

EXPERIENCIAS DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

2012



EXPERIENCIAS DE SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL Y ADICCIONES

AUTORIDADES NACIONALES

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina FERNÁNDEZ DE KIRCHNER

Ministro de Salud

Dr. Juan MANZUR

Secretario de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias

Dr. Eduardo Mario BUSTOS VILLAR

Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones

Lic. María Matilde MASSA

Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones

Referente:

Lic. Miriam SOLA

Equipo:

Lic. Sandra MARTÍNEZ CALLE

Lic. Lorena NEGRO

Lic. Andrea PAZ

Lic. Sofía VENESIO

ÍNDICE

1- PRÓLOGO	pág. 7
-------------------------	---------------

2- INTRODUCCIÓN	pág. 8
------------------------------	---------------

3- HOSPITAL CARLOS RATTI ÁREA PROGRAMA INGENIERO HUERGO	pág. 9
--	---------------

Diagnóstico de situación de las prestaciones de Salud Mental Comunitaria en el Hospital Área Programa Ingeniero Huergo. A 30 años de la reforma del modelo de atención.

Claudia G Baffo, Mariana Paulín Devallis.

4- MUNICIPALIDAD DE GUALEGUAYCHÚ	pág. 23
---	----------------

Sistematización del plan operativo local de implementación de Salud Mental Comunitaria de Gualeguaychú (POLISAMECO).

Martín R. Piaggio, Esteban M. Piaggio, Verónica L. Landó, Verónica Albónico, María E. Benetti, Jessica Boniardi, María F. Bugnone, Marissa De Batista, Silvina Laugas, Pamela Maradey, Nerea Muller, Yanina Mussi, María E. Neffe, Mariana Personen, Florencia Tesone.

5- HOSPITAL INTERZONAL “JOSÉ ESTÉVES”. MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES	pág. 30
---	----------------

Elaboración de instrumentos de registro y evaluación de procesos de rehabilitación y asistencia de pacientes externados de un hospital monovalente.

Mario Woronowski.

6- SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO	pág. 36
--	----------------

Propuesta de Producción de Información Epidemiológica de Primeras Consultas en Salud Mental de los Centros de Salud Municipales de la Ciudad de Rosario, Santa Fé (2010 – 2011).

Alvaro Labarrere, Ariana Márquez, María G. Gastaldi, Romina, Muller, Verónica Blanco, Mario Chavero, Débora Danielli, Sandra Gerlero, Cecilia Augsburg.

7- HOSPITAL DE NIÑOS VÍCTOR J. VILELA DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO	pág. 39
---	----------------

Un desafío Teórico - Metodológico: La Inclusión de la Epidemiología como articulador de la clínica y lo sanitario en la gestión de un servicio de Salud Mental en un Hospital Pediátrico de Alta Complejidad. Hospital de Niños Víctor J. Vilela de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

Andrea Labartete, Adelina Faráh, Beatriz Rasetti, Laura Medina, Liliana Bossus, Silvia Solís, Cristián Lizzi, Silvana Fabbri, Patricia Alfonso, Sandra Cejas, Cinthya Tagliafico.

8- PROYECTO SUMA ASISTENCIA Y REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL	pág. 50
---	----------------

Taller de inserción laboral de proyecto SUMA Desarrollo e incorporación de la evaluación en las acciones del área de inserción laboral de SUMA (2009-2010): externados de un hospital monovalente.

Sara Ardila, Martín Agrest, Adriana Hönig, Lorena Navarrete, Silvia Wikinski.

9- UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ENTRE RÍOS. MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS	pág. 55
---	----------------

Diseño y desarrollo de una planilla de recolección de datos sobre diagnóstico de usuarios e intervenciones profesionales en Salud Mental. Entre Ríos. 2011.

Adriana M. Beade, María P. Duarte, Adriana M. Montini, Mariángeles Estapé, Claudio M. Staffolani, Claudia Campins, Analía L. Bressan.

10- SECRETARÍA DE REPRESENTACIÓN OFICIAL - CASA TIERRA DEL FUEGO pág. 64

Registro y Sistematización de datos de pacientes derivados desde Tierra del Fuego a Buenos Aires para el tratamiento de problemas de Adicciones y Salud Mental.

Carolina Almendros, Mauricio D. Espina, Martín A. Urtasun.

11- CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN DROGADEPENDENCIA Y SIDA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO pág. 78

Reducción de daños asociados a usos de drogas: fortalecimiento de redes comunitarias y socio-sanitarias en la construcción de bases de datos y sistematización de información.

Silvia S. Inchaurreaga, Andrea Celentano, Rafael Echaire Curutchet.

12- LABORATORIO DE PSICOLOGÍA. FACULTAD DE PSICOLOGÍA - UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA pág. 100

Identificación de patrones de consumo de alcohol.

Juan C. Godoy, Silvina A. Brussino, Angelina Pilatti, Cecilia E. Reyna, Daniela Castillo, Ignacio Acuña, María V. Martínez, Luciana Lamas.

13- HOSPITAL MUNICIPAL JOSEFINA PRIEUR pág. 108

Una Propuesta de Sistematización con objetivos evaluativos. El taller de murga de la escuela IPEM 302 Anexo, de la ciudad de Villa Allende, Provincia de Córdoba.

Evangelina Lanzone, Ana Iliovich, Cecilia Berra.

14- PROGRAMA EPIDEMIOLÓGICO HOSPITAL ALVEAR.

UNA EXPERIENCIA EN SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL pág. 114

Carlos Urtubey, Roberto Cerra, Silvia Terzzoli, José Feroso.

15- HOSPITAL DE DÍA SUMA pág. 124

Experiencia de sistematización de la eficacia y del funcionamiento de un hospital de día para pacientes con sufrimiento mental a partir de variables cuantitativas y de la perspectiva de los usuarios.

Martín Agrest, Sara Ardila, Silvina Barruti, Gabriela Campati, Mariano Flores, Gustavo Guardo, Paula Rivaya, Daniel Vigo, Silvia Wikinski.

PRÓLOGO

Recuperar la historia

Desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación consideramos fundamental recuperar la historia de todos los actores e instituciones del territorio nacional, provincial y municipal para planificar y llevar adelante, junto a los protagonistas, acciones acordes a cada realidad local. Es por ello que se realizó el concurso “Buenas Prácticas en la Construcción de Bases de Datos, Procesamiento y Sistematización de Información en Salud Mental y Adicciones”. El mismo estuvo dirigido a secretarías, departamentos, direcciones, coordinaciones, programas, sistemas de vigilancia epidemiológica municipales y provinciales, efectores de salud, servicios de salud en general y salud mental en particular, universidades públicas y privadas, instituciones educativas, organizaciones sociales y de la comunidad, fundaciones, asociaciones civiles y cooperativas.

En consonancia con la perspectiva de trabajo de la Dirección Nacional, que se basa en el eje transversal de la territorialidad como base para toda práctica social, se seleccionaron 13 experiencias con el propósito de promover el intercambio y la difusión de proyectos innovadores y buenas prácticas de sistematización de información en salud mental y adicciones. Además, se eligieron 4 experiencias para que el equipo del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones les brinde asesoramiento técnico con el objetivo de maximizar los procesos que vienen realizando.

Relevancia, originalidad, participación colectiva, contribución al fortalecimiento de la red en salud mental y adicciones, continuidad y coherencia interna fueron algunos de los criterios utilizados para la selección. Además, se consideraron prioritarios los ejes vinculados a la construcción de marcos teóricos, conceptualizaciones rigurosas y/o categorías de análisis que incluyan una mirada que amplíe los conceptos tradicionales en Salud Mental y Adicciones; la construcción de sistemas de clasificación de trastornos mentales desde la perspectiva comunitaria; la construcción de sistemas de registro y almacenamiento de datos que incluyan determinantes de salud (sociales, medioambientales, de modos de vida, de recursos y servicios de salud, etcétera).

Nos falta mucho por caminar, pero ya empezamos. Hubo un Estado ausente durante mucho tiempo, pero ahora estamos presentes, yendo a todas las provincias a conocer sus necesidades, sus potencialidades, sus recorridos. Desde un primer momento tuvimos claro y sigue siendo nuestra prioridad el tema de la territorialidad, de fortalecer la salud mental desde La Quiaca hasta Tierra del Fuego.



Lic. María Matilde Massa
Directora Nacional de Salud Mental y Adicciones
Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias
Ministerio de Salud de la Nación

INTRODUCCIÓN

La construcción de información epidemiológica en el campo de la salud mental se encuentra desde sus inicios asociada al campo disciplinar de la psiquiatría. Las formas de elaboración de diagnóstico fueron traspasadas desde la medicina tradicional casi sin mediaciones al ámbito de la epidemiología. La misma presenta limitaciones y dificultades a la hora de dar cuenta de la complejidad en salud mental.

La Ley Nacional N° 26.657 propone una definición de salud mental. En el Artículo 3° se la define como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Esta definición introduce la dimensión social e histórica como parte constitutiva del proceso de salud-enfermedad. Esta concepción habilita la posibilidad de interrogar y redefinir el objeto de estudio. Por lo tanto se presenta un desafío: cómo hacer operativa esta definición para la construcción de nuevas clasificaciones que resulten sensibles y acordes a las problemáticas de salud mental en su contexto socio-histórico. Se entiende por clasificación el resultado de un trabajo de abstracción de los eventos que se presentan distribuidos y ordenados por el pensamiento según algunos atributos.

Los sistemas de clasificación utilizados para el registro de patologías mentales, DSM-IV y CIE-10, dan cuenta de la enfermedad individual (diagnosticable y tratable en un individuo) dejando por fuera la trama social, la historia y el contexto. Desde el modelo de atención comunitaria este tipo de clasificaciones reduce las problemáticas a la dimensión individual. Se centran en la dimensión clínica psicológica o médica desde una mirada tradicional, tomando como eje el par normal-anormal. El desafío es generar un registro que de cuenta de la complejidad y singularidad de estas problemáticas incluyendo la dimensión familiar, individual, comunitaria y social. Esta mirada de la salud mental indica que las distintas variables a evaluar por un sistema epidemiológico no deben quedar restringidas a la dimensión clínica psicológica o médica, como tampoco al volumen de individuos portadores de ciertos criterios diagnósticos.

La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación se propone construir un Sistema de Información en Salud Mental y Adicciones a nivel nacional. Para ello considera fundamental recuperar la historia de los actores e instituciones del territorio con el fin de elaborar y planificar acciones. Desde esta perspectiva resulta de suma importancia el reconocimiento, intercambio y difusión de experiencias de sistematización de información en salud mental y adicciones de los diversos actores que integran equipos en instituciones públicas, privadas y organizaciones de la sociedad civil en el territorio nacional. Por tal motivo se realizó la Convocatoria “Buenas Prácticas en la Construcción de Bases de Datos, Procesamiento y Sistematización de Información en Salud Mental y Adicciones”.

Esta publicación tiene como objetivo difundir las experiencias de sistematización de información en salud mental y adicciones presentadas en dicha convocatoria para facilitar a otros actores e instituciones el fortalecimiento de sus propios procesos de sistematización de datos. Así como también funcionar como disparador para repensar las prácticas y abrir nuevas posibilidades en la construcción de un registro sensible a la complejidad presente en la salud mental comunitaria.

A continuación se presentan las experiencias en su formato original.

HOSPITAL CARLOS RATTI

ÁREA PROGRAMA INGENIERO HUERGO

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE LAS PRESTACIONES DE SALUD MENTAL COMUNITARIA EN EL HOSPITAL ÁREA PROGRAMA INGENIERO HUERGO. A 30 AÑOS DE LA REFORMA DEL MODELO DE ATENCIÓN

Claudia G Baffo¹, Mariana Paulín Devallis².

RESUMEN La presente experiencia de sistematización se realizó como parte de una beca de la Comisión Nacional Salud Investiga año 2010. Las investigadoras observaron la escasa sistematización de las prácticas desarrolladas en el marco de la reforma en Salud Mental (SM) rionegrina y consideraron que al cumplirse dos décadas de la implementación de la Ley N° 2.440 sería relevante analizar lo que los datos estadísticos (disponibles y estandarizados para todos los servicios de la provincia) podían mostrar. Se decidió limitar el alcance del estudio a un servicio de SM local, por la accesibilidad a la información y a los miembros del equipo. Se desarrolló una investigación de tipo exploratoria con diseño cuali-cuantitativo, cuyo problema fue ¿Cuál es el estado de situación actual de la implementación del programa de Salud Mental Comunitaria (SMC) en cuanto a las prestaciones realizadas en el hospital A. P. Ingeniero Huergo? El objetivo general fue realizar un diagnóstico de situación evaluativo de las prestaciones realizadas en el marco del Programa de SMC en dicho hospital, entre 2005-2009. La dimensión cuantitativa utilizó fuentes secundarias disponibles para un análisis estadístico descriptivo. La dimensión cualitativa incluyó entrevistas individuales y grupales al equipo de SM, en las cuales se pidió a los entrevistados que comenten la caracterización cuantitativa con relación al modelo teórico del Programa de SMC, según tópicos guías seleccionados. A continuación se realizó un Análisis Temático de Datos Cualitativos, incorporando la triangulación como estrategia metodológica. Los resultados mostraron que el total de prestaciones en el período 2005-2009 ascendió a 20.051, de las cuales: 32% fueron individuales, 5% grupales, 32% institucionales, 14% comunitarias y 17% en internación (Ver Tabla 1). Se evidenció la presencia de toda la gama de prestaciones que el programa rionegrino postula, y se concluyó que existe una amplia implementación del mismo. Gracias al análisis cualitativo, se encontró que todos los tipos de prestaciones tienen características propias en este modelo definido como de SMC, por lo cual incluso las actividades de asistencia individual y de internación adquieren una connotación particular, siendo ellas indispensables para el éxito del programa de reforma de la atención en SM. Finalmente, surgieron propuestas para optimizar el registro de información y el instrumento de recolección de datos.

¹ *Servicio de Salud Mental Comunitaria. Hospital Carlos Ratti A. P. Ingeniero Huergo, Provincia de Río Negro.*

² *Cátedra de Salud Pública. Dpto. Servicio Social. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Universidad Nacional del Comahue.*

CORRESPONDENCIA A:

Claudia G Baffo

Correo electrónico: claudiagaba@yahoo.com.ar

DURACIÓN

La experiencia de investigación comenzó en mayo de 2010, fecha de inicio de la beca de la Comisión Nacional Salud Investiga y se presentó el informe final de investigación en mayo de 2011.

OBJETIVO GENERAL

Realizar un diagnóstico de situación evaluativo de las prestaciones realizadas en el marco del Programa de Salud Mental Comunitaria (SMC) en el Hospital A.P. Ing. Huergo, en el período 2005-2009.

RESULTADOS

Como resultado del análisis cuanti-cualitativo, encontramos que existe una amplia implementación del Programa de SMC en la localidad estudiada, que se expresa en el desarrollo de toda la gama de prestaciones previstas (individuales, grupales, comunitarias, institucionales y en internación). En el período 2005-2009, esas prestaciones alcanzaron un total de 20.051, siendo el promedio de 4.010 por año.

La investigación mostró que los trabajadores valoraban positivamente el instrumento estadístico, pues permite la codificación de una variedad de prestaciones en forma coherente con el modelo de atención comunitario. Sin embargo, también consideraron que los datos cuantitativos no reflejaban con precisión el tipo de trabajo realizado por ellos. Se halló que los trabajadores conocían las directrices del programa, en especial aquellas que este estudio utilizó como ejes de recolección y análisis. A continuación presentamos brevemente cada uno de dichos ejes.

En el eje 1 se trabajó con las prestaciones de internación, que en el programa de SM rionegrino se concibe como último recurso terapéutico. Cuando son necesarias se realizan en los Hospitales Generales, en la sala de clínica médica. La cantidad de prestaciones correspondientes a este tipo ascendió a 3486 para el período de estudio, con un promedio anual de 697; valores que el equipo de SM consideró adecuados, argumentando que la atención durante la crisis es una de las prioridades del programa.

El equipo también explicó que estos datos no muestran la relación entre la cantidad de prestaciones y la cantidad de pacientes internados, dado que cada persona internada puede requerir una o más prestaciones diarias. La mayor frecuencia correspondió al subtipo atención individual personalizada con 51%, seguido de acompañamiento con 29% y actividad destinada a la re-vinculación con el 14%. Respecto de esta distribución de frecuencias, el equipo la explicó por la prioridad que tiene la persona internada, aunque también se consideró que existen errores de registro que incrementan la diferencia entre estos subtipos.

Para el eje 2 se abordó el tópico de la reinserción social, dado que en la modalidad de atención comunitaria rionegrina se la considera el objetivo de todas las prácticas terapéuticas. Por ello, implica tanto prestaciones individuales como grupales, en diversos ámbitos (hospitalario - comunitario). Las prestaciones especificadas como actividades comunitarias alcanzaron un total de 2786 en el período estudiado, con un promedio de 557 por año, y de 46 por mes (Ver Gráfico 1). El subtipo visita domiciliaria tuvo la mayor frecuencia con 1259 prestaciones (el 48%). La frecuencia relativa de estas prestaciones representa apenas el 13,9% del total. Respecto de estos datos, el equipo de SM consideró que una prestación comunitaria puede llevar todo

un día de trabajo y la participación de varios miembros del equipo, pero queda registrada como una unidad, por lo cual no sería comparable con otro tipo de actividades. Los entrevistados mostraron además que las mismas suelen requerir varios días de planificación, tarea que no se registra como actividad comunitaria sino como tarea institucional.

Gráfico 1. Total de prestaciones por tipo de actividad 2005 – 2009, Servicio de Salud Mental Hospital Área Programa Ing. Huergo, Provincia de Río Negro



Fuente: Elaboración propia en base a información de la investigación. Hospital Ingeniero Huergo. Servicio de Salud Mental Comunitaria.

En el eje 3 se trabajó en la comparación entre modelos de atención en SM, encontrando que el servicio estudiado mostraba un perfil prestacional más acorde al modelo comunitario que al tradicional. Para valorar este eje se tomaron tres indicadores en correspondencia con diversos tipos de prestaciones:

(a) Observando que la cantidad de prestaciones de asistencia individual alcanzó una frecuencia de 6.498, representando el 32,4% respecto del total, y considerando la distribución de frecuencia para cada tipo entre 2005-2009, los entrevistados plantearon que los datos numéricos no reflejaban la tarea realizada con relación a la carga de trabajo real que los diversos tipos de actividades implican. Identificaron un sobre-registro de la asistencia individual, por la inclusión en estas categorías de ciertas prácticas para las cuales no hay códigos específicos. Observando que la mayor frecuencia dentro de este tipo correspondía a consultorio individual (39,6%), seguida por el subtipo entrevista de evaluación psicofarmacológica (27,4%); el equipo consideró que las actividades de asistencia individual del modelo rionegrino no serían equivalentes a las que se realizan en un modelo tradicional, pues en el primero la atención es singularizada (4). La baja frecuencia de interconsulto

tas (2,98%) se explicó como resultado de error u omisión en el registro por parte del equipo.

(b) Respecto de las prestaciones de tipo Actividad Grupal, el total para el período en estudio ascendió a 923, con un promedio de 185 por año y de 15 prestaciones por mes, frecuencias que el equipo consideró adecuadas al modelo de trabajo. Sin embargo, consideraron que la frecuencia relativa respecto del total de prestaciones (4,6%) no reflejaba la carga de trabajo real. Al respecto, expusieron la falta de concordancia entre carga de trabajo y registro estadístico, y plantearon que la ausencia de datos sobre la cantidad de participantes, imposibilita la comparación de las actividades grupales con otro tipo de tareas. Además, recordaron que algunas de las acciones que conlleva un grupo, como planificación y gestiones, no se registran como grupales sino como institucionales.

(c) Respecto de las prestaciones de tipo institucionales, el equipo consideró adecuada la cantidad total, que ascendió a 6358 en el período estudiado. La frecuencia relativa alcanzó el 31,7% respecto del total, hecho que el equipo adjudicó a la importancia del trabajo realizado con otros servicios para la reinserción social de los usuarios, y a la integración de SM con otros servicios hospitalarios.

En el eje 4 se abordó el Trabajo Intersectorial, que en el modelo rionegrino se considera parte esencial de un abordaje comunitario. El equipo evidenció tanto la falta de códigos específicos para registrar algunas actividades, como errores en su propio registro, de modo que algunas actividades se codifican en su aspecto institucional solamente, implicando un subregistro para este tipo de prestaciones.

Finalmente, en el eje 5 se abordó el método de trabajo reflexión- acción, que en el modelo rionegrino implica que el actor que interviene no es un profesional en forma aislada sino el equipo interdisciplinario; para ello su método es el de centrarse en la tarea permitiendo, a través del diálogo, que se rectifiquen o ratifiquen las estrategias terapéuticas. El equipo consideró adecuada la cantidad de prestaciones del subtipo reuniones de equipo (con un total de 1093), argumentando que dicha actividad se registra diariamente, dado que siempre existen momentos de encuentro entre los trabajadores que implican trabajo en conjunto. Asociaron esto con el modelo de SMC y la forma de abordaje que el programa rionegrino implica.

Tras esta descripción de cada uno de los cinco ejes, presentamos algunas reflexiones finales. Un núcleo importante se refiere a las categorías prestacionales de asistencia individual e internación. Las internaciones en hospital general son una directriz para programas de reforma. Las mismas no se conciben como reclusión, sino como respuesta a la necesidad de asistencia. Este aspecto es fundamental para el éxito de un programa sustitutivo de las instituciones monovalentes y para integrar la SM al sistema general de salud.

Sin embargo, el número de prestaciones en internación no fue evaluado por los trabajadores como un indicador positivo de implementación del programa. Lo mismo sucedió respecto de las actividades de asistencia individual, que no lograron valorarse como efectivización de la continuidad del tratamiento y de la accesibilidad al servicio. Esto da cuenta de cierta connotación negativa de la tarea asistencial por parte de los integrantes del equipo, en donde puede reconocerse una lectura asociada al modelo tradicional que disocia individuo-comunidad. Por otro lado, se encontró que existen obstáculos en el sistema de registro para que un análisis cuantitativo por sí solo pueda dar cuenta de la situación prestacional de un determinado servicio de SM. Algunas de las dificultades encontradas fueron la existencia de categorías estadísticas no mutuamente excluyentes; y la falta de categorías adecuadas para tareas propias del modelo comunitario, como la planificación participativa, la gestión y planificación de actividades grupales y comunitarias. Otra dificultad de la planilla de registro mensual destacada por el equipo es que la misma no permite el cruce de información entre la cantidad y tipo de prestaciones, y la cantidad de usuarios beneficiarios de las mismas. Con relación a esto, un hallazgo del presente estudio fue que el registro, al no brindar información sobre cobertura ni perfil epidemiológico de los usuarios, no es utilizado como herramienta de planificación por el servicio de SM.

En cuanto a la relevancia de la investigación, destacamos el hecho de haber alentado a los miembros del equipo a reflexionar acerca de su práctica. A nivel provincial, la investigación abre una discusión acerca de la necesidad de optimizar la herramienta de registro de información, aún a sabiendas de que todo instrumento es limitado en sus alcances. En cuanto a la relevancia para la formación de recursos humanos en salud, se desprende del estudio la necesidad de incluir en las formaciones de grado y posgrado en SM los aportes de la estadística y la epidemiología, y enfatizar el reconocimiento de la complejidad del modelo comunitario, que debe atender ambos polos -individuo y comunidad- para lograr sustituir el modelo tradicional. Estas consideraciones adquieren una relevancia particular ante la reciente promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010, cuya implementación en todas las jurisdicciones representa un desafío en la actualidad.

OBSTÁCULOS Y RESOLUCIONES

Al trabajar con fuentes secundarias tuvimos en cuenta entre los potenciales sesgos, la existencia de posibles errores durante el registro de las actividades a cargo de SM, especialmente el subregistro por la tendencia del personal de salud a subestimar las tareas administrativas. Sin embargo, se consideró que el registro era suficientemente confiable,

por ser valorado provincial y localmente. Otro obstáculo fue la posible existencia de errores durante la informatización de los datos. No pudo resolverse totalmente, pero al incluir una instancia de reflexión cualitativa que además era participativa, permitió fundamentar la consistencia de la información que lográsemos producir, y ganar confiabilidad a través de la triangulación de métodos.

encontrar nuevos sentidos tanto al registro estadístico como a la tarea. También es necesario que el equipo de investigación conozca profundamente las categorías estadísticas y su utilización en la actividad concreta para poder interpretar lo que las estadísticas representan e indagar los significados que los trabajadores les atribuyen.

RECOMENDACIONES A OTROS ACTORES

Consideramos que la estrategia de triangulación es esencial cuando la herramienta cuantitativa es insuficiente por tratarse del estudio de realidades complejas. La experiencia mostró que incluir momentos en que los propios trabajadores de los equipos estudiados participen aportando su perspectiva sobre los datos cuantitativos, es fundamental para una adecuada interpretación de los mismos. Además, esta participación favorece que los miembros de los equipos puedan reflexionar sobre su propia práctica, y logren

TABLA 1: Total de prestaciones según frecuencias absoluta, relativa, promedios anual y mensual, Servicio de Salud Mental Hospital Área Programa Ing. Huergo, Provincia de Río Negro, 2005-2009.

Tipo de prestación	Frecuencia absoluta (período 5 años)	Porcentaje	Promedio anual	Promedio mensual
Tipo A: Asistencia individual	6.498	32,4%	1.300	108
Tipo B: Actividad grupal	923	4,6%	185	15
Tipo C: Actividad institucional	6.358	31,7%	1.272	106
Tipo D: Actividad comunitaria	2.786	13,9%	557	46
Tipo E: Actividad de atención en internación	3.486	17,4%	697	58
TOTAL	20.051	100,0%	4.010	334

Fuente: Elaboración propia en base a información de la investigación. Hospital Ingeniero Huergo. Servicio de Salud Mental Comunitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Departamento de Salud Mental. Actividades del Equipo de Salud Mental. Definiciones. Viedma. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Río Negro; 2004
- Departamento de Salud Mental. Resumen Mensual de Actividades y consultas de SM. Viedma: Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Río Negro; 2004.
- Ley nacional 25.326: De protección de Datos Personales. Buenos Aires. Honorable Congreso de la Nación
- Ley Provincial 2440/1991: De promoción sanitaria y Social de personas que padecen sufrimiento Mental. Viedma: Legislatura Prov. de Río Negro. Artículos 1, 17- 18.
- Ley 2440/1991. De promoción sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento Mental. Viedma: Legislatura de la Provincia de Río Negro. Artículo 9.
- Schiappa Pietra, J. La leyenda continúa: temas y narraciones de salud mental: modalidad rionegrina. General Roca: Universidad Nacional del Comahue. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Departamento de Publicaciones; 2003
- OMS, 2001. Informe salud en el mundo año 2001. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS, 2001.

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1) Sistema de Clasificación Utilizado para el análisis cuantitativo

Tipo de Prestaciones
Prestaciones Tipo A - ACTIVIDAD ASISTENCIAL INDIVIDUAL
A1. Entrevista de Evaluación Psicofarmacológica A2. Atención Domiciliaria A3. Interconsulta A4. Entrevista de Evaluación y Orientación de la Demanda A5. Atención en Consultorio Individual A6. Intervención de Urgencia A7. Exámenes y Contactos para Fines Administrativos
Prestaciones Tipo B. - ACTIVIDAD GRUPAL
B1. Grupo de Evaluación de Tratamiento Psicofarmacológico B2. Grupo de Alcoholismo y otras Adicciones B3. Evaluación y Orientación de la Demanda Grupal B4. Grupo Terapéutico

Prestaciones Tipo C.- ACTIVIDAD INSTITUCIONAL
C1. Actividad Interdisciplinaria e Intersectorial C2. Capacitación del Equipo de Salud Mental C3. Reunión Equipo de Salud Mental C4. Docencia y Asesoramiento C5. Trabajo Administrativo C6. Gestión Trámite para Usuarios C7. Derivación C8. Patrulla
Prestaciones tipo D. ACTIVIDAD COMUNITARIA
D1. Acompañamiento y Cuidados Personalizados D2. Visita Domiciliaria D3. Promoción Cultural D4. Promoción Laboral <ul style="list-style-type: none"> D4.1 Cooperativa D4.2 Empresa Social D4.3 Gestión de Empleo y Planes Laborales D4.4 Otros D5. Promoción Social <ul style="list-style-type: none"> D5.1 Alimentación D5.2 Vivienda D6. Otras Actividades Interinstitucionales D7. Promoción a Iniciativas de Autogestión
Prestaciones tipo E.- ACTIVIDAD EN LA INTERNACIÓN
E1. Atención individual personalizada E2. Interconsulta solicitada a otros servicios E3. Intervención de urgencia E4. Actividad destinada a la revinculación E5. Exámenes y contactos para fines administrativos E6. Acompañamiento.

