

Tesis de Maestría/*Master's Thesis/Dissertação de Mestrado*

Proceso de Cronificación en el campo de Salud Mental: Índice de Cronicidad, concepto y medición¹/*Chronicity process in Mental Health field: Chronicity Index, concept and measure*²/*Processo de Cronificação do campo da Saúde Mental: Índice de Cronicidade, conceito e medição*

Nelson de León³, María José Bagnato⁴, Mario Luzardo⁵

Recibido: 15 de diciembre de 2015

Aceptado: 20 de abril de 2016

Resumen

A través de un estudio de investigación cuali- cuantitativo se pretende aportar información sobre personas usuarias del Sistema de Atención en Salud Mental y contribuir al desarrollo de acciones que promuevan su inclusión social. Se diseña como instrumento de investigación un Índice de Cronicidad, realizándose el estudio del Proceso de Cronificación en el Centro de Rehabilitación del Hospital Psiquiátrico Teodoro Vilardebó de Montevideo-Uruguay. Se plantearon como objetivos: estudiar las características sociodemográficas y el proceso de cronificación en usuario/as del Centro de Rehabilitación con diferentes diagnósticos y tiempos de evolución en el Sistema de Atención en Salud Mental. Se determinaron los grados de cronificación en relación a la dimensión familiar, dimensión recreativa, dimensión laboral y dimensión de relacionamiento institucional. Se denomina proceso de cronificación a los efectos que produce el padecimiento psiquiátrico en el desempeño social de la persona. Se ha operativizado mediante la construcción de un Índice de Cronicidad, analizándose el relacionamiento con el Sistema de Atención en Salud Mental y el grado de significación respecto al tiempo transcurrido desde la primera consulta, las internaciones, los diagnósticos realizados y los electrochoques recibidos. La población de estudio fue la totalidad de personas usuaria/os del Centro de Rehabilitación entre abril de 2010 y julio de 2011, realizándose 37 entrevistas. La mayoría de la población estudiada, presenta una Cronicidad Media y Baja, siendo pequeño el porcentaje de quienes presentan una Cronicidad Alta. De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, el proceso de cronificación no se asocia significativamente con las variables vinculadas a la atención en los Servicios de Salud Mental: tiempo transcurrido desde la primera consulta, número de internaciones, electrochoques recibidos; tampoco depende del diagnóstico psiquiátrico. Es posible inferir que los bajos niveles de cronicidad alta en la población estudiada, podrían vincularse a los efectos de las intervenciones psicosociales e interacciones que se desarrollan en la participación en el Centro de Rehabilitación, encontrándose posibilidades de profundizar la implementación específica de estrategias de inclusión comunitaria.

Palabras clave: Psiquiatría; Enfermedades crónicas

¹ El presente estudio ha sido realizado en el marco de la Maestría de Salud Mental del Centro de Posgrados de la Facultad de Enfermería de la UdelaR, Tesis: "Estudio del proceso de cronificación de personas con padecimientos psiquiátricos usuaria/os del Sistema Público de Atención en Salud Mental de Montevideo: el caso del Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial del Hospital Psiquiátrico Teodoro Vilardebó".

² This has been done within the framework of the Master of Mental Health Center Graduate Studies, Faculty of Nursing Udelar, Thesis "Study of the process of chronicity of people with psychiatric disorders users / as the Public Health Care System Mental Montevideo: the case of Psychosocial Rehabilitation Day Centre Psychiatric Hospital Teodoro Vilardebo.

³ Magister en Salud Mental. Prof. Adj. Del Instituto de Psicología Social, Facultad de Psicología. Universidad de la República. Trabajador del sub-sector público de salud. Uruguay. ndeleon@psico.edu.uy

⁴ Dra. Profesora Titular del Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad de la República. Uruguay. Tutora de la Tesis.

⁵ Magister Prof. Agdo Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología, Facultad de Psicología. Universidad de la República. Uruguay. Tutor de la Tesis.

Abstract

This is a qualitative research study to provide quantitative information about users of the System of Mental Health Care and contribute to the development of actions to promote their social inclusion. As instrument of investigation it was designed a Chronicity'index and the author realized a study of Cronificación's Process of the users who were assisted at the Center of Rehabilitation of the Psychiatric Hospital "Dr. Teodoro Vilardebó", Montevideo, Uruguay. The aims of the present ressearch were to study the social and demographic characteristics of the users and their process of chronification at the Center of Rehabilitation: different diagnoses and times of evolution in Mental Health'System. The investigator determined the degrees of chronification in relation to the familiar dimension, recreative dimension, labor dimension and dimension of institutional links. It is named process of chronification to the effects that psychiatric suffering produces in the social performance of the person. It was made a Chronicity's Index. The author analyzed the links between this Index and the System of Attention in Mental Health and the degree of significance with regard to the time passed from the first consultation, number of hospitalizations, the realized diagnoses and the received electroshocks. The population of study was the total users of the Rehabilitation Center, between April, 2010 and July, 2011. There were made 37 interviews. It was small the percentage of users who presented a High Chronicity. In agreement to the results obtained in this study, the process of chronification does not associate significantly with the variables linked to the attention in the Services of Mental Health: time passed from the first consultation, number of hospitalizations, received electroshocks; neither it depends on the psychiatric diagnosis. It is possible to infer that the low levels of High chronicity found in the studied population might be linked to the effects of the psycho-social interventions and the interactions that are developed in the Rehabilitation Center. There exists possibilities of deepening the implementation of strategies of incorporation the users into the community

