvirtúa por completo el objetivo de la institución.

“uno de los principales problemas que tenemos son los pacientes judiciales, porque ya están de alta pero tiene que cumplir condena”EP4.

“Muchos tienen diagnóstico psiquiátrico, pero no están descompensados; sin diagnóstico psiquiátrico. Muchos de los pacientes judiciales son por sustancias. Tenemos 11 pacientes judiciales, de los cuales siete están de alta” EP5.

Con relación a este último tipo de internaciones se obtuvieron relatos donde el personal médico fue amenazado o advertido por jueces a ser procesados por desacato, al refutar el ingreso de estas personas por falta de criterios médicos para la 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” EA6.

“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” EA9.

En las conversaciones con el personal médico se puntualizó que el hecho de poseer cierto diagnóstico no implica necesariamente una internación, la cual se rige con base en otros criterios contemplados en la guía PICO.

“Procedimiento, vienen con la orden judicial, en urgencia se lo evalúa. De acuerdo a esa evaluación yo hago una nota al juzgado diciendo que no reúne los criterios y por lo tanto no se va a internar. La práctica disminuyó, la mayoría de los juzgados nos envían para evaluación y no para internación. Hay casos que no podemos mover porque el juez no nos hace caso. Esto se puede deber a que cuando le hacen la pericia médica, creo que no hay un criterio unificado. Nosotros tenemos unos criterios, pero como el perito ve que tiene un trastorno lo manda acá. Pero que tenga un trastorno no quiere decir que tenga que internarse” EA9.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y DESAFÍOS

1. Reflexiones finales

Este último apartado busca, en forma sintética, presentar las principales conclusiones, organizadas en función a los objetivos generales y los objetivos específicos finales.

En relación al primer objetivo general del presente estudio, consistente en evaluar la calidad de personas institucionalizadas en los Hospitales Psiquiátricos e instituciones de encierro de la República del Paraguay, se considera que se ha logrado cumplir. Si bien en el objetivo se plantea evaluar la calidad de vida en los hospitales psiquiátricos del país, se ha decidido tomar como muestra exclusiva el Hospital Psiquiátrico de Asunción, debido a que es el único con su infraestructura, servicios e historia; y que a la fecha recibe mayor demanda proveniente de otras entidades o de las mismas familias y comunidad.

Con relación al segundo objetivo del presente trabajo, de formular recomendaciones y sugerencias pertinentes para lograr una estrategia integral con fines de mejoramiento de la salud mental de la población, también se lo considera logrado, y se encuentra a continuación en el apartado “Recomendaciones y Sugerencias” del presente capítulo. En relación a los objetivos específicos, el primero, consistente en “conocer cuál es la calidad de vida de las personas institucionalizadas con discapacidades mentales a través de observación naturalista no participativa y la aplicación de test psicométricos objetivos que midan la percepción subjetiva de la calidad de vida”, se pudo cumplir parcialmente.

Se observó, como ya se describiera en detalle en capítulos anteriores luego del análisis documental, que se optó por utilizar criterios de calidad de vida vinculados a estándares internacionales y a propuestas vinculadas con la perspectiva social y de calidad de vida de Miguel Angel Verdugo Alonso (2003) y Robert Schalock (2007), quienes vienen trabajando diversos formatos de medición de calidad de vida -un concepto que no es nuevo, pero que en las últimas décadas se ha convertido en centro de investigación y aplicación en diferentes campos-.

Es importante entender que mejorar la infraestructura (predio, camas) no lleva necesariamente a un mejoramiento de la calidad de vida en las diversas dimensiones de este concepto y propuesta.

Desde una perspectiva con enfoque de derechos, introducir mejoras en esta dimensión puede inclusive ser vista como una amenaza para la instalación de otros servicios, de perpetuar modelos institucionalizados, segregados y estigmatizantes.

También cabe comentar que el cumplimiento parcial se debió a la imposibilidad de realizar test psicométricos a los usuarios/as del servicio para medir su calidad de vida,

en primer lugar ya que la bibliografía sobre el tema remarca la limitación de estas técnicas en esta temática, lo que se desprende en la no existencia de test para dichos fines.

El siguiente objetivo específico, es el relacionado a “observar y analizar la relación entre la vulneración de la legislación nacional vigente y de los Derechos Humanos fundamentales de las personas institucionalizadas en Hospitales Psiquiátricos y otras instituciones de encierro del Estado Paraguayo”.

En este punto es importante retomar aquí la reflexión sobre el enfoque de recuperación, donde se ha partido de la propuesta que el éxito de ésta es más que el tratamiento psicofarmacológico, biológico: implica la promoción y desarrollo de la dimensión social, psicológica, económica y política de la persona que está en “tratamiento”.

El concepto de recuperación tiene vinculación con el diseño, planificación y puesta en marcha de intervenciones (terapéuticas, recreativas, entre otras), lo más pertinentes y adecuadas, en contextos lo menos restrictivos posibles.

Es por ello que ya no se conciben aquí las problemáticas relacionadas con la discapacidad psicosocial sólo en términos de diagnósticos o clasificaciones, sino que busca comprender los problemas planteados desde las dificultades (propias de la persona o provenientes del entorno con el cual ésta se relaciona).

Sin embargo, a la luz de los análisis de documentos realizados y de las entrevistas a informantes claves, se ha podido observar que la situación actual presenta más dificultades y desafíos que oportunidades para la instalación de una propuesta más inclusiva y con perspectiva de derechos humanos.

En el Capítulo 3 de la presente investigación se ha relevado legislación nacional e internacional, así como los conceptos de la que se desprende dicha legislación en el Capítulo 2, donde si bien existe legislación, se encuentra una evidente tensión entre los conceptos de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad y la legislación nacional vigente.

Esta situación se evidencia aún más al mirar el siguiente objetivo específico, el de “explorar y analizar las políticas de salud mental de las instituciones de encierro del Estado paraguayo”, en el cual se evidencia que la ausencia de una política nacional de salud mental, acorde a las necesidades de las personas con discapacidad psicosocial, es la mayor barrera para la correcta atención a este sector. No se puede pensar en servicios que impliquen un alto nivel de calidad de vida, si a nivel nacional no se cuenta con un plan holístico sobre la temática.

Es importante resaltar que la ley de salud mental, se encuentra parada en el Congreso Nacional desde el año 2014, luego de una diversidad de reuniones y grupos de trabajo.

Si bien se plantea esta dificultad, se ha podido relevar que se han dado pasos importantes, aunque pequeños y con poco nivel de difusión, en lo que hace a la instalación de la temática de salud mental en la RISS, y se sabe que su implementación requiere tiempo y esfuerzo, ya que necesita modificar un escenario muy complejo.

La tensión es permanente entre el paradigma médico/rehabilitador y el modelo social de atención a las personas con discapacidad dentro del sistema de salud. Esto se vio agravado con el hecho que en la actualidad, el Hospital Psiquiátrico (al menos el de Asunción) cuenta con recursos y mayor financiación que los modelos de atención comunitaria (más cercanos a los territorios de los usuarios/as o vinculados a residencias alternativas para dicho colectivo).

Esto probablemente se reflejará si se realiza un análisis de la inversión/financiación de programas para atender a este colectivo. Sin embargo, esto no está en el alcance del presente estudio.

Como se describiera en apartados anteriores, la presencia de un Plan de Salud Mental, donde estas propuestas están plasmadas en forma específica y detallada, no ha asegurado que en la presente administración del MSPyBS se hayan podido aumentar los recursos financieros y la inversión en modelos centrados en la comunidad.