Fuente: Actividades del equipo de Salud Mental, Definiciones y Registros, Departamento de Salud Mental, 2004.

2) Guía para entrevista a informantes clave y equipos de SM

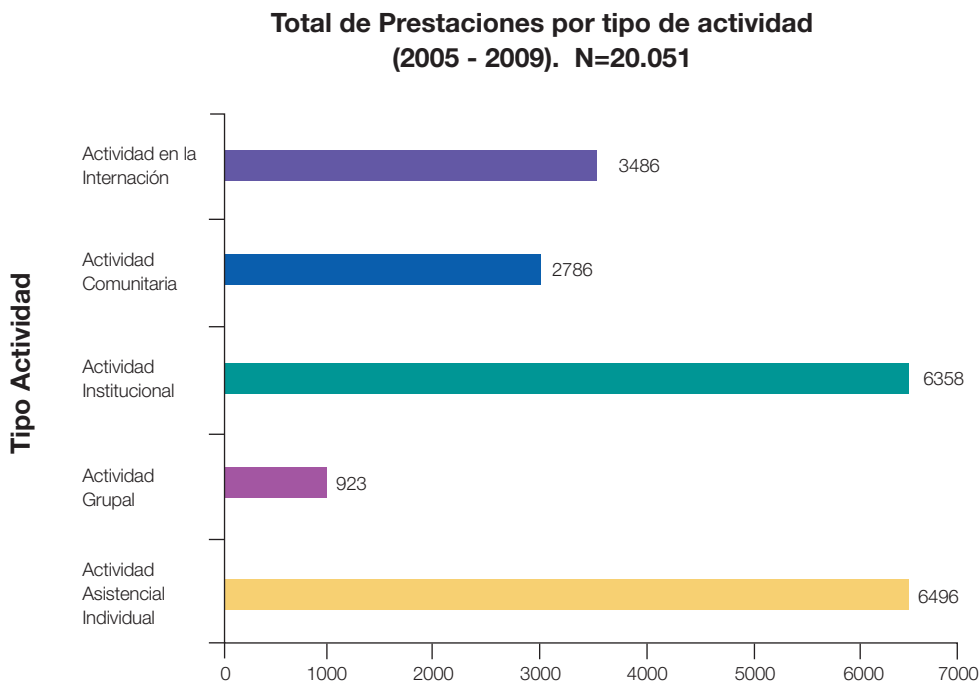
PREGUNTAS GENERALES DE APERTURA

1. ¿Usted registra sus actividades en estadísticas?
2. ¿Para qué cree que sirve dicho registro? ¿Quién pide las estadísticas?
3. ¿Cómo describiría el registro de las prácticas? (se realiza en forma individual, grupal, siempre, cuando se acuerdan, etc.)
4. ¿Cree usted que las estadísticas reflejan el trabajo concreto que usted realiza?
5. ¿Cree que refleja al modelo desde el que se trabaja?

EJE 1) INTERNACIÓN COMO ÚLTIMO RECURSO TERAPÉUTICO

- 1.1) ¿Cómo interpreta los siguientes datos?

Gráfico. Total de prestaciones por tipo de actividad 2005 – 2009, Servicio de Salud Mental Hospital Área Programa Ing. Huergo, Provincia de Río Negro



Fuente: Elaboración propia en base a información de la investigación. Hospital Ingeniero Huergo.
Servicio de Salud Mental Comunitaria.

Destacamos que en los últimos 5 años se realizaron un total de 20.051 prestaciones. De ellas, 3500 corresponden al ámbito de internación.

1.2) ¿Cómo interpreta los siguientes datos?

Tabla. Prestación tipo E (Actividad de atención en internación) por frecuencia absoluta, relativa, promedios anual y mensual, del Servicio de Salud Mental Hospital Área Programa Ing. Huergo, Provincia de Río Negro, 2005-2009.

Tipo de prestación	Frecuencia absoluta (período 5 años)	Porcentaje	Promedio anual	Promedio mensual
Tipo E: Actividad de atención en internación	3.486	17,4%	697	58

Fuente: Elaboración propia en base a información de la investigación. . Hospital Ingeniero Huergo. Servicio de Salud Mental Comunitaria.

1.3) ¿Cómo interpreta los siguientes datos?

Tabla. Prestaciones tipo E (atención en internación) por subtipo de prestaciones, Servicio de Salud Mental Hospital Área Programa Ing. Huergo, Provincia de Río Negro, 2005 -2009.

Prestación	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa	Promedio mensual
E1 – atención individual	1809	51%	30,0
E6 – acompañamiento	1045	29%	17,4
E4 – activ. revinculación	511	14%	8,5

Fuente: Elaboración propia en base a información de la investigación. . Hospital Ingeniero Huergo. Servicio de Salud Mental Comunitaria.

EJE 2) REINSERCIÓN SOCIAL COMO OBJETIVO DE TODA PRÁCTICA

2.1) Si realiza una actividad de reinserción social, ¿cómo la registra?

2.2) ¿Cómo interpreta este cuadro, con relación a las actividades de reinserción social?

Tabla. Total de prestaciones, frecuencias absoluta, relativa, promedios anual y mensual, Servicio de Salud Mental Hospital Área Programa Ing. Huergo, Provincia de Río Negro, 2005-2009.

Tipo de prestación	Frecuencia absoluta (período 5 años)	Porcentaje	Promedio anual	Promedio mensual
Tipo A: Asistencia individual	6.498	32,4%	1.300	108
Tipo B: Actividad grupal	923	4,6%	185	15
Tipo C: Actividad institucional	6.358	31,7%	1.272	106
Tipo D: Actividad comunitaria	2.786	13,9%	557	46
Tipo E: Actividad de atención en internación	3.486	17,4%	697	58
TOTAL	20.051	100,0%	4.010	334

Fuente: Elaboración propia en base a información de la investigación. Hospital Ingeniero Huergo. Servicio de Salud Mental Comunitaria.

2.3) ¿Cómo interpreta los siguientes datos?

Tabla. Prestación tipo D (Actividad Comunitaria) por frecuencia absoluta, relativa, promedios anual y mensual, Servicio de Salud Mental Hospital Área Programa Ing. Huergo, Provincia de Río Negro, 2005-2009.

Tipo de prestación	Frecuencia absoluta (período 5 años)	Porcentaje	Promedio anual	Promedio mensual
Tipo D: Actividad comunitaria	2.786	13,9%	557	46

Fuente: Elaboración propia en base a información de la investigación. . Hospital Ingeniero Huergo. Servicio de Salud Mental Comunitaria.

2.4) ¿Cómo interpreta los siguientes datos?

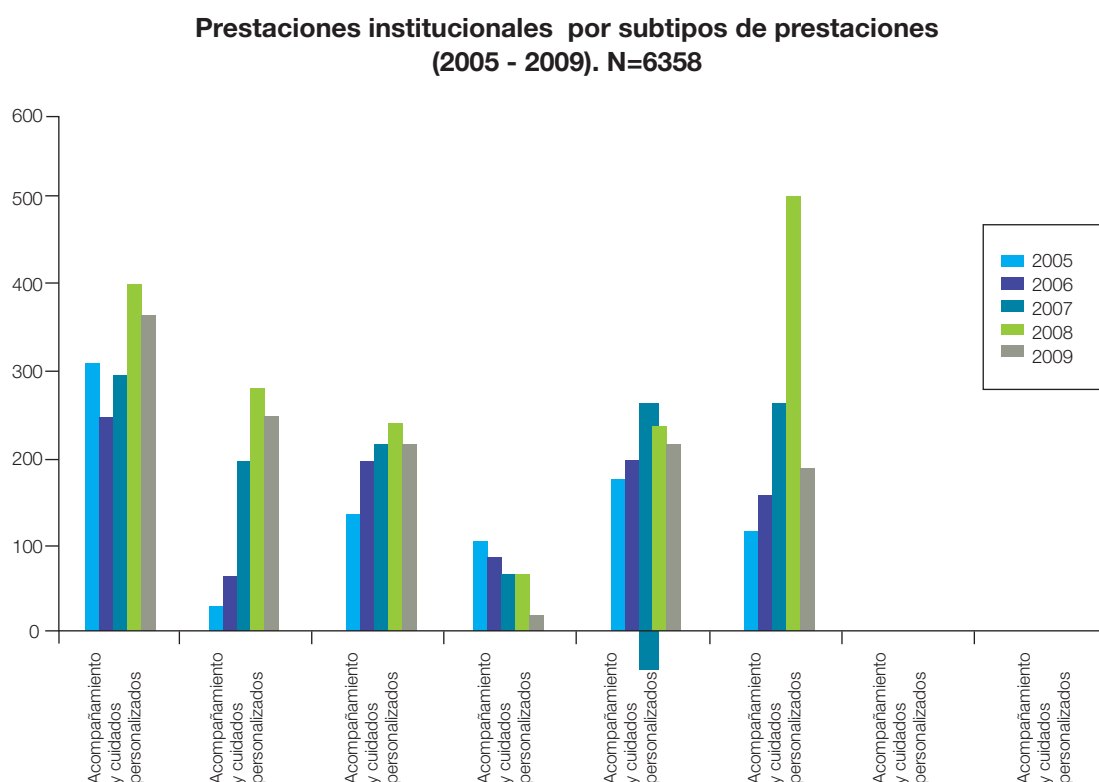
Tabla. Prestaciones tipo D (Actividad Comunitaria) por subtipo de prestaciones, Servicio de Salud Mental Hospital Área Programa Ing. Huergo, Provincia de Río Negro, 2005 -2009

Prestación	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa respecto del total de este tipo de actividad	Promedio mensual
D2 - Visita domiciliaria	1259	48,0%	21,0
D6 - Otras Actividades Interinstitucionales	814	31,0%	13,5
D7 - Promoción a Iniciativas de Autogestión	278	10,6%	4,6
D3 - Promoción Cultural	268	10,3%	4,4
D1 - Acompañamiento y Cuidados Personalizados	149	5,7%	2,5

Fuente: Elaboración propia en base a información de la investigación. . Hospital Ingeniero Huergo. Servicio de Salud Mental Comunitaria.

Nota: El resto de las actividades de este tipo tienen frecuencias menores al 1 %.

2.5) ¿Cómo cree usted que representa este cuadro el objetivo de la reinserción social?

Gráfico. Total de prestaciones tipo C (actividades institucionales) por subtipos de prestaciones, Servicio de Salud Mental Hospital Área Programa Ing. Huergo, Provincia de Río Negro, 2005 -2009.

Fuente: Elaboración propia en base a información de la investigación. Hospital Ingeniero Huergo. Servicio de Salud Mental Comunitaria.

EJE 3) MODELO TRADICIONAL Y MODELO COMUNITARIO: TIPO DE ASISTENCIA PREDOMINANTE – RECURSOS.

3.1) En la siguiente tabla ¿Observa alguna relación entre la cantidad de trabajadores y el tipo y cantidad de prestaciones que se realizan? ¿Cómo la interpreta?

Tabla. Cantidad de prestaciones por cada tipo por cantidad de efectores por año. Servicio de Salud Mental Hospital Área Programa Ing. Huergo, Provincia de Río Negro, 2005-2009.

Año	Nro de efectores	Tipo A Actividad Asistencial	Tipo B Actividad Grupal	Tipo C Actividad Institucional	Tipo D Actividad Comunitaria	Tipo E Actividad de Atención en Internación	Total de prestaciones por año
2005	4	1272	112	918	174	580	3056
2006	6	1162	200	1020	517	875	3774
2007	6	1024	240	1360	446	664	3734
2008	7	1482	275	1752	837	765	5111
2009	5	1551	95	1320	810	600	4376
Total		6498	923	6358	2786	3486	20051

Fuente: Elaboración propia en base a información de la investigación. Hospital Ingeniero Huergo. Servicio de Salud Mental Comunitaria.

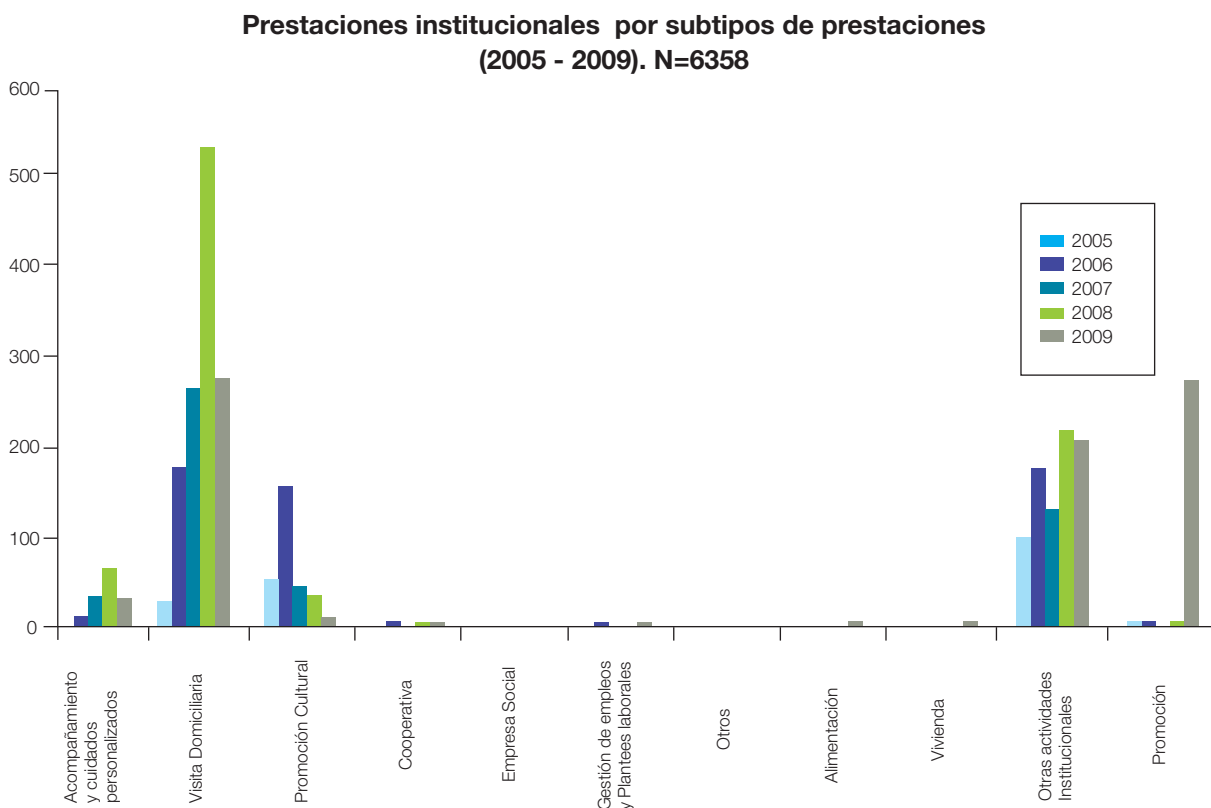
*El número de efectores se modificó por la apertura de la sede de la Residencia interdisciplinaria de Salud Mental Comunitaria en el año 2006, quienes fueron egresando después de tres años de formación.

3.2) Observando la misma tabla, respecto de los totales para el período de estudio, preguntamos:

- ☐ ¿Cómo explica que el tipo A (actividad de asistencia individual) sea la más frecuente?
- ☐ ¿Cómo explica que las tipo B (actividad grupal) sea la de menos frecuencia?
- ☐ ¿Puede usted asociar estos datos a los modelos comunitario y tradicional?

3.3) A partir del siguiente gráfico donde se observan los sub-tipos de prestaciones tipo D (Atención comunitaria), preguntamos: ¿Por qué considera que se observa tanta variación por año en algunos sub-tipos? ¿Puede relacionarlo al modelo comunitario y tradicional, cómo?

Gráfico. Prestaciones de tipo D (Atención Comunitaria) por subtipo de prestaciones, Servicio de Salud Mental Hospital Área Programa Ing. Huergo, Provincia de Río Negro, 2005 -2009.



Fuente: Elaboración propia en base a información de la investigación. Hospital Ingeniero Huergo. Servicio de Salud Mental Comunitaria.

3.4) ¿Cómo interpreta los datos de las siguientes tablas, con relación al modelo de atención predominante?

Tabla. Prestación de tipo A (Actividad de asistencia individual) según frecuencia absoluta, relativa, promedios anual y mensual, Servicio de Salud Mental Hospital Área Programa Ing. Huergo, Provincia de Río Negro, 2005-2009

Tipo de prestación	Frecuencia absoluta (período 5 años)	Porcentaje	Promedio anual	Promedio mensual
Tipo A: Asistencia individual	6.498	32,4%	1.300	108

Fuente: Elaboración propia en base a información de la investigación. . Hospital Ingeniero Huergo. Servicio de Salud Mental Comunitaria.

Tabla. Prestaciones de tipo A (Asistencia Individual) por subtipos de prestaciones Servicio de Salud Mental Hospital Área Programa Ing. Huergo, Provincia de Río Negro, 2005 – 2009.

Prestación	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa respecto del total de este tipo de actividad	Promedio mensual
A5 - Consultorio individual	2.575	39,6%	42,9
A1 - Entrevista Evaluación Psicofarmacológica	1.781	27,4%	29,6
A3 - Interconsultas	194	(2,98%)	3,2

Fuente: Elaboración propia en base a información de la investigación. . Hospital Ingeniero Huergo. Servicio de Salud Mental Comunitaria.

3.5) ¿Cuándo realiza una interconsulta cómo la registra?

3.6) ¿Cómo interpreta los datos de la siguiente tabla, con relación al modelo de atención predominante?

Tabla. Prestaciones tipo B (Actividad Grupal) por frecuencia absoluta, relativa, promedios anual y mensual, Servicio de Salud Mental Hospital Área Programa Ing. Huergo, Provincia de Río Negro, 2005-2009

Tipo de prestación	Frecuencia absoluta (período 5 años)	Porcentaje	Promedio anual	Promedio mensual
Tipo B: Actividad grupal	923	4,6%	185	15

Fuente: Elaboración propia en base a información de la investigación. Hospital Ingeniero Huergo. Servicio de Salud Mental Comunitaria.

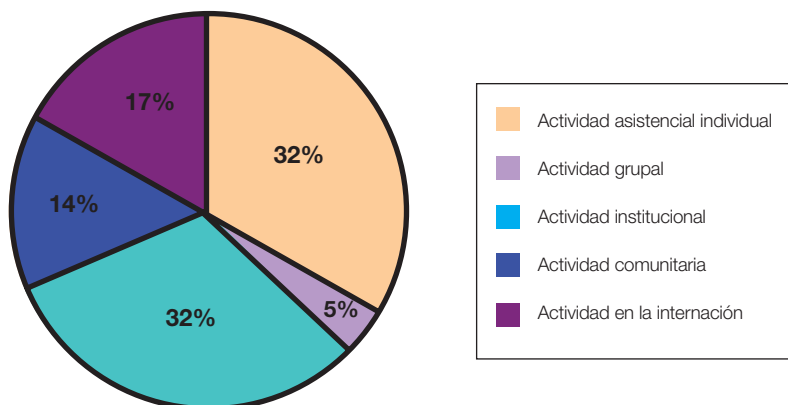
3.7) Destacamos que dentro de la Actividad grupal, la mayor frecuencia corresponde al sub-tipo B4 (Grupo Terapéutico) con 878 prestaciones, que representa el 95,12% de las mismas, mientras que otros tipos tienen una frecuencia de cero. ¿Cómo lo interpreta?.

EJE 4) TRABAJO INTERSECTORIAL

4.1 Observando los siguientes dos gráficos, les preguntamos: ¿Cómo se registran las actividades intersectoriales?

Gráfico. Frecuencia relativa del total de prestaciones, Servicio de Salud Mental Hospital Área Programa Ing. Huergo, Provincia de Río Negro, 2005-2009

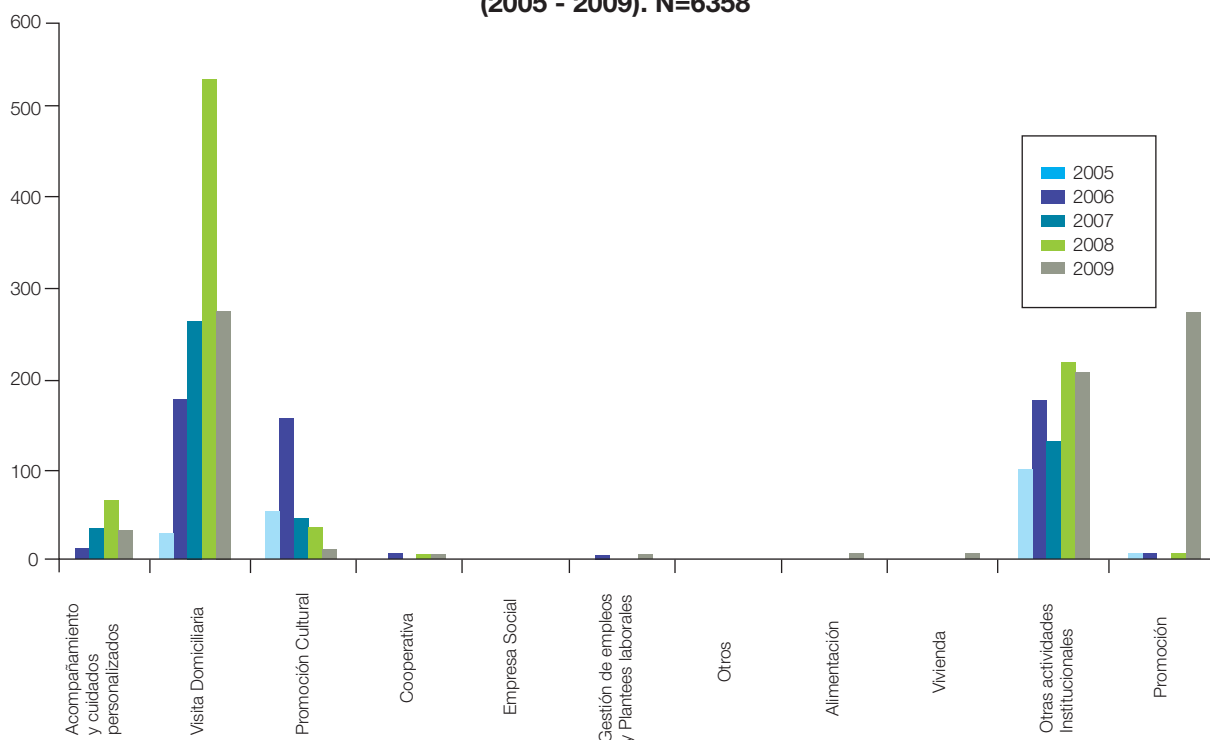
Frecuencia relativa por Tipo de Prestaciones (2005 - 2009)
N=20051



Fuente: Elaboración propia en base a información de la investigación. Hospital Ingeniero Huergo. Servicio de Salud Mental Comunitaria.

Gráfico. Prestaciones de tipo D (Atención comunitaria) por subtipo de prestaciones, Servicio de Salud Mental Hospital Área Programa Ing. Huergo, Provincia de Río Negro, 2005 -2009.

Prestaciones institucionales por subtipos de prestaciones (2005 - 2009). N=6358



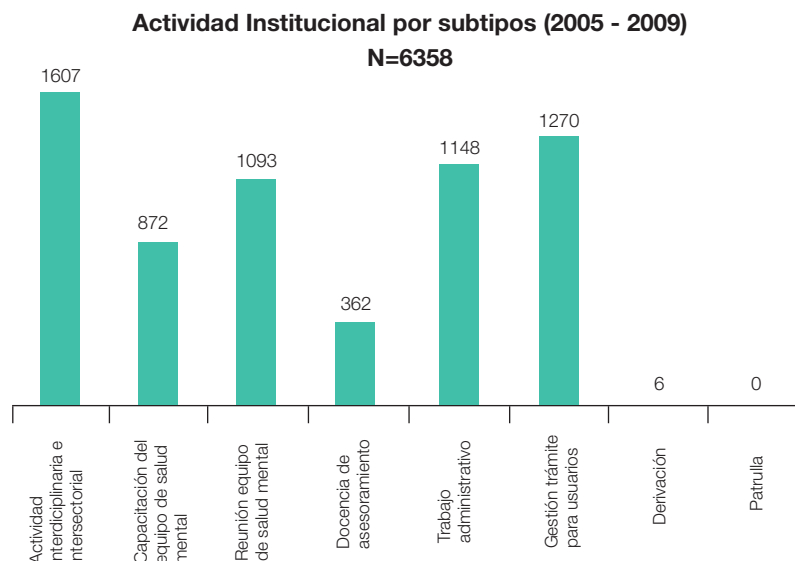
Fuente: Elaboración propia en base a información de la investigación. Hospital Ingeniero Huergo. Servicio de Salud Mental Comunitaria.

4.2) Destacamos que del total de 20051 prestaciones en el período de estudio, sólo el 4 % (814 prestaciones) son de tipo D6. ¿Cómo interpreta este dato?

EJE 5) MÉTODO DE REFLEXIÓN –ACCIÓN

5.1) Observando el siguiente gráfico ¿Puede interpretar la frecuencia de la actividad “reunión de equipo de SM C3 (1093), “capacitación equipo de SM”, C2 (872) y “docencia y asesoramiento” C4 (362), y la relación entre ellas?

Gráfico. Prestaciones de tipo C (Actividad Institucional) por subtipo de prestaciones, Servicio de Salud Mental Hospital Área Programa Ing. Huergo, Provincia de Río Negro, 2005 -2009.



Fuente: Elaboración propia en base a información de la investigación. Hospital Ingeniero Huergo. Servicio de Salud Mental Comunitaria.

5.2) ¿Cómo interpreta los siguientes datos referidos a la Actividad institucional?

Tabla. Prestaciones Tipo C (Actividad Institucional), frecuencia absoluta, relativa, promedios anual y mensual, Servicio de Salud Mental Hospital Área Programa Ing. Huergo, Provincia de Río Negro, 2005-2009

Tipo de prestación	Frecuencia absoluta (período 5 años)	Porcentaje	Promedio anual	Promedio mensual
Tipo C: Actividad institucional	6.358	31,7%	1.272	106

Fuente: Elaboración propia en base a información de la investigación. Hospital Ingeniero Huergo. Servicio de Salud Mental Comunitaria.

PREGUNTAS GENERALES DE CIERRE

1. ¿Cree usted que las estadísticas reflejan el trabajo concreto que usted realiza?
2. ¿Cree que refleja al modelo desde el que se trabaja?
3. Observaciones o datos que le haya llamado la atención en los cuadros presentados.
4. ¿Cuáles cree que son las falencias del registro?
5. ¿Cuáles cree que son los puntos fuertes del registro?
6. Sugerencias.

MUNICIPALIDAD DE GUALEGUAYCHÚ

SISTEMATIZACIÓN DEL PLAN OPERATIVO LOCAL DE IMPLEMENTACIÓN DE SALUD MENTAL COMUNITARIA DE GUALEGUAYCHÚ (POLISAMECO).

Martín R. Piaggio¹, Esteban M. Piaggio¹, Verónica L. Landó¹, Verónica Albónico^{1,2}, María E. Benetti^{1,2}, Jessica Boniardi^{1,2}, María F. Bugnone^{1,2}, Marissa De Batista^{1,2}, Silvina Laugas^{1,2}, Pamela Maradey^{1,2}, Nerea Muller^{1,2}, Yanina Mussi^{1,2}, María E. Neffe^{1,2}, Mariana Personen^{1,2}, Florencia Tesone^{1,2}.

RESUMEN La implementación del POLISaMeCo -Plan Operativo Local de Implementación de Salud Mental Comunitaria- en el Municipio de Gualeguaychú supone un cambio de paradigma en relación a lo que entendemos por salud. Ya no se concibe a la misma como ausencia de enfermedad, sino desde el modelo de la complejidad, entendiendo al mismo como un proceso socio-histórico, atravesado por múltiples dimensiones: lo biológico, lo psicológico, lo cultural, lo familiar, lo político, lo económico y lo ambiental.

Se propone un abordaje de la Salud Mental desde la Atención Primaria de la Salud, con un enfoque comunitario promotor de la inclusión y participación social, desde espacios grupales y talleres con base en la comunidad que se enmarcan en programas municipales de abordaje de las distintas problemáticas de la comunidad: violencia familiar, desnutrición y sobrepeso, adicciones, etc.

El registro y el análisis de las prácticas cotidianas se constituyen en una herramienta necesaria a la hora de priorizar y orientar las acciones en salud mental y crear nuevas estrategias en función de las necesidades específicas de esta población. Es por ello que se está trabajando en la sistematización de información que nos permita alcanzar los fines planteados.