Key words: Psychiatry; Chronic Diseases

Resumo

Busca-se, por meio de um estudo enquadrado na investigação quali-quantitativa, fornecer informação sobre pessoas usuárias do Sistema de Atenção em Saúde Mental, para contribuir ao desenvolvimento de ações que promovam sua inclusão social. Delineou-se como instrumento de investigação um índice de cronicidade, sendo realizado o estudo do processo de cronificação no Centro de Reabilitação do Hospital Psiquiátrico «Teodoro Vilardebó», em Montevideú, Uruguai. Determinou-se como objetivo estudar as características sociodemográficas e o processo de cronificação dos usuários/as do Centro de Reabilitação, todos com diferentes diagnósticos e tempos de evolução no Sistema de Atenção em Saúde Mental, delimitando os graus de cronificação conforme as dimensões familiar, de lazer, laboral e de relacionamento institucional. Denomina-se processo de cronificação aos efeitos que produzem o padecimento psiquiátrico no desempenho social do indivíduo, sendo operacionalizado mediante a construção de um índice de cronicidade que analisa o relacionamento com o Sistema de Atenção em Saúde Mental e o grau de relevância da associação, em relação ao tempo passado desde a primeira consulta, às internações, e aos diagnósticos realizados e electrochoques recebidos. O público alvo do estudo é o total das pessoas usuárias/os do Centro de Reabilitação entre abril de 2010 e julho de 2011, tendo sido realizadas 37 entrevistas. A maioria da população estudada apresenta cronicidade média e baixa, sendo pequena a porcentagem que apresenta cronicidade alta. De acordo com os resultados obtidos neste estudo, o processo de cronificação está associado significativamente às variáveis ligadas à atenção nos Serviços de Saúde Mental: tempo transcorrido desde a primeira consulta, número de internações, electrochoques recebidos, independentemente do diagnóstico psiquiátrico. É possível inferir que os baixos níveis de cronicidade alta na população estudada poderiam estar vinculados aos efeitos das intervenções psicossociais e interações são desenvolvidas através da participação no Centro de Reabilitação, percebendo-se boas possibilidades para aprofundar a implementação específica de estratégias de inclusão comunitária.

Palavras chave: padecimento psiquiátrico, cronificação.

Introducción

Existe preocupación en organismos internacionales por las condiciones de tratamiento y la atención a la salud mental, dado el costo y la carga humana, social y económica que implican las personas con sufrimientos mentales. Según la Oficina Panamericana de la salud (OPS)ⁱ, se constatan en América Latina y el Caribe dificultades de acceso a tratamientos y servicios adecuados para usuaria/os de Salud Mental (SM). Esto coexiste con procesos sociales de estigmatización y discriminación hacia las personas con padecimientos psiquiátricos. Uruguay como la región, comparte el concierto mundial respecto al incremento significativo de la cantidad de personas afectadas por sufrimiento psicosocial, no siempre acompañado con políticas de asignación de recursos económicos y humanos necesarios para una adecuada atención integral en salud mental. Rodríguezⁱⁱ indica que los trastornos mentales y neurológicos representan el 14 % de las enfermedades a nivel mundial, mientras que en América Latina y el Caribe los trastornos mentales y neurológicos son el 21% de la carga total de enfermedad medida en años de vida perdidos según discapacidad. El autor establece que aproximadamente el 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a estos padecimientos y casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medio-bajos. Las problemáticas más frecuentemente diagnosticadas, indicaban para la primera década del 2000 a nivel mundial más de 17 millones de personas deprimidas y más de 2 millones de personas con diagnóstico de esquizofrenia, a consecuencia de factores psicosociales y de las enfermedades crónicas que aumentabanⁱⁱⁱ. Sin embargo, finalizando la década los datos y efectos de esta problemática, parecen ser aún más preocupantes, ya que los trastornos mentales representarían el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente^{iv}. La investigación, considerada como un insumo fundamental para la adecuación y transformación de los procesos de reforma en salud mental, ha resultado escasa. Esta realidad, acentuada en América Latina, ya era evidenciada por estudios de fines de la década de los 90, que indicaban que la investigación en Salud en América Latina representaba el 1,5% de la producción científica mundial. Seis países concentraban el 90% de las publicaciones; Brasil 33%, Argentina 28%, Chile, México, Cuba Venezuela el 29%. La mayoría de las investigaciones concentradas en el Área Clínica (53%) y Biomédica (44%), siendo mínima la investigación en Salud Colectiva^v. Respecto a las producciones científicas de América Latina y del Caribe, en un relevamiento realizado sobre quince países durante el período 1993-2003 se pudo constatar que Brasil produjo el 72% de 1.100 artículos indexados y Chile el 17% en las bases de datos PsycINFO y MEDLINE^{vi}. Las reformas de la atención a la salud mental en América Latina y el Caribe con la inclusión de la perspectiva de derechos, desde la Declaración de Caracas (OPS, 1990) y los Principios para la protección de los Enfermos Mentales y para el mejoramiento de la atención en salud mental (ONU, 1991), demandan la producción de conocimientos en salud mental con pertinencia social. Las recomendaciones internacionales propician el apoyo a investigaciones que arrojen una mayor comprensión de las condiciones de producción del sufrimiento mental y que permitan desarrollar los propósitos de transformación en los modelos de atención. El propósito es conocer las especificidades y singularidades de las comunidades, para poder entender mejor los resultados producidos por la multicausalidad de los procesos de salud- enfermedad^{vii}.