En relación con el enfoque de la atención en el Hospital Psiquiátrico de Asunción, se ha podido constatar que el mismo responde a un modelo rehabilitador y clínico, que al decir de Perkins (2005) responde a un modelo tradicional de profesionalismo, donde el profesional experto determina lo que es mejor para sus pacientes.

Se han encontrado menciones sobre el uso de la terapia electro-convulsiva, psicocirugía y otros procedimientos médicos, en diversas entrevistas se ha hecho referencia a su uso en casos extremos y siempre bajo indicación del/la psiquiatra, si bien está actualmente prohibido.

Es aquí donde surge la propuesta de tener como foco de la atención el modelo centrado en la persona, que viene impulsándose fuertemente dentro del ámbito de la salud y no es de uso exclusivo de la discapacidad. Esta propuesta debe llevar al reconocimiento que si se busca reconstruir vidas que merezcan la pena y que sean satisfactorias y valiosas, se debe recordar que el significado de valor y satisfacción varía de una persona a otra. Por ello, el rol del/la profesional en esta perspectiva es apoyar y orientar el proceso de (re)construcción de estas capacidades.

Si bien no se cuenta con aspectos conclusivos en esta investigación, considerando que la misma no ha tenido un propósito evaluativo, sino más bien exploratorio, vuelven a salir indicios importantes -ya antes mencionados en otros informes regionales como de MDRI y CELS (2007)- donde pareciera ser que el deterioro que se observa en varios usuarios y usuarias no tiene necesariamente que ver con el diagnóstico o patología bajo la cual está caratulado/a, sino a la ausencia (tal vez) de una intervención integral

e integrada, teniendo más relación con el grado de abandono, la pobreza y el olvido en que este grupo de personas se encuentra.

Varios testimonios de profesionales del hospital reafirman que con los dispositivos comunitarios y apoyos necesarios, esas personas podrían estar teniendo una mejor calidad de vida, sobre todo en lo que hace a dimensiones tales como inclusión familiar, social y acceso a derechos.

Sin duda, en el paradigma biologista, la perspectiva ligada a que los fenómenos de la existencia humana se pueden comprender en términos exclusivamente biológicos es una perspectiva, al decir de Ortiz Lobo et al. (2013), bastante atractiva. Sin embargo, desde los estudios vinculados a la calidad de vida y más recientemente en las investigaciones que tienen en cuenta la perspectiva del usuario/a, lo más importante es la dignidad, la alianza y apoyo terapéutico, la confianza, aspectos más asociados a los valores y atributos de los/las profesionales y sus equipos que a los modelos terapéuticos utilizados por los mismos (Ortiz Lobos, et al, 2013).

No se ha podido lograr el último de los objetivos específicos, consistente en “determinar cuáles son los índices de prevalencia de enfermedades mentales en las instituciones”), debido a la falta de acceso a la estadística del Hospital Psiquiátrico de Asunción. Esto ha sido solicitado por nota en tres oportunidades distintas al Departamento de Bioestadística, no pudiendo al final del análisis aún contar con las mismas. Los datos específicos solicitados fueron morbilidad por edad, morbilidad según tipo de consulta y morbilidad por diagnóstico.

2. Recomendaciones y sugerencias

En lo referido a la producción de información estadística, ante la dificultad encontrada para el cumplimiento de uno de los objetivos del estudio, se recomienda avanzar hacia un relevamiento de información centrado en casos /usuarios para propiciar análisis de prevalencia de enfermedades y atención de casos más que solo aspectos administrativos (servicios).

En cuanto al enfoque, es urgente e importante realizar una profunda reflexión (y actualización) que lleve a los profesionales a apropiarse del enfoque centrado en la persona, donde se sale del modelo tradicional, clínico y rehabilitador exclusivamente orientado por el profesional psiquiatra, para moverse a alguna propuesta de intervención más integral e integrada con otros servicios que provee (en forma limitada) el mismo Hospital

Muchos aspectos referidos al enfoque deberían ser profundizados a la luz de la evidencia científica existente (o generarla en caso de ausencia) y relacionados con casos donde el grado de deterioro podría relacionarse con factores que pueden no ser exclusivamente la patología, sino tal vez aspectos del contexto relacionados con el abandono, la pobreza o el olvido, potenciales detonantes de predisposiciones

genéticas. Este último punto merecería sin duda, un estudio de casos a profundidad para poder hacer más afirmativas estas hipótesis de investigación.

Es urgente una revisión técnica y conceptual del enfoque de recuperación (sobre todo en lo que hace a la esquizofrenia) a la luz de las evidencias actuales, ya que esto redefine el rol de los recursos humanos en centros hospitalarios e instituciones psiquiátricas (Lieberman, Kopelwick, 2004), puesto que implica la identificación a profundidad de factores que pueden facilitar dicha recuperación, y que actualmente no se observan en la intervención de los/las profesionales a cargo de los usuarios/as del Hospital Psiquiátrico.

En este sentido, el análisis y revisión de las intervenciones dentro del Hospital Psiquiátrico debería pensarse desde las prácticas, formación e incluso investigación (si las hubiere, y si no, realizarlas) desde un enfoque de cuidado o de recuperación. Esto llevaría a una total revisión de las acciones, planes (si los hubiere) y servicios que se proveen a los usuarios y usuarias (y no sólo a una pequeña parte de éstos/as, que se considera “tienen esperanzas de recuperación”, Ortiz Lobo, 2013).

En lo relacionado con los recursos humanos, es importante tener en cuenta los aspectos de recursos humanos, pensados no sólo desde la “reingeniería” de recursos para posibilitar la ampliación de servicios con enfoque comunitario, sino en la necesidad de la formación en enfoques más actuales y vinculantes con el paradigma social (presentado en el marco referencial):

- a) Evaluación de los/as cuidadores (aspectos positivos y negativos) en la experiencia de cuidar personas con discapacidad psicosocial severa. Incluso la evaluación a través de escalas existentes del nivel de stress y burnout de cuidadores/as.
- b) Se debería incorporar al Paraguay a iniciativas para crear baremos y validar escalas para nuestro contexto y asegurarse que dichas evaluaciones se convierten – en términos prácticos- en planes de intervención integrales e inclusivos.

En cuanto a los procedimientos y protocolos existentes, si bien los mismos son muy nuevos, no han tenido gran difusión en los diversos espacios donde su utilización es esencial (red de atención en salud mental, dentro de la cual está el Hospital Psiquiátrico) por lo cual se recomienda el diseño y financiación de un plan comunicacional (al menos al interior del Hospital) que informe a los/as profesionales de dichos protocolos, en particular algunos puntos observados como preocupantes:

- a) Incentivar que las internaciones involuntarias sean la excepción;
- b) Prever que las mismas sean usadas sólo cuando se hayan agotado todos los abordajes comunitarios, y como medida terapéutica temporal (excepcional y breve).

Es preocupante la identificación de adolescentes (16 y 17 años en las fechas del trabajo de campo y de la observación de la presente investigación, con referencia a haber tenido otros de menor edad en años anteriores), cuando se sabe que existen recomendaciones a nivel mundial que esta población requiere de una atención específica y especializada, acorde a la edad y no debería bajo ningún motivo estar en servicios para adultos.

La misma guía PICU establece por escrito que dichas estrategias no son diseñadas para este grupo etario debido a las particularidades de la edad.