El objetivo de esta experiencia es contar con información útil acerca de la situación de salud mental de la población beneficiaria del POLISaMeCo que permita priorizar y orientar las acciones en salud mental. Los objetivos específicos son: elaborar un mapa epidemiológico por área programática que permita identificar las principales problemáticas de salud de la ciudad de Gualeguaychú, monitorear y evaluar los objetivos propuestos en el Plan de Salud Mental Comunitario y crear nuevas estrategias.

¹ Dirección de Salud

² Equipo de Salud Mental Comunitaria

CORRESPONDENCIA A:

Verónica Landó

Correo electrónico: dirsalud@gualeguaychu.gov.ar

OBJETIVO GENERAL

Construir un registro de la población beneficiaria del POLISaMeCo que permita priorizar y orientar las acciones en Salud Mental.

DURACIÓN

Desde el año 2009 hasta la fecha ininterrumpidamente.

MÉTODO

Cuando se comenzó a implementar el POLISaMeCo, no existía un sistema de registro unificado en todos los CAPS/CIC. Cada profesional del equipo de salud mental registraba de manera informal las actividades realizadas.

Durante el año 2010 se construyeron nuevos instrumentos de recolección que constituyen el antecedente de lo que luego será la Planilla única de registro, la cual se diseña en 2011 tomando como base un sistema de registro producto de una experiencia realizada por un miembro del Equipo en Río Negro. La misma tiene como antecedentes otras fuentes que se utilizaban como instrumento de recolección de datos que no habían sido diseñadas con esos fines (historias clínicas, planillas de actividades, actas de reuniones, planillas de referencia y contrarreferencia y cuaderno de campo). La planilla única permite registrar integralmente las prácticas de salud mental comunitaria.

El equipo realizó una capacitación interna cuando se elaboró este instrumento y aún continúa en evaluación, siendo modificado a partir de lo que surge con su implementación.

RESULTADOS RELEVANTES

Permitió visibilizar aspectos cuali-cuantitativos de la implementación del POLISaMeCo: las problemáticas prevalentes de Salud Mental, la concurrencia o por el contrario la inasistencia de la población a los espacios grupales propuestos. Hacer visibles estos datos permite tanto hacer una evaluación en proceso como de impacto: reconocer logros y dificultades, visualizar obstáculos culturales (representación acerca de la atención grupal) que porta tanto el equipo como los usuarios, plantear nuevos objetivos y planificar nuevas acciones. Consideramos que este trabajo de registro y análisis de la información es de gran importancia para repensar la práctica cotidiana y ofrecer un servicio de salud mental acorde a las necesidades de la comunidad, así como fundamentar la gestión de nuevos recursos.

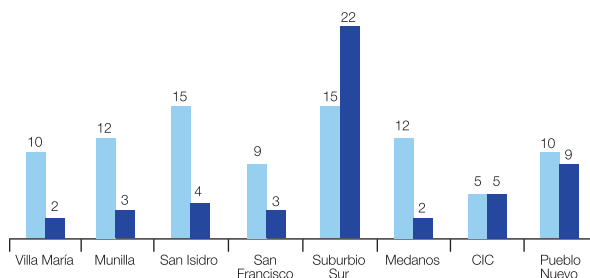
PRINCIPALES RESULTADOS

A partir de los datos recabados de las actividades que se desarrollan desde el POLISaMeCo se eligieron tres a modo de ejemplo: las intervenciones comunitarias realizadas en el marco del Proyecto de Prevención de Adicciones y Promoción de la salud, dos talleres (niños/as y adolescentes) y las consultas recibidas en el espacio de orientación y evaluación de la demanda, para arribar a las primeras reflexiones acerca de la problemática en Salud Mental. En cuanto al Gráfico 1, comparamos la concurrencia a los talleres de niños y adolescentes. Pudimos observar que las mayores dificultades se advierten en el taller de adolescentes dado que la asistencia es intermitente y menor que la de los niños. Se advierte que tanto el horario como el lugar en que se desarrollan podrían estar constituyendo un obstáculo. En cuanto al horario, se superponen con las actividades

escolares, y al mismo tiempo, no es un horario habitual para los adolescentes reunirse por la mañana. Estos actores expresan que prefieren evitar compartir tiempos y espacios con otros adultos y/o prefieren diferenciarse y tener un lugar físico y simbólico propio. En el único caso en que existió una alta concurrencia se utilizó como estrategia que el taller de adolescentes se desarrolle dentro del horario escolar -previo acuerdo interinstitucional- en el marco del Programa Municipal “Huertas comunitarias”. Desde el año 2012, algunos talleres de adolescentes se desarrollan en instituciones comunitarias, en horarios que no interfieren con actividades escolares lo cual ha resultado en un aumento de la cantidad de participantes, en el sostenimiento del espacio y la conformación de grupos.

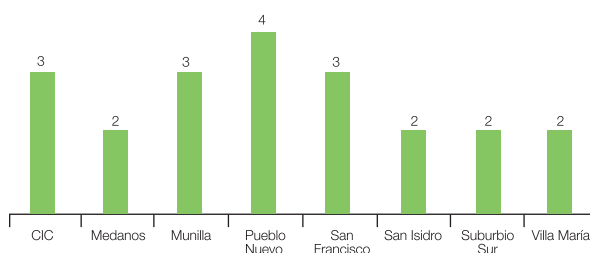
Siguiendo con los Gráficos 2, 3 y 4, podemos observar que ha existido una respuesta participativa por parte de distintos actores sociales e institucionales en el marco del Proyecto de Prevención de Adicciones y Promoción de la Salud, conformándose equipos de trabajo para lograr la planificación, organización y puesta en práctica de eventos comunitarios. Sólo en un C.A.P.S. se advierten dificultades para lograr estos resultados.

Gráfico 1. Número de participantes del taller de niños según Centro de Atención Primaria de Salud. Gualaguaychú 2011.



Fuente: Plantilla de registro del equipo de Salud Mental Comunitaria.

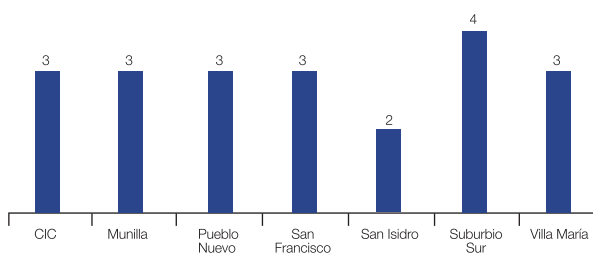
Gráfico 2. Número de encuentros realizados para organizar actividades en cada Centro de Atención Primaria de Salud a partir del Proyecto de Prevención y Promoción de las Adicciones. Gualaguaychú 2011.



Fuente: Plantilla de registro del equipo de Salud Mental Comunitaria.

Gráfico 3. Número de instituciones participantes que pertenecen al área programática de cada Centro de Atención Primaria de Salud del Proyecto de Prevención y Promoción de las Adicciones. Gualaguaychu 2011.

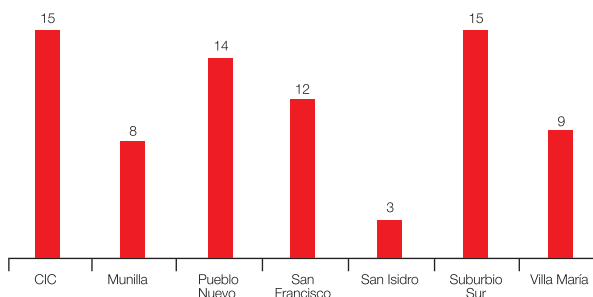
El Centro de Atención Medranos no cuenta con participantes.



Fuente: Plantilla de registro del equipo de Salud Mental Comunitaria.

Gráfico 4. Número de personas que participaron de la organización de actividades por cada Centro de Atención Primaria de Salud a partir del Proyecto de Prevención y Promoción de las Adicciones. Gualaguaychú 2011.

El Centro de Atención Medranos no cuenta con participantes.



Fuente: Plantilla de registro del equipo de Salud Mental Comunitaria.

la limitación en los registros durante año 2009, dado que sólo se registraba la cantidad de pacientes que realizaban consultas en salud mental, existiendo para ello una planilla. Para superar esta situación, se construyeron nuevos instrumentos de recolección de datos. El equipo continúa trabajando en la definición de términos que definir situaciones de sufrimiento mental sin patologizarlas y dando cuenta de la complejidad que implica su abordaje. Identificamos otro obstáculo vinculado con el formato papel en el que se registra por no contar con las computadoras para el equipo de salud mental, lo que está en vías de resolverse.

RECOMENDACIONES A OTROS AUTORES

Creemos que todo Plan, Programa o Proyecto de Salud Mental Comunitaria debe incluir desde su formulación, el registro y la sistematización como parte de los objetivos dentro del proceso metodológico, a fin de evitar que este aparezca como un apéndice y que además se inicie tardíamente. Ello evitaría perder información que resulta relevante obtener desde el inicio.

Además, consideramos necesario que quienes realicen los registros deben ser capacitados y asesorados previamente para facilitar la tarea y conocer la importancia que tiene la misma para redefinir objetivos y estrategias continuamente. Ello podría evitar que el registro se burocratice o deje de realizarse.

Para hacer del trabajo de registro y sistematización un producto de valor social, transformador de la realidad, se considera necesario que la información esté disponible para posibilitar cambios en las políticas de salud mental.

OBSTACULOS Y RESOLUCIONES

Previo a la implementación del POLISaMeCo, no había criterios definidos, ni un registro detallado de los datos ante el pasaje de una modalidad tradicional de atención individual hacia una modalidad de abordaje grupal. Para superar este obstáculo, se acordaron criterios para el buen registro y sistematización en el campo de la Salud Mental, que posibilitara priorizar y orientar las acciones en salud mental y crear nuevas estrategias en función de las necesidades específicas surgidas en la población. Uno de los obstáculos que se identificó es que en los CAPS/CIC los referentes de salud mental realizaban distintas actividades, lo cual implicaban distintos registros. Para ello se unificaron objetivos y actividades en cada uno de los espacios, lo cual facilitó realizar una recolección de datos unificada.

Un segundo obstáculo que se presentó tiene que ver con

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ley Nacional de Salud Mental 26.657. [Disponible en <http://200.58.113.95/~ni000019/legislacion/leyes/general/26657.php>]. [Último acceso: 20 de julio de 2011].
- Declaración de Caracas. OPS [Disponible en http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf]. [Último acceso: 20 de julio de 2011]
- Ley provincial 2440 de Promoción Sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental. [Disponible en <http://emprendiendolibertades.com/material/jurisprudencia/Ley2440.pdf>] [Último acceso: 20 de septiembre de 2011]
- Ley 9827 programa de salud mental comunitario [Disponible en: <http://www.senadoer.gov.ar/galeria/ley/9827.pdf>] [último acceso: 20 de septiembre de 2011]
- Municipalidad de Gualeguaychú. Plan operativo local de implementación de salud mental comunitaria. Dirección de Salud Municipal: Gualeguaychú, 2009.
- Menéndez E. Morir de alcohol. Saber y Hegemonía médica. México: Mexico; 1990.
- Ferrara F. Teoría Social y Salud. Buenos Aires: Catálogo.1985.
- Laurell C. La Salud – Enfermedad como Proceso Social. Publicación Revista Latinoamericana de Salud. 1982; 2.
- Jodelet. D. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici, S. Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós, 1984.
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. – 10a. revisión. v. 3. Lista tabular. Washington, D.C.: OPS; 1995. (Publicación científica 554).

ANEXOS



POLISaMeCo

Registro de Actividades

Tipos de Actividades

A-Asistenciales.

B-Grupales.

C-Institucionales.

D-Comunitarias.

A- ACTIVIDAD ASISTENCIAL INDIVIDUAL

A1- ATENCIÓN DOMICILIARIA

A2- INTERCONSULTA

A3- ENTREVISTA DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DEMANDA

A4- ATENCIÓN EN CONSULTORIO INDIVIDUAL

A5- INTERVENCIÓN DE URGENCIA

A6- EXAMENES Y CONTACTOS PARA FINES ADMINISTRATIVOS

A7- ENTREVISTA CON FAMILIAR O REFERENTE DE UN USUARIO.

A1- ATENCIÓN DOMICILIARIA

*Actividad asistencial programada.

*En el domicilio o lugar de referencia del usuario.

*Se diferencia de visita domiciliaria (D2)

*Sus objetivos son asistenciales (atención psicoterapéutica, curaciones, etc).

A2- INTERCONSULTA

*Responde a la solicitud de otro servicio.

*Se realizan de servicio a servicio y no de técnico a técnico.

A3- ENTREVISTA DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DEMANDA

*Primer contacto de una persona con el Equipo donde se ofrece escucha, orientación e información.

*La demanda puede resolverse en este acto (una o más entrevistas) o volcarse en reunión de equipo para evaluar aceptación de la demanda y ofrecimiento del servicio (estrategia).

A4- ATENCIÓN EN CONSULTORIO INDIVIDUAL

*En el marco de un tratamiento como parte de la estrategia que puede incluir otros recursos.

*Puede ser brindada por uno o más efectores.

A5- INTERVENCIÓN DE URGENCIA

*Se realiza tanto en ámbitos sanitarios como fuera de ellos.

*Por cualquier miembro del equipo.

A6- EXÁMENES Y CONTACTOS PARA FINES ADMINISTRATIVOS

*Evaluación del estado o condición de SM de una persona o más a pedido de una institución y/o autoridad (judicial, laboral, policial, sanitaria, etc.)

A7- ENTREVISTA CON FAMILIAR O REFERENTE DE UN USUARIO

*En el marco de un tratamiento como parte de la estrategia que puede incluir otros recursos.

*Puede ser brindada por uno o más efectores.

*Busca armar una red de sostén y acompañamiento del usuario.

*Puede realizarse dentro del ámbito sanitario o fuera de él.

B- ACTIVIDAD GRUPAL

B 1- GRUPO DE ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES

B 2- EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DEMANDA GRUPAL

B 3- GRUPO TERAPÉUTICO.

B 4- TALLERES.

B 5- MULTIFAMILIAR.

B 1- GRUPO DE ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES

*Reunión grupal programada.

*Pueden o no participar familiares y otros referentes.

*Dentro o fuera del ámbito hospitalario.

B 2- EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DE LA DEMANDA GRUPAL

*Dos o más personas tienen el primer encuentro con el Equipo de SM.

*Objetivo: Brindar contención, información, orientación y evaluar la demanda.

*Espacio de reflexión para la problemática.

*Coordinado por dos o más efectores.

B3- GRUPO TERAPÉUTICO

*Actividad programada.

*Dirigido a usuarios con problemáticas comunes o agrupables en el marco de un tratamiento.

*Incluiría abordaje Grupal de “Despegarse”.

B4- TALLERES

*Abordajes Grupales donde se maneja la metodología de taller.

*Pueden ser de distinta naturaleza según sus fines propuestos: recreativos, educativos, promocionales, etc.
Esta actividad se diferencia de (D 3,4,5)

B5- MULTIFAMILIAR

- *Espacio grupal destinado a familiares, amigos o referentes del usuario en tratamiento.
- *Su objetivo es el abordaje grupal de problemáticas comunes de sus miembros.
- *Se diferencia de A7.

C - ACTIVIDAD INSTITUCIONAL

C 1 – ACTIVIDAD INTERDISCIPLINARIA E INTERSECTORIAL

C 2 – CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL

C 3 – REUNIÓN EQUIPO DE SALUD MENTAL

C 4 – DOCENCIA Y ASESORAMIENTO

C 5 – TRABAJO ADMINISTRATIVO

C 6 – GESTIÓN TRÁMITE PARA USUARIOS

C 7 – DERIVACIÓN

C 8 – PATRULLA

C 1 – ACTIVIDAD INTERDISCIPLINARIA E INTERSECTORIAL

- *Reunión programada y con objetivos definidos.
- *De miembros del ESM con agentes de otros servicios (equipo de Salud ampliado).
- *Con referentes de otros sectores institucionales (incluye equipos intersectoriales, violencia, VIH, educación para la salud).

C 2 – CAPACITACIÓN DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL

- *Formación y capacitación a través de cursos, congresos, reuniones locales o provinciales específicas, espacios de lectura, supervisiones, etc.

C 3 – REUNIÓN EQUIPO DE SALUD MENTAL

- *Actividad periódica, pautada y necesaria.
- *Objetivos: Reflexión, diagramación, planificación y evaluación de estrategias; de organización del servicio, novedades de la actividad en los distintos dispositivos con el fin de la socialización.
- *Pautado o generado por necesidad del Equipo.

C 4 – DOCENCIA Y ASESORAMIENTO

- *Los beneficiarios son integrantes de otros servicios o sectores, de la misma institución o de otra.
- *Incluye capacitación de enfermería, ateneos, asesoramiento a promotores de salud, supervisión de otros equipos de SM, participación en comités o juntas, etc.

C 5 – TRABAJO ADMINISTRATIVO

- *Registro de la tarea que no implica trabajo técnico sanitario específico.
- *Ej: Organización de archivos, tipeo de oficios o informes, carga de datos, etc.

C 6 – GESTIÓN TRÁMITE PARA USUARIOS

- *Para un usuario ambulatorio dentro del ámbito institucional sanitario (sea dentro de la institución o en otra).

C 7 – DERIVACIÓN

- *Traslado de un usuario de una institución a otra con fines de atención, evaluación u otra prestación.
- *Puede o no incluir el acompañamiento de un efector del equipo.

C 8 – PATRULLA

- *En un centro sanitario de otra localidad.
- *En situación de crisis o en actividad promocional y/o preventiva con referentes sanitarios locales.

D – ACTIVIDAD COMUNITARIA

D 1 – ACOMPAÑAMIENTO Y CUIDADOS PERSONALIZADOS

D 2 – VISITA DOMICILIARIA

D 3 – PROMOCIÓN CULTURAL

D 4 – PROMOCIÓN LABORAL

4.1 – Cooperativa

4.2 – Empresa social

4.3 – Gestión de empleo y planes laborales

4.4 – Otros

D 5 – PROMOCIÓN SOCIAL

D 6 – OTRAS ACTIVIDADES INTERINSTITUCIONALES

D 7 – PROMOCIÓN A INICIATIVAS DE AUTOGESTIÓN

D 1 – ACOMPAÑAMIENTO Y CUIDADOS PERSONALIZADOS

*Acompañamiento en todos los aspectos cotidianos de un usuario (higiene, confort, elaboración de alimentos, vestirse, limpieza doméstica, etc).

*Se diferencia de atención individual personalizada (A1)

D 2 – VISITA DOMICILIARIA

*Se diferencia de (A1).

*Actividad no asistencial, modo programado.

*Actividad de promoción, prevención o seguimiento, entrega de medicación, etc.

D 3 – PROMOCIÓN CULTURAL

*Generalmente interinstitucional o de gestión comunitaria.

*Coordinada o supervisada por el ESM.

*Destinada a tareas recreativas, educativas y culturales.

D 4 – PROMOCIÓN LABORAL

*Generalmente interinstitucional o de gestión comunitaria.

*Su objetivo es la inclusión laboral en sus distintas posibilidades y momentos.

*Incluye seguimiento y monitoreo de la inclusión laboral.

4.1– Cooperativa

4.2– Empresa social

4.3 – Gestión de empleo y planes laborales

4.4 – Otros

D 5 – PROMOCIÓN SOCIAL

*Generalmente interinstitucional o de gestión comunitaria.

*Destinada a propender a la satisfacción de la necesidad de los usuarios y sus familias de vivienda y alimentación.

*Es una actividad de Gestión con los sectores responsables de estos aspectos.

D 6 – OTRAS ACTIVIDADES INTERINSTITUCIONALES

*Realizadas con otras instituciones de la comunidad (juntas vecinales, ONGs, religiosas, judiciales, fuerzas de seguridad, etc).

*Evaluación de demanda institucional, difusión de la ley, educación para la salud, etc.

D 7 – PROMOCIÓN A INICIATIVAS DE AUTOGESTIÓN

*Acompañamiento por parte del servicio de SM a actividades autogestionadas de la comunidad promoviendo el fortalecimiento de las capacidades individuales y grupales de autogestión (grupos, familias, vecinos, usuarios, etc)

HOSPITAL INTERZONAL “JOSÉ ESTÉVES”

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS DE REGISTRO Y EVALUACIÓN DE PROCESOS DE REHABILITACIÓN Y ASISTENCIA DE PACIENTES EXTERNADOS DE UN HOSPITAL MONOVALENTE

Mario Woronowski¹.

RESUMEN El Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A.) se pone en marcha en el año 1999 partiendo de la premisa de que es deber del Estado utilizar los recursos del sistema público de salud para la restitución de derechos vulnerados por la subsistencia de la institución manicomial, y de que es posible hacerlo a partir del protagonismo de los propios trabajadores del sistema, modificando gradualmente y en profundidad las prácticas naturalizadas por los procesos de institucionalización psiquiátrica. La capacitación en servicio, soporte decisivo de esa transformación, se orienta a transformar los desafíos y obstáculos de la práctica en situaciones de aprendizaje, diseñando propuestas en función de las necesidades de cada fase de implementación del programa. Los dispositivos del PREA son los soportes de una clínica de la externación asistida, cuya eficacia deberá ser evaluada por su capacidad de responder a los desafíos que la externación asistida presenta.

Sus actividades se fueron diseñando en función de las necesidades planteadas en cada fase de implementación del programa, teniendo como destinatarios directos e indirectos a diferentes actores al interior y al exterior del hospital.

La experiencia que aquí se presenta describe la implementación de un proyecto destinado a la construcción participativa de criterios y herramientas de registro y evaluación que permitieran:

1. Visibilizar y legitimar la multiplicidad de intervenciones que conforman la clínica de la rehabilitación y la externación asistida.
2. Contribuir a la construcción de estrategias multidisciplinarias de intervención.
3. Construir o afianzar criterios contrastables y validables de seguimiento de la evolución de las usuarias del programa
4. Construir o afianzar criterios de evaluación de las intervenciones de los trabajadores del programa.

De acuerdo a los lineamientos sobre la capacitación en servicio sostenidos por este equipo, la metodología adoptada fue la siguiente: partir de los obstáculos registrados en la propia marcha del Programa; habilitar dispositivos que permitieran transformar esos obstáculos en situaciones de aprendizaje, e ir generando los instrumentos conceptuales, operativos y técnicos que permitieran su superación. Si bien la experiencia se encuentra en pleno desarrollo, es posible afirmar que la construcción participativa de los instrumentos de registro y evaluación y su implementación por parte de los equipos, ya ha resultado en un registro de acciones antes inexistente, en cambios significativos en la dinámica de los equipos de trabajo, y en la implementación de estrategias clínicas de intervención consensuadas y evaluadas colectivamente.

¹ *Coordinador del Equipo de Capacitación del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (PREA), Hospital José Estéves. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.*

CORRESPONDENCIA A:

Mario Woronowski
Correo Electrónico: marioworonowski@gmail.com

OBJETIVO GENERAL

Generar visibilidad sobre la diversidad de acciones implicadas en las tareas de rehabilitación y asistencia en la externación de pacientes del hospital monovalente como insumos necesarios para la construcción de estrategias multidisciplinarias de intervención.

DURACIÓN

Las preguntas iniciales datan de mediados de 2009, el proceso de construcción de los instrumentos comienza en marzo de 2010 y su aplicación en junio de 2011. La experiencia se encuentra en desarrollo.

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

Desde comienzos del año 2009 se instala un espacio regular de reflexión del equipo de Coordinación con el equipo de Capacitación del P.R.E.A.², con el objeto de abordar una serie de dificultades expresadas por diferentes instancias, predominando la constante irrupción de situaciones de urgencia. Esa primera etapa permite focalizar esas dificultades en la articulación entre dispositivos, que conspiran contra la capacidad de anticipar problemas y operan como fuente de malestar entre trabajadores y obstáculo a la eficacia de las intervenciones. Se concluye en la necesidad de comenzar abordando el plano organizacional vigente desde los inicios del Programa, que se revelaba disfuncional a la implementación de estrategias singulares de intervención. Se entiende esa modificación como la base material indispensable para encarar la profundización del trabajo en equipo.

Una vez elaborado, el proyecto de reorganización se pone a consideración de los trabajadores. En ese contexto se fueron diseñando, presentando y poniendo a prueba los instrumentos de registro, seguimiento y evaluación de que da cuenta el presente trabajo.

La experiencia responde a las siguientes necesidades:

1. Las múltiples acciones implicadas en las tareas de rehabilitación y asistencia de personas externadas del hospital neuropsiquiátrico no están contempladas en los protocolos de registro en uso en los servicios de salud mental. Esto representa un doble problema:

- Esas acciones quedan invisibilizadas para los distintos niveles de la administración, resultando, para el sistema de salud, en prácticas no - existentes.
- El “sub-registro” de tareas consideradas como no-clínicas, arrastra el efecto de ubicarlas como tareas “menores” y constituye un serio obstáculo para una clínica compleja que requiere de una pluralidad de miradas y saberes.

Nominar esas acciones, las habilita como insumo clínico y permite situarlas junto a otras en su común condición de “intervenciones”. Dignifica también la posición de muchos trabajadores en el interior de los equipos y abre espacios para la reflexión crítica, a la que muchas veces quedan sustraídas.

2. El registro de las diversas intervenciones se realizaba de dos formas: a través de anotaciones en la Historia Clínica, o a gusto y decisión de cada trabajador. Resultaban Historias Clínicas sobresaturadas de información (por lo tanto de difícil abordaje) y registros personales sólo accesibles a quien los realizaba. Se entendió necesario diseñar un instrumento capaz de registrar intervenciones diversas en un formato común a todas ellas, apto para ser puesto bajo la mirada de los equipos y ganar así “distancia crítica” respecto de las mismas. Esto posibilitaría historizar, percibir secuencias, proponerse objetivos y evaluar el resultado de las acciones.

3. El establecimiento de estrategias complejas de intervención tiene como requisito superar el impresionismo y los dialectos sectoriales. El registro es un material indispensable pero no suficiente para salir de la “cultura de la urgencia”, ganar capacidad anticipatoria y efectividad en las intervenciones. Las estrategias requieren compartir un diagnóstico de situación, proponerse objetivos y articular acciones diversas. El trabajo en equipo necesita de parámetros comunes, de un lenguaje que permita objetivar (tomar como objeto situaciones cuya definición se comparte) los observables; de ahí la necesidad de diseñar un instrumento apto para el seguimiento y la evaluación de la situación de las usuarias del Programa.

4. Conscientes de la dificultad que entraña dar cuenta de intervenciones que exceden los marcos teóricos o epistemológicos consagrados y los dispositivos de evaluación en uso, la elaboración de los instrumentos que aquí se presentan se propone responder a demandas surgidas en la tarea de los equipos.

Se promovieron instancias de protagonismo del conjunto de los trabajadores de los dispositivos que integran el Programa, en un proceso permanente que incluyó, en distintos momentos y para cada uno de los instrumentos:

- elaboración de listados de actividades por cada uno de los trabajadores,
- elaboración por parte de los equipos,
- construcción de categorías,
- revisión crítica de las mismas,
- puesta a prueba de cada instrumento,
- revisión en asamblea,
- puesta en marcha.

Los ejes centrales de la discusión fueron de dos tipos:

El primero, eminentemente práctico, se centró en la justa o no con que las categorías que se iban proponiendo incluían de modo exhaustivo y excluyente las acciones y/o situaciones que pretendían clasificar.

El segundo impulsó discusiones presentes en el campo de la Salud Mental acerca de lo interdisciplinario, los distintos

¹ *Integran el equipo, además del autor, la Lic. Carmen Cáceres y la Dra. Mariana Baresi*

² *Participan como capacitadores el autor y la Lic. C. Cáceres*

enfoques sobre rehabilitación en pacientes con cronicidad y los posibles ejes de estrategias complejas de intervención. Los objetivos iniciales se han ido desplegando en pasos metodológicos de mayor especificidad. Si bien la experiencia comenzó a desarrollarse en el año 2010, la opción por la elaboración participativa de los instrumentos hizo que su aplicación plena sea demasiado reciente para evaluar el grado en que dieron respuesta al problema planteado. No obstante su adopción ya provocó efectos visibles en la cultura institucional, sistematizando la discusión clínica, la elaboración de estrategias de intervención y el carácter multidisciplinario de dichas estrategias.