Metodología

El estudio de carácter mixto (cuali-cuantitativo) ha sido realizado en coordinación con el Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial del Hospital Psiquiátrico Dr. Teodoro Vilardebó de Montevideo-Uruguay. Por las características de la investigación, se usa una muestra intencional, dadas las condiciones de alcance, acceso a los participantes del estudio y su perfil de usuaria/os con acciones de rehabilitación. Se utilizó como Instrumento un Cuestionario, aplicándose mediante un modelo de entrevista cerrada con una estructura de 84 preguntas de categorización verdadero/ falso, que indagan acerca del perfil del paciente y de las dimensiones planteadas. Se tomaron precauciones para evitar sesgo de respuesta al instrumento, formulando preguntas de fácil comprensión, y las opciones de respuesta (verdadero/falso). El tiempo de aplicación del instrumento

de León López N, Bagnato MJ, Luzardo M. "Proceso de Cronificación en el campo de Salud Mental: Índice de Cronicidad, concepto y medición"

en contexto de entrevista es de aproximadamente 30 minutos. Las entrevistas se realizaron en el Centro Diurno, a través de la coordinación con el Equipo técnico del Centro. La realización de las entrevistas incluyó la lectura y explicación del consentimiento informado. El análisis de las Historias Clínicas de los entrevistados, mediante el relevamiento de datos sociodemográficos y culturales, permitió también constatar la información brindada por el entrevistado/a, recoger el perfil psiquiátrico y el relacionamiento con el Sistema de Atención en Salud Mental. Se estudió el total de usuarias y usuarios del Servicio entre abril de 2010 y julio de 2011. De un total de 47 personas usuarias, fue aplicado el Índice de Cronicidad, en modalidad de entrevista a 37 usuarias/os. Dos hombres y una mujer no accedieron a ser entrevistados luego de ser leído el consentimiento informado, tres usuarias estaban de alta del Centro Diurno al momento de coordinar la entrevista y cuatro no estaban concurriendo. Se trata de personas de ambos sexos de entre 18 y 56 años (13 mujeres y 24 varones), que asistían a Talleres de Música, Cerámica, Calidad de Vida, Informática, Biblioteca y Grupos de Seguimiento Terapéutico, así como a seguimiento individual (psicológico-psiquiátrico) durante un tiempo de egreso del Centro Diurno aproximado de 1 año y ½. También en un número reducido participaban en Pasantías Laborales de Cocina y Huerta de duración anual. La incorporación al proceso de rehabilitación en el Centro Diurno se realizó a través de la coordinación con los Equipos de Sala durante la internación y en el proceso de externación. Toda/os ella/os han transitado por internaciones y casi la mitad han tenido como mínimo tres internaciones psiquiátricas. A partir de la inclusión en el Centro, usuarias y usuarios tomaron contacto y ampliaron su red de vinculación también a través de Proyectos y Experiencias de Extensión Universitaria⁶.

Instrumento: Índice de Cronicidad

Fueron tomados como antecedentes para la construcción del Índice de Cronicidad, los aportes de Castel^{viii} en el estudio sobre las dinámicas de los procesos de marginalización y exclusión social. Este autor propone ubicar las situaciones marginales al final de un doble proceso: de desencanche en relación al trabajo y en relación a la inserción relacional. Castel entiende la marginalización como un proceso de desocialización que produce las dinámicas de exclusión. El Índice de Cronicidad permite visualizar la población estudiada en cuanto a la autonomía en el desempeño social y tomar en consideración los datos obtenidos en relación con las variables del Sistema de Atención en Salud Mental. Se ha definido el Índice de Cronicidad como una Escala ponderada de cuatro dimensiones: dimensión familiar, dimensión recreativa, dimensión laboral y dimensión del relacionamiento institucional, con las respectivas variables e indicadores. En tal sentido, la dimensión familiar se compone del grado de autonomía logrado por la persona en función de la responsabilidad asumida en la organización familiar, así como en la realización de tareas cotidianas que integran el cuidado personal. En la dimensión recreativa, se incluyen las actividades recreativas realizadas por la persona y el uso del tiempo libre en función de la carga y exigencia que implican, dividiéndose en actividades dentro y fuera del Hogar. Complementan esta dimensión, la valoración respecto a la evolución en la realización de actividades recreativas. Para la dimensión laboral, se toman en cuenta tanto la situación ocupacional actual, así como la disposición, búsqueda e interés para el desarrollo de tareas laborales. Por último, en la dimensión de relacionamiento institucional se integran el despliegue de vínculos y relaciones institucionales que cuenta la persona en la actualidad, así como la evolución de estas modalidades de relacionamiento desde que comienza la consulta al Sistema de Atención en Salud Mental. Para su comprensión se presenta en siguiente Tabla la descripción del índice de cronicidad (IC) a través de sus componentes.