Se ha valorado los avances realizados con relación a la instalación de la temática de salud mental en la RISS, aunque estos avances deberían ser más constantes y permanentes.

Es clave establecer mecanismos para la evaluación en la RISS de las primeras fases de la discapacidad psicosocial para evitar la cronificación.

El componente de inversión en estas acciones debe ser más importante si se desea realmente reflejar una propuesta de salud mental con enfoque de derechos e inclusión (como se plantea desde la Convención, en sus diversos apartados).

En lo relacionado con temáticas para otras investigaciones, sería importante pensar en actualizar el relevamiento (evaluación) realizado por la OPS en el año 2005 incorporando todos los estándares internacionales ahí propuestos y ya validados.

- a) Realizar una evaluación de calidad de vida con un corte más cuantitativo que permita valorar no sólo el caso clínico sino además valorar la “gravedad” del cuadro con miras a la toma de decisión (no se han encontrado informes que lleven a planes de intervención integrales, multidisciplinarios o interdisciplinarios).
- b) Realizar estudios sistemáticos para analizar la calidad de vida en centros existentes.
- c) Estudio a alojamientos protegidos.
- d) Emparejar calidad de vida y perfiles clínicos y psicosocial con los que no están en modelos comunitarios.

Es esencial, dentro del Hospital Psiquiátrico, promover fuertemente acciones y servicios que incluyan de forma genuina la colaboración de los usuarios/as, sus familias, los/las profesionales, sus cuidadores/as y la misma comunidad.

Promover políticas de sensibilización, concientización y lucha contra estereotipos y prejuicios de personas con discapacidad psicosocial, a través de campañas educativas y capacitación básica de profesionales de la salud en aspectos que promueve la Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Es importante retomar el trabajo realizado en relación a la aprobación de una ley de salud mental, que se encuentra parada en el Poder Legislativo desde el año 2014, luego de una diversidad de reuniones y grupos de trabajo.

En este sentido, se sugiere revisarla para que incorpore el lenguaje sugerido por la CDPD en lo que hace a personas con trastornos mentales o discapacidad mental por la de discapacidad psicosocial.

Finalmente, es importante realizar un análisis de la inversión/financiación de programas para atender a este colectivo, ya que esto no ha estado dentro de los propósitos del presente estudio.

3. Fortalezas y desafíos actuales para el Hospital Psiquiátrico de Asunción.

A modo de síntesis se proponen una serie de características y situaciones que han surgido del análisis de los datos, los cuales se presentan aquí en fortalezas, oportunidades desafíos y amenazas que se dejan como aporte de la reflexión realizada en esta investigación. .

Como fortalezas del Hospital Psiquiátrico se ha logrado identificar los siguientes puntos:

- El mismo es un centro de referencia para la atención especializada.
- Es un centro de formación de profesionales en todos los ámbitos de atención a la discapacidad psicosocial, con sus limitaciones.
- Se ha podido constatar un alto nivel de compromiso y empoderamiento del personal para con los usuarios/as, así como un alto sentido de pertenencia institucional.
- Hay un reconocimiento a la institución por parte de la sociedad.

En cuanto a las **oportunidades**, se resaltan los siguientes:

- Nueva infraestructura, que busca eliminar el hacinamiento de usuarios/as en las condiciones actuales y el mal estado de los espacios, sobre todo en Crónicos y Agudos.
- Muy buen nivel de atención, con calidad y calidez, en Urgencias y Corta Estancia, dando pie para que ésta opción de servicio sea replicada en otros hospitales del país (hospitales generales, distritales), donde se cuenta actualmente con psiquiatras y psicólogos/as, sobre todo.
- Experiencias interesantes en los servicios de rehabilitación -tanto dentro del Hospital Psiquiátrico como en El Puente- con modalidades que podrían difundirse y replicarse en otros hospitales o centros de salud para no sólo atender con un enfoque más inclusivo, sino a través de esto formar a los Recursos Humanos locales con un enfoque de recuperación y no sólo de atención farmacológica.
- Existencia en el país de centros residenciales, los cuales parecieran presentar ventajas en relación a ambientes hospitalarios para el usuario/a (mejor ambiente físico, emocional, estimulación cognitiva, menor frecuencia de recaídas, reingresos, lugares más cálidos y cercanos a sus lugares de origen, entre

otros), además de ventajas administrativas (menor costo de mantenimiento), posibilidad de acceso a derechos básicos (trabajo, participar de actividades de la comunidad, otros).

- Mención en el plan estratégico de la SENADIS de necesidades específicas en garantía de derechos básicos (salud, educación, trabajo, participación social) de las personas con discapacidad psicosocial.
- Existencia de un sistema estadístico con personas calificadas para ello, con producción de información para responder a la lógica de servicios (tanto en el Hospital Psiquiátrico como en la Dirección de Salud Mental). Se menciona en entrevistas la “intención” de recolectar datos centrados en los casos con mayor precisión.

Cómo principales **desafíos** se han detectado los siguientes:

- A la fecha de cierre de la recolección de datos de este estudio se ha detectado la ausencia de información estadística centrada en la persona, en el caso y no en los servicios, para poder realizar análisis de mayor alcance para la temática. Este enfoque de recolección de datos da indicios nuevamente que el enfoque es en el servicio y no está centrado en la persona (no es una limitación sólo del Hospital Psiquiátrico, sino del sistema del MSPyBS).
- Existe una gran demanda para internaciones, aspecto señalado ya por el MNP en 2015/2016, proporcional a la problemática de mayor stress en la vida cotidiana, generando más casos de “crisis”, y en consecuencia, mayor cantidad de internaciones. Al no tener alternativas en sus comunidades (sobre todo en Central y Capital) la derivación es directa al Hospital Psiquiátrico.
- Según datos del MNP (2016), 70% de la población internada en el Hospital tiene característica asilar por abandono de los familiares, con el consecuente riesgo de agravamiento de su estado de salud y sobrecarga de los costos que esto significa. Al no contar con servicios de base comunitaria, con equipos integrales en las localidades (ver listado del Directorio de Salud Mental, año 2015), se buscan modalidades institucionalizadas, que tienden a hacer crónicos casos que incluso ya han sido dados de alta en el Hospital Psiquiátrico u otros servicios.
- El enfoque de atención está totalmente centralizado en el/la profesional médico psiquiatra, quien toma todas las decisiones para y en lugar del usuario/a. Esto refleja un paradigma muy común y frecuente en nuestros países, pero que ya se tienen evidencias que por sí solo no generan calidad de vida en el concepto amplio del término, (ver marco de referencia, Verdugo y otros).
- Existiría una ausencia de formación y actualización de los recursos humanos en temáticas claves, referidas a intervención con enfoque centrado en la persona, calidad de vida (vista no sólo como infraestructura, sino como promoción de la participación, autodeterminación, entre otros).
- Muchos testimonios indican que el enfoque de atención está como “determinado”, exclusivamente, por el cuadro psicopatológico y en consecuencia debe ser atendido (y en esto se centran los registros) por terapias medicamentosas.
- Se constató un alto nivel de insalubridad y repercusión del mismo en la

salud mental y física de los funcionarios/as y profesionales que atienden en el Hospital Psiquiátrico.

- Como ya lo señalaba el MNP en su análisis de 2015/2016, de mantenerse el enfoque actual, de tender a la institucionalización, se continuaría con nuevas sanciones internacionales y, sobre todo, el alto costo social y económico que significan estos modelos para el Estado.