La demanda de contar con instrumentos de registro, seguimiento y evaluación se desprende de las actividades de nuestros dispositivos de atención. Por tratarse de una respuesta en el marco de la tarea de “capacitación en servicio”, se buscó fundamentar la propuesta con un criterio menos teórico que artesanal. Se plantearon no obstante algunos lineamientos conceptuales:

1. Los instrumentos deberían ampliar la mirada de los equipos.
2. Se partiría de las preguntas acerca de qué mirar, cómo mirar, con qué mirar.
3. Se trataría de operacionalizar los conceptos o ideas en uso dentro de los equipos, indagando sobre el pasaje desde las “ideas” a indicadores observables.
4. A su vez, se recorrería el camino inverso: de una serie de observables a una idea o concepto que reúna lo que tienen de común y los torne pensables.
5. Se tomaría como premisa que construir un sentido que reúna y articule diversidad de hechos implica ciertos requisitos:
 - 5.1. Correspondencia (validez).
 - 5.2. Consistencia (coherencia lógica).
 - 5.3. Congruencia (no denegar datos contradictorios dentro del campo de análisis).

A su vez, se realizó un análisis crítico de algunos instrumentos de evaluación en uso, lo cual ayudó a visualizar los aspectos que no se hallaban contemplados en los mismos:

- La multiplicidad de tareas y su articulación en una mirada clínica común (clínica ampliada).
- La dimensión de sujeto como eje central del trabajo de rehabilitación y asistencia.
- La grupalidad y el lazo social como dimensiones fundantes y operantes de la subjetividad, y por lo tanto como dimensiones centrales en la clínica de la rehabilitación y la asistencia.

Como se dijo más arriba, la puesta en funcionamiento de

los instrumentos es reciente, por lo que resulta prematuro presentar resultados de su aplicación.

No obstante, se observan efectos en la práctica de los equipos asistenciales, atribuibles al proceso de construcción participativa de los mismos.

Se desarrollaron cuatro tipos de instrumentos. Cada uno se encuentra en una fase distinta de implementación.

1. Registro periódico de acciones del Programa:

Se construyó un registro de actividades a partir de la descripción de las mismas por parte de los trabajadores, posteriormente agrupadas por categorías y sometidas a un período de prueba hasta su reciente incorporación como práctica sistemática de registro estadístico del Programa y su elevación a la Dirección del Hospital a los fines que correspondan (anexo 1).

2. Protocolo de registro de intervención:

Se trata de una matriz sencilla, cuya función es generar una distancia crítica que sitúe a cada intervención en relación a diagnósticos y objetivos situacionales y abra camino al desarrollo de estrategias singulares (Anexo 2).

3. Instrumento de seguimiento y evaluación de la situación de las usuarias:

Se propone sistematizar el seguimiento de la situación de las usuarias articulando dos planos de la problemática de la rehabilitación y la asistencia: el autovalimiento y la autonomía. Se define al primero como la capacidad de una persona de proveerse las condiciones necesarias al sostén de la vida cotidiana, y a la segunda como el grado en que un sujeto puede hacerse cargo de la propia existencia (Anexo 3).

4. Parámetros de evaluación de las intervenciones:

En estado aún embrionario, se ponen a prueba parámetros que permitan situar las intervenciones de operadores de diversas formaciones e incumbencias alrededor de un eje común. Se intenta pensar a dichas intervenciones desde una mirada de clínica ampliada (Anexo 4).

RECOMENDACIONES A OTROS ACTORES

- Proponer y llevar a cabo el proceso de diseño y puesta en práctica de instrumentos de seguimiento y evaluación, como capacitación y construcción colectiva al servicio de la superación de los obstáculos encontrados en la tarea de la rehabilitación y asistencia de personas con padecimiento mental severo.
- Diseñar y poner a prueba instrumentos que propician una mirada multidisciplinaria.
- Incluir la dimensión subjetiva como parámetro de evaluación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarante, Paulo: "Locos por la vida". Ediciones Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires. 2009.
- Appollon, Willi y otros: "Tratar la psicosis". Ed. Polemos. Buenos Aires. 1997.
- Castel, Robert: "La gestión de los riesgos". Ed. Anagrama. Barcelona. 1984.
- Castel, Robert: "El orden psiquiátrico". Ed. La Piqueta. Madrid. 1980.
- De Souza Campos, Gastón W: "Gestión en Salud. En defensa de la vida." Ed. Lugar. Buenos Aires. 2001.
- Galende, Emiliano: "Psicoanálisis y Salud Mental. Para una Crítica de la Razón Psiquiátrica." Ediciones Paidós Ibérica, S.A. – 1996.
- Morin, Edgar: "Introducción al pensamiento complejo". Gedisa. 1990.
- Souza Minayo, Cecilia: "El desafío del conocimiento". Lugar Editorial. Buenos Aires 1997.

ANEXO I

ANEXO 1.1: CATEGORIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUE DESEMPEÑA EL EQUIPO DEL PREA, HOSPITAL ESTEVES.

Tipo A: Actividades asistenciales.

Tipo B: Actividades de acompañamiento y sostén.

Tipo C: Actividades internas del PREA y de articulación con otras áreas del Hospital Esteves.

Tipo D: Actividades interinstitucionales.

Tipo E: Actividades comunitarias.

Actividades de Tipo A

- A.1** Psicoterapia individual.
- A.2** Psicoterapia grupal.
- A.3** Entrevistas familiares.
- A.4** Entrevista psiquiátrica.
- A.5** Entrega de medicación.
- A.6** Administración de medicación.
- A.7** Entrevista para realización de perfiles laborales.
- A.8** Intervención en situación de crisis.
- A.9** Acompañamiento en situaciones vitales (duelos, pérdidas personales, enfermedad de familiares).
- A.10** Interconsulta con equipo de sala de internación (previas a la externación).
- A.11** Interconsulta con equipo de sala de internación (en situación de internación por crisis).
- A.13** Interconsulta con profesionales de otras instituciones del sistema de salud.

Actividades de Tipo B

- B.1** Talleres para la externación.
- B.2** Talleres, salidas y otras acciones con objetivos de rehabilitación.
- B.3** Asamblea de grupo convivencial.
- B.4** Visita domiciliaria.

B.5 Reuniones con familias alojantes u otras relaciones del entorno.

B.6 Asesoramiento en relación al manejo de dinero y compras personales.

B.7 Acompañamiento en trámites y gestiones.

B.8 Acompañamiento en el acceso e inserción en otras instituciones (educativas, recreativas, etc.).

B.9 Acompañamiento a usuarias en situación de internación psiquiátrica (crisis).

B.10 Acompañamiento a usuarias en situación de internación clínica.

B.11 Acompañamiento en traslados (a centros de Salud, visitas, mudanzas, etc.).

B.12 Acompañamiento a usuarias en presentación de producciones propias en actividades científicas y sociales (congresos, jornadas, etc.).

B.13 Actividades de formación y apoyo al acceso a lo laboral de usuarias del PREA.

B.14 Formación y sostén de emprendimientos laborales.

Actividades de Tipo C

- C.1** Reunión de equipo.
- C.2** Reunión plenaria de trabajadores.
- C.3** Reuniones de capacitación.
- C.4** Asamblea general del PREA – trabajadores y usuarios.
- C.5** Escritura de registros (de actividades, reuniones, Historia Clínica, etc.).
- C.6** Gestiones administrativas.

Actividades de Tipo D

- D.1** Comunicaciones y gestiones con instancias del Poder Judicial.
- D.2** Comunicaciones y gestiones con otros organismos estatales de nivel local, provincial y nacional.
- D.3** Comunicaciones y gestiones con organismos no gubernamentales.
- D.4** Participación del equipo en actividades científicas.
- D.5** Participación del equipo en actividades socio-culturales.

Actividades de Tipo E

- E.1** Difusión en los medios y la comunidad acerca de las distintas actividades del PREA y de su perspectiva.
- E.2** Talleres recreativos, culturales y artísticos.
- E.3** Actividades educativas.
- E.4** Actividades de formación y apoyo al acceso a lo laboral.
- E.5** Realización de eventos comunitarios recreativos.
- E.6** Realización de eventos comunitarios culturales.
- E.7** Gestión de recursos para viajes.
- E.8** Realización de viajes.

ANEXO II

MATERIAL GUÍA DE REGISTRO DE INTERVENCIÓN⁴.

1. ¿Con qué objetivo vamos a intervenir?
2. ¿Qué encontramos?
3. ¿Cómo intervenimos?
4. ¿Qué efecto tiene la intervención?
5. ¿Qué tarea - objetivo nos proponemos de aquí a la próxima intervención?

ANEXO III

CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA EL SEGUIMIENTO CLÍNICO. GUÍA DE PAUTAS.

1. Evaluación de autovalimiento por áreas de desempeño.

- 1.1** Actividades domiciliarias.
 - 1.1.1** Mantenimiento e higiene.
 - 1.1.2** Cocina.
 - 1.1.3** Administración de recursos.
 - 1.1.4** Administración y uso del espacio.
- 1.2** Actividades de relación con la comunidad.
 - 1.2.1** Manejo del dinero.
 - 1.2.2** Circulación: amplitud, orientación, manejo de medios de transporte.
 - 1.2.3** Gestiones.
 - 1.2.4** Manejo de hábitos sociales
- 1.3** Cuidado de sí

- 1.3.1** Relación con la medicación.
- 1.3.2** Alimentación.
- 1.3.3** Higiene personal.
- 1.3.4** Evaluación de riesgos.

2. Evaluación de autonomía.

- 2.1** Relación con el padecimiento subjetivo.
- 2.2** Relación con sus deseos.
- 2.3** Proyecto/s personal/es.

3. Redes Sociales.

- 3.1** Próximas: descripción (mapa) – características.
- 3.2** Ampliadas: descripción (mapa) – características.

4- A partir de una sugerencia de la Lic. Carmen Cáceres

ANEXO IV

Si bien se trata de un aspecto de mínimo desarrollo instrumental, se está poniendo a prueba el criterio de evaluar toda intervención, teniendo en cuenta que la misma incluye siempre dos componentes:

1. Un componente de apuntalamiento.
2. Un componente de subjetivación.

Se postula que una buena intervención, siempre direccionada hacia los horizontes de autovalimiento y de autonomía, consiste en encontrar la combinatoria entre esos dos componentes más ajustada a la singular situación a la que responde.

SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

PROPUESTA DE PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE PRIMERAS CONSULTAS EN SALUD MENTAL DE LOS CENTROS DE SALUD MUNICIPALES DE LA CIUDAD DE ROSARIO, SANTA FE (2010 – 2011)

Alvaro Labarrere¹, Ariana Márquez¹, María G. Gastaldi¹, Romina, Muller¹, Verónica Blanco¹, Mario Chavero¹, Débora Danielli², Sandra Gerlero³, Cecilia Augsburg³.

RESUMEN La Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, desde hace varios años, ha puesto de manifiesto la necesidad de contar con información epidemiológica para el diseño de acciones en salud mental asentadas en diagnósticos situacionales de la población. A través de la Dirección de Salud Mental (SM), se instituye desde sus inicios una Comisión de Epidemiología (1992) con la participación abierta y voluntaria de profesionales psicólogos y psiquiatras. En ese marco, y de modo asistemático, se han llevado a cabo variadas experiencias tendientes a desarrollar modalidades e instrumentos diversos para el registro y relevamiento de información pertinente. Aún cuando resultaron experiencias valiosas para sensibilizar sobre la relevancia de la dimensión colectiva de los problemas mentales y para generar debates en torno a la necesidad de elaborar información local, no fue posible constituir un proceso de relevamiento sistemático para tal fin.

Frente a la ausencia de información sistematizada, la Comisión actual toma como eje prioritario el problema de la falta de registros sobre la situación de Salud Mental en el ámbito de las intervenciones en el primer nivel de atención de la red de Salud Pública Municipal. Además, objetiva esta tarea la necesidad de propiciar el debate entre los profesionales sobre la construcción colectiva de herramientas que permitan producir una información útil para la toma de decisiones en la organización de los servicios y la definición de los recursos a nivel local.

Metodológicamente se diseña una Planilla de Registro y Notificación de primeras consultas en Salud Mental en los Centros de Salud, definida en base a cuatro dimensiones de caracterización poblacional: demográfica; socio-económica; sanitario-institucional y problemática-subjetiva. Con el propósito de producir información epidemiológica que permita expresar relaciones entre la trama social y el padecimiento subjetivo se identifican seis (6) problemáticas de salud mental atendiendo a su frecuencia y severidad.

En el relevamiento de la fase de prueba, se destaca la magnitud de consultas de niños, jóvenes y adultos jóvenes, con preeminencia de mujeres. Una alta proporción de usuarios/as no tiene empleo al momento de la consulta o realiza actividades laborales “no estables”. El período de Junio a Noviembre mantiene esas mismas características. El nivel de escolarización es óptimo y acorde a la edad, sólo para el grupo en edad de escuela primaria (6-12 años). Los motivos de consulta se distribuyen en todas las categorías seleccionadas para el estudio; y se define como necesaria la continuidad terapéutica en un alto porcentaje de casos, siendo baja la resolutiveidad en la primera consulta. La georreferenciación de los eventos en salud se constituye en una herramienta potencial de relevancia para el establecimiento de patrones de distribución espacial de los eventos investigados.

¹ *Secretaría de Salud Pública*

² *Directora de Salud Mental Secretaría de Salud Pública*

³ *Instituto de la Salud “Juan Lazarte”*

*Miembros de la Comisión de Epidemiología Secretaría de Salud Pública
Municipalidad de Rosario.*

CORRESPONDENCIA A:

Alvaro Labarrere

Correo electrónico: a.labarrere@gmail.com

OBJETIVO GENERAL

Construir información sanitaria y de base poblacional en Salud Mental (SM) sobre las primeras consultas en los Centros de Salud Municipales de la Red de Atención Primaria en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe.

DURACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Esta experiencia comienza en el mes de noviembre de 2010. Pueden distinguirse en ella diferentes momentos, conforme los avances y reformulaciones que se desarrollaron a partir de diferentes instancias de evaluación colectiva.

Inicialmente, durante los meses de noviembre y diciembre de 2010 se propuso un Estudio Piloto que puso a prueba el Instrumento de Registro y los Circuitos de Elaboración de la Información. En este período se involucra un número limitado de Centros de Salud (20) en los cuales los profesionales adscriben voluntariamente su participación. A partir de una instancia evaluativa la actividad se transforma en una propuesta institucional dirigida hacia la totalidad de los Centros de Salud (44). En esta nueva fase se toma como período de relevamiento de la información de junio a noviembre de 2011, en la cual se implementa el Instrumento de Registro, modificado a partir de la experiencia inicial.

RESULTADOS

El trabajo se plantea en función del objetivo de construir información epidemiológica en Salud Mental sobre la población consultante en los Centros de Salud Municipales de la Red de Atención Primaria (APS) en la ciudad de Rosario. El ámbito público de servicios de salud municipal comprende una red sanitaria organizada en hospitales y Centros de Salud, éstos últimos distribuidos en los 6 distritos en que se divide el territorio del municipio. La red de atención primaria está conformada por 44 Centros de Salud, que cuentan en su totalidad con recursos en SM. Es en el ámbito de estos centros de salud donde se lleva a cabo la experiencia. La participación de los profesionales del campo en la producción de información epidemiológica se está institucionalizando, comprometidos actualmente 26 Centros de Salud.

La elaboración del Instrumento de Registro, así como el involucramiento de los profesionales de Salud Mental, ha merecido un trabajo colectivo, continuo y sistemático. En el transcurso de los años 2010 y 2011, se realizaron dos Jornadas para presentar la propuesta de Registro de 1º Consulta en SM en APS. En la primera, octubre de 2010, se convocó con la finalidad de organizar junto con todos los profesionales de la red de centros de salud interesados en participar de la experiencia, todo lo relativo al comienzo de la Prueba Piloto (presentación de la planilla, definición del número total de centros, criterios para el registro, fecha de iniciación y de finalización, elaboración de base de datos, informatización del registro, modo de presentación y circulación de la información producida, etc.). Finalizada la experiencia piloto y habiendo realizado

el análisis de la información, se realiza una nueva Jornada, en mayo de 2011, donde se presenta el Informe elaborado sobre la experiencia, y se debaten las modificaciones necesarias en el Instrumento de Registro. La convocatoria fue abierta a todos los profesionales de Salud Mental de la red municipal (psicólogos y psiquiatras de 1º, 2º y 3º nivel de la red). Ambas reuniones permitieron avanzar en el objetivo estratégico de sensibilizar a los profesionales de Salud Mental de la red respecto a la importancia de contar con información epidemiológica.

El Instrumento de Registro elaborado ha permitido obtener datos y producir información conforme las 4 dimensiones destacadas:

1. Dimensión Demográfica: nombre del consultante (codificado), domicilio, edad, sexo, DNI.
2. Dimensión Socio - económica: nivel de instrucción, situación laboral, provisión de subsistencia, identificación de situación de convivencia.
3. Dimensión Sanitario - institucional: vínculo con institución sanitaria a la que consulta (adscripción), origen de la demanda, tipo de intervención derivada de la consulta.
4. Dimensión de problemática subjetiva: motivo de consulta principal, motivo de consulta secundario, gravedad de la consulta, identificación de la urgencia.

El sistema de clasificación empleado es el resultado de una construcción propia elaborada por el grupo de trabajo. En función de la experiencia inicial y la percepción de los profesionales sobre las problemáticas más frecuentes en atención primaria se definen 6 categorías. Estas devienen del interés de monitorear situaciones frecuentes, complejas y/o severas que requieren una atención privilegiada. Las categorías definidas son: violencia (física, psíquica, sexual), intento de suicidio, consumo de sustancias, problemáticas de la infancia, manifestaciones de padecimiento psíquico, otros motivos de consulta.

La población objetivo se constituye con los consultantes de 1ra vez a salud mental en centros de salud.

La información sanitaria del período Junio – Noviembre del 2011 señala que se registran 1064 usuarios/as de consultas de admisión. Estas consultas se distribuyen de manera heterogénea entre los distintos distritos sanitarios aportando el Distrito Oeste el 30% (n: 350), el Sudoeste el 22% (n: 238), el Norte el 21% (n: 185) y de manera pareja el Noroeste y el Sur con el 14% (n: 151) y 13% (n: 140) respectivamente.

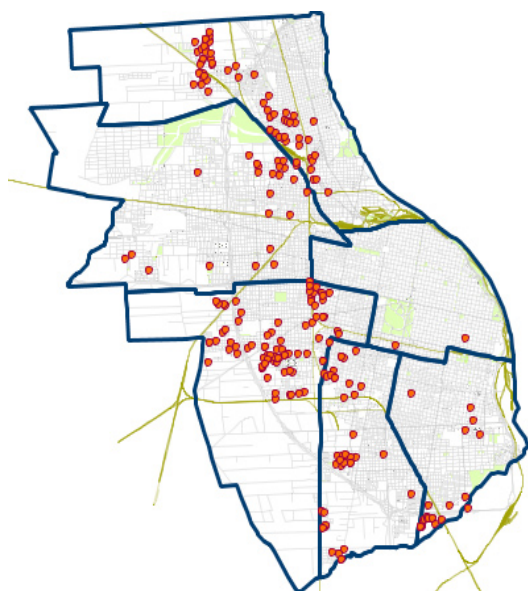
El promedio de consultas mensuales de primera vez es de 177, con una mayor proporción en los meses de Julio y Agosto.

La distribución por sexo indica que el 62% son mujeres, mientras que el 37% son varones y no se dispone de datos en el 1%. El grupo etáreo de mayor demanda es la población adulta entre 25 y 59 años (n: 494) especialmente

te entre 25 y 40 años. Sigue en importancia el grupo de niños y púberes hasta los 13 años (n: 312).

El proceso de georreferencia del ámbito de residencia de los consultantes hace visible que éstos están repartidos en todo el territorio municipal, aunque con menor presencia en el distrito centro, tal como se muestra en el Gráfico 1.

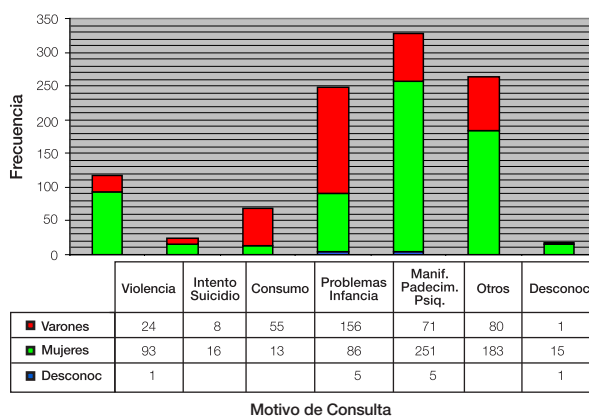
Gráfico 1. Georreferencia de las consultas en Salud Mental de primera vez en los Centros de Atención Primaria. Municipalidad de Rosario, Junio-Noviembre 2011.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el estudio.

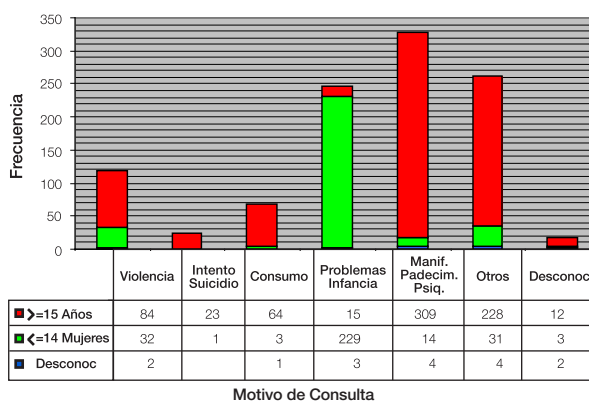
El análisis de la situación laboral de la población consultante indica que el 52% de ellos no trabajan, si lo hace el 30%, pero con alta primacía de trabajo inestable. Las amas de casa representan el 11%, mientras que los jubilados y pensionados sólo alcanzan el 4%. Entre las mujeres en edad laboral, sólo trabaja el 38% de ellas, que en la mayor proporción lo hace en forma inestable; mientras el 26% no trabaja y otro 22% se define como ama de casa. Entre los varones en edad laboral, trabajan el 58% de ellos, pero más de la mitad en condiciones inestables, mientras que el 32% no cuenta con ocupación laboral. Los principales motivos de consulta se distribuyen por sexo y por edad según se muestra en los Gráficos 2 y 3. Del conjunto de consultas de primera vez el 5% de ellas son categorizadas como urgencias y el 95% restantes no. Asimismo, el 7% de los que solicitaron atención resuelven su problemática en la primera consulta, mientras que el 83% requiere continuidad de la atención.

Gráfico 2. Motivos de Consultas en Salud Mental de primera vez en los Centros de Atención Primaria según sexo. Municipalidad de Rosario, Junio-Noviembre 2011.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el estudio.

GRÁFICO 3. Motivos de Consultas en Salud Mental de primera vez en los Centros de Atención Primaria según rango etareo. Municipalidad de Rosario, Junio-Noviembre 2011.



Fuente: Elaboración propia en base a datos obtenidos en el estudio.

HOSPITAL DE NIÑOS VÍCTOR J. VILELA DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

UN DESAFÍO TEÓRICO – METODOLÓGICO: LA INCLUSIÓN DE LA EPIDEMIOLOGÍA COMO ARTICULADOR DE LA CLÍNICA Y LO SANITARIO EN LA GESTIÓN DE UN SERVICIO DE SALUD MENTAL EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD. HOSPITAL DE NIÑOS VÍCTOR J. VILELA DE LA SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DE LA MUNICIPALIDAD DE ROSARIO.

Andrea Labartete, Adelina Faráh, Beatriz Rasetti, Laura Medina, Liliana Bossus, Silvia Solís, Cristián Lizzi, Silvana Fabbri, Patricia Alfonso, Sandra Cejas, Cinthya Tagliafico.

RESUMEN La Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario¹ crea en el año 1998 el Programa Municipal de Salud Mental. El Proyecto de este Servicio sitúa que la lógica de la Salud Mental implica recuperar lo político y legitimar a los trabajadores como los sujetos creadores y pilar fundamental de la gestión. Advierte que la complejidad de los problemas sociales no puede ser reducida a través del conocimiento científico y del manejo administrativo, al servicio de controlarlos o solucionarlos burocráticamente, para evitar que se conviertan en problemas políticos². Se plantea que la demanda – explícita o silenciosa – define el campo de la Salud Mental, resultando impostergable tomar conocimiento sistemático de la misma en toda la red de atención.

Se proponen dos ejes de trabajo:

1. Elaborar categorías, indicadores e instrumentos que permitan sistematizar la información de la demanda y articular la dimensión político sanitaria del acto clínico; avanzar en un diagnóstico epidemiológico que posibilite diseñar estrategias de intervención acordes a las necesidades de la población; optimizar recursos y ponderar abordajes alternativos de las problemáticas relevantes de los grupos más vulnerables.
2. Desarrollar capacidad de respuesta específica con dispositivos clínicos adecuados a las problemáticas graves y complejas del padecimiento subjetivo infanto juvenil³.

Se elabora colectivamente un Nomenclador provisorio de problemáticas centrado en la categoría impacto subjetivo y otro de estrategias de intervención desagregado en diversas prácticas.

El Servicio diseña un instrumento de registro de la consulta organizado en tres apartados: datos personales y familiares, aspectos socioculturales y aspectos clínicos.

Se construye una base de datos con los siguientes campos: fecha, identificación profesional/paciente, tipo y procedencia de consulta, nomenclatura de problemáticas y estrategias, georreferenciación, grado de riesgo, indicadores de vulnerabilidad, seguimiento del proceso asistencial.

La experiencia colectiva de registros en toda la red de efectores se interrumpe por la renuncia de tres Direcciones de Salud Mental consecutivas ante la denegación del gobierno municipal de condiciones imprescindibles e irrenunciables para el trabajo específico del área.

Este Servicio sostuvo el registro sistemático de todas las consultas recibidas, elaborando desde el año 2000 informes anuales del perfil de la demanda como insumos privilegiados para la planificación estratégica y la gestión clínica hospitalaria, y como aportes para la definición de políticas de Salud Mental en el municipio.

CORRESPONDENCIA A:

Andrea Labartete
Correo electrónico: alabart0@rosario.gov.ar

OBJETIVO GENERAL

El campo de la Salud Mental no ha estado ajeno a los devastadores efectos de El discurso del capitalista⁴: estigmatización de los pacientes con clasificaciones reduccionistas al servicio del mercado (DSMIV/CIE 10), invisibilidad de los

condicionantes estructurales y sociales del sufrimiento subjetivo, psiquiatrización o segregación del enfermo mental, fragmentación de los procesos de atención/intervención, aislamiento del trabajador/equipo, ausencia de monitoreo de las prácticas y sus resultados, pérdida del capital colectivo producido en experiencias y saberes, son algunas de esas consecuencias.

Asumir la dimensión política de nuestra labor clínica, ha sido el orientador de esta experiencia con el propósito de jerarquizar los registros como reserva privilegiada de la historia singular y colectiva; arrancar del anonimato individual el padecimiento subjetivo revelando sus condicionamientos sociales y su reproducción en las prácticas de salud instituidas; verificar el requerimiento del trabajo entre varios; recuperar el valor del nombre, del acontecimiento, de la responsabilidad del acto producido en una consulta.

RESULTADOS

Para este trabajo se seleccionaron algunas categorías que permitan visualizar el cambio del perfil de la demanda y la complejización de las estrategias necesarias para su abordaje, analizándolas comparativamente en los años 2002 y 2010.

RESPECTO DE LA POBLACIÓN ASISTIDA

- Se constata un aumento absoluto y relativo de las consultas por problemáticas en la primera infancia (2002 – 31:441 casos; 7% / 2010 – 79:344 casos; 23%) y en la adolescencia (2002 – 38:441 casos/ 2010 – 71:344 casos).
- Se verifica un aumento absoluto y relativo de la población procedente de otras comunas y provincias: 2002 – 33:441 (7.5%) / 2010 – 60:344 (17.5%).
- Se detecta un aumento relativo de la población atendida con Cobertura Social por las problemáticas de impacto subjetivo por enfermedades orgánicas y por ruptura del

lazo: 2002 – 46:441 (10.5%) / 2010 – 49:344 (14.2%).

- El 29% de los pacientes atendidos (99:344) no está referenciado al sistema público de salud y carece de cobertura social. (Año 2010).
- Los indicadores de vulnerabilidad de mayor impacto presentaron la siguiente distribución desagregada, combinándose más de uno en muchas situaciones. Año 2010: situaciones de violencia y abuso 128:344, con antecedentes previos 84:128; conflicto de la responsabilidad tutelar 125:344; antecedentes personales o familiares de patología crónica o discapacitante 82:344; infección por HIV 15:344; antecedentes personales o familiares de patología psiquiátrica 42:344; conflictos con la ley 41:344; consumo de sustancias 39:344; familia numerosa 38:344; precariedad simbólica o diversidad cultural 29/344; madre o padre fallecido/s 22/344; madre adolescente 22:344; situación de calle o precariedad extrema de recursos materiales 19:344; antecedentes personales o familiares de institucionalización 11:34; indocumentados/no escolarizados 9:344; hacinamiento familiar 8:344.