⁶ La Universidad de la República establece dentro de sus fines universitarios el desarrollo de la extensión, conjuntamente con la enseñanza y la investigación. El relacionamiento con el medio adquiere particular relevancia desde el Art. 2 de la Ley Orgánica, estableciéndose la necesidad de contribuir al estudio de los problemas de interés general. En el Hospital psiquiátrico Vilardebó en los últimos años se ha profundizado la presencia de la extensión, a través de Radio Vilardevoz, Taller de Biblioteca "Sueños de Libertad", entre otros.

Tabla No 1. Componentes del Índice de Cronicidad

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

El puntaje se asigna en relación a los indicadores de las variables del desempeño social y la ponderación del Índice en las diferentes dimensiones, ha sido realizada en función del peso otorgado al grado de exigencia y la evolución de las dimensiones de desempeño social. Al definirse el Índice de Cronicidad como una media ponderada su cálculo se realiza mediante:

$$I = \frac{F + T + L + R_{ex} + R_{ev} + P + I_{ev}}{7}$$

Para establecer los puntos de corte se consideró el puntaje esperado para un sujeto en el límite de las categorías. Para esto se establecieron los puntajes esperados en cada uno de los componentes en el límite de las categorías, lo cual esta resumido en la siguiente Tabla.

Tabla No 2.

	Bajo- medio	Medio- alto
F	0.5	1
T	0.5	1
L	1	2
R _{ex}	0	1
R _{ev}	0	0.5
P	0	1
I _{ev}	0	0.5

Con esos puntajes se calculó el punto de corte obteniéndose el límite entre bajo y medio en 36.25 y entre medio y alto en 79.16. El Índice de Cronicidad, incluye las dimensiones vinculadas a los factores de desempeño social y autonomía que plantea la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF-OMS, 2001) en relación a: la vida de León López N, Bagnato MJ, Luzardo M. "Proceso de Cronificación en el campo de Salud Mental: Índice de Cronicidad, concepto y medición"

doméstica, interacciones, áreas de educación y trabajo, así como vida comunitaria y social. Por lo que se puede afirmar que el instrumento desarrollado está en consonancia con los nuevos paradigmas de abordaje a la discapacidad, en este caso en particular en lo que refiere a la Discapacidad Mental. Podemos incluir dentro de la descripción del constructo Discapacidad Mental, a aquellas limitaciones en actividades y restricciones en la participación social, que se acompañan con padecimientos psiquiátricos. Claramente, estas inhibiciones no se producirían si se eliminan las barreras del entorno, de modo que una persona con diagnóstico de patología psiquiátrica no necesariamente se encuentra limitada para sus actividades y participación social. Respecto a la heterogeneidad de la Discapacidad, en la cual se incluye la salud mental como padecimiento específico, y desde los lineamientos para la elaboración del Sistema Nacional de Cuidados en nuestro país, se plantea la importancia de considerar áreas específicas de expresión e identificación de los grados de la dependencia. En tal sentido, Bagnato *et al.* plantean como necesario para la valoración e identificación de los grados de la dependencia, tomar en cuenta aspectos relacionados con lo afectivo y lo vincular, ya que repercuten en las posibilidades de las personas para llevar adelante la vida cotidiana, el grado de iniciativa y su comprensión. Contemplar entonces, y valorar la relación entre discapacidad mental y dependencia, para Bagnato *et al.* compone uno de los nudos críticos, ya que las valoraciones de dependencia han estado fuertemente orientadas a los problemas somáticos, dándole menos atención a los problemas psíquicos.

Resultados

El análisis de este estudio -como se ha planteado- se hace sobre la base de la valoración a consultantes usuarias y usuarios del Centro Diurno del Hospital T. Vilardebó Montevideo-Uruguay. Abarcó a 37 personas de ambos sexos, correspondiendo el 64,9 % a varones y el 35,1 % a mujeres, cuyas edades se distribuyen entre 18 y 56 años, correspondiendo la media a 37 años. Si bien el lugar de residencia se distribuye con cierta homogeneidad en cuatro Municipios de la ciudad: A, C, D y G, es en el Municipio C donde se encuentra su mayor porcentaje, con un 24 %. Correspondiendo a los barrios de: Aguada, Aires Puros, Arroyo Seco, Atahualpa, Bella Vista, Brazo Oriental, Capurro, Prado, Goes, Jacinto Vera, Larrañaga, La Comercial, La Figurita, Mercado Modelo, Bolívar, Reducto, Villa Muñoz. Comparten su lugar de residencia con familia de origen (Padres), o en relación de dependencia (Casa de Salud, Residencial, Refugio) en el 73 %. La residencia de la/os usuaria/os en diferentes Municipios de Montevideo, alejados del Hospital Psiquiátrico, le exigen el traslado diario a las actividades del Centro Diurno en el Servicio de Transporte Metropolitano. Lo cual indica acerca de las potencialidades y condiciones puestas en juego para trasladarse con capacidad de afrontamiento y autonomía llegando diariamente hasta el Centro Diurno. Sin embargo, estas potencialidades de autonomía no llegan a ser suficientes para lograr sostener con autonomía la vivienda; esta realidad se observa en el alto porcentaje de personas entrevistadas que viven con sus padres o en residencias en condiciones de dependencia. La formación mayoritaria de la población entrevistada es de Estudios Secundarios y Técnico Profesionales, distribuyéndose en Secundaria Incompleta el 35,1 %, Secundaria Completa 5,4 %; Universidad del trabajo del Uruguay (UTU) Incompleta 13,5 %, UTU Completa 2,7 %, mientras que el 24,3 % finalizó educación primaria. Se podría establecer que el nivel de educación alcanzado por usuaria/os, es comparativamente similar al del nivel general según datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del año 2012, si bien parece ser una población que se “estanca” en el nivel educativo medio. Una hipótesis posible es que, puede relacionarse con la edad de ocurrencia del trastorno. La mayoría de las personas que presentan un diagnóstico vinculado a algún padecimiento psiquiátrico, como los que presenta esta población, tiene su primera ocurrencia en la etapa de la adolescencia. Una interrogante que surge es, si esto puede vincularse precisamente a la progresiva desvinculación del sistema educativo y por ende a oportunidades posteriores laborales. Es importante aquí plantear la importancia del sector educación para la población con padecimientos psiquiátricos. Habitualmente se suele vincular la temática de salud mental, exclusivamente al sector salud. Sin embargo, tal como intentamos fundamentar en esta tesis, las consecuencias negativas derivadas de una condición de salud vinculada a deficiencias mentales, son en realidad consecuencias sociales. En este sentido, en la etapa joven de la vida, donde suele irrumpir la sintomatología de los trastornos, la primera