- Este enfoque asistencial, tiende a desmejorar la perspectiva de atención con calidad y calidez (MNP, 2016).

- El estancamiento del proceso de revisión de la ley de salud mental hace énfasis en otras modalidades de servicios (ya existentes en el país), pero que no cuentan con presupuesto suficiente para una buena atención o han sido suspendidas las ampliaciones de éstos modelos para el presente año.

- No existen servicios adecuados para niños, niñas y adolescentes con cuadros (crisis) de discapacidad psicosocial (o incluso abuso de sustancias).

- Se recogieron relatos sobre la presencia de adolescentes internados/as en Corta Estancia (e incluso se relatan casos en Agudos) llevados por familias sin consentimiento/aprobación voluntaria del/la adolescente a esta internación. La resignación por parte del/la adolescente que así nomás tiene que ser, refuerza una cultura de institucionalización como única alternativa.

- Si bien existen centros residenciales en el país y se conoce la ventaja de los mismos a nivel académico, no se cuenta con estudios o investigaciones nacionales o sistematización de las experiencias existentes que aseguren que estas ventajas a nivel de calidad de vida y acceso a derechos se cumplan en todos los casos.

- Resistencia por parte de algunos Recursos Humanos de centros residenciales a recibir a ciertos usuarios/as que si bien se considera que están de “alta”, no presentan las condiciones para estar en un hogar (testimonio de una profesional). Esto implica nuevamente una segregación de los centros residenciales a ciertos tipos de pacientes y no todos, afectando así el principio básico de los centros residenciales (inclusión, base comunitaria), aunque esto no fue confirmado en forma sistemática en todos los lugares (está fuera del alcance de esta investigación).

- Falta de presupuesto para instalación de más servicios con enfoque de Derechos Humanos al sistema de salud vigente (RISS).

- Predominancia de profesionales psicólogos en los servicios de la RISS, poca cantidad de psiquiatras con formación socio-comunitaria para realizar una atención integral.

- Falta de formación de recursos humanos del Hospital en enfoque de recuperación, en aspectos de la CDPC y la clasificación actual apoyada por la CIF.

- Ausencia total de la SENADIS en las acciones de articulación con el Hospital, sobre todo en aspectos que la SENADIS ha trabajado (formación de recursos en CIF por ejemplo) o incluso la provisión de ayudas técnicas (sillas de ruedas, audífonos) a usuarios/as del Hospital Psiquiátrico que lo requieran (algunos tienen sillas en mal estado o que son usadas sólo para facilitar la tarea del funcionario/a “cuidador” en el traslado de la persona, sobre todo adultos mayores).

- Vinculado al enfoque centrado en la persona, se evidencian procedimientos limitados de asegurar consentimiento informado por parte del usuario/a (generalmente da la familia o el/la médico/a que recibe el caso). No se retoma este procedimiento una vez que el usuario/a ya ha pasado la etapa de crisis.

En cuanto a las **amenazas** se evidencian las siguientes:

- Con la nueva infraestructura, se abre una brecha (peligrosa) para la incorporación de más usuarios/as y que la intención de mejorar la calidad de vida —en aspectos de vivienda— se pueda cumplir (según testimonios de varias de las entrevistas, esto “no será una ampliación”).

- Con la inversión en servicios institucionalizados, se deja un claro mensaje para la comunidad y sociedad que ese tipo de servicios son los que se deben mantener, reforzando la idea de segregación y dificultando la búsqueda de inversión en otros servicios con enfoque de inclusión y base comunitaria.

- El enfoque de atención médica, centrada en la patología y la terapia psicofarmacológica, genera cierto determinismo tanto en el usuario/a como en los/las profesionales que atienden a éstos. Las actividades en los centros de rehabilitación no son vistas como parte del tratamiento (para que sea integral e integrado), por lo cual es tenido como una actividad opcional y complementaria. Gran parte de los usuarios/as no asisten a éste (por cuestiones de presupuesto, de limitados recursos humanos, por ser el/la profesional psiquiatra quien decide quien va y quien no va a las actividades).

- Si bien no corresponde la atención de adolescentes en el Hospital Psiquiátrico, ocurre actualmente en forma natural. Todas las normativas internacionales e incluso la Guía PICU señalan que esos procedimientos no son para niños, niñas y adolescentes (menores de 18 años).

- El debilitamiento de los servicios con base comunitaria, hogares sustitutos, por falta de recursos (mantenimiento, alimentación a veces) e incentivos para los Recursos Humanos. Peligro de desaparición de éstos servicios si dejan de apoyar los referentes claves.

- Se cuenta con gran cantidad de casos de personas internadas en el Hospital que no tienen formularios de Consentimiento Informado, firmados. Se hace énfasis cuando el/la paciente o la familia no está de acuerdo, y se firma el formulario de Ingreso Involuntario o de Alta Involuntaria.

- El no retomar cuestiones como el consentimiento informado, genera gran número de usuarios/as que al preguntárseles no tienen idea de por qué están ahí (incluso personas con cuadros más leves).

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Amendolaro, R. (2013). Entre el diagnóstico de cronicidad y el fenómeno de la discapacidad desde una perspectiva de Derechos Humanos. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 19-28. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/saludmentalcomunidad/Revista-Salud-Mental-y-Comunidad-3.pdf>

Asociación Mundial de Psiquiatría (1977). Declaración de Hawái: Guías éticas para los psiquiatras de todo el mundo.

Barbieri, V.; Bincaz, L.; Dicroce, C.; Dilema, F. & Jessen, C. (2006). El hospital neuropsiquiátrico como dispositivo de atención a la salud mental. Universidad Nacional de la Plata, Argentina

Cáceres, M. y Portillo, P. (2012) Hospital Psiquiátrico Nacional: Desidia, soledad y ausencia del Gobierno (Parte I). Apasionada por la escritura. 16 de marzo 2012. Recuperado de: <https://mariajosecaceres.wordpress.com/2012/03/16/hospital-psi-quiatrico-nacional-desidia-soledad-y-ausencia-del-gobierno-parte-i/>

Castillo, O. y Hillman, A. (2009) Reforma psiquiátrica, con pocos avances y varias deudas: Codehupy (2009) Derechos humanos en Paraguay 2009. Asunción, pp. 425-434.

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2016). Glosario de Términos sobre Discapacidad. Disponible en: http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/Glosario_PCD.pdf

Contreras, J. A., & Navarro, D. (2008). Un programa de seguimiento comunitario de personas con enfermedad mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(102), 451-475.

Devandas, C. (2015). Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad. Organización de las Naciones Unidas, A/HRC/31/62.

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). Censo Nacional de Población y Viviendas 2012. Fernando de la Mora, 2012.

Dulzaides, M. y Molina, A. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. *ACIMED*, 12(2), 1-1. Cuba.

EFE (27 de noviembre de 2015). ONU denuncia situación de discapacitados en neuropsiquiátrico de Asunción. *Revista HSEC*, Grupo Editorial EMB, Chile. Disponible en: <http://www.emb.cl/hsec/noticia.mvc?nid=20151127p13>

Fernández, M. T. (2010). La discapacidad mental o psicosocial y la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad. *Revista de Derechos Humanos Defensoría*, 11, 10-17. Disponible en: <http://www.corteidh.or.cr/tablas/r25716.pdf>

García, C., & Sánchez, A. (2004). Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. *Polibea*, 73, 29-42.

Guía F de Intervención y Apoyo a Familias de Personas con Discapacidad.

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.