¹El Sistema de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario cuenta con una red de efectores integrado por 52 Centros de Salud (distribuidos territorialmente), tres Hospitales generales de mediana complejidad, un Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias, una Maternidad y dos Hospitales de alta complejidad (el Hospital de Emergencia Clemente Álvarez para adultos y el Hospital de Niños V. J. Vilela).

²Andrea Labartete. Proyecto de gestión del Servicio de SM del Hospital de niños V. J. Vilela, septiembre 2000.

³Op. Cit

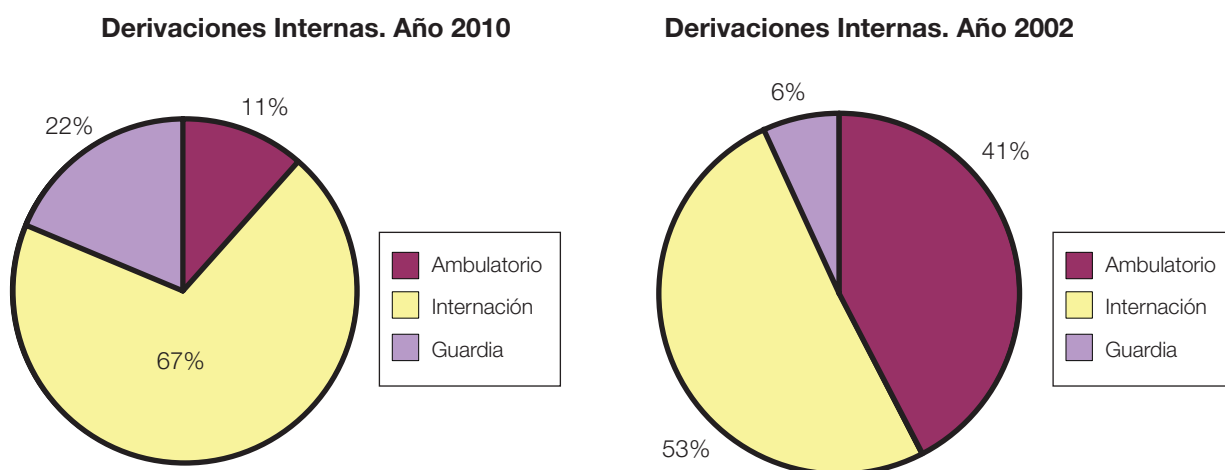
⁴Jacques Lacan. Conferencia de Milán, mayo de 1972.

RESPECTO DEL TIPO Y PROCEDENCIA DE LA CONSULTA⁵

- En relación a las Derivaciones Internas (DI) se identifica un aumento absoluto y relativo de las procedentes de la Guardia: 2002 – 16:286 (5.6%) / 2010 – 62: 286 (21.5%), motivadas en el 92% de los casos por la detección de la problemática “impacto subjetivo por ruptura del lazo” (violencia, abuso sexual y crisis/urgencias subjetivas).
- En relación a las Derivaciones Externas (DE) se constata una disminución acorde a la orientación de la demanda en los diferentes niveles de la red (2002 – 86:441 / 2010 – 32:344). El dato más significativo es la variación de la procedencia de las mismas: en el 2002 el 90% procedía

de la institución Escuela; en el 2010 el 90% procedieron de la Dirección Provincial de Protección de los derechos del niño, de Tribunales, de Hogares de alojamiento de menores, de la red sanitaria, de profesionales psiquiatras particulares.

Gráfico 1. Procedencia de las Derivaciones Internas.



⁵Tipo de consulta: Derivación externa (DE), Derivación interna (DI) y Espontánea. Procedencia DE: escuela, tribunales, red de salud, otros / DI: salas de internación, especialidades pediátricas ambulatorias y guardia.

RESPECTO DEL PERFIL DE PROBLEMÁTICAS

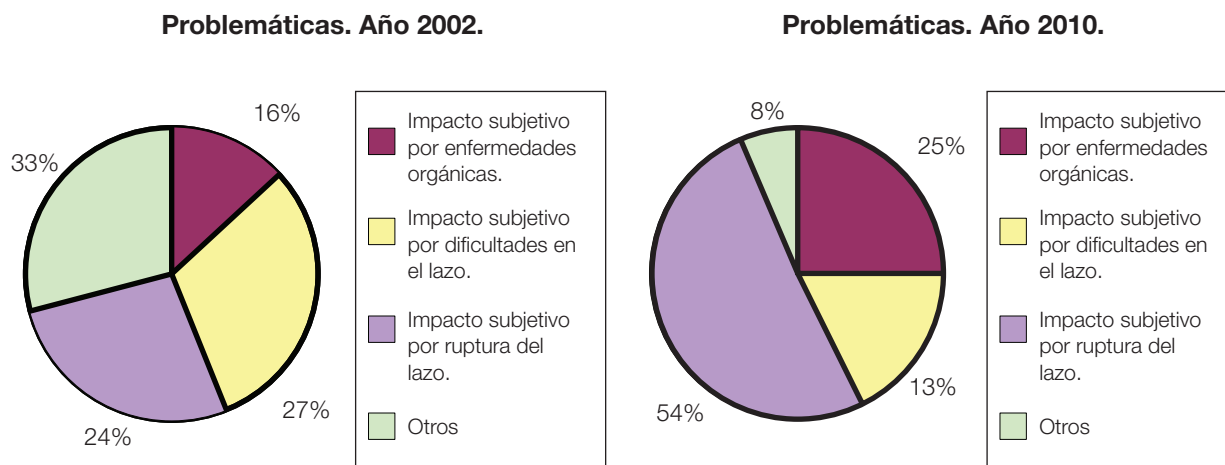
Se decide analizar para este trabajo la tendencia de las dos problemáticas⁶ consideradas más representativas de la variación del perfil de la demanda a este Servicio como un indicador de la incidencia/prevalencia de los padecimientos subjetivos en la infancia:

- El aumento absoluto y relativo de las consultas por la problemática A (2002 – 64:441; 14.5% / 2010 – 84:344; 24.4%) se corresponde con la adecuación de los dispositivos y prácticas del Servicio a la complejidad pediátrica hospitalaria.
- Respecto de la problemática E se identifican variaciones significativas en los modos de presentación y en la incidencia de padecimientos específicos.

Año 2002 (95:441 casos; 21.5%) 93:95 consultas referidas a la problemática E I: maltrato físico 32 casos/sospecha de abuso sexual 29 casos/negligencia 32 casos. Sólo 2:95 se presentaron como crisis y urgencia subjetiva.

Año 2010 (180:344 casos; 52.3%) se detecta un aumento absoluto y relativo de las consultas por la problemática E, de las cuales 39:180 se presentaron como E II crisis y urgencia subjetiva y las 141:180 restantes como E I: maltrato físico 44 casos/sospecha de abuso sexual 62 casos/negligencia en 58 casos.

Gráfico 2. Problemáticas prevalentes identificadas en las consultas



⁶Problemática A – impacto subjetivo de enfermedades orgánicas (Informe diagnóstico/ Internación/ Intervenciones médico – quirúrgicas/ Consecuencias subjetivas de enfermedades orgánicas/ Alteración de las funciones de origen orgánico). Problemática E – impacto subjetivo de la ruptura del lazo (E I: Violencia / E II: Crisis y urgencias subjetivas).

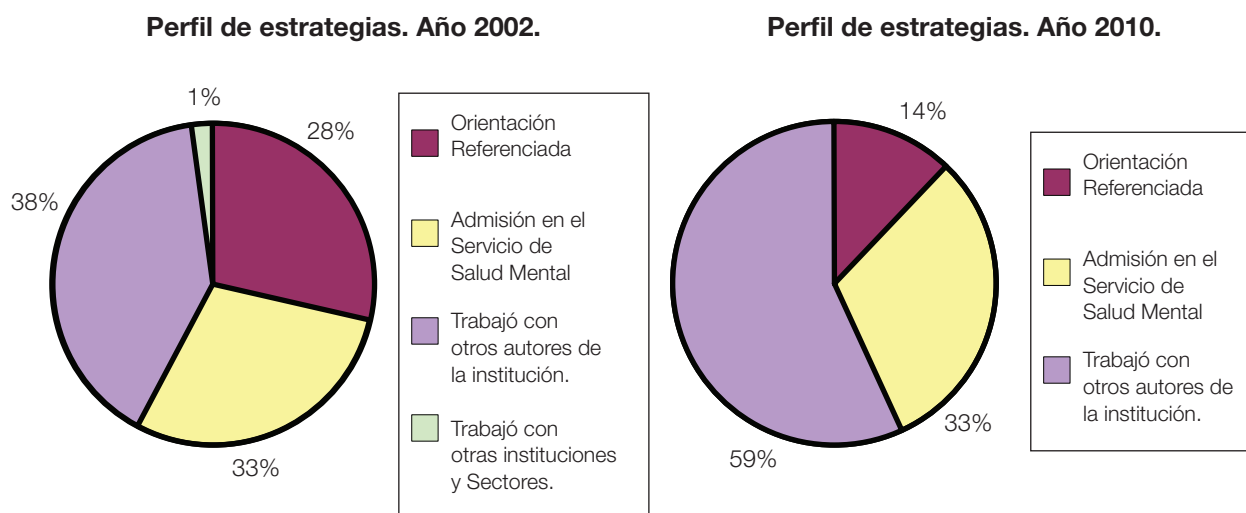
RESPECTO DE LAS ESTRATEGIAS REQUERIDAS.

Se seleccionaron cuatro variables del Nomenclador de estrategias⁷ para analizar comparativamente el período inicial y último de la experiencia.

- En el Año 2002 del total de las consultas, 120:441 (27.2%) recibieron orientación referenciada al 1° nivel de atención; 140:441 (31.7%) fueron resueltas en el dispositivo de admisión; 159:441 (36%) requirieron del trabajo interdisciplinario intrahospitalario y sólo en 5:441 (1.1%) casos se requirió implementar una estrategia intersectorial.

- En el Año 2010 todas las consultas (344) requirieron ser admitidas en el hospital; en 44:344 (12.8%) casos se implementó exclusivamente el dispositivo de admisión; en 84:344 (24.4%) casos se requirió del trabajo interdisciplinario intrahospitalario, 25 casos requirieron de la estrategia de internación como dispositivo específico de Salud Mental (SM), 17 casos requirieron tratamiento farmacológico, 54 casos requirieron de la estrategia de internación por situaciones de maltrato y en 179:344 (52%) casos fue necesario implementar una estrategia intersectorial además del trabajo interdisciplinario interno.

Gráfico 3. Perfil de estrategias requeridas.



⁷Orientación referenciada: se evalúa que la consulta puede ser orientada al 1° nivel de atención. Admisión en el Servicio: se evalúa que se requiere dar inicio al trabajo en el hospital sólo con la intervención específica del equipo de SM. Trabajo con otros actores de la institución: se requiere implementar una estrategia interdisciplinaria (equipo de salud, grupo de atención al maltrato infantil,

OBSTÁCULOS Y RESOLUCIONES

- La falta de criterios consensuados respecto de la interpretación y diagnóstico de las problemáticas de Salud Mental infanto-juveniles propicia la medicalización, neurologización y psiquiatrización de los padecimientos subjetivos convalidando prácticas que limitan o anulan el potencial de desarrollo de cada paciente, incluyendo certificaciones discapacitantes como recurso para el acceso a diferentes prestaciones.
- Los Nomencladores de Problemáticas y Estrategias utilizados han sido instrumentos posibilitadores de esta práctica de registro sistematizada, pero son exiguos y ambiguos en su especificidad clínica, en su impacto epidemiológico y político, por lo que se requiere de su reformulación colectiva. Se han elaborado propuestas al respecto.
- La falta de regulación, monitoreo y auditoría de los criterios terapéuticos en el campo de la Salud Mental infanto juvenil se expresa en la magnitud de las prescripciones de psicofármacos en el ámbito hospitalario: el 95% proceden del Servicio de Neuropediatria y el 5% del Servicio de Salud Mental.
- La falta de condiciones hospitalarias en la red de salud pública municipal y provincial para la implementación de estrategias específicas de Salud Mental en situaciones graves (guardia de salud mental, equipos capacitados, áreas acondicionadas y dispositivos clínicos para las internaciones) refuerza el temor, el rechazo y la demanda de medicación/expulsión de los pacientes por parte de los equipos de salud, generando un exceso imponderable de trabajo y responsabilidad para los profesionales del área y la imposibilidad de brindar los cuidados adecuados al padeciente.
- La falta de estrategias articuladas entre los diversos organismos del Estado y los equipos referentes de los distintos niveles de intervención - carentes de definiciones claras respecto de la direccionalidad de las mismas, de las incumbencias y responsabilidades respectivas - provoca fragmentaciones, contradicciones e incompatibilidades que reproducen la posición del niño/a o adolescente como objeto de intervención entre varios.

RECOMENDACIONES A OTROS ACTORES

- Se evidencia la correspondencia irreductible entre la condición de infancia vulnerada y manifestaciones diversas de padecimiento subjetivo, advirtiéndose el riesgo de que las medidas tomadas fragmentadamente por distintos actores en pos del resguardo o restitución de derechos, sean las productoras de la psicopatologización y desestabilización subjetiva de los niños, vulnerando aquello que se pretendía garantizar.
- Resulta imprescindible en tal sentido diseñar y consensuar una caracterización de las problemáticas de Salud Mental infanto-juveniles que contemple de manera integral las manifestaciones psicopatológicas, el contexto socio familiar de su emergencia y las condiciones estructurales subjetivas y biológicas del *infans*, para establecer una puesta en común de criterios clínicos y sanitarios que posibiliten avanzar en un diagnóstico epidemiológico nacional.
- La comprensión integral de los padecimientos subjetivos de los niños permitirá definir las condiciones imprescindibles para su abordaje idóneo específico en el sector salud y la necesidad de articulaciones y acuerdos estratégicos con la Dirección Provincial de Protección de los Derechos de Niños/as y Adolescentes.
- Las leyes nacionales de protección de los derechos de niños/as y adolescentes, de Salud Mental, del sistema de protección integral para personas con discapacidad y de prestaciones básicas, de salud sexual y reproductiva, de derechos del paciente en su relación con los profesionales y servicios de salud, instituyen el marco jurídico de un nuevo paradigma que reconoce al niño como sujeto de derechos inalienables y establece un encuadre normativo que pretende garantizar la protección integral para el desarrollo digno y pleno de la vida de cada niño/a y adolescente y por lo tanto obliga a definir políticas de Infancia y de Salud Mental Infanto-Juvenil que efectivicen su realización.

ANEXOS

NOMENCLADOR PROVISORIO DE MOTIVOS DE CONSULTA DE SALUD MENTAL

IMPACTO SUBJETIVO DE ENFERMEDADES ORGÁNICAS

Informes diagnósticos

I. Internaciones

II. Intervenciones médico – quirúrgicas

1. Amputación
2. Trasplantes
3. Quimioterapia
4. Cirugías en general
5. Otros

III. Consecuencias subjetivas de enfermedades orgánicas

1. Rechazo o negación a tratamientos
2. Dificultades o limitaciones en la vida cotidiana
3. Crisis de angustia
4. Dolor
5. Pérdidas
6. Otros

IV. Alteración de las funciones de origen orgánico

1. Estados confusionales
2. Psicosis tóxicas
3. Demencias
4. Otros

ALTERACIONES CORPORALES Y / O DIFICULTADES DE LAS FUNCIONES COMO EXPRESIÓN DE SUFRIMIENTO SUBJETIVO

I. Fenómenos psicosomáticos

1. Asma
2. Colitis ulcerosa
3. Dermatológicas
4. Reumatológicas
5. Alopecia
6. Hemorragias digestivas
7. Otros

II. Funcionales

1. Gastritis
2. Hipertensión arterial
3. Cefaleas
4. Jaquecas

5. Vómitos
6. Enuresis
7. Encopresis
8. Mareos
9. Otros

III. Trastornos del sueño

1. Insomnio
2. Terrores nocturnos
3. Pesadillas
4. Otros

IV. Trastornos de la alimentación

1. Bulimia
2. Anorexia
3. Obesidad
4. Otros

V. Trastornos del habla

1. No inclusión en el lenguaje
2. Mutismo
3. Tartamudez
4. Afasia
5. Otros

VI. Trastornos del aprendizaje

VII. Dificultades en la atención y / o concentración

VIII. Estados confusionales

IMPACTO SUBJETIVO DE DIFICULTADES EN EL LAZO (en relación al semejante)

I. Apatía

II. Aislamiento

III. Inhibiciones

IV. Agresividad

V. Impulsividad

VI. Fallas en el lazo familiar

1. Respecto a la constitución del sujeto infantil
2. En el devenir familiar

VII. Dificultades en la socialización

II. Dificultades en la socialización

MANIFESTACIONES DEL AFECTO

- I. Angustia
- II. Miedos
- III. Ansiedad

IMPACTO SUBJETIVO DE LA RUPTURA DEL LAZO

I. Violencia

- a) Activa (pasaje al acto)
- b) Pasiva (sufrida)
 - 1. Física
 - 2. Sexual
 - 3. Emocional y psíquica
 - 4. Negligencia
 - 5. Abandono
 - 6. Abuso fetal
 - 7. Síndrome de Munchausen
 - 8. Testigos de violencia

II. Crisis y urgencias subjetiva

- 1. Intento de suicidio
- 2. Crisis de angustia
- 3. Estados maníacos
- 4. Angustia traumática por accidentes y / o catástrofe

III. Fenómenos productivos

IMPACTO SUBJETIVO POR CAMBIOS Y/O PÉRDIDAS EN LO SOCIAL, EN LO AFECTIVO Y/O EN EL CUERPO

I. Social

- 1. Trabajo
- 2. Obra social
- 3. Escuela
- 4. Casa
- 5. Otros

II. Afectivas

- 1. Pareja
- 2. Familiares
- 3. Amigos
- 4. Otros

III Cambios vitales

- 1. Pubertad
- 2. Maternidad
- 3. Menopausia
- 4. Envejecimiento
- 5. Otros

ADICCIONES

I. Drogas legales

- 1. Alcohol
- 2. Tabaco

II. Drogas ilegales

- 1. Marihuana
- 2. Cocaína
- 3. Poxiran
- 4. LSD

III. Drogas de prescripción controlada

- 1. Psicofármacos
- 2. Otras

NOTA: cuando pueda discernirse el diagnóstico de PSI-COSIS, AUTISMO y de DEBILIDAD MENTAL deberá consignarse.

NOMENCLADOR PROVISORIO DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

- 1. Recepción u orientación referenciada
- 2. Admisión a) General; b) determinados dispositivos; c) ambulatoria GAMI
- 3. Tratamiento psicoterapéutico individual
- 4. Trabajo con familiares
- 5. Psicoterapia familiar
- 6. Psicoterapia de pareja
- 7. Dispositivos grupales
- 8. Tratamiento psicofarmacológico
- 9. Atención de la crisis
- 10. Intervenciones con otros
 - a) disciplinas
 - b) instituciones
- 11. Intervención en domicilio
- 12. Internación
 - a) interna
 - b) externa (derivación)
- 13. Intervenciones en sala de internación
- 14. Intervenciones en guardia
- 15. Intervenciones en la comunidad
- 16. Acompañamiento terapéutico
- 17. Prácticas de diagnóstico
 - a) Psicodiagnóstico
 - b) Evaluación psiquiátrica
 - c) Diagnóstico diferencial
 - d) Certificados
- 18. Psicoprofilaxis quirúrgica
- 19. Derivación

INDICADORES DE VULNERABILIDAD

- I madre adolescente
- II conflictos de la responsabilidad tutelar
- III situaciones de violencia y abuso
 - a) intrafamiliar/ b) extrafamiliar/ c) antecedentes previos
- IV conflictos con la ley
- V consumo de sustancias
- VI antecedentes personales o familiares de patología psiquiátrica / tratamiento psicofarmacológico/DM
- VII antecedentes personales o familiares de patologías crónicas o discapacitantes
- VIII hermanos fallecidos
- IX madre o padre fallecidos
- X situación de calle o precariedad extrema de recursos materiales
- XI precariedad simbólica / diversidad cultural
- XII familia numerosa
- XIII hacinamiento familiar
- XIV indocumentados / no escolarizados
- XV antecedentes personales o familiares de institucionalización

NOMENCLADOR PROVISORIO DE ACTUALIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL

- 1. interrumpe admisión
- 2. concluye admisión
- 3. concluye admisión / se deriva
- 4. concluye admisión / se deriva a la madre
- 5. interrumpe tratamiento sin aviso
- 6. interrumpe tratamiento con aviso
- 7. interrumpe tratamiento consensuadamente: cuando el terapeuta considera que el tratamiento debe proseguir, pero consiente que las razones de la interrupción son justificadas y no afectan en demasía la salud del niño (mudanza, situación económica, alivio de los síntomas, reordenamiento de la situación conflictiva)
- 8. continúa tratamiento
- 9. concluye tratamiento
- 10. concluye psicoprofilaxis
- 11. seguimiento en internación: cuando el paciente se interna periódicamente y el trabajo se realiza y se sostiene durante esos períodos de tiempo
- 12. se deriva: cuando se realiza un trabajo clínico en admisión o en un tratamiento y luego por criterios clínicos, de accesibilidad, y/o de posibilidad se realiza una derivación
- 13. seguimiento interinstitucional: cuando el paciente y/o la familia se deriva para su tratamiento, pero el equipo hospitalario sigue funcionando como referente en el sostenimiento de algunas intervenciones en la estrategia terapéutica.

R. U. P. A. N°:

H. Cl. de Salud Mental N°:

H. Cl. Médica N°:

Primera consulta

Fecha: / /

Nombre del profesional

Recepción:**Admisión:**

I. Datos personales

Apellido y Nombre:

Fecha de nacimiento: N° de documento:

Oriundo de:

Domicilio actual: TE:

Localidad: Seccional policial:

Distrito:

Sexo: M ☐ F ☐Obra Social: Si ☐ No ☐ Cuál:**Tipo de consulta:**

1. Ambulatoria

Espontánea ☐Derivada ☐ por:

2. Internación

Sala N°:

Preinternación

Solicitada por:

Se presentan:

Paciente ☐Padres (aclarar cual) ☐Abuelos ☐Hermanos ☐Tíos ☐Derivador ☐Otros ☐**Antecedentes de filiación**

1) Padre

Cosanguíneo

Nombre y apellido Edad

Por adopción y / o tenencia

Nombre y apellido Edad

Por función

Nombre y apellido Edad

Vínculo:

2) Madre
Cosanguínea
Nombre y apellido Edad

- Universitaria completa ☐
- Sin datos ☐

Por adopción y / o tenencia
Nombre y apellido Edad

Por función
Nombre y apellido Edad

Vínculo:

3) Hermanos (aclarar si hay por adopción)

Nombre y apellido Edad DNI

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

Referentes familiares actuales

Nombre y apellido / Vínculo

Teléfono:

Convivientes

Nombre y apellido/ Vínculo

II. Aspectos socioculturales

- Historia escolar:
- Escuela actual:
- Grado:
- Nombre de la maestra:
- Turno:
- Escolaridad de los hermanos:

Nivel de instrucción de padres o adultos responsables

- Analfabeto ☐
- Sabe leer y escribir ☐
- Primaria incompleta ☐
- Primaria completa ☐
- Secundaria incompleta ☐
- Secundaria completa ☐
- Terciaria incompleta ☐
- Terciaria completa ☐
- Universitaria incompleta ☐

Sostén económico adulto responsable

- Quién:
- Ocupación Si ☐ No ☐
 - Tipo: Estable Si ☐ No ☐
 - Pensionado Si ☐ No ☐
 - Jubilado Si ☐ No ☐
 - Planes/subsidios

Estado de la relación parental

- Casados ☐
- Unión de hecho ☐
- Divorciados ☐
- Separados ☐
- En situación judicial ☐
- Sin contacto ☐
- Otros ☐

Referentes sociales y / o institucionales (anotar teléfonos)

Tipo de vivienda

- casa ☐ propia ☐
- departamento ☐ alquilada ☐
- casilla ☐ prestada ☐
- inquilinato ☐

III. Aspectos clínicos

Motivo de consulta según:

- Padres
- Derivador
- Niño

Fecha de ingreso: / /

Motivo:

- Enfermedad orgánica ☐ Cuál:
- Riesgo familiar, social o subjetivo ☐ Cuál:
- Accidente ☐ Vía pública ☐ Hogar ☐
- Otros ☐

Tipos de intervención

- Recepción en nuestro Servicio Sí ☐ No ☐
- Orientación referenciada a:
- Admisión Sí ☐ No ☐ Rechazo o negativa ☐

Intervención clínica

- Admisión : padres / niño/ equipo de salud

Concluye ☐ Interrumpe ☐ Se deriva ☐

-Inicia tratamiento ☐ Concluye ☐ Interrumpe ☐

- Dispositivo terapéutico grupal ☐ En sala ☐ Ambulatorio ☐

Frecuencia de atención

- Diaria ☐

- Semanal ☐

- Quincenal ☐

- Mensual ☐

- Otros ☐

Módulos (de 1º consulta)

- 30' ☐

- 45' ☐

- 60' ☐

- más de 60' ☐

Tipo de trabajo

- Específico ☐

- En equipo ☐

Hospitalario ☐ Equipo de maltrato ☐

Trabajo social ☐

Enfermería ☐

Equipo Anidar ☐

Clínica médica ☐

Especialidades ☐

Comité de Ética ☐

Extrahospitalario ☐ Intersectorial ☐

Judicial ☐

Escuela ☐

Red municipal ☐

Otros ☐

Problemática detectada en recepción

Problemática definida por Nomenclador

Estrategia definida por Nomenclador

Observaciones

Seguimiento del proceso asistencial

PROYECTO SUMA

ASISTENCIA Y REHABILITACIÓN EN SALUD MENTAL

TALLER DE INSERCIÓN LABORAL DE PROYECTO SUMA DESARROLLO E INCORPORACIÓN DE LA EVALUACIÓN EN LAS ACCIONES DEL ÁREA DE INSERCIÓN LABORAL DE SUMA (2009-2010):

Sara Ardila ^{1,2}, Martín Agrest ¹, Adriana Hönig ¹, Lorena Navarrete ^{1,3}, Silvia Wikinski ^{1,4}.

RESUMEN Durante el periodo 2009-2010 se realizó una investigación evaluativa^{2,3,4} del programa de inserción laboral que funciona en el Proyecto Suma, la cual partió del reconocimiento de que un problema común a las prácticas de atención en salud mental en nuestro contexto es la escasez de evaluaciones sobre ellas, lo cual ha sido marcado en el área de rehabilitación. El objetivo general de la investigación fue sistematizar el trabajo desarrollado por el área de inserción laboral de Suma, y los objetivos específicos estuvieron orientados a describir y analizar las líneas teóricas y prácticas que se han ido construyendo en el trabajo del área de inserción laboral y analizar las estrategias evaluativas que se vienen utilizando en dicha área, sugiriendo adecuaciones a las mismas.

Para tal fin se realizaron observaciones participantes, entrevistas (a usuarios actuales y pasados y a la coordinadora del programa), y revisión de registros y documentos. Se realizaron observaciones a 6 participantes del grupo de reflexión, entrevistas individuales a 5 de los 7 participantes estables, entrevista a la coordinadora, sistematización de las 43 fichas de entrevistas de admisión, entrevistas telefónicas con 10 de los 13 participantes del grupo que en el momento de la investigación no estuvieran concurriendo (muestreo intencional⁵), así como de los informes finales y otra documentación relacionada.

Los resultados señalan dificultades comunes de programas de salud mental, tales como la necesidad de revisar los objetivos mismos a fin de que sean evaluables y de que la evaluación dé cuenta de lo que se hace; y la importancia del diseño de los registros desde la perspectiva de que serán utilizados para evaluaciones ulteriores

¹ Proyecto SUMA.

² Departamento de Salud Comunitaria (UNLa)

³ Cátedra de Salud Mental/ Salud Pública II (Fac. de Psicología-UBA) ⁴ NINFA (UBA-CONICET)

CORRESPONDENCIA A:

Martín Agrest

Correo Electrónico: magrest66@gmail.com

DURACIÓN DE LA EXPERIENCIA

La investigación se realizó entre agosto de 2010 y marzo de 2011.

OBJETIVO GENERAL

En términos generales, los dispositivos de rehabilitación en salud mental suelen caracterizarse por una reducida sistematización y evaluación de sus procedimientos y resultados, hecho que se relaciona en parte con su origen como práctica “marginal” y “extramédica” dentro de las instituciones psiquiátricas¹. Las dificultades que conlleva esta escasa sistematización y evaluación se relacionan con la imposibilidad en muchos casos de “institucionalizar” tales

dispositivos, en el sentido de que puedan mantenerse en el tiempo más allá de sus gestores originarios, o que puedan ser retomados y desarrollados en otros lugares (atendiendo, claro está, a las particularidades contextuales en cada caso), generando esto una considerable pérdida de esfuerzos y de recursos, pues se necesita casi que “empezar de cero” cada vez que se quiere iniciar una estrategia de tratamiento de este tipo.