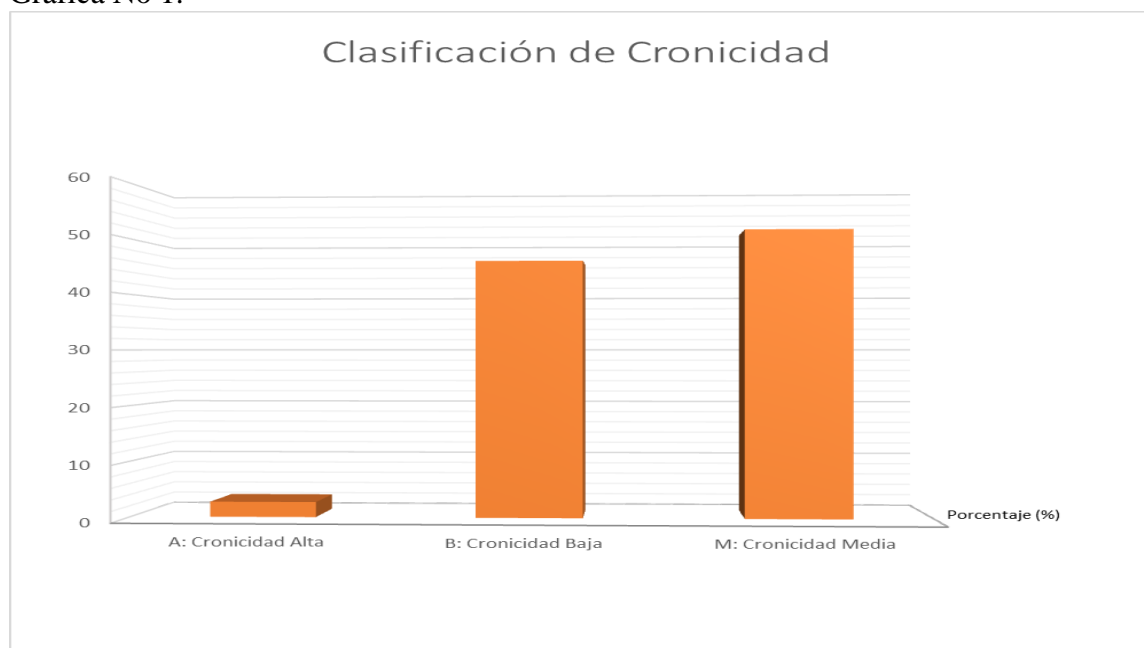
desvinculación se produce precisamente de los ámbitos educativos, para ser en consecuencia sociales (alejamiento de sus pares) y luego laborales. En sintonía con lo que venimos planteando, el 64,9 % de los entrevistados se encuentran desocupada/os. Este elevado porcentaje de personas entrevistadas desocupadas, en tiempos de bajas tasas de desocupación en nuestro país - menos del 7%- , indica de la vulnerabilidad en cuanto al acceso al empleo y los efectos que esta realidad produce en términos de exclusión-inclusión social. A su vez, muestra la necesidad de instrumentar y promover políticas específicas en tal sentido, dirigidas a personas con padecimiento psiquiátrico. Es alto también el porcentaje de quienes cobran pensión por discapacidad, lo cual podría estar indicando la mayor cobertura de las políticas de seguridad social a partir del año 2005 dirigidas a la discapacidad mental. Sin embargo, el cobro de la Pensión por Incapacidad no debería ser la explicación a la no inclusión laboral, dado que la misma es compatible con el empleo, siempre que no supere el salario el valor de tres pensiones por invalidez. A la vez condice con la falta de alternativas para inclusiones laborales que contemplen las necesidades específicas y los apoyos necesarios para obtener y mantener un empleo. Más de la mitad de la población estudiada, el 51,4%, tiene un tiempo de evolución de entre 8 y 10 años desde la primera consulta al Sistema de Atención en Salud Mental; mientras que el 13,5 % corresponde a un tiempo de consulta de entre 5 y 7 años, el 24,3 % entre 2 y 4 años y el 10,8 % un año o menos. Para la realización de diagnósticos, se utiliza la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 10 por el equipo tratante, siendo prevalentes en un 73% la Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastorno de ideas delirantes, seguido de los Trastornos del Humor y Trastornos de Personalidad que componen el 10,8 % cada uno y el Retraso Mental el 5,4 % de la población. El 91,9 % de usuaria/os ha tenido internaciones psiquiátricas; el 56,8 % hasta 2 internaciones, mientras que el 29,7 % ha estado entre tres y cinco veces internada/o y el 13,5 % en 6 oportunidades o más. Respecto a los tratamientos con electrochoque, el 45,9 % de la población entrevistada los ha recibido. El alto porcentaje y reiteración de internaciones y de electrochoques, es una expresión clara de las perspectivas psiquiátricas predominantes en la Atención en Salud Mental que han recibido a través de los años usuarias y usuarios. Modelo basado en la internación y la eliminación sintomática. De las dimensiones analizadas respecto al desempeño social y la autonomía, se desprende que la evolución de las mismas no ha tenido variaciones significativas desde la primera consulta al Sistema de Atención en Salud Mental. Es en la Dimensión de Relacionamento Institucional donde se expresa la mayor variación, produciéndose disminución en el relacionamiento institucional desde que comenzó la consulta al Sistema de Atención en Salud Mental en el 32,4 % de los entrevistados. En las restantes Dimensiones estudiadas no se observan evoluciones significativas de pérdida de desempeño: en realización de Tareas Cotidianas, realiza tareas igual que antes el 97,3%; mientras que en las Actividades Recreativas, realiza actividades igual que antes el 86,5%. Las Dimensiones que se presentan más afectadas en el desempeño social de las personas entrevistadas serían: la de Relacionamento Institucional, habiendo un 56,8% de usuaria/os que no tienen ningún relacionamiento institucional y la Laboral, ya que solo el 18,9% se encuentra trabajando. Sin embargo, se desataca que el 67,2% manifiesta deseos de trabajar, lo cual podría indicar una potencialidad para el desarrollo de tareas laborales que no encuentran sus condiciones de despliegue.