López; M. y Laviana, M.(2007).Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Propuestas desde Andalucía. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría*, vol. XXVII, n. ° 99, pp. 187-223. España

Maldonado, V., & Jorge, A. (2013). El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos. *Boletín mexicano de derecho comparado*, 46(138), 1093-1109. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RDUNED/article/viewFile/11716/11163>

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.

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

Organización de las Naciones Unidas, Asamblea General “Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad”, (13 de diciembre de 2006), disponible en: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>

Organización de los Estados Americanos (1999). Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación a las personas con discapacidad. 7 de junio de 1999. Guatemala.

Organización Mundial de la Salud (2010) Sistemas de información en salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Ginebra

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2006). Informe WHO-AIMS Sobre El Sistema De Salud Mental En Paraguay. Asunción.

Organización Panamericana de la Salud (1990). Declaración de Caracas: Conferencia, Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, 14 de noviembre de 1990, Caracas.

Organización Panamericana de la Salud (2005). Principios de Brasilia: Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas. 9 del mes de Noviembre del año 2005, Brasilia.

Organización Panamericana de la Salud (2010). Consenso de Panamá, 8 de octubre de 2010, Panamá.

Ortiz Lobo, A. (2013). Hacia una psiquiatría crítica. Colección Salud mental colectiva 1. Grupo 5, Madrid.

Palacios, A. (2008). El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Cermi.

Perkins, R. (2005) Autonomía o dependencia: ¿Rehabilitación o pseudorehabilitación?: IMSERSO (2005) La salud mental es cosa de todos. Madrid, pp. 108-112.

Schalock, R. L., & Verdugo Alonso, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. Disponible en: <https://gredos.usal.es/jspui/handle/10366/55873>

Verdugo Alonso, M.A. (2001). Autodeterminación y calidad de vida de las personas con discapacidad. propuestas de actuación. INICO, España.

Verdugo Alonso, M.A; Sainz Modinos, F; Gómez Sánchez, L. & Gómez Santamaría, S. (2009) Parte I: El Paradigma de Calidad de Vida. Bases para el desarrollo de un modelo de evaluación para personas con discapacidad intelectual adultas que viven en servicios residenciales. INICO, España.

Verdugo, M. y Rodríguez, A. (2011). Guía F: Facilita la intervención y apoyo a familias de personas con discapacidad. INICO, Salamanca.

World Health Organization, (2012) QualityRights Tool Kit. Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities. Switzerland.

ANEXO 1. Guía de Observación.

	0/1	Comentarios/impresiones del observador/a
Estándar 1.1. La infraestructura se encuentra en buenas condiciones físicas.		
La infraestructura se encuentra en buen estado de conservación (por ejemplo, las ventanas no están rotas, la pintura no se está descascarando de las paredes).		
La infraestructura permite acceso a personas con discapacidad física.		
La iluminación del edificio (natural y artificial), la calefacción y la ventilación proporcionan un ambiente confortable para vivir.		
Se dispone de medidas de seguridad para proteger a las personas contra incendios.		
Estándar 1.2. Los dormitorios son confortables y resguardan suficientemente la privacidad de los usuarios.		
Los dormitorios ofrecen suficiente espacio para cada usuario y sin hacinamiento.		
Los hombres y las mujeres, así como los niños y las personas mayores, disponen de dormitorios separados.		
Los usuarios son libres de elegir cuándo levantarse y cuándo ir a la cama.		
Los dormitorios permiten la privacidad de los usuarios.		
Existe ropa de cama limpia y en cantidad suficiente, disponible para los usuarios.		
Los usuarios pueden mantener pertenencias personales y disponen de suficiente espacio para guardarlas con llave.		
Estándar 1.3. El establecimiento cumple con los requisitos sanitarios y de higiene.		
La infraestructura de la sala de baño e inodoros está limpia y funciona adecuadamente.		
La infraestructura de la sala de baño e inodoros otorga privacidad y separación para hombres y mujeres.		
Los usuarios tienen acceso regular a la sala de baño e inodoro.		
Existen medidas para las necesidades de baño e inodoro de los usuarios que se encuentran postrados en cama, o que tienen una movilidad reducida u otras discapacidades físicas.		
Estándar 1.4. A los usuarios se les brinda comida, agua potable para beber y ropa que se ajusta a sus necesidades y preferencias.		
Existe suministro suficiente de alimentos y agua potable, los que son de buena calidad y satisfacen las preferencias culturales de los usuarios y las necesidades de su salud física		
La comida es preparada y servida en condiciones satisfactorias, y las zonas para comer son culturalmente apropiadas y reflejan las costumbres alimentarias de la comunidad.		
Los usuarios pueden usar su propia ropa y zapatos (ropa para el día y la noche).		
Cuando los usuarios no tienen su propia ropa, se les facilita ropa que es adecuada para el clima.		
Estándar 1.5. Los usuarios pueden comunicarse libremente, y se respeta su derecho a la privacidad.		
Las comunicaciones a través de teléfono, cartas, correos electrónicos e internet están disponibles gratuitamente para los usuarios, sin censura.		
Los usuarios pueden comunicarse en el idioma de su elección, y el establecimiento proporciona apoyo (por ejemplo, traductores) para		

garantizar que ellos puedan expresar sus necesidades.		
Los usuarios pueden recibir visitas, elegir a quienes quieren ver y compartir con sus visitas en cualquier horario razonable.		
Los usuarios pueden circular libremente por el establecimiento.		
Estándar 1.6. El establecimiento proporciona un ambiente acogedor, cómodo y estimulante que conduce a la participación activa y a la interacción.		
Existe mobiliario amplio, cómodo y en buen estado.		
La disposición del establecimiento es propicio para la interacción entre los usuarios, el personal y los visitantes.		
El establecimiento proporciona los recursos necesarios, incluido el equipamiento, para garantizar que los usuarios tengan la oportunidad de interactuar y participar en actividades de recreación		
Dentro del establecimiento hay habitaciones que están específicamente designadas como zonas de recreación para los usuarios.		
Estándar 1.7. Los usuarios pueden disfrutar de una vida social y personal plenas y seguir participando en la vida y actividades comunitarias.		
Los usuarios pueden interactuar con otros usuarios del establecimiento, incluidos miembros del sexo opuesto.		
El personal hace posible las peticiones personales, tales como asistir a bodas o funerales.		
Se ofrece una serie de actividades programadas y organizadas con regularidad, tanto en el establecimiento como en la comunidad, que son pertinentes y adecuadas para la edad.		
El personal proporciona información a los usuarios sobre las actividades de la comunidad y facilitan su acceso a dichas actividades.		
El personal facilita a los usuarios el acceso a actividades de entretenimiento fuera del establecimiento, como también llevan actividades de entretenimiento de la comunidad al establecimiento.		
Estándar 2.1. Los establecimientos están disponibles para todo aquel que requiera tratamiento y apoyo.		
A ninguna persona se le niega el acceso a un establecimientos o tratamiento sobre la base de factores económicos o de su raza, color, sexo, lengua, religión, opinión política o de otro tipo, nacionalidad, origen étnico, indígena o social, propiedad, discapacidad, lugar de nacimiento, edad u otra condición.		
Todos los que solicitan tratamiento de salud mental reciben atención en este establecimiento o son referidos a otros establecimientos donde se les pueda proporcionar atención.		
Ningún usuario será admitido, tratado o mantenido en el establecimiento basándose en su raza, color, sexo, lengua, religión, opinión política o de otro tipo, nacionalidad, origen étnico, indígena o social, propiedad, discapacidad, lugar de nacimiento, edad u otra condición.		
Estándar 2.2. El establecimiento cuenta con personal calificado y ofrece servicios de salud mental de buena calidad.		
El establecimiento cuenta con personal que posee competencias suficientemente diversas para proporcionar consejería, rehabilitación psicosocial, información, educación y apoyo a los usuarios y a sus familias, amigos o cuidadores, con el fin de promover la vida independiente y la inclusión en la comunidad.		