Por lo tanto, el objetivo general fue sistematizar el trabajo desarrollado por el área de inserción laboral de Suma, durante el tiempo que llevaba de funcionamiento, tomándose como lapso el período comprendido entre mayo de 2009 y octubre de 2010. Se plantearon a su vez dos objetivos específicos:

1. Describir y analizar las líneas teóricas y prácticas que se han ido construyendo en el trabajo del área de inserción laboral de Suma;
2. Analizar las estrategias evaluativas que se vienen utilizando en el área de inserción laboral de Suma, sugiriendo adecuaciones a las mismas.

RESULTADOS

Partiendo de los objetivos específicos de la investigación, es posible resaltar como significativos los siguientes resultados:

Cambios entre lo planificado y lo ejecutado: El programa diseñado inicialmente como una serie de actividades que acompaña en todo el proceso de inserción laboral, distaba de lo que era el estado del mismo en el momento en el que se realizó la investigación. Esto es esperable en cualquier programa o servicio (la distancia entre lo planificado y lo ejecutado), y lo que se debe hacer es identificar y comprender los aspectos que incidieron en dicho cambio y, a su vez, si pese a los mismos, se sigue manteniendo el objetivo inicialmente planteado^{6,7}.

Dentro de los aspectos que incidieron en dicho cambio, es de resaltar el referido a la estructura organizacional de la institución, y a la ubicación del área de inserción laboral en ella. Al ser el programa una de las primeras actividades que ofrecía la institución, éste tuvo en sus inicios un lugar central y destacado dentro del organigrama institucional. No obstante, a medida que fue creciendo la oferta de servicios, resultaba necesario reubicar al programa de inserción laboral, o bien, pensar sus conexiones con otras áreas que iban surgiendo. Asimismo, es posible que en un comienzo, al tener mayor visibilidad, los recursos dirigidos al programa fueran mayores que lo que ocurrió posteriormente.

LOS RESULTADOS DE ACUERDO A LOS USUARIOS

A partir de las entrevistas hechas a los usuarios actuales y pasados, se encontró que muchos de ellos planteaban la importancia de tener mayores ofertas de trabajo real, es decir, posibilidades para poder pasar a la práctica lo que aprendían en teoría en el grupo de reflexión. Esto puede leerse como una limitante del programa y en consecuencia como un área a desarrollar, y a su vez puede leerse como un posible resultado favorable del proceso, y es el del deseo e interés por trabajar generado en estas personas. Sin embargo, y como se desarrollará más adelante, este desarrollo del “interés” por trabajar y la demanda por mayores oportunidades de trabajo sólo podría ser evaluado si es contemplado como objetivo desde el inicio, y si se registra de algún modo el punto de partida de este “deseo” o “interés” en los usuarios que llegan al programa.

LA OPERACIONALIZACIÓN DE CONCEPTOS Y SU USO PARA LA EVALUACIÓN

Uno de los objetivos planteados fue el describir y analizar las líneas teóricas del programa, encontrándose una sólida fundamentación conceptual de la tarea realizada. Sin embargo, y también como aspecto común a los programas y servicios de Salud Mental, se presentaba cierta ausencia de operacionalización de dichos conceptos, y más aún, de su inclusión en las herramientas de registro. Por ejemplo, si un criterio de admisión es el de “agrupabilidad”, con bases teóricas en el trabajo de grupos, este tendría que estar de algún modo descrito y registrado en los formatos de admisión.

A su vez, si un resultado esperable desde la teorización es el de la “subjetivación”, este tendría que contemplarse en alguna medida en los registros. Por ejemplo, y como se ha discutido en el marco de otro proyecto de investigación realizado en la misma institución, un posible indicador de mejoría sería el pasar de ser “enviado” a un dispositivo, a “decidir ir”. Esto marcaría un cambio en el posicionamiento de la persona frente a su tratamiento, pero este cambio sólo sería susceptible de evaluación al registrarse.

LA DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS

Los objetivos son centrales para la evaluación, pues es a partir de ellos que es posible comparar lo realizado con lo planificado⁸. Los objetivos deben tener el grado justo de concreción, de modo tal que pudiendo dar cuenta de lo que efectivamente se hace, respondan a su vez a los propósitos más macro del programa. De este modo, el riesgo que se corre en la formulación de objetivos es que queden planteados de un modo tan abstracto que sea difícil dar

cuenta de ellos, o bien, que sean tan concretos que incluso cumpliéndose no den cuenta del propósito del programa o servicio evaluado. En este sentido podría hablarse de diferentes niveles de objetivos, bien en términos de abstracción, o bien en términos temporales. Por ejemplo, para el caso del programa evaluado, puede ser que un objetivo concreto sea la elaboración de una grilla de contactos posibles para buscar trabajo, pero el logro de éste no daría cuenta de los objetivos más amplios del programa, planteado por la coordinadora en términos de “subjektivación”. Sería entonces una actividad intermedia, cuyo logro sería necesario registrar, mas no sería suficiente para dar cuenta de lo que se espera lograr con el programa.

A su vez, y pese a que pueden existir objetivos generales para los dispositivos de inserción laboral (buscar trabajo, mantener un trabajo, pensar que es posible trabajar, etc), se ha planteado que es necesario personalizarlos, de modo tal que se pueda dar cuenta del avance de cada persona de acuerdo a su punto de partida y a sus necesidades. En este sentido, sería importante que la elaboración de informes sobre los usuarios se haga también con base en estos objetivos propuestos.

LOS REGISTROS, SU DISEÑO Y SU USO

Los registros son indispensables para el desarrollo de evaluaciones sostenidas en el tiempo, pues es allí en donde suele estar asentada parte de la información y de la memoria de las instituciones. Una fortaleza del programa evaluado es que contaba con ciertos registros: ficha de ingreso, informes anuales sobre los usuarios que formaban parte del programa y registro de asistencia. No obstante, el análisis de los mismos daba cuenta del hecho de que en su diseño no estaba incluida la perspectiva de su utilización posterior para la evaluación. Dicho en otros términos, si se parte de la idea, al construir un formato de registro, de que éste será luego analizado con fines evaluativos, la información que se considere pertinente de incluir será particular. A su vez, la perspectiva de que se harán análisis sobre la in-

formación registrada fomenta a su vez el manejo mismo de los registros, pues éstos muchas veces no se siguen adecuadamente porque se cree que nada se hará con ellos. Una pregunta importante de todo programa y servicio es no sólo si tiene registros, si la información allí registrada aporta a la evaluación, sino fundamentalmente, para qué consideran los profesionales que registran la información, es decir, con qué fin o propósito.

OBSTÁCULOS Y RESOLUCIONES

El informe final de la investigación fue discutido por los integrantes del área de investigación y docencia de Suma. De igual modo, se le hizo entrega de una copia del mismo a la coordinadora del programa de inserción laboral, con quien se llevó a cabo una reunión para discutirlo y para esclarecer dudas e interrogantes. A su vez, se realizó un resumen ejecutivo del informe, el cual fue entregado a los integrantes de la comisión directiva de la institución.

Sin embargo, es de señalar que, aunque se considera fundamental poder compartir los resultados de la investigación en alguna reunión de trabajo de toda la institución, esto aún no ha sido posible, y debió ser aplazado para evitar profundizar el conflicto institucional sobre “incumbencias” respecto a lo laboral.

RECOMENDACIONES A OTROS ACTORES

Contemplar desde el diseño mismo de la investigación las reuniones de discusión con los diversos actores institucionales, de modo tal que se les de lugar y viabilidad desde el inicio del trabajo⁹. Esto es, que esta discusión sea considerada desde el inicio como una parte fundamental de la investigación, que aporte al análisis de la información obtenida. Otra sugerencia es tener como supuesto de trabajo el que los programas y dispositivos tienen prácticas evaluativas, y que es mejor construir sobre lo hecho y aportar para que se mejore lo existente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Saraceno, B. y Montero, F. La rehabilitación entre modelos y práctica (pp. 313-321) En Aparicio, V. (Ed.) Evaluación de servicios de salud mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 1993.
- ² De Souza Minayo, M.C., Introducción. Concepto de evaluación por triangulación de métodos. (pp. 17-50) En: De Souza Minayo, M.C., Goncalves de Assis, S y Ramos de Souza, E. Evaluación por Triangulación de Métodos-Abordaje de Programas Sociales. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005
- ³ Nirenberg, O., Brawerman, J. y Ruiz, V. Programación y evaluación de proyectos sociales: Aportes para la racionalidad y la transparencia. Buenos Aires: Ed. Paidós; 2003.
- ⁴ Vieira da Silva, L.M. Conceptos, abordajes y estrategias para la evaluación en salud. (pp. 17-40) En De Araújo Hartz,

Z.M. y Vieira da Silva, L.M (orgs) Evaluación en Salud. Lugar Editorial: Buenos Aires; 2009.

⁵ Patton M.Q Qualitative Evaluation and Research Methods (3 Ed.) Newbury Park: Sage Publications; 2002.

⁶ Rovere, M . (1999) Planificación estratégica en salud: acompañando la democratización de un sector en crisis. Cuadernos Médicos Sociales, 75, 31-63. (1999).

⁷ Chorni, A (1998). Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes. Cuadernos Médicos Sociales 73: 23-44; ; http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista_Inv_Web/vol7n1y2_art5.htm#3ref

⁸ Häfner, H. & an der Heiden, W. Background and goals of evaluative research in community psychiatry (pp. 19-36) En Knudsen, H.Ch. & Thornicroft, G. (eds) (1996) Mental Health Service Evaluation. Cambridge University Press: Cambridge.

⁹ Almeida, C. Delimitación del campo de la Investigación en Sistemas y Servicios de Salud: Desarrollo Histórico y Tendencias. Texto base para discusión. En Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Cono Sur. Resultados, evaluación de actividades y desarrollo futuro de la Red. Cuadernos para la Discusión (1), 2000:11-35.

ANEXO

1) GUÍA DE ENTREVISTA GRUPAL DE EVALUACIÓN

- ¿Por qué y cómo empezó cada uno a venir al taller?
- ¿Qué se hace en el taller?
- Si fueran a invitar a un amigo a venir, o le explicaran a alguien nuevo que llegara al taller qué es lo que se hace aquí, ¿qué le dirían?
- ¿Para qué les ha servido venir al taller? ¿Alguien más opina lo mismo? (familia, amigos, terapeutas)
- ¿Qué creen que les ha ayudado a eso, es decir, cómo lo han logrado? ¿Qué ha hecho la coordinadora, qué ha hecho el grupo y qué ha hecho Suma para ayudarlos a lograr eso?
- Respecto a lo laboral/vocacional ¿para qué les ha servido venir?
- ¿Qué les gusta del taller? ¿Qué no les gusta del taller?
- ¿Qué cambiarían del taller?
- ¿Por qué siguen viniendo, cuál es su “motivación”?
- ¿Por qué creen que los que no vienen más dejaron de venir?
- Comentarios adicionales.

2) GUÍA DE ENTREVISTA INDIVIDUAL A PARTICIPANTES DEL GRUPO

2a) Lo Laboral

- ¿Qué es para ti trabajar? ¿Qué pensabas que era trabajar cuando entraste al taller? ¿Esa idea ha cambiado a partir de tu participación en el taller? ¿Cómo?
- ¿Cómo te sentías con relación a lo laboral cuando entraste al taller? Es decir ¿era algo que te interesaba, que te preocupaba...? ¿Cómo te sientes ahora con relación a eso?
- ¿Cuáles han sido las experiencias de trabajo que has tenido a lo largo de tu vida?
- ¿Crees que es necesario o importante para ti trabajar? Es decir, ¿qué aportaría (aporta) o agregaría (agrega) tener un trabajo, a tu vida? ¿En qué cambiaría (cambió) tu vida si tuvieses (al tener) un trabajo?

2b) Lo no laboral

- Además de lo laboral, ¿qué más crees que es importante para ti de venir a este taller?
- ¿Crees que todo eso se podría lograr o lo podrías conseguir sin necesidad de tratar el tema laboral en el taller?
- Si fueses a ponerle un título al taller, que diera cuenta de lo que se hace en éste (es decir, para que la gente que no lo conoce supiera lo que es más importante de lo que se hace en el taller) ¿qué título le pondrías?

3) GUÍA DE ENTREVISTA A LA COORDINADORA GRUPO

- Descripción de cómo surgió la idea del taller de inserción laboral, y cuál ha sido su desarrollo en el tiempo que lleva de funcionamiento.
- ¿Cuál es el objetivo del taller o los objetivos?
- ¿Cuál es el proceso que debe seguir una persona que ingresa al taller: qué se hace desde que llega... cómo es que llegan las personas al taller (derivaciones)?
- ¿Cuáles son las acciones (de ella) que se realizan en el taller?
- ¿Cuáles son las acciones (de ella) que se realizan extra-taller?
- ¿Cómo se viene registrando el trabajo que se realiza (intra y extra-taller, llamados, informe a los terapeutas, hoja de registro, cada cuánto tiempo)??. Pedir estas cosas para revisarlas... además relatos que se han ido realizando (fin de año, APSA... material alrededor del taller)
- En qué se fundamenta el trabajo que se hace (¿cómo explicar a otros qué se hace en el taller, por qué, para qué?). Conceptualización teórica -explicación- (documento antes de abrir Suma, presentación).
- ¿Cuánta gente ha pasado por el taller? ¿Hay registro de esto? (acceso a esto)
- ¿Por qué se mantienen los que se mantienen? (según ella)
- ¿Por qué se fueron los que se fueron? (según ella).
- Dificultades y logros en el trabajo realizado.
- Modificaciones realizadas desde lo planeado inicialmente y lo realizado después.
- Objetivos hacia adelante.
- Indicadores de resultado, de "éxito" del taller.
- Características de la gente que va... edad...
- Cambio de nombre: a qué se debe.
- Cómo ve ella la distancia entre el nombre de la convocatoria y la realización concreta.

- Cómo se le explica a la persona qué se hace en el taller.
- Reflexiones, autocríticas. Evaluación después de un año.
- Ficha de posibles dadores de trabajo
- Problematicación... de lo que pasa...

4) GUÍA DE ENTREVISTA (TELEFÓNICA) A EX-PARTICIPANTES DEL GRUPO

Esta entrevista tiene como objetivo conocer la percepción de las personas que en algún momento participaron en el grupo de inserción laboral, con el fin de poder mejorar y optimizar algunas cuestiones del funcionamiento de dicho grupo.

- 1- ¿Por qué y cómo empezó a asistir al grupo?
- 2- ¿Qué recuerda que se hacía en el grupo? ¿Cómo era su funcionamiento?
- 3- ¿Para qué le sirvió asistir al grupo?
- 4- Respecto a lo laboral/vocacional ¿para qué le sirvió asistir al taller?
- 5- Le sirvió para otros aspectos ¿para cuáles?
- 6- ¿Qué les gustaba del grupo?
- 7- ¿Qué no le gustaba?
- 8- ¿Qué sugerencias haría respecto a cambios que se deberían hacer en el grupo?
- 9- ¿Cuánto tiempo estuvo asistiendo al grupo?
- 10- ¿Hace cuánto dejó de asistir?
- 11- ¿Cuáles fueron las razones para que dejara de asistir?
- 12- ¿Qué cree que es lo que mantiene a las personas que siguen asistiendo al grupo con regularidad?
- 13- ¿Recuerda cuáles eran sus expectativas cuando comenzó a asistir al grupo? ¿Cree que se cumplieron?
- 14- Comentarios adicionales.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ENTRE RÍOS

MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS

DISEÑO Y DESARROLLO DE UNA PLANILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE DIAGNÓSTICO DE USUARIOS E INTERVENCIONES PROFESIONALES EN SALUD MENTAL. ENTRE RÍOS, 2011

Adriana M. Beade¹, María P. Duarte², Adriana M. Montini², Mariángeles Estapé², Claudio M. Staffolani¹, Claudia Campins^{1,2}, Analía L. Bressan².

RESUMEN Entre Ríos no cuenta hasta el momento con sistemas de información en Salud Mental que permitan relevar adecuadamente los procesos de salud-enfermedad-atención en este campo de la Salud Pública. A partir de dicha realidad y de la necesidad de avanzar en la adecuación a los postulados de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, por iniciativas académicas, necesidades del sistema de salud y decisión política, se conformó un equipo de trabajo -con el objetivo de diseñar y desarrollar planillas de recolección de datos sobre diagnósticos de usuarios e intervenciones profesionales en Salud Mental en la Provincia de Entre Ríos- integrado por docentes, investigadores y personal del área, con el propósito de suplir el déficit. Para no repetir antiguas experiencias, posicionadas desde una gestión normativa de los cambios e implementación de nuevos procedimientos, se decidió trabajar en forma horizontal y de intercambio de saberes y experiencias adquiridas a partir de la capacitación y la práctica profesional, con los distintos tipos de efectores que integran servicios relacionados con Salud Mental en la provincia. Se decidió encarar un trabajo en búsqueda de consenso que sea inclusivo y participativo. Se diseñó, por lo tanto, un estudio de metodología cualitativa implementando diversas técnicas. Se realizó recopilación documental de archivos oficiales y estadísticos y revisión de literatura pertinente. Las técnicas utilizadas se corresponden con entrevistas a informantes claves, grupos focales y de discusión.

Participaron de la experiencia actores sociales de la Universidad Autónoma de Entre Ríos y del Ministerio de Salud Provincial, pertenecientes a los diferentes efectores de salud de los tres niveles de atención: centros de salud, hospitales y nivel central de la ciudad de Paraná. Se discutió y diseñó un instrumento denominado planilla de "Informe diario de consultas de salud mental", para posteriormente implementarlo mediante prueba piloto. Se seleccionaron las siguientes variables: Establecimiento, Servicio/ Dispositivo, Fecha, DNI, Usuario, Barrio y Localidad, Cobertura de Salud, Edad, Género, Diagnóstico, Motivo de Consulta o de la actividad, Consulta Primera o Ulterior y Actividad. Se propuso mantener la codificación por CIE-10 pero no limitarla a ella, permitiendo de esta forma que puedan surgir alternativas de registros para el proceso salud-enfermedad-atención. La codificación propuesta para las actividades tiene como fin ser lo suficientemente amplia para que los diferentes paradigmas puedan encontrar un espacio donde consignar sus acciones, y así mismo, tener un nivel de codificación que permita el análisis de las diferentes prácticas en salud mental, leer su eficiencia y sus efectos. Con respecto a la clasificación de actividades, la misma está relacionada con las acciones propias de los equipos de salud mental, que son condiciones habitualmente desconocidas por los registros vigentes. Se destaca el trabajo interinstitucional e intersectorial como pilar para la implementación efectiva.

¹ Universidad Autónoma de Entre Ríos.

² Ministerio de Salud de Entre Ríos

CORRESPONDENCIA A:

Adriana M. Beade

Correo electrónico: adrianabeade@gmail.com

OBJETIVO GENERAL

Diseñar y desarrollar planillas de recolección de datos sobre diagnósticos de usuarios e intervenciones profesionales en Salud Mental en la provincia de Entre Ríos en el año 2011.

DURACIÓN

La experiencia se comenzó a desarrollar hace un año. Se enmarca dentro de un proyecto más amplio, aún no finalizado, que contempla la promoción de prácticas epidemiológicas y de desarrollo de estructuras de gestión que permitan la sistematización y utilización de la información para su utilización estratégica en el campo de la Salud Mental en toda la provincia de Entre Ríos.

RESULTADOS

Participaron de la experiencia actores sociales de la Universidad Autónoma de Entre Ríos y del Ministerio de Salud provincial, de diferentes efectores de salud de la provincia, de los tres niveles de atención, centros de salud, hospitales y nivel central de la ciudad de Paraná. Se revisaron normativas nacionales y provinciales sobre informes y resúmenes de consultorio así como experiencias realizadas sobre el tema.^{1, 2.}

Se discutió y diseñó un instrumento denominado Planilla de informe diario de consultas de salud mental (ver Anexo I) y el instructivo correspondiente (ver Anexo II) para posteriormente implementarlo mediante prueba piloto. Se consideró la complejidad del trabajo en Salud Mental en el abordaje desde el registro y la sistematización de datos; teniendo en cuenta tanto las cuestiones que hacen al padecimiento, al sufrimiento, a la enfermedad, como aquellas más ligadas al eje de la salud, eje que históricamente ha sido dejado de lado remitiéndose -o reduciéndose- el trabajo en salud al trabajo con la enfermedad.³ Las discusiones previas a la constitución del equipo de trabajo se centraron en la incapacidad de los instrumentos vigentes para registrar la diversidad de prácticas desarrolladas y por lo tanto la necesidad de buscar e implementar otros instrumentos que se adecuen a las actividades y modalidades efectivamente realizadas, lo cual confrontaba permanentemente con la falta de disposición por parte de los niveles de decisión y técnicos para desarrollar sistemas de registro y análisis de las prestaciones realizadas. El equipo de trabajo se constituyó con el objetivo de plantear un cambio en el sistema de registro de prácticas en Salud Mental. Los ejes centrales de discusión han sido originalmente las variables necesarias para conformar un instrumento adecuado para poder reflejar el perfil y patrón epidemiológico de la Salud Mental de la población de Entre Ríos, pero también la complejidad de las prácticas de todas aquellas disciplinas que intervienen sobre la realidad de la Salud Mental, tanto en aquellas acciones que tienen por objeto al individuo, al grupo o la comunidad, desde una intervención disciplinar o interdisciplinar, a través de acciones individuales o de Equipo de Sa-

lud. En un segundo momento, la discusión se centró en la clasificación de las consultas pero sobre todo de las prácticas, ya que son éstas las menos trabajadas por la literatura, además de las más complicadas para organizar en categorías que permitan una sistematización. Se espera que en los avances que se hagan respecto de la implementación de las Planillas, surja como necesidad la reflexión sobre las perspectivas teóricas que imperan en el campo de la Salud Mental y la repercusión de éstas sobre las organizaciones e instituciones que conforman este campo de cara a superar los obstáculos que se puedan presentar para el registro epidemiológico y de la prácticas. Las posiciones teóricas y/o epistemológicas que en esta instancia se pusieron en juego han sido las relacionadas con el argumento epidemiológico. La intención ha sido no quedar presos de una visión que se centre sólo en una perspectiva estadística, donde priman los valores cuantitativos, sino avanzar hacia un análisis que permita un abordaje complejo del fenómeno Salud Mental integrando todas las partes del proceso salud-enfermedad-atención.⁴

Se propuso sistematizar las siguientes variables y categorías: Establecimiento, Servicio/ Dispositivo, Fecha (día, mes y año), Documento Nacional de Identidad, Usuario, Barrio y localidad, Cobertura de salud, Edad, Género, Diagnóstico, Motivo de consulta o actividad, Consulta (primera o ulterior) y Actividad.

Consignar la variable diagnóstico provocó intensas discusiones tanto al interior del equipo como en la ponencia en común con el resto de los actores sociales, enfatizando en que existen problemas de salud mental que no son posibles de delimitar con las clasificaciones propuestas. Se tuvo en cuenta que el departamento de Bioestadística por normativa nacional codifica según CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de la Salud) de la OMS⁵ y opera según SIS (Sistema de Información de Salud) en su actualización 2004 de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación. En base a lo citado anteriormente y analizando la factibilidad se propuso mantener la codificación por CIE-10 pero no limitarla a ella, permitiendo de esta forma que puedan surgir alternativas de registros para el proceso salud-enfermedad-atención. Esta decisión intencionada se corresponde con la posibilidad de investigación a futuro y luego de la implementación de la planilla, de modalidades de registro o clasificaciones en salud mental diferentes de las actuales.

La variable actividad es central en la propuesta de registro de datos, ya que al hacer intervenir las actuaciones profesionales individuales y de los equipos, se pretende incorporar a la atención, entendiéndola como parte del proceso salud-enfermedad-atención. Las actividades propuestas dentro del campo de la salud mental responden a un modo

de abordaje cuya concepción varía de acuerdo al paradigma en el cual se inscribe. Dar cuenta del modo en que se construye el objeto de estudio a abordar, la oferta de atención determina la demanda que se pone en juego. La codificación propuesta para las actividades tiene como fin ser lo suficientemente amplia para que los diferentes paradigmas puedan encontrar un espacio donde consignar sus actividades, y así mismo, tener un nivel de codificación que permita hacer un análisis de las diferentes prácticas en Salud Mental, leer su eficiencia y sus efectos. La clasificación de actividades está relacionada con las acciones propias de los equipos de Salud Mental que son condiciones habitualmente desconocidas por los registros vigentes.

OBSTÁCULOS Y RESOLUCIONES

En el proceso de elaboración del instrumento se evidenciaron dos obstáculos. El primero ha sido cumplir con la premisa de dar lugar a todas las perspectivas epistemológicas que participan en el campo de la Salud Mental, que llevó a tomar la decisión de adoptar la CIE-10 como herramienta de categorización de las enfermedades, con el objetivo de que se pueda comparar los datos epidemiológicos con los registros internacionales, aunque se dejó abierta intencionalmente la posibilidad de nuevas clasificaciones en salud mental que puedan surgir en un futuro como consecuencia del seguimiento de la experiencia. De la misma manera costó lograr acuerdos sobre el registro de las actividades profesionales, para lo cual se resolvió categorizarlas como: individuales, grupales, institucionales y comunitarias; con el objetivo de que se puedan incluir todas las prácticas que efectivamente se realizan habitualmente.

El segundo obstáculo fue compatibilizar el nuevo instrumento con las prácticas de registros periódicos ya existentes dentro del Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos, basada en la consignación sólo de enfermedades e incluso de aquellas que se suponen de seguimiento epidemiológico obligatorio. Se realizaron encuentros pautados con autoridades sanitarias y encargados de Bioestadística, para consensuar la planilla a utilizar y verificar que todos los datos relevados actualmente se sigan remitiendo.

Surgieron además obstáculos en cuanto al ensamble de datos entre las variables actividades y usuarios de la planilla, que la puesta a prueba del instrumento en terreno por los equipos de salud de efectores de Paraná, permitió encontrar y corregir para su adecuada implementación.

RECOMENDACIONES A OTROS ACTORES

Se destaca el trabajo interinstitucional e intersectorial que contempla la experiencia y saberes de aquellos que van a operar con el instrumento diseñado, para ser de esta manera efectivamente implementado. Resulta necesario que el registro del usuario sea de una manera consensuada y unificada que permita salvaguardar la identidad de la persona, una sugerencia es la de adoptar una clave de identificación territorial además del DNI.

Reconocer la importancia de la epidemiología como herramienta indispensable en salud y la consecuente valoración de las prácticas en salud mental que se enmarcan dentro de la ley, posibilitando la visibilización de la ineficacia de prácticas asilares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Departamento Salud Mental. Ministerio de Salud. Provincia de Río Negro. Actividades del equipo de salud mental, definiciones y registro. Viedma, 2004.
- ² Dirección de estadísticas e Información de salud. Ministerio de Salud de la Nación. Sistema de Información de Salud. Conjunto Mínimo de datos básicos (CMDB) aprobados de interés nacional. Edición actualizada. República Argentina, 2004.
- ³ Augsburger, Ana C. De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. Cuadernos Médicos sociales 81: 61-75. Rosario, 2002.
- ⁴ Menendez, Eduardo L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia y Salud Colectiva, 8(1): 185-207, 2003.
- ⁵ Organización Mundial de la salud. Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la Salud. Décima Revisión. Ginebra Suiza, 1990.

ANEXOS

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL INFORME DIARIO DE ACTIVIDADES Y CONSULTAS DE SALUD MENTAL

Establecimiento: registrar el nombre del establecimiento que presta el servicio.

Servicio o Dispositivo: detallar en qué área o subsector se realizan las actividades consignadas en la planilla.

“Las planillas registran prestaciones de un Servicio de Salud Mental, por lo que el concepto que subyace es el trabajo en equipo. Es por ello que se deberá propender a la confección de una planilla única. En equipos numerosos esta actividad puede resultar engorrosa. Sin embargo, es un desafío sostener espacios comunes, como los necesarios para la confección conjunta de la planilla, dado que facilitan la horizontalidad de saberes y prácticas, siendo éste uno de los pilares de la Salud Mental Comunitaria”.

Localidad: referencia geográfica del establecimiento.

Fecha: registrar día, mes y año en que se realizan las actividades que se informan.

Hoja N°: numerar las hojas utilizadas diariamente, comenzando con la N° 1 en forma correlativa.