Análisis del Índice de Cronicidad

De los resultados obtenidos, se destaca que el Índice de Cronicidad en la población estudiada obtuvo una Media de 36.94 (3.47) y una Mediana de 38.33. Respecto a los tipos de Cronicidad, se discriminan de la siguiente forma: el 45.9% de la/os usuaria/os presentan una Cronicidad Baja, el 51.4% Cronicidad Media y el 2.7% Cronicidad Alta.

En cuanto al análisis de la relación entre el Índice de Cronicidad y el tiempo de consulta en el Sistema de Atención en Salud Mental (SASM) se consideraron cuatro estadios de tiempo: un año o menos de tiempo de consulta al SASM.; entre 2 y 4 años de tiempo de consulta al SASM; entre 5 y 7 años de tiempo de consulta al SASM y entre 8 y 10 años de tiempo de consulta al SASM. Se realizó un análisis de varianza el cual no muestra diferencia entre las medias del índice entre los distintos grupos $F(3,33)=0.651$; $p\text{-value}=0.588$.

Gráfica No 1.



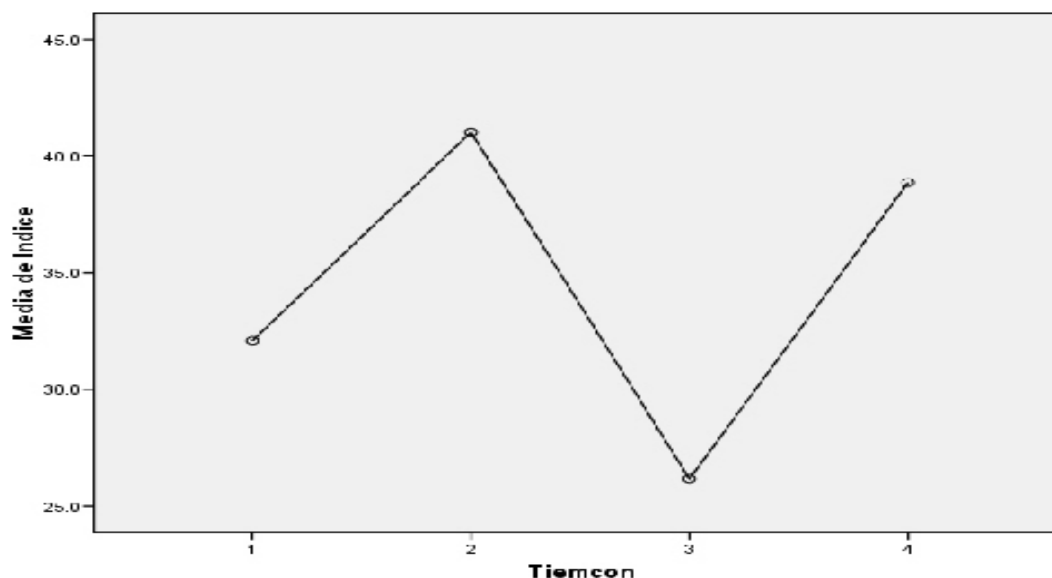
También se comparó el Índice de Cronicidad, tomando los diferentes diagnósticos de las personas entrevistadas; no encontrándose diferencias significativas para ninguno de ellos.