El personal está bien informado acerca de la disponibilidad y el papel de los servicios y recursos comunitarios para promover la vida independiente y la inclusión en la comunidad.		
Los usuarios pueden consultar con un psiquiatra u otro integrante del personal de salud mental especializado cuando así lo deseen.		
El personal del establecimiento está capacitado y autorizado para prescribir y revisar la medicación psicotrópica.		
Al personal se le capacita y se le da información escrita sobre los derechos de las personas con discapacidades mentales y está familiarizado con las normas internacionales de derechos humanos, incluyendo la CDPD.		
Los usuarios están informados sobre los mecanismos para expresar sus opiniones sobre la prestación y mejora de servicios, y tienen acceso a ellos.		
El tratamiento, la rehabilitación psicosocial y los enlaces a redes de apoyo y otros servicios son elementos de un plan de “recuperación” conducido por el usuario, y contribuyen a su capacidad para vivir con independencia en la comunidad.		
Cada usuario cuenta con un plan integral e individualizado de “recuperación”, el cual incluye sus metas y objetivos sociales, médicos, laborales y educacionales para la “recuperación”.		
Los planes de “recuperación” son conducidos por el usuario, reflejando sus opciones y preferencias para la atención, los cuales son puestos en práctica y son revisados y actualizados periódicamente por el usuario y un miembro del personal.		
Como parte de sus planes de “recuperación”, se motiva a los usuarios a desarrollar instrucciones anticipadas que especifiquen las opciones de tratamiento y de “recuperación” que desean tener, así como aquellas que no, las que se utilizarán si se encuentran incapacitados de comunicar sus decisiones en algún momento en el futuro.		
Cada usuario tiene acceso a programas psicosociales para el cumplimiento de las funciones sociales de su elección mediante el desarrollo de las habilidades necesarias para el empleo, la educación u otras áreas. El desarrollo de habilidades se adapta a las preferencias de “recuperación” de la persona y puede incluir la mejora de habilidades de vida y de autocuidado.		
Se motiva a los usuarios a establecer una red de apoyo social y/o mantener el contacto con los miembros de su red para facilitar la vida independiente en la comunidad. El establecimiento proporciona asistencia para contactar a los usuarios con familiares y amigos, de acuerdo con sus deseos.		
Los establecimientos vinculan a los usuarios con el sistema general de atención de salud, otros niveles de servicios de salud mental, tales como la atención secundaria, y con servicios de la comunidad, tales como apoyo económico, alojamiento, agencias de empleo, centros de día y atención residencial asistida.		
Estándar 2.4. La medicación psicotrópica está disponible, es asequible y se usa apropiadamente		
El establecimiento dispone de la medicación psicotrópica adecuada (especificada en la lista nacional de medicamentos esenciales) o es posible recetarla.		
Se dispone de un suministro constante de medicamentos psicotrópicos esenciales, en cantidades suficientes para satisfacer las		

necesidades de los usuarios.		
El tipo y la dosis del medicamento siempre son apropiados para los diagnósticos clínicos de los usuarios y se revisan con regularidad.		
Los usuarios están informados sobre el propósito de los medicamentos que se ofrecen y sus potenciales efectos secundarios.		
Los usuarios están informados sobre las opciones de tratamiento que son posibles alternativas a la medicación o podrían complementarla, tales como la psicoterapia.		
Estándar 2.5. Existe disponibilidad de servicios adecuados para la salud general y reproductiva.		
Se ofrece a los usuarios exámenes de salud física y/o detección de enfermedades específicas al ingresar en el establecimiento y, posteriormente, con regularidad.		
El tratamiento para los problemas generales de salud, incluyendo vacunas, está a disposición de los usuarios en los establecimientos o a través de derivación a otro establecimiento.		
Cuando se necesitan procedimientos quirúrgicos o médicos que no pueden ser proporcionados en el establecimiento, existen mecanismos de referencia para asegurar que los usuarios reciban estos servicios de salud en forma oportuna.		
En el establecimiento se lleva a cabo educación y promoción de salud en forma regular.		
Los usuarios son informados y asesorados sobre asuntos de salud reproductiva y planificación familiar.		
A los usuarios se les proporcionan servicios de salud general y reproductiva con el consentimiento libre e informado.		
Estándar 3.1. Las preferencias de los usuarios en cuanto al lugar y forma de tratamiento son siempre una prioridad		
Las preferencias de los usuarios tienen prioridad en todas las decisiones sobre dónde van a recibir los servicios.		
Se hacen todos los esfuerzos para facilitar el alta de la hospitalización, de modo de que los usuarios puedan vivir en sus comunidades.		
Las preferencias de los usuarios tienen prioridad en todas las decisiones sobre sus planes de tratamiento y "recuperación".		
Estándar 3.2. Existen procedimientos y resguardos para evitar la detención y el tratamiento sin el consentimiento libre e informado.		
La hospitalización y el tratamiento se basan en el consentimiento libre e informado de los usuarios.		
El personal respeta las instrucciones anticipadas de los usuarios cuando proveen el tratamiento.		
Los usuarios tienen el derecho a rechazar el tratamiento.		
Todo caso de tratamiento y detención en un establecimiento sin el consentimiento libre e informado se documenta y se informa rápidamente a una autoridad legal.		
A las personas que reciban tratamiento o sean detenidas en un establecimiento sin su consentimiento informado se les informa acerca de los procedimientos para apelar sobre su tratamiento o detención.		
Los establecimientos apoyan el acceso de las personas a procedimientos de apelación y representación legal cuando se les da tratamiento o se les mantiene en el establecimiento sin su consentimiento informado		
Estándar 3.3. Los usuarios pueden ejercer su capacidad jurídica y se		