DNI: se registrará el número de D.N.I. del usuario como número de acceso a la información de los servicios de salud, quedando sujeto a modificaciones conforme se resuelva relevar las prácticas y/o prestaciones a nivel provincial y nacional. Se cree necesario registrar esa identificación como herramienta para las acciones propias de los centros de salud.

Usuario: registrar la o las personas, grupo de personas, equipo, organización o institución que demandan o a quien está dirigida la práctica. Si es un solo sujeto o varios consignar apellidos y nombres completos.

Cobertura de Salud: se registra con una X en el casillero SI, en el caso que el usuario posea:

- Obra Social (incluye PAMI): es decir cobertura de salud que obtienen los trabajadores por el descuento en sus salarios, en su haber previsional o a través de su aporte (para los monotributistas o autónomos). Incluye a los familiares del titular. Este descuento les permite estar afiliados a obras sociales sindicales, de empleados estatales nacionales, provinciales o municipales, del poder judicial, del poder legislativo o del PAMI.

- Prepaga a través de obra social: es decir se considera la pertenencia al sistema de medicina privada a través del aporte de una obra social.

- Prepaga sólo por contratación voluntaria: sistema de salud privado, contratado voluntariamente y pagado en su totalidad por el titular. Excluye: contratación de un servicio de emergencias médicas que solamente preste el servicio de traslado en ambulancia desde el domicilio particular a un centro de atención de salud.

- Programas o planes estatales de salud: programas o planes de salud estatales nacionales -como el PROFE

o el plan NACER-, provinciales, municipales entre otros, que otorga derecho a atención médica mediante la inscripción en un padrón¹.

Se registra con una X en el casillero NO, en el caso que el usuario no tenga obra social, prepaga o plan estatal: ausencia o carencia de tipos anteriormente mencionados.

Barrio y Localidad: consignar barrio y localidad de residencia habitual.

Edad y Género: registrar la edad en años (cumplida). En el caso de que el usuario sea menor de un año, consignar el número de meses, agregando la letra “m” según género correspondiente. (Ej.: mujer de 42 años: anotar en casillero “F” 42. Respecto del género se consigna en femenino (F) o masculino (M), entendiendo que la identidad de género debe ser definida por el usuario, independientemente de su datos filiatorios y/o apariencia física. Este dato deberá ser preguntado por el referente del establecimiento/servicio al usuario.

Diagnóstico: registrar el diagnóstico (CIE-10) presuntivo o definitivo del usuario, en los casos que corresponda.

Motivo de consulta o de la actividad: Consignar el motivo de consulta o el de la actividad, implica dar entidad a situaciones que exceden la clasificación de patologías pero que requieren intervención. El objetivo es dar lugar a estas situaciones que históricamente han quedado invisibilizadas, desde un paradigma positivista. Ej.: conflictos vecinales, violencia escolar.

Consulta de primera vez o ulterior: consignar con una X en “1ra. Vez”, cuando el usuario consulta por primera vez al sistema de Salud Mental municipal o provincial. En el caso de que consulte en un servicio de Salud Mental pero ya haya concurrido a otro, se registrará como “ulterior”.

Actividad: la actividad por tipo y código (Ej. A1, B3, C4, etc.), adecuándose a lo estipulado en el siguiente instructivo.

A – ACTIVIDAD INDIVIDUAL

Toda actividad que puede o no ser de carácter asistencial, realizada por uno a varios agentes de salud, dirigida a una persona o usuario.

En el registro de Actividades A, deben consignarse todos los datos que se solicitan en la planilla del “Informe diario

de actividades y consultas de Salud Mental”: datos personales del usuario, diagnóstico o motivo de consulta y la actividad que se realiza.

A 1 - ENTREVISTA DE ADMISION Y ORIENTACION DE LA DEMANDA

Consulta en la cual una persona tiene un primer contacto con el servicio de Salud Mental y en la cual se evalúa y organiza su demanda, a los fines de ofrecer una orientación vital o brindar información precisa para que pueda pedir algún servicio específico (sanitario, terapéutico o de otra índole) de la misma o de otra institución, y que puede realizarse por un profesional o un equipo interdisciplinario.

Registro: Para resolver las cuestiones planteadas por la persona, podrá realizarse más de una consulta. Se registra como una actividad cada entrevista realizada.

Excluye: Entrevista “A2”.

A 2- ENTREVISTA o CONSULTA

Actividad realizada por un profesional o varios, destinada a un usuario del servicio de Salud Mental, en el marco de una estrategia terapéutica.

Se registra como una actividad cada entrevista o consulta.

A 3- ENTREVISTA FAMILIAR

Actividad realizada por uno o más profesionales a miembros de la familia o referentes de un usuario, en el marco del tratamiento del mismo o de una intervención en Salud Mental.

Excluye: B1 (Evaluación y Orientación de la demanda grupal).

A 4-INTERVENCION DOMICILIARIA

Actividad asistencial programada y puntual, que se realiza en el domicilio o lugar de referencia comunitaria del usuario.

Se registra como una actividad las acciones que se realicen durante la intervención domiciliaria programada.

Excluye: “Intervención de urgencia” realizada en el domicilio (A7)

¹ Documento Metodológico Preliminar. Anexo I : Definiciones de las variables del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 - INDEC

A 5- ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

Actividad realizada por un profesional o un técnico en el marco del tratamiento de un usuario o una situación vinculada al sostenimiento del tratamiento, de la cotidianeidad y/o al restablecimiento del lazo social. Puede realizarse en un ámbito institucional, domiciliario o comunitario.

Excluye: Intervención Domiciliaria (A4)

A 6- INTERCONSULTA

Atención de un servicio de Salud Mental por solicitud proveniente de otro servicio o dispositivo de la misma u otra institución.

Se registra como una actividad cada atención realizada por el servicio de Salud Mental, por solicitud de otro servicio o dispositivo de la institución o de otra.

Si la interconsulta es por un usuario internado por otro sector se registra en este ítem.

A 7- INTERVENCIÓN DE URGENCIA

Intervención que se realiza de urgencia, tanto en ámbitos sanitarios como fuera de éstos, siendo indistinto que se realice durante la guardia pasiva/activa o durante el horario habitual de trabajo hospitalario.

Se registra como una actividad todas las acciones que se realicen en la atención de urgencia. Por ejemplo, si en una urgencia se prescribe medicación y se realiza una evaluación y orientación de la demanda, ambas están incluidas en una actividad de atención de urgencia.

Excluye: cualquier intervención pautada.

A 8- EVALUACIONES Y CONTACTOS PARA FINES ADMINISTRATIVOS

Actividad para evaluar el estado o condición de Salud Mental, a un usuario persona o más a pedido de una institución y/o autoridad (judicial, laboral, policial, sanitaria, etc.).

Se registra como una actividad cada entrevista para la evaluación o peritaje.

Incluye: evaluación para certificados múltiples, peritajes, evaluaciones judiciales y policiales.

A 9- ACTIVIDAD INTER O INTRA INSTITUCIONAL

Intervención que realiza un profesional o varios, en función de la atención de uno o varios usuarios, en coordinación con otros dispositivos de la institución y/o con otras instituciones (judiciales, sanitarias, recreativas, culturales, gubernamentales, educativas, ONG, etc.).

Incluye: derivación.

Excluye: Interconsulta A6

A 10- REUNIÓN DE EQUIPO POR USUARIO

Actividad de coordinación entre los miembros del equipo en el marco de un tratamiento. Se consigna el nombre del usuario.

A 11- OTRAS

Registrar cualquier actividad no incluida en los ítems anteriores. Describir la actividad realizada.

B- ACTIVIDAD GRUPAL

Toda actividad que puede o no ser de carácter asistencial, realizada por uno a varios agentes de salud, dirigida a dos usuarios o más.

Cada reunión grupal es una actividad. En cada actividad se deben consignar los datos de todos los usuarios: datos personales y diagnóstico (si corresponde) y motivo de consulta o de la actividad. La actividad se registra de la siguiente manera:

USUARIO:	ACTIVIDAD
Pérez José	B2
Pérez María	
Pérez Juan	

B 1- EVALUACION Y ORIENTACION DE LA DEMANDA GRUPAL

Consulta en la cual dos o más personas (grupo de familiares, grupo de vecinos, etc.) tienen un primer contacto con el servicio o dispositivo de Salud Mental, a fin de que éste pueda evaluar y orientar la demanda planteada. El objetivo es brindar información, contención y un espacio de reflexión acerca de distintas problemáticas.

Para resolver las cuestiones planteadas por el grupo, podrá realizarse más de una consulta.

Se registra como una actividad cada reunión grupal. Se consignan los datos personales de todos los participantes.

² En relación a los diagnósticos, se utiliza la “Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud” (CIE-10), Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99) y Capítulo XXI: “Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud” (Z00-Z99).

Excluye: “Grupo terapéutico” (B2).

B 2- GRUPO TERAPEUTICO

Atención grupal dirigida a usuarios cuyas problemáticas son comunes o agrupables, en el marco de un tratamiento. Esta actividad presenta la característica de ser programada y con un encuadre establecido.

Se registra como una actividad cada reunión grupal. Se consignan los datos personales de todos los usuarios participantes.

Incluye: Grupo terapéutico de familiares, de usuarios del servicio de Salud Mental, terapia familiar y otros.

Excluye: Evaluación y orientación de la demanda grupal “B1”.

B 3- TALLER

Actividad grupal programada, de la que pueden participar, tanto usuarios de un servicio como personas de la comunidad en general; pudiendo tener el eje en lo artístico, educativo, laboral, asistencial, etc.

B 4- ASAMBLEA

Espacio de participación colectiva, no jerárquica, definida como una actividad programada o a partir de una problemática puntual, que requiera toma de decisión y con capacidad resolutive.

B 5- OTRAS

Registrar cualquier actividad no incluida en los ítems anteriores. Describir la actividad realizada.

C- ACTIVIDAD INSTITUCIONAL

Estas actividades son no asistenciales, y son efectuadas con sectores o integrantes de las instituciones (sanitarias, educativas, judiciales, etc.) como instancia de capacitación permanente, o para definir estrategias de intervención ante problemáticas detectadas

C 1 – ACTIVIDAD INTERDISCIPLINARIA E INTERSECTORIAL

Actividad que designa a toda reunión programada y con un objeto definido.

Se registra cada reunión interdisciplinaria o intersectorial como una actividad, de la siguiente manera:

Ejemplo:

-**Usuario:** Equipo Interdisciplinario de Violencia.

-**Barrio y Localidad:** barrio y localidad del Equipo Interdisciplinario de Violencia.

-**Motivo de la actividad:** planificación

-**Actividad:** C1

Incluye: participación en equipos interdisciplinarios/intersectoriales de por ejemplo adicciones, VIH-SIDA, Violencia, Adolescencia, Educación para la Salud, prevención inespecífica, entre otros.

C 2 – FORMACION DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL

Actividad que implica formación y capacitación para los efectores del servicio de Salud Mental, ya sea mediante cursos, congresos, reuniones locales o provinciales específicas de Salud Mental, reunión de lectura bibliográfica, espacios de lectura y capacitación, supervisiones, etc.

Se registra cada encuentro como una actividad.

Ejemplos:

En el caso de una reunión provincial de equipos de Salud Mental, se registra de la siguiente manera:

-**Usuario:** equipo de Salud Mental

-**Barrio y Localidad:** donde se realice la misma. Ej.: Barrio El pescador - La Paz

-**Motivo de la actividad:** reunión provincial

-**Actividad:** C2

En el caso de una capacitación interna, se registra de la siguiente manera:

-**Usuario:** el grupo al que se dirige la capacitación. Por ej: Equipo de Salud Mental, RISAM, concurrentes del Hospital de Día, etc.

- **Barrio y Localidad:** localidad del servicio de Salud Mental.

- **Motivo de la actividad:** tema de la capacitación. Ej.: “Facilitadores y obstáculos en la constitución de equipos”.

- **Actividad:** C2.

- **Observaciones:** detallar número de participantes.

Excluye: “Docencia y asesoramiento” (C4)

C 3 - REUNIÓN EQUIPO DE SALUD MENTAL

Actividad periódica, pautada donde los miembros del equipo de un servicio o dispositivo de Salud Mental se reúnen para reflexionar, diagramar, planificar y evaluar estrategias de organización e intervención en cuanto a la práctica asistencial, institucional y comunitaria, como así también, novedades de guardia, pase de sala y toda aquella información que implique socializar las actividades.

Se registra cada reunión de equipo como una actividad, de la siguiente manera:

- **Usuario:** Equipo de Admisión.
- **Barrio y Localidad:** barrio y localidad del servicio del Equipo de Admisión salud Mental
- **Motivo de la actividad:** planificación, pase de sala, ateneo clínico, etc.
- **Actividad:** C3

Incluye: espacio pautado o generado por una necesidad del equipo de Salud Mental a fin de reflexionar acerca de la tarea o de problemáticas en la relación de sus miembros; reuniones de áreas específicas que se desarrollen en el servicio (Ej. operadores, GIA, RISAM).

C 4 – DOCENCIA Y ASESORAMIENTO

Actividad de docencia y/o de asesoramiento, cuyos usuarios son integrantes de otros sectores institucionales sanitarios del mismo hospital o de otro hospital o establecimiento.

Se registra cada encuentro como una actividad, de la siguiente manera:

- **Usuario:** Ej. Equipo de Salud Mental de otros sectores institucionales sanitarios del mismo establecimiento o de un establecimiento diferente al que organiza la actividad.
- **Barrio y Localidad:** Barrio y Localidad donde se realiza la actividad.
- **Motivo de la actividad:** Tema a trabajar.
Ej.: “violencia institucional”.

Incluye: capacitación de enfermería, asesoramiento a agentes sanitarios, participación en comités de docencia e investigación, docencia, asesoramiento y/o supervisión a servicios de Salud Mental de otros establecimientos.

C 5- OTRAS

Registrar cualquier actividad no incluida en los ítems anteriores. Describir la actividad que se realiza.

D- ACTIVIDAD COMUNITARIA

Actividad puntual o sostenida en el tiempo, espontánea o programada, dirigida a una comunidad o a un segmento de la misma, que apunta al trabajo de prevención y promoción con las normas, usos, ideales, mitos y creencias de la misma con un objetivo determinado.

Criterio general para el registro de actividades D: Caracterizar la población destinataria, según problemática, edad, o territorio. Ej: Adolescentes de la escuela secundaria, grupo de tercera edad del Centro comunitario, etc.

D 1 – ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN O PROMOCIÓN

Actividad de gestión comunitaria destinada a promover la inclusión de personas o grupos de personas en instancias relacionadas con salud, trabajo, cultura, recreación y educación, tendiendo a la mayor inserción social. Ej. Radio abierta, taller de educación sexual en la Escuela, etc.

Se registra cada encuentro:

- Usuario:** Comunidad del Barrio Consejo.
- Motivo de la actividad:** Construcción de redes sociales.
- Actividad:** D 1

D 2- PROMOCIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO DE ACTIVIDADES AUTOGESTIVAS

Acompañamiento por parte del servicio de Salud Mental de actividades autogestionadas de la comunidad, promoviendo el fortalecimiento de las capacidades individuales y grupales de autogestión.

Ej: grupos, familias, vecinos, usuarios y amigos que se convocan por una necesidad para satisfacción de la misma.

Se registra como una actividad cada encuentro, de la siguiente manera:

- **Usuario:** Nombre del grupo que solicita la prestación (Grupo de Abuelas del Barrio Belgrano, Grupo de familias de usuarios de Salud Mental, etc.)
- **Barrio y Localidad:** Barrio y Localidad del grupo que consulta.
- **Motivo de la actividad:** se registra la demanda de la persona o grupo (constitución de una asociación civil, participación en Asamblea Comunitaria, etc.)
- **Actividad:** D 2

D 3- OTRAS

Registrar cualquier actividad no incluida en los ítems anteriores. Detallar la actividad que se realiza.

DIRECCION DE SALUD MENTAL DE ENTRE RÍOS
INFORME DIARIO ACTIVIDADES Y CONSULTAS DE SALUD MENTAL

Establecimiento:

Servicio/Dispositivo:

Localidad:

FECHA	/	/
Día	Mes	Año

Hoja
Nº _____

[illegible]

Actividad asistencial Individual	Actividad Asistencial Grupal	Actividad institucional	Actividad Comunitaria
A.1- Entrevista de admisión y orientación A.2- Entrevista o consulta A.3- Entrevista Familiar A.4- Intervención Domiciliaria A.5- Acompañamiento Terapéutico A.6- Interconsulta A.7- Intervención de Urgencia A.8- Evaluaciones y Contactos para fines administrativos A.9- Actividad Inter o Intra institucional A.10- Reunión de equipo por usuario A.11-Otras	B.1- Evaluación y orientación de la demanda grupal B.2- Grupo Terapéutico B.3- Taller B.4- Asamblea B.5- Otras	C.1- Actividad interdisciplinaria e intersectorial C.2- Formación del Equipo de Salud Mental C.3- Reunión Equipo de Salud Mental C.4- Docencia y Asesoramiento C.5- Otras	D.1- Actividades de prevención o promoción D.2- Promoción y acompañamiento de actividades. D.2- Otras

SECRETARÍA DE REPRESENTACIÓN OFICIAL CASA TIERRA DEL FUEGO

REGISTRO Y SISTEMATIZACIÓN DE DATOS DE PACIENTES DERIVADOS DESDE TIERRA DEL FUEGO A BUENOS AIRES PARA EL TRATAMIENTO DE PROBLEMAS DE ADICCIONES Y SALUD MENTAL

Carolina Almendros¹, Mauricio D. Espina¹, Martín A. Urtasun¹.

RESUMEN A fines de 2007 dio comienzo una nueva gestión gubernamental en la provincia, que decidió impulsar una innovadora política en materia de Salud Mental (SM), adhiriendo a un paradigma diferente que propone la asistencia de los pacientes en el lugar de origen, generando los dispositivos apropiados. Este enfoque promueve la reducción sustancial de las derivaciones a Buenos Aires, optimizándolas y favoreciendo el regreso al lugar de origen de los pacientes para su reinserción.

Las derivaciones se relacionan con el consumo de sustancias psicoactivas, cuadros psicopatológicos graves y discapacidad mental. Estos casos presentan componentes sociofamiliares conflictivos o ausentes. Para implementar la nueva política se conformó un equipo interdisciplinario integrado por un médico, un psicólogo y un técnico en prevención de adicciones, que se constituyó como interlocutor interinstitucional válido entre los centros asistenciales, los organismos del Gobierno Provincial y el Juzgado interviniente en cada caso.

El área de Estadística y Administración registraba desde 2004 la información de pacientes derivados a Buenos Aires por el Ministerio de Salud de Tierra del Fuego (TDF). El objetivo era brindar elementos cuantificables para la evaluación de las prácticas y políticas de salud. Datos como edad, sexo, origen y destino de las derivaciones, diagnóstico, lugar y tipo de tratamiento, fecha de inicio y finalización, entre otros, son registrados y sistematizados. La información sobre gastos es asignada a las correspondientes derivaciones, generando informes diversos.

Desde 2008 se implementó una auditoría mensual de los derivados, cuyo resultado es vertido en un informe sistematizado que se envía al equipo provincial de SM. Para el seguimiento del paciente luego de su regreso a TDF se diseñó también un instrumento de registro, que se encuentra en etapa de implementación.

Las derivaciones desde Tierra del Fuego a Buenos Aires por razones de Salud Mental decrecieron sistemáticamente desde un pico de 18 pacientes en 2006 a ninguna derivación en 2011. Sobre las 58 derivaciones, 45 (77,6%) correspondían a varones, con predominio de la franja etárea de 15 a 19 años. El 75,8% de las derivaciones se relacionaban con adicción a sustancias (en muchos de estos casos se describía la comorbilidad con trastorno antisocial de la personalidad), el 8,6% correspondía a esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, el 6,9% a retraso mental y el 7% restante a diversos diagnósticos.

La duración promedio de las derivaciones fue de 16,1 meses, con un desvío estándar de 20,5 meses, lo que refleja una gran dispersión de valores. Para los pacientes derivados por adicciones, la estadía habitual en Buenos Aires duraba entre 1,5 y 2,5 años. A partir de 2008, la estadía mostró una tendencia a acortarse, desde un promedio máximo de 26,3 meses para las derivaciones realizadas en 2005, hasta un mínimo de 9,5 meses para las iniciadas en 2009.

¹ *Secretaría de Representación Oficial del Gobierno de Tierra del Fuego (TDF) en CABA.*

CORRESPONDENCIA A:

Martín A. Urtasun
Correo electrónico: martinurtasun@yahoo.com.ar

OBJETIVO GENERAL

Proveer la información necesaria para gestionar desde la Casa de Tierra del Fuego la nueva política provincial de derivaciones por problemas de Adicciones y Salud Mental, tanto en el seguimiento de cada caso individual como a nivel general.

DURACIÓN

Periodo comprendido entre los años 2008 y 2011.

MARCO CONCEPTUAL

En relación al proceso de sistematización, nos interesa jerarquizar el concepto de planificación, entendido como: "...un proceso continuo de previsión de recursos y de servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados según un orden de prioridad establecido, permitiendo elegir la o las soluciones óptimas entre muchas alternativas, esta elección toma en consideración el contexto de dificultades, internas y externas, conocidas actualmente o previsibles en el futuro".¹

La planificación supone un conocimiento de la realidad sobre la que se va a actuar, expresada en un diagnóstico. Este fue el primer paso, que requirió de una evaluación del caso por caso, considerando la evolución del paciente, el trabajo con las redes de su provincia y las posibilidades de inserción en los espacios terapéuticos de Tierra del Fuego. Esta planificación sienta las bases para una toma racional de decisiones que se traducen en una serie de actividades sistemáticamente organizadas que procuren alcanzar determinados fines. En términos de Carlos Matus, se configura como "la guía que precede y preside la acción".²

Todo esto, enmarcado en una conceptualización de Salud Mental que queda bien reflejada en el texto de la recientemente sancionada Ley de Salud Mental N° 26.657: "Reconocemos la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona".³

En relación a las herramientas de registro de la información, la construcción de las mismas supone una visión integral y dinámica del proceso. Esta concepción compleja tiende a concebir al sujeto desde una perspectiva amplia que implica la mirada sobre el contexto del paciente atendiendo a las modificaciones que se generan con el transcurrir del proceso.

La cuestión ética se planteó en esta experiencia en dos aspectos relevantes: el de la Salud Mental y sus modos de atención, contemplados en la Ley de Salud Mental³ y discutidos ampliamente en la actualidad dentro del ámbito local^{4,5}; y el de los recaudos que deben cumplir los registros relacionados con la salud, recogidos por la Ley Nacional N° 26.529 que establece los "derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado".⁶

RESULTADOS

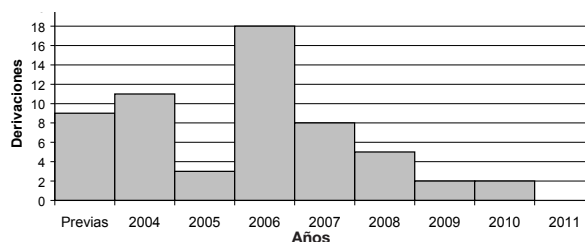
Los resultados obtenidos con los instrumentos de registro utilizados son tanto cuantitativos como cualitativos. Los primeros corresponden al análisis del Registro informatizado de derivaciones, los segundos se desprenden del estudio de los informes mensuales de auditoría del equipo interdisciplinario. El tercer instrumento (Ficha de seguimiento del regreso a Tierra del Fuego) no se ha implementado en forma efectiva, por lo que no disponemos de resultados del empleo del mismo.

RESULTADOS CUANTITATIVOS

Registro de derivaciones

El registro de pacientes derivados desde Tierra del Fuego a Buenos Aires se inició el 01/01/2004. La Figura 1 muestra claramente la tendencia a la disminución de las derivaciones desde Tierra del Fuego a Buenos Aires, que se inicia en 2007 y se consolida en los años recientes.

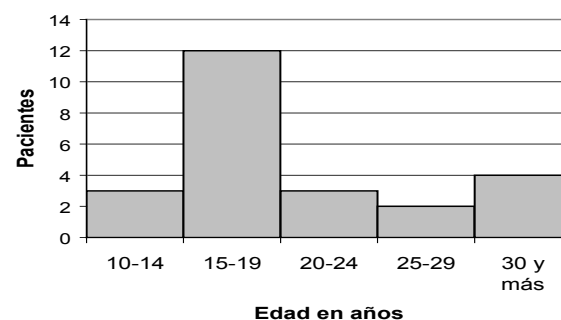
FIGURA 1. Cantidad de pacientes derivados anualmente de Tierra del Fuego a Buenos Aires por problemas de Salud Mental, 2004-2011



Fuente: Registro de derivaciones. Casa de Tierra del Fuego.

Sobre las 58 derivaciones, 45 (77,6%) correspondían a varones. Aunque en muchos registros no se consignó la edad al inicio de la derivación, los datos disponibles son ilustrativos sobre el perfil etario (Figura 2).

FIGURA 2. Edad de los pacientes derivados anualmente de Tierra del Fuego a Buenos Aires por problemas de Salud Mental, 2004-2011



Fuente: Registro de derivaciones, Casa de Tierra del Fuego.

La mayor parte de las derivaciones se relacionaban con adicción a sustancias, si bien en muchos de estos casos se describía la comorbilidad con trastorno antisocial de la personalidad. Los diagnósticos principales se agruparon según los capítulos del DSM IV, tal como se observa en la Tabla 1.

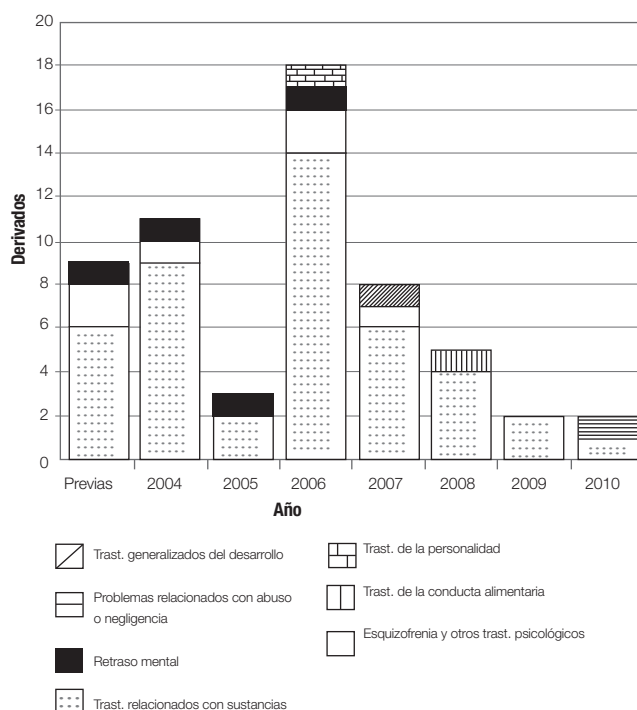
TABLA 1. Derivaciones por Adicciones y Salud Mental según capítulo del DSM IV del Diagnóstico Principal. Tierra del Fuego, 2004-2011

Categoría	Derivados
Trastornos relacionados con sustancias	44
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	5
Retraso mental	4
Trastornos de la conducta alimentaria	2
Problemas relacionados con abuso o negligencia	1
Trastornos de la personalidad	1
Trastornos generalizados del desarrollo	1
Total general	58

Fuente: Registro de derivaciones, Casa de Tierra del Fuego.

Los diagnósticos principales de derivación de acuerdo al año en que se produjo la misma se muestran en la Figura 3. Se observa que, además de la reducción sustancial de las derivaciones relacionadas con adicciones, desde el año 2007 no se han derivado más pacientes por trastornos psicóticos o retraso mental.

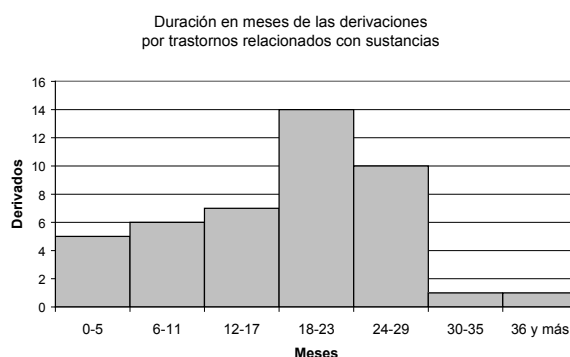
FIGURA 3. Diagnóstico Principal de los Pacientes Derivados por Adicciones y Salud Mental, según año de derivación Tierra del Fuego, 2004-2011



Fuente: Registro de derivaciones, Casa de Tierra del Fuego.