Tabla No 3.

Diagnóstico	T	Gl	p-value
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico o trastorno de ideas delirantes	-0.84	35	0.93
Trastornos del humor	-0.524	35	0.604
Trastorno de personalidad y del comportamiento del adulto	-0.17	35	0.865
Retraso mental	-0.33	35	0.743

Por otra parte, al analizar el Índice de Cronicidad entre aquella/os usuaria/os que recibieron y los que no recibieron electrochoques, tampoco se encuentra una diferencia significativa $t(35)=0.097$, $p\text{-value}=0.924$. Por último, se estudió la relación entre la cantidad de internaciones y la Cronicidad, para lo cual se establecieron tres grupos: los que tuvieron hasta 2 internaciones, los que tuvieron entre tres y cinco internaciones y quienes tuvieron más de 5 internaciones. Se realizó un análisis de varianza que no encontró diferencias significativas entre los grupos $F(2,34) = 0.805$. $p\text{-value}=0.455$

Gráfica No 2.



Conclusiones

Tal como fue señalado, el estudio realizado entre abril de 2010 y julio de 2011, ha sido elaborado sobre la base de la valoración a 37 usuarias y usuarios (64,9% a varones y el 35,1% mujeres) del Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial del Hospital Psiquiátrico Teodoro Vilardebó de Montevideo- Uruguay. Las edades oscilan entre los 18 y 56 años, constituyéndose la media en 37 años. Algunas características de la población participante: a) El nivel de educación alcanzado, es comparativamente similar al del nivel de la población general según datos de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) del año 2012. Siendo, Secundaria Incompleta el 35,1%, Secundaria Completa 5,4%; UTU Incompleta 13,5%, UTU Completa 2,7%. b) Los elevados porcentajes de desocupación (63%), expresan la necesidad de desarrollar políticas específicas de inclusión laboral para personas con padecimientos psiquiátricos, siendo que el 67,2% manifiesta deseos de trabajar, lo cual podría indicar una potencialidad para el desarrollo de tareas laborales que no encuentran sus condiciones de despliegue. c) Más de la mitad de la/os entrevistada/os (52,8%) cobra pensión por discapacidad (nos referimos a la pensión por invalidez otorgada por el Banco de Previsión Social (BPS)), lo cual podría hablar del aumento en la cobertura de esta prestación social en la discapacidad mental. d) El abordaje desde el sector salud, predominante recibido por la población estudiada (modelo basado en la internación y la eliminación sintomática), está caracterizado por las internaciones, la medicación y los electrochoques. e) El diagnóstico predominante (73%) según el CIE 10 es el de Esquizofrenia (F 20). Con relación a las Dimensiones estudiadas, se presentan más afectadas en el desempeño social de las personas entrevistadas, las de Relacionamento Institucional, habiendo un 56,8% de usuaria/os que no tienen ningún relacionamiento institucional y la Laboral, ya que solo el 18,9% se encuentra trabajando. Los más importantes niveles de dependencia en el desempeño social de la población estudiada, se ubica en los bajos porcentajes de personas que han logrado autonomía en la procura de una residencia autónoma y/o han asumido responsabilidades de jefatura de Hogar. Es alto el porcentaje de personas que se mantienen viviendo con su familia de origen o en Residencias y Casas de Salud, donde la responsabilidad y el funcionamiento de la vida cotidiana generalmente son asumidos por otros integrantes de la organización familiar, cuidadores o funcionarios institucionales. De acuerdo a la distribución de la población estudiada en el Índice de Cronicidad, según el desempeño social, ha correspondido: un 45,9% a Cronicidad Baja, un 51,4% a Cronicidad Media y un 2,7% a Cronicidad Alta. Es posible inferir, que la/os usuaria/os que componen el estudio, al estar ubicados en los intervalos de Cronicidad Baja y Media en un 97,3%, si bien componen características con ciertas dificultades en el desempeño e inclusión social se encontrarían en condiciones favorables para el despliegue de autonomía que posibiliten su inclusión socio-comunitaria permanente, seguramente favorecidas actualmente por las acciones de rehabilitación e