les da el apoyo que puedan necesitar para ejercer su capacidad jurídica.		
En todo momento, el personal interactúa con los usuarios de una manera respetuosa, reconociendo su capacidad para comprender la información, tomar decisiones y poder elegir.		
Se proporciona información clara y completa sobre los derechos de los usuarios en forma escrita y verbal.		
Se entrega a los usuarios información clara y completa sobre la evaluación, diagnóstico, opciones de tratamiento y "recuperación" en una forma que entiendan y que les permita tomar decisiones libres e informadas.		
Los usuarios pueden designar y consultar con una persona o red de personas de apoyo de su propia y libre elección en la toma de decisiones sobre la hospitalización, tratamiento y asuntos personales, legales, financieros u otros, y las personas seleccionadas serán reconocidas como tales por el personal.		
El personal respeta la autoridad de la persona o red de personas de apoyo que han sido designadas por el usuario para comunicar sus decisiones con apoyo.		
La toma de decisiones con apoyo es el modelo predominante, y se evita la toma de decisiones sustitutiva.		
Cuando un usuario carece de una persona o una red de personas de apoyo y desea designar una, el establecimiento ayudará al usuario a acceder al apoyo adecuado.		
Estándar 3.4. Los usuarios tienen el derecho a la confidencialidad y al acceso a su información de salud personal		
Se crea una ficha médica personal y confidencial para cada usuario.		
Los usuarios tienen acceso a la información contenida en sus fichas médicas.		
Se resguarda la confidencialidad de la información sobre los usuarios.		
Los usuarios pueden agregar información escrita, opiniones y comentarios a sus fichas médicas sin censura.		
Estándar 4.1. Los usuarios tienen el derecho a estar libres de abuso verbal, mental, físico y sexual y de descuido físico y emocional.		
Los miembros del personal tratan a los usuarios con humanidad, dignidad y respeto.		
Ningún usuario es sometido a abuso verbal, físico, sexual o mental.		
Ningún usuario es sometido a descuido físico o emocional.		
Se han adoptado medidas apropiadas para prevenir todas las formas de abuso.		
El personal apoya a usuarios que han sido víctimas de abuso para que puedan acceder a la ayuda que puedan desear.		
Estándar 4.2. Se utilizan métodos alternativos al aislamiento y contención para "atenuar el escalamiento" de crisis potenciales.		
Los usuarios no son sometidos a aislamiento o a contención.		
Se han implementado alternativas al aislamiento y contención en el establecimiento, y el personal está capacitado en técnicas de "atenuar el escalamiento" para intervenir en situaciones de crisis y prevenir daños a los usuarios o al personal.		
Se realiza una evaluación de "atenuación del escalamiento" consultando al usuario, con el objetivo de identificar los gatillantes y factores que él o ella considera que logran aminorar sus situaciones de crisis y para determinar sus métodos preferidos de intervención en crisis.		

Los métodos preferidos de intervención identificados por el usuario están disponibles para ser utilizados en una crisis y se integran en el plan individual de “recuperación” del usuario.		
Se registra cualquier caso de aislamiento o de contención (por ejemplo, tipo, duración) y se informa al director del establecimiento, así como a un organismo externo pertinente.		
Estándar 4.3. No se debe abusar de la terapia electroconvulsiva, psicocirugía y otros procedimientos médicos que puedan tener efectos permanentes o irreversibles, sean estos realizados en el establecimiento o referido a otro establecimiento, y pueden ser administrados solamente con el consentimiento libre e informado del usuario.		
No se administra ninguna terapia electroconvulsiva sin el consentimiento libre e informado de los usuarios.		
Existe disponibilidad y cumplimiento de guías clínicas claras, basadas en la evidencia, sobre cómo y cuándo la terapia electroconvulsiva puede o no ser administrada.		
Nunca se utiliza la terapia electroconvulsiva en su forma no modificada (es decir, sin un anestésico y un relajante muscular).		
Nunca se administra la terapia electroconvulsiva a un menor de edad.		
No se lleva a cabo psicocirugía ni otros tratamientos irreversibles sin el consentimiento libre e informado del usuario y la aprobación de una comisión independiente.		
No se llevan a cabo abortos ni esterilizaciones en los usuarios sin su consentimiento.		
Estándar 4.4. No se somete a ningún usuario a experimentos médicos o científicos sin su consentimiento informado.		
Los experimentos médicos o científicos se llevan a cabo sólo con el consentimiento libre e informado de los usuarios.		
El personal no recibe ningún privilegio, compensación o remuneración a cambio de promover o reclutar a los usuarios a participar en experimentos médicos o científicos.		
No se lleva a cabo experimentación médica o científica si es potencialmente dañina o peligrosa para el usuario.		
Cualquier experimentación médica o científica es aprobada por un comité de ética independiente.		
Estándar 4.5. Existen medidas para prevenir la tortura o los tratos crueles, inhumanos o degradantes y otras formas de maltrato y abuso.		
Los usuarios están informados y tienen acceso a procedimientos para presentar apelaciones y quejas, con carácter confidencial, a un organismo legal externo e independiente en temas relacionados al descuido, abuso, aislamiento o contención, hospitalización o tratamiento sin el consentimiento informado y otras materias relevantes.		
Los usuarios están protegidos contra las repercusiones negativas derivadas de las quejas que pudieran presentar.		
Los usuarios tienen acceso a representantes legales y pueden reunirse con ellos confidencialmente.		
Los usuarios tienen acceso a defensores para ser informados de sus derechos, discutir los problemas y ser apoyados en el ejercicio de sus derechos humanos y la presentación de apelaciones y quejas.		
Se toman medidas disciplinarias y/o legales contra cualquier persona que abuse o descuide a los usuarios.		

El establecimiento es supervisado por una autoridad independiente para prevenir la ocurrencia de malos tratos.		
Estándar 5.1. Se apoya a los usuarios para el acceso a un lugar donde vivir y contar con los recursos financieros necesarios para vivir en la comunidad.		
El personal informa a los usuarios sobre las opciones de vivienda y de recursos económicos.		
El personal apoya a los usuarios a acceder y mantener una vivienda segura, asequible y decente.		
El personal apoya a los usuarios en el acceso a recursos financieros necesarios para vivir en la comunidad.		
Estándar 5.2. Los usuarios pueden acceder a oportunidades de educación y empleo.		
El personal da información a los usuarios sobre las oportunidades de educación y empleo en la comunidad.		
El personal apoya a los usuarios en el acceso a oportunidades de educación, incluyendo educación primaria, secundaria y superior.		
El personal apoya a los usuarios en el desarrollo de carreras laborales y en el acceso a empleo remunerado.		
Estándar 5.3. Se apoya el derecho de los usuarios a participar en la vida política y pública y en el ejercicio de la libertad de asociación.		
El personal entrega a los usuarios la información necesaria para que puedan participar plenamente en la vida política y pública y gozar de los beneficios de la libertad de asociación.		
El personal apoya a los usuarios en el ejercicio de su derecho a voto.		
El personal apoya a los usuarios en la incorporación y participación en las actividades de organizaciones políticas, religiosas, sociales, de discapacidad y discapacidad mental y otros grupos.		
Estándar 5.4. Se apoya a los usuarios en la participación en actividades sociales, culturales, religiosas y de recreación.		
El personal brinda a los usuarios información sobre opciones disponibles de actividad social, cultural, religiosa y recreativa.		
El personal apoya a los usuarios para que participen en actividades sociales y recreativas de su preferencia.		
El personal apoya a los usuarios para que participen en actividades culturales y religiosas de su preferencia.		

Anexo 2. A.- Pautas de entrevistas a Usuarios.

Ahora le voy a hacerte algunas preguntas relacionadas a cómo te sentís y las cosas que haces acá en el hospital.

1. ¿Contás con algún trabajo u oficio?

Sí

No

- En caso positivo, como fue para que tuvieses ese trabajo?

2. En cuanto a comida, ropa y techo ¿Tenés todo lo que necesitas? (*Bienestar material*)

Si

No

3. ¿Qué tan cómodo te sentís en el espacio que vivís ahora? Donde 1 es muy mal, 5 es excelente.

1 – 2 – 3 – 4 – 5

4. ¿Por qué? Podes darme un ejemplo?

5. ¿Cuáles son tus actividades diarias? (Desarrollo personal)

6. ¿Qué tan sano te sentís? (Bienestar físico) donde 1 es muy mal, enfermo y 5 es muy bien, con mucha salud.

1 – 2 – 3 – 4 – 5

¿Por qué?

7. ¿Sentís que tu opinión es tenida en cuenta? (Autodeterminación)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

8. ¿Contás con un espacio que es exclusivo para vos? (privacidad)

9. ¿Participas de las distintas elecciones para presidente o intendente?(voto)

**10. ¿Piden tu consentimiento antes de aplicarte cualquier tratamiento?
(Consentimiento informado)**

11. Tienes contacto con tu familia?

Sí

No

12. ¿Cómo te trata tu familia o comunidad? (Aceptación

13. ¿Con qué frecuencia realizas actividades familiares (o en la comunidad)?

Podes darme algún ejemplo?

14. ¿Qué tan feliz te sentís? (Bienestar Emocional)

1 - 2 - 3 - 4 - 5

¿Por qué? Podes darme un ejemplo?

**15. En una escala de 1 a 5, ¿Cómo te llevas con el personal de la institución ?
(relaciones interpersonales): donde 1 es muy mal, 5 es excelente.**

1 - 2 - 3 - 4 - 5

¿Por qué? Podes darme un ejemplo?

16. ¿y con los otros usuario? (relaciones interpersonales)

1 - 2 - 3 - 4 - 5

¿Por qué? Podes darme un ejemplo?

2.b.- Pauta para entrevistas a autoridades HP

Nombre de entrevistado

Fecha:

Participantes de la entrevista:

Algunos datos estadísticos que puedan reflejar los avances de la intervención que están realizando hoy en el HP?

- Podríamos tener acceso a las mismas?
- Si tuviésemos que mirar en forma más cualitativa los avances que datos sugeriría puedan ser analizados? (no es una investigación cuantitativa, se tendrá una mirada más descriptiva a los datos numéricos)

En cuanto a los servicios actuales...

- como se establecen qué tipo de atención/terapias/actividades serán realizadas por cada usuario?
- Quienes asisten a dichos programas/terapias/actividades? Cuáles son los criterios para inclusión o no de los/as usuarios/as?

Dentro del proceso de atención dentro del HP,...

- como se da internamente la comunicación/ articulación de los profesionales que atienden a cada usuario/a?
- Si pensamos en algunos aspectos relacionados a mejorar la calidad de vida/estadía de los /as usuarios/as dentro del HP, que aspectos considera que están logrados o han avanzado?
- Que aspectos considera que aún son desafíos o aspectos a mejorar?
- Porque considera que esos aspectos aún no han podido lograrse? Que barreras o dificultades observa para el logro de los mismos?

En cuanto a los usuarios/as que deberían estar de alta pero aún continúan dentro del HP...

- cuáles son las opciones previstas por ustedes para que dichas personas puedan pasar a otro tipo de atención/insertarse a la comunidad/ejercer sus derechos básicos fuera del HP?
- Cuáles son las opciones o alternativas que considera son viables desde el HP para su concreción? Cuales son algunas barreras o dificultades encontradas para que estas alternativas se den?

respecto al trabajo que realizan con familiares y comunidades de las personas internadas.

- tienen servicios de soporte/apoyo a familiares y visitas de profesionales a las comunidades donde viven y deben volver las personas internadas

- Llevan registros estadísticos y realizan investigaciones. Si realizan informes y a quienes

En cuanto a los recursos humanos a su cargo...

- Cuáles son, que cantidad tiene según la demanda? considera que son suficientes o no? Porque?
- Que perfil tienen estos profesionales? Están en conjunción con la propuesta de atención que plantean desde su equipo directivo/técnico?
- De no ser así, cuales son las barreras o dificultades encontradas por usted para que esto se dé?

En cuanto a la articulación del HP con la SENADIS?

- Existe alguna acción realizada conjuntamente?
- Como participan en aspectos tales como la provisión de ayudas técnicas (sillas de ruedas, audífonos, otros equipos) para los usuarios/as?
- Capacitación de recursos humanos en CIF u otra herramienta de trabajo con personas con discapacidad psicosocial?
- Que desafíos cree existen para poder articular alguna acción con la SENADIS (teniendo en cuenta que posee recursos materiales para ayudas técnicas x ejem)

2.c.- Pauta para entrevistas a autoridades: Dirección de salud mental

Fecha:

Participantes de la entrevista:

Algunos datos estadísticos que puedan reflejar la situación de las personas con discapacidad psicosocial en el país?

- Podríamos tener acceso a las mismas?
- Si tuviésemos que mirar en forma más cualitativa los avances que datos sugeriría puedan ser analizados? (no es una investigación cuantitativa, se tendrá una mirada más descriptiva a los datos numéricos)

En cuanto a la política actual de atención a la población con discapacidad psicosocial?

- **en relación con la propuesta del plan de salud mental**
- **en relación con el enfoque actual de atención a este colectivo**

En cuanto a los servicios actuales...

- Dentro de la descripción que propone el directorio de atención....como definirían que están los mismos?

- Cuál es el rol de su dirección en el funcionamiento, instalación y monitoreo de dichos servicios
- Podría decirse que se implementa el Sistema PICU?

En cuanto a los recursos humanos a su cargo (para su intervención en estos servicios alternativos)...

- Cuáles son, que cantidad tiene según la demanda? considera que son suficientes o no? Porque?

Dentro del proceso de atención dentro del HP,...como se da la participación de la Dirección de Salud mental en dichos servicios?

- como se da internamente la comunicación/ articulación?
- Si pensamos en algunos aspectos relacionados a mejorar la calidad de vida/estadía de los /as usuarios/as dentro del HP, que aspectos considera que están logrados o han avanzado?
- Que aspectos considera que aún son desafíos o aspectos a mejorar?
- Porque considera que esos aspectos aún no han podido lograrse? Que barreras o dificultades observa para el logro de los mismos?

En cuanto a los usuarios/as que deberían estar de alta pero aún continúan dentro del HP...

- cuáles son las opciones previstas por ustedes para que dichas personas puedan pasar a otro tipo de atención/insertarse a la comunidad/ejercer sus derechos básicos fuera del HP?
- Cuáles son las opciones o alternativas que considera son viables en esta coyuntura...para su concreción? Cuales son algunas barreras o dificultades encontradas para que estas alternativas se den?

Respecto al trabajo con familiares y comunidades de personas con discapacidad psicosocial...

- Quien articula con las OSCs?
- Como se da esa articulación? Participan las personas con discapacidad psicosocial de dichos espacios/decisiones?

2.d.- Pauta para entrevistas a referentes de hogares-MSPyBS

- Cuales son, según su experiencia, las problemáticas principales en lo que hace a la salud mental en nuestro país?
- Se cuenta con estadísticas precisas y con datos basados en indicadores de DDHH?
- Cuales son hoy las herramientas de monitoreo de calidad de los servicios que posee su Dirección/departamento/división?

- Considera que reflejan la realidad de las personas con discapacidad psicosocial en el país?
- Cuales son a su modo de ver las problemáticas principales encontradas en instituciones psiquiátricas?
- Cuales son según su opinión/experiencia, los principales desafíos para instalar una política de salud mental en el país?
- Otras cuestiones que desearía resaltar en cuanto a esta problemática

Puede describir brevemente la experiencia de los hogares alternativos...

Como surgen?

A partir de que experiencia?

Como funcionan, rutina, otros

Como se vincula con la política actual de att a personas con discapacidad psicosocial?

Cuales son los desafíos que encuentran actualmente?

Como se plantea la solución a estas dificultades?



www.mnp.gov.py



[@mnpparaguay](https://twitter.com/mnpparaguay)



+595 21 442 993/4



comunicacion@mnp.gov.py



[mnp.paraguay](https://www.facebook.com/mnp.paraguay)



Azara 2059 c/ Gral. Bruguez