intervenciones psicosociales del Centro Diurno. La ausencia de grados de asociación significativa, entre el Proceso de Cronificación y las variables estudiadas, podría indicarnos que el desempeño social de usuaria/os del Centro Diurno se comporta independiente del tiempo de evolución, los diagnósticos realizados, las internaciones y los electrochoques recibidos. El análisis de los datos y los resultados obtenidos, ubican nuevas interrogantes para continuar investigando. Si los procesos de cronificación y el desempeño social, se muestran independientes respecto a los diagnósticos realizados y no responden a los paradigmas explicativos tradicionales es pertinente entonces preguntarse por los efectos de las modalidades de atención en salud mental. Se ubica entonces el relacionamiento asistencial y los efectos de los dispositivos de atención como escenario de visibilidad acerca de las condiciones de producción de cronicidad. Por otra parte, la importante afectación en dimensiones de relacionamiento institucional y laboral, refieren a plantearse interrogantes en la esfera de la discriminación y estigmatización social. Es decir, en cuanto a la posible incidencia en la participación, provocada por las carencias a nivel de dispositivos comunitarios y de inclusión social dirigida a usuaria/os. Uno de los aportes que podrían hacerse desde lo académico, es desnaturalizar las prácticas de los profesionales, en este caso específico, vinculados a la salud mental. Nuevas interrogantes de investigación, podrían enfocarse en profundizar el estudio de las perspectivas incluidas en la formación y los efectos en las prácticas de los profesionales de la salud mental. En este sentido, la perspectiva de derechos, ha irrumpido en las prácticas sanitarias sobre el campo de salud mental, poniendo en “tela de juicio” varias cuestiones, fundamentalmente en lo vinculado a la capacidad jurídica y centralidad de la persona que recibe la atención⁷. Hoy en día, incluso, permanece en duda la capacidad jurídica de las llamadas personas con trastornos mentales severos y persistentes. Esto se refleja en el hecho del procedimiento judicial para la declaración de incapacidad que puede solicitar un familiar, un tutor o algún organismo actuando de oficio. Cuando una persona con discapacidad mental es declarada incapaz, pierde toda posibilidad de ejercicio de sus derechos, por lo que es denominada habitualmente como muerte civil de la persona. La convención de Derechos de Personas con Discapacidad es muy clara en este aspecto, en especial en su art. 12. Allí se establece que el Estado debe garantizar todas las medidas para que las personas hagan uso de su capacidad jurídica y extremar todas las acciones para proveer de los apoyos necesarios para que esto suceda. Asimismo velar para que no existan arbitrariedades a la hora de determinar la capacidad para su propia administración de bienes. En este sentido, el marco legal uruguayo enfrenta contradicciones en cuanto a su sistema legal vigente, o al menos falta de armonización de la legislación actual específica: Ley 9581, llamada de Asistencia de Psicópatas de agosto de 1936; y la ley 18776 del año 2011 que ratifica el Protocolo Facultativo de la Convención (CDPD ONU, 2006). De acuerdo a lo señalado anteriormente, y en consonancia con las nuevas concepciones sobre discapacidad y por ende nuevos paradigmas para comprender el campo de lo que ha sido denominado Salud Mental, además del diagnóstico, deberíamos enfocar las prácticas en las consecuencias y en el funcionamiento de la persona. Este funcionamiento, en gran medida está determinado por el contexto, más allá del diagnóstico. El diagnóstico podría proveernos de un piso inicial, pero que no debería ser el marco que limita las intervenciones. Desde este punto de vista, parece importante señalar cómo el Índice de Cronicidad puede ser una herramienta para orientar las prácticas hacia las personas con padecimientos psiquiátricos, dado que contempla las diferentes dimensiones de la vida, en este caso estamos hablando de personas adultas: dimensión familiar, recreativa, laboral y relacionamiento institucional. Consideramos que puede ser un aporte en la medida de que parte de una concepción multideterminada sobre los componentes que afectan el funcionamiento y desempeño de las personas con padecimientos psiquiátricos, logrando operacionalizar dichas dimensiones de manera de identificar aquellas áreas que puedan verse más afectadas que otras y en consecuencia orientar las intervenciones. Sin embargo, sabemos que el presente estudio presenta limitaciones, en este caso el número y la selección de los participantes, no permite hacer generalizaciones acerca de los resultados obtenidos. Esta dificultad también se

⁷ Organización de las Naciones Unidas. Art. 12 Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Ginebra: ONU; 2006.

relaciona con la dificultad de acceso a una población mayor dentro de la atención a los servicios públicos de salud mental, y más concretamente con la modalidad de atención seleccionada: Centro Diurno. Como contrapartida, los resultados aquí presentados permiten seguir formulando interrogantes que planteen estrategias de abordaje de salida a las situaciones de padecimiento. Finalmente, se puede considerar que la principal contribución del trabajo refiere al aporte que significa contar con un instrumento como es el Índice de Cronicidad que permita orientar las intervenciones hacia esta población. Por lo que pudimos observar el Índice puede ser utilizado en forma individual, tanto como para generar estudios poblacionales que aporten a una comprensión mayor de la problemática planteada.

i

Organización Panamericana de la Salud. La salud mental en las Américas: nuevos retos al comienzo del milenio. Washington: OPS; 2001.

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

iii Organización Panamericana de la Salud. La salud mental en las Américas: nuevos retos al comienzo del milenio. Op. Cit.

iv Organización de las Naciones Unidas. Asamblea Mundial de la Salud 65. Novena Sesión Plenaria. Ginebra: ONU; 2012.

v Sánchez D, Bazzani R, Gómez S. Prioridades en la investigación de la salud colectiva en América Latina. Montevideo: Trilce; 1998.

vi Zorzetto R, Razzouk D, Bonilha M, Gerolin J, Mari J. Investigaciones en salud mental en América Latina: avances y desafíos. En: Rodríguez J, González R. La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington: OPS; 2007. p. 233-46.

vii Bagnato MJ, Da Cunha H, Falero B. Sistema de cuidados 2011. MIDES [Internet] 2011. Disponible en: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/13425/1/sistemade_cuidados-discapacidad.pdf [consulta: 20 jul 2013].

viii Castel R. La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión. En: Acevedo MJ, comp. Espacio institucional. Buenos Aires: Lugar; 1990.