La duración promedio de las derivaciones fue de 16,1 meses, con un desvío estándar de 20,5 meses, lo que refleja una gran dispersión de valores. Aunque algunas derivaciones corresponden a evaluaciones breves o a tratamientos de unas pocas semanas, para los diagnósticos más frecuentes el promedio de estadía va de un año y medio a más de tres años. Para las derivaciones debidas a adicciones, la distribución de las estadías se muestra en la Figura 4. Para estos pacientes, en su gran mayoría adolescentes, la estadía habitual en Buenos Aires para el tratamiento de las adicciones duró entre 1,5 y 2,5 años. La estadía promedio mostró una tendencia a acortarse durante el período estudiado, desde un promedio máximo de 26,3 meses para las derivaciones realizadas en 2005 hasta un mínimo de 9,5 meses para las iniciadas en 2009.

FIGURA 4. Duración de las Derivaciones por Adicciones .
Tierra del Fuego, 2004-2011



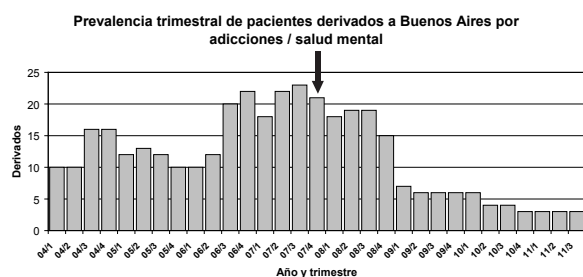
Fuente: Registro de derivaciones, Casa de Tierra del Fuego.

El descenso de las nuevas derivaciones a partir de 2007, así como la tendencia a derivaciones más breves desde 2006, resultaron en una paulatina reducción del contingente de personas derivadas. En la Figura 5 se observa la evolución de la prevalencia de pacientes derivados para cada trimestre desde 2004 hasta el 3er trimestre de 2011. Se observa que el contingente de personas derivadas se había mantenido alrededor de 10 desde comienzos de 2004, para alcanzar una meseta de alrededor de 20 desde mediados de 2006 hasta el 3er trimestre de 2008. Desde el comienzo de la intervención de este equipo, se buscó lograr paulatinamente el regreso a la Provincia de los pacientes derivados, lo que sumado a una reducción sustancial de las nuevas derivaciones, resultó en que durante el último año sólo hubieran 3 pacientes derivados en CABA.

El 87,9% de las derivaciones se encaminaron a través de prestadores privados, en su mayoría comunidades tera-

péuticas (CT) y clínicas psiquiátricas. Los tipos de institución receptoras de las derivaciones se asocian, como es esperable, al diagnóstico principal realizado. Aunque la mayoría de los pacientes con trastornos relacionados con sustancias fueron orientados hacia CT, 12 de los 44 casos (27%) se derivaron inicialmente a clínicas psiquiátricas. Por lo general, una etapa inicial de estabilización en la clínica psiquiátrica fue seguida del traslado a una CT.

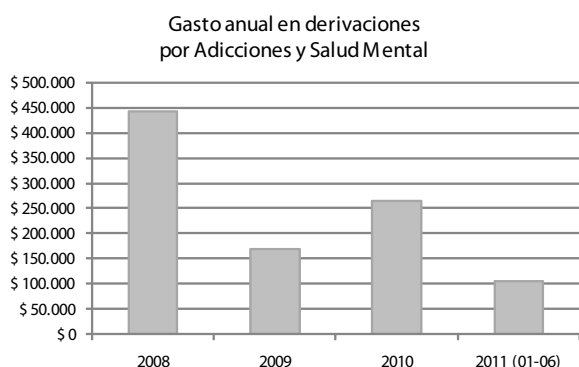
FIGURA 5. Prevalencia trimestral de pacientes derivados a Buenos Aires por Adicciones / Salud Mental Tierra del Fuego, 2004-2011. Registro de derivaciones, Casa de Tierra del Fuego. La flecha marca el inicio de la intervención descrita en el trabajo.



Fuente: Registro de derivaciones, Casa de Tierra del Fuego.

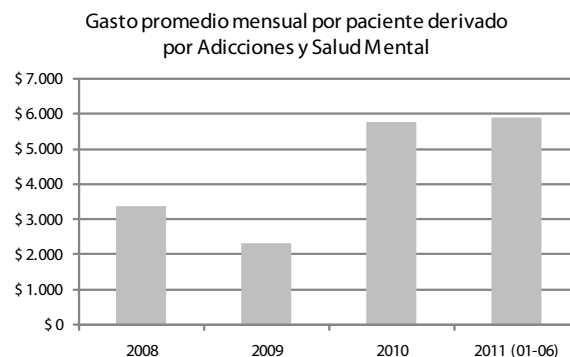
A partir de 2008 se registraron los gastos generados por las derivaciones, tanto en los costos propios de las internaciones como en medicación, estudios, gastos de acompañantes, y en general, en todas las erogaciones resultantes. La única excepción de gastos que no quedan en este registro son los de traslado aéreo desde y hacia la Provincia. El total de gastos fue descendiendo con la reducción del número de pacientes derivados a Buenos Aires, según se observa en la Figura 6. El costo mensual promedio por paciente se muestra en la Figura 7.

FIGURA 6. Gasto anual en derivaciones a Buenos Aires por Adicciones / Salud Mental. Tierra del Fuego, 2008- Junio 2011.



Fuente: Registro de derivaciones, Casa de Tierra del Fuego.

FIGURA 7. Gasto mensual promedio por paciente en derivaciones a Buenos Aires por Adicciones / Salud Mental Tierra del Fuego, 2008- Junio 2011



Fuente: Registro de derivaciones, Casa de Tierra del Fuego.

RESULTADOS CUALITATIVOS

Registro de las auditorías periódicas

Elegimos presentar brevemente una situación típica, en la que se refleja la complejidad de los itinerarios de atención: Paciente A.Z. adulto de 56 años, internado en una clínica psiquiátrica desde setiembre de 2004. Al momento de la constitución del equipo (diciembre de 2007) contaba con el alta de internación desde bastante tiempo atrás, con un diagnóstico de psicosis paranoica, compensada desde hacía un año. El alta no se efectivizaba debido a la falta de red del paciente.

El paciente era residente de Río Grande y de origen chileno. Hasta el momento de la internación por descompensación, se había desempeñado en un servicio público integrado en la comunidad. Una vez lograda su compensación, no se hallaba en la provincia un familiar o referente que pudiera acompañarlo en esta parte del proceso, y por no contar con un espacio de internación psiquiátrica en la ciudad, el juzgado retrasa el regreso del paciente a Río Grande, para preservar a la comunidad.

Se requería un seguimiento en relación a la medicación y para asegurar los alimentos del paciente, ya que tenía vivienda propia. Se conformó un dispositivo que consistió en un seguimiento en el Centro de Prevención de Adicciones, en el cual se presentaba dos veces al día para recibir la medicación, la supervisión de la medicación por Psiquiatría del Hospital de Río Grande, y la inclusión para el almuerzo y cena en el Hogar de Jóvenes (ambulatorio, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social). Se gestionó también su incorporación en dos talleres educativos (dependientes de la Municipalidad de Río Grande), como forma de completar el dispositivo.

Presentando esta estrategia de regreso a la provincia, se logró la autorización del juzgado para el alta de interna-

ción, con seguimiento de tratamiento en la provincia, en programas que, si bien no son específicos en relación a un seguimiento psiquiátrico, brindan la contención que el paciente requiere.

OBSTACULOS Y RESOLUCIONES

Los pacientes requerían un abordaje que contemplara la participación de la familia a distancia y la articulación de diversas instituciones en su tratamiento. La labor de promover la apertura institucional a otros discursos, otras miradas y otros aportes fue uno de los desafíos más importantes dentro de nuestro trabajo. Los principales obstáculos surgieron a la hora de plantear la articulación interinstitucional. En la práctica habitual, por lo general, los referentes de las instituciones resistían a compartir criterios de abordaje y planificar en forma conjunta estrategias terapéuticas orientadas a la reinserción social del paciente en su lugar de origen y plantear estos términos desde el inicio del proceso fue una experiencia interesante.

No siempre se logró en un primer momento que la institución prestadora pudiera percibirnos como parte del equipo, muchas veces se despertó una mirada persecutoria y, también, un aprendizaje de nuestra parte en cómo poder diferenciarnos como equipo auditor de otras auditorías a las cuales las instituciones están más familiarizadas (por ejemplo, las contables o las de obras sociales).

Nos resta implementar el seguimiento de los tratamientos una vez el paciente retornado a su lugar, esto se debe a nuestra dificultad de sostener la pregunta en estos espacios de abordaje, muchas veces por la mirada que despierta en los colegas y también por autolimitarnos, como una forma de no incomodar al otro.

RECOMENDACIONES A OTROS ACTORES

Sabemos, como actores de este proceso, que se requiere de un cambio cultural que modifique paulatinamente nuestra praxis como profesionales y la mirada de la sociedad en su conjunto. No podemos alejarnos de un modelo de causalidad compleja para poder leer pertinentemente esta realidad. “La causalidad compleja implica la intervención de distintos circuitos de retroalimentación, que involucran elementos del mismo y de diferentes niveles de análisis, lo que da por resultado múltiples inter-retroacciones, interferencias, sinergias, etc.”⁷ Las recomendaciones se reducen a apostar a la interdisciplina⁸ como una tendencia hacia la integración, pudiendo reducir lo más posible, la fragmentación interinstitucional, la diferencia que imprime cada discurso, en nuestro caso, el legal, el médico y el social principalmente, ya que esta fragmentación favorece la exclusión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹Pineault, R y Daveluy, C. La Planificación Sanitaria. 2ª Ed. Masson, Barcelona, 1989.

²Matus, C. Adiós, Señor Presidente. Ediciones de la UNLa, Lanús, 2007.

³Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental, sancionada el 25 de noviembre de 2010.

⁴de Lellis, M y Di Nella Y. “La Perspectiva de Derechos Humanos en el Campo de la Salud Mental”. Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental, Facultad de Psicología, UBA, 2007.

⁵Di Nella, Y. Necesidad de incorporar y/o profundizar la perspectiva de Derechos Humanos en la formación profesional de los agentes de Salud Mental. Ponencia en el Encuentro Internacional de Salud Mental “Nuevos sufrimientos, nuevos tratamientos”, 2 -3 de diciembre de 2005. San Luis. Argentina. Ficha de Cátedra de Psicología Comunitaria, Facultad de Psicología, UNLP, 2005.

⁶Ley Nacional N°26.529, de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Sancionada el 21 de octubre de 2009.

⁷de Lellis, M y Mozobancyk, S. “El proceso Salud-Enfermedad y sus emergentes desde una perspectiva compleja”. Cátedra I de Salud Pública / Salud Mental Facultad de Psicología, UBA, 2009.

⁸Elichiry, N. “Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias” del libro El Niño y la Escuela-Reflexiones sobre lo obvio” comp. de Nora Elichiry, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires 1987.

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para tener el necesario soporte de información se utilizó (a) el Registro de pacientes derivados, que se había iniciado en el año 2004, y se desarrollaron dos herramientas complementarias: (b) el Informe mensual de auditoría y (c) la Ficha de seguimiento luego del regreso del paciente a la Provincia. Se describirán a continuación las características metodológicas comunes a las tres herramientas y las particulares de cada una.

1. Operacionalización: Definición de las dimensiones, variables y categorías utilizadas.

CARACTERÍSTICAS COMUNES					
Registros*			Dimensión	Variables	Categorías
(a)	(b)	(c)			
x	x	x	Identificación del paciente	Apellidos y nombres	
				DNI N°	
				Sexo	M / F
				Fecha de nacimiento (edad)	
				Domicilio	
				Localidad	Río Grande / Tolhuin / Ushuaia
x			Datos generales de la derivación	Código de derivación	N° de derivación en el año + N° año (Ej: "030/11")
x	x	x		Fecha de inicio	
x	x	x		Fecha de finalización	
x		x		Diagnóstico	El consignado por el médico derivador.
x	x	x		Institución que recibe	
x				Especialidad**	Salud Mental y Adicciones
x		x		Modalidad	Ambulatorio / Htal. de día / Internado
x				Organismo derivador	Desarrollo Social / Salud / ProFe
x				Médico derivador	A y N
x				Modo de traslado	Vía aérea regular / Vuelo sanitario
x				Acompañante	A y N
x				Alojamiento	Dirección del hotel, casa de familia, etc
x	x	x		Teléfono de contacto	
	x	x	Datos judiciales	¿Tiene intervención judicial?	Sí / No
				Detalles	Juzgado, N° de Expediente.

* (a) Registro de derivaciones; (b) Auditoría mensual; (c) Seguimiento post regreso a TDF.

** "Especialidad" distingue las derivaciones de Salud Mental y Adicciones de las otras del registro (a).

(A) REGISTRO DE DERIVACIONES		
Dimensión	Variables	Categorías
Gastos generados por la derivación	Código de derivación	Ídem a la tabla anterior.
	Proveedor	Código que liga al registro de proveedores.
	Tipo de servicio	Hospital / Estudios / Farmacia / Hotel / Traslados / Varios
	Tipo y N° de factura	
	Fecha del Servicio	
	Monto	
	Organismo pagador	Desarrollo Social / Salud / ProFe

(B) AUDITORÍA MENSUAL		
Dimensión	Variables	Categorías
"Datos significativos"		Texto libre con una descripción breve de la historia clínica previa a la derivación.
"Datos significativos"	Nombre	
	Características del tratamiento	Internado / hospital de día / ambulatorio en Comunidad Terapéutica / Clínica Psiquiátrica / Hospital
	Domicilio y teléfonos	
	Director/a	
	Operador / Referente	
Período de evaluación	Diagnóstico presuntivo	Según DSM IV, en sus 5 ejes.
Evolución		Texto libre con las novedades desde la auditoría anterior.
Pronóstico	Pronóstico	Evaluación no estandarizada, en términos de Bueno / Reservado, con alguna aclaración ocasional.
Comorbilidades	Observaciones	Texto libre referido a comorbilidades médicas, tratamientos recibidos, etc.
Estrategias de tratamiento	Medicamentos	Nombre / concentración / dosis diaria de todos los medicamentos que recibe
	Trabajo con redes	Texto libre con novedades de las intervenciones con las redes familiares, tanto en Buenos Aires como en TDF.
	Trabajo con redes sociales e institucionales de apoyo familiares clínicas	Texto libre con novedades de las intervenciones con las redes sociales e institucionales, tanto en Buenos Aires como en TDF
	Indicaciones terapéuticas, estrategias y fundamentos	Texto libre con las indicaciones y estrategias recomendadas a partir de los hallazgos de la auditoría que se informa

(C) SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES LUEGO DEL REGRESO A TIERRA DEL FUEGO			
La primera parte se completa en el momento de regresar el paciente a la Provincia; contiene un resumen de lo actuado hasta ese momento y los planes iniciales.			
Dimensión	Subdimensión	Variables	Categorías
Antecedentes		Resumen de la HC previa	Texto libre con una descripción breve de la historia clínica previa a la derivación.
Dispositivo terapéutico en Buenos Aires	Institución inicial	Nombre	
		Tipo	Comunidad Terapéutica / Clínica Psiquiátrica / Hospital
		Modalidad	Internado / hospital de día / ambulatorio
	Evolución del tratamiento	Evolución	Texto libre con alternativas del tratamiento y cambios de institución.
	Trabajo con la red familiar	Familia asiste a actividades	Si / No
		¿Cuáles?	
		¿Familia viajó a Buenos Aires?	
		¿Cuántas veces?	Si / No
	Medicamentos al egreso	¿Tiene indicada medicación?	Si / No
		¿Cuáles?	
	Duración total	Duración total de la derivación	En meses
Dispositivo al regreso a Tierra del Fuego	Destino inicial	Ciudad	Familia / Hogar sustituto / Comunidad terapéutica / Casa de medio camino
		Alojamiento	Si / No
	Psicoterapia	¿Está prevista?	Si / No
		Lugar	Nombre de la institución
		Modalidad	
	Control psiquiátrico	¿Está previsto?	Si / No
		Lugar	Nombre de la institución

Dispositivo al regreso a Tierra del Fuego	Participación familiar	¿Está prevista?	Si / No
		Lugar	Nombre de la institución
		Modalidad	
	Escuela	¿Está prevista?	Si / No
		¿Cuál?	Nombre de la institución
	Trabajo	¿Está previsto?	Si / No
		¿Cuál?	Nombre de la institución
	Talleres	¿Está previsto?	Si / No
		¿Cuál?	Nombre de la institución

La segunda parte se completa en cada una de las evaluaciones del seguimiento luego del regreso; contiene una actualización del estado del paciente y de las intervenciones.

Dimensión	Subdimensión	Variables	Categorías
Datos de la evaluación		Fecha de la evaluación	
		Evaluator	
		Teléfono de contacto	
Estado actual	Aspectos generales	Estado del tratamiento	Alta / Abandono / Sigue en tratamiento
		Recaídas en el consumo	Sí / No / Se ignora
		Familia	Convive /No convive; participa en trat/ No participa en trat / Se ignora
		Intervención judicial	Sí / No / Se ignora
	Actividades	Escuela	Asiste / No asiste / NC / Se ignora
		Trabajo	Asiste / No asiste / NC / Se ignora
		Grupos de pares	Inserción positiva / Problemática / No hay inserción / Se ignora
	Comentarios		Texto libre para observaciones

Seguimiento del paciente	x Salud	¿Se realiza seguimiento?	Sí / No
		Periodicidad	
	x Desarrollo Social	¿Se realiza seguimiento?	Sí / No
		Periodicidad	
	Componentes del seguimiento	Del caso individual	Sí / No
		Del grupo familiar	Sí / No
		Del entorno social	Sí / No
	Comentarios		Texto libre para observaciones

2. Sistemas de clasificación utilizados: en el componente (b) Auditoría mensual se utiliza el DSM IV para la variable “diagnóstico presuntivo”. En los otros dos componentes se mantuvo el diagnóstico realizado por el profesional derivador.

3. Ámbito del relevamiento: Provincia de Tierra del Fuego.

4. Tipo de estudio: Estudio cuantitativo, descriptivo, longitudinal, que acompaña la implementación de una nueva estrategia provincial para la atención de la población objetivo.

5. Población objetivo: el estudio abarca a todos los pacientes sin cobertura de obra social o prepago derivados desde la provincia de Tierra del Fuego a Buenos Aires para la atención de problemas de Salud Mental y Adicciones.

6. Instrumentos de recolección de datos: el instrumento (a) Registro de derivaciones es una base de datos relacional basada en el programa Access. Se presenta el esquema de las tablas y relaciones que la componen.

Las fichas (b) Auditoría mensual y (c) Seguimiento post regreso se adjuntan a continuación.

FORMULARIO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES

S.S.P.S - DPTO. PRESTACIONES MÉDICAS Y PROGRAMAS SOCIALES			
DERIVACIÓN N°:		/11	
APELLIDO Y NOMBRE: PACIENTE		DNI	
ACOMPañANTE		DNI	
HOSPITAL DE ORIGEN:	HOSPITAL REGIONAL		
ALOJAMIENTO Y RACIONAMIENTO	Reserva a cargo de la Representación Oficial del Gobierno de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.-		
LUGAR DE DERIVACIÓN:	BUENOS AIRES		
CENTRO DE DERIVACIÓN:			
SERVICIO:		SECTOR:	
FECHA TURNO:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL			
PRÁCTICA / ESTUDIOS:			
MÉDICO DERIVADOR			
ASISTENTE SOCIAL			
NOTA:	<p>Lo expuesto precedentemente está Auditado previamente y los antecedentes médicos producidos de la presente derivación como los Informes socio – ambientales y económicos se encuentran en resguardo en el Departamento de Prestaciones Médicas, Servicio Social e Historia Clínica del paciente, por lo que de considerarlo necesario la Auditoria Contable del Ministerio de Economía y/o el Tribunal de Cuentas de la Provincia, podrán tomar vista de los mismos.</p> <p>Los datos del beneficiario volcados en la presente son coincidentes con los del DNI, habiéndose verificado los mismos, obrando copia en el área arriba mencionada.</p>		
TRASLADO AÉREO:	<p>Tramo: USHUAIA - BS AS – USHUAIA</p> <p>Empresa:</p> <p>Importe: \$</p> <p>Fecha de viaje:</p> <p>Código de Reserva:</p> <p>Reserva de Crédito N°:</p> <p>Vencimiento de Reserva Pasaje:</p>		

FORMULARIO DE DERIVACIÓN DE PACIENTES

DATOS PERSONALES:

Apellido y nombre:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

D.N.I.:

Domicilio en la provincia:

Teléfono de contacto en la provincia:

Expte. Judicial Nro.:

DATOS SIGNIFICATIVOS:

Resumen de la historia clínica previa a la derivación a Buenos Aires.

DATOS DE LA INSTITUCIÓN DONDE RECIBE TRATAMIENTO:

Institución:

Características del tratamiento:

Domicilio:

Teléfonos:

Director/a:

OST / Referente:

FECHA DE INGRESO DEL PACIENTE:

PERÍODO DE EVALUACIÓN:

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO SEGÚN DSM IV:

- Eje 1:
- Eje 2:
- Eje 3:
- Eje 4:
- Eje 5:

PRONÓSTICO:

EVOLUCIÓN:

Reseña de las novedades ocurridas desde la auditoría anterior según lo informado por la institución y por la evaluación realizada durante la visita del auditor y diálogo con el paciente y el personal asistencial.

OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Referidas a otras condiciones de salud relevantes.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DIARIO:

Medicamento, concentración, dosificación.

TRABAJO CON REDES FAMILIARES: en Tierra del Fuego y en Buenos Aires.

TRABAJO CON REDES SOCIALES E INSTITUCIONALES DE APOYO:

En Tierra del Fuego y en Buenos Aires.

INDICACIONES TERAPÉUTICAS, ESTRATEGIAS Y FUNDAMENTOS:

Actualización de la estrategia terapéutica según los hallazgos de la auditoría.

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN TIERRA DEL FUEGO (ANVERSO)

DATOS DE LA DERIVACIÓN	Apellido y nombre:		Sexo: M F Fecha de Nacimiento: / /
	Fecha de Derivación: / /	Edad:	Ciudad de origen: Río Grande ☐ Tolhuin ☐ Ushuaia ☐
	Diagnóstico principal:		Intervención judicial: Sí ☐ No ☐
	Otros diagnósticos:		Detalles (Juzgado, Expte, etc.):
Contactos para comunicarse con el paciente y/o su familia:			
ANTECEDENTES	Resumen de la historia clínica previa a la derivación:		
DISPOSITIVO EN BS AS	Institución inicial:	Tipo: Com. Terapéutica ☐ Clínica psiquiátrica ☐ Hospital ☐ Modalidad: Internación ☐ Hospital de día ☐ Ambulatorio ☐	
	Evolución (alternativas del trat., cambios de institución):		
	Trabajo con la familia: ¿Asistió a actividades en TDF? sí ☐ no ☐ ¿Cuáles? ¿Viajó a Bs As para acompañamiento? sí ☐ no ☐ ¿Cuántas veces? 		
	Fecha regreso a TDF: / /	Duración total de la derivación (en meses):	
	Tratamiento farmacológico al regreso: sí ☐ no ☐ ¿Cuál?		
DISPOSITIVO INICIAL AL REGRESO	Alojamiento: Con su familia ☐ Hogar sustituto ☐ Comunidad terapéutica ☐ ¿Cuál? Casa de medio camino ☐		
	Psicoterapia:	sí ☐ no ☐ ¿Dónde?	¿Modalidad?
	Control psiquiátrico:	sí ☐ no ☐ ¿Dónde?	
	Participación familiar:	sí ☐ no ☐ ¿Dónde?	¿Modalidad?
	Actividades iniciales:	Escuela: sí ☐ no ☐ ¿Cuál? Trabajo: sí ☐ no ☐ ¿Cuál? Talleres: sí ☐ no ☐ ¿Cuáles?	
	Comentarios:		

SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EN TIERRA DEL FUEGO (REVERSO)

ESTADO ACTUAL	Apellido y nombre:		Fecha de Evaluación: / /						
	Estado actual del tratamiento:		Alta ☐		Abandono ☐		Sigue en tratamiento ☐		
	Recaídas en el consumo:		Sí ☐		No ☐		Se ignora ☐		
	Escuela:		Asiste ☐ No asiste ☐		No corresponde ☐		Se ignora ☐		
	Trabajo:		Sí ☐ No ☐		No corresponde ☐		Se ignora ☐		
	Familia:		Convive ☐ No convive; participa en trat ☐		No participa en trat. ☐		Se ignora ☐		
	Grupos de pares:		Inserción positiva ☐ Inserción problemática ☐		No inserción ☐		Se ignora ☐		
	Comentarios:								
SEGUIMIENTO	Intervención judicial:		Sí ☐		No ☐		Se ignora ☐		
	Describir:								
	¿Se realizan evaluaciones regulares por Salud? Sí ☐ No ☐ Periodicidad?..... ... por Desarrollo Social? Sí ☐ No ☐ Periodicidad?.....								
	¿Qué componentes incluye?		Individual ☐		Familiar ☐		Social ☐		
	Comentarios:								
	Firma del evaluador:								
	Aclaración:								
Datos de contacto (repartición , RPV, celular):									

CENTRO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN DROGADEPENDENCIA Y SIDA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

REDUCCIÓN DE DAÑOS ASOCIADOS AL USO DE DROGAS: FORTALECIMIENTO DE REDES COMUNITARIAS Y SOCIO-SANITARIAS EN LA CONSTRUCCIÓN DE BASES DE DATOS Y SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN.

Silvia S. Inchaurreaga¹, Andrea Celentano¹, Rafael Echaire Curutchet¹.

RESUMEN Las actividades llevadas a cabo consisten en un permanente trabajo en terreno sostenido desde la promoción de la salud y un enfoque de derechos, situando a la reducción de daños como tercer pilar, junto a la prevención y la asistencia, de una estrategia socio-sanitaria compleja que no desconozca ni rechace a aquellos casos en que no se puede o no se quiere abandonar el consumo de drogas¹.

Se promueve la participación en diversos espacios de discusión y debate sobre la temática, donde se plantean y socializan los resultados obtenidos y las formalizaciones alcanzadas, como efecto de las actividades de relevamiento y sistematización de información orientada a contribuir al diseño y a la implementación de políticas públicas eficaces, justas y humanas². Entre las actividades que se desarrollan se destacan además aquellas que resultan propias de la investigación y la formación de recursos humanos, a través de diversas unidades académicas de Universidad Nacional de Rosario (UNR), en espacios formales a nivel de pre-grado y de post-grado, como así también en espacios informales, en los cuales se apunala la formación de promotores socio-comunitarios.

Al respecto, debemos mencionar que partimos de un posicionamiento que afirma que no son posibles los abordajes neutros ni objetivos, sino que las acciones se fundan en una relación íntima con las formas de concebir el campo, la población, la problemática³. En este sentido, no nos proponemos definir de antemano problemas a tratar. Antes bien, la labor consiste en un permanente trabajo en terreno, en contacto con los actores sociales que protagonizan las situaciones que podrán definir como problemáticas en función de sus propias conceptualizaciones y sus propios posicionamientos.

Consideramos de vital importancia la participación del usuario de drogas, subrayando que CEADS-UNR fue pionero en proponer este posicionamiento, en tensión con otros modos de entender la situación, que tienden a colocar en primer plano una asociación directa entre consumo de drogas, delito, enfermedad, adicción y muerte⁴. El situar al usuario de drogas como un ciudadano, permite interrogar las políticas públicas desde una perspectiva innovadora que se aleja de ciertos posicionamientos moralistas y moralizantes, a fin de lograr materializar estrategias amplias que no expulsen al usuario de drogas de los sistemas sociales⁵. Es allí donde se funda uno de los objetivos de esta práctica: lograr un acercamiento, no sólo geográfico, del sistema socio-sanitario hacia el usuario de drogas, mediante el establecimiento de vínculos que funcionen al modo de puentes⁶. Entendemos que esto no se logra con acciones puntuales, separadas en el tiempo y aisladas de situaciones de contexto. Antes bien, reclama un trabajo constante, apuntalado en la figura de promotores socio-comunitarios. Estos, en tanto que referentes barriales, se constituirán en agentes sanitarios y harán posible el trabajo en territorio.

¹ Centro de Estudios Avanzados en Drogadependencias y SIDA de la Universidad Nacional de Rosario (CEADS-UNR)

CORRESPONDENCIA A:

Silvia Inchaurreaga
Correo electrónico: ceads.unr@hotmail.com

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a identificar riesgos y daños asociados al uso de drogas, variables en el uso de las mismas, particularidades y generalidades en cuanto a las vías de consumo, singularidades de los contextos, con el objetivo de aportar a la promoción de la salud, la prevención, la reducción de daños y la asistencia.

La experiencia de trabajo parte desde un relevamiento de la complejidad de los usos de drogas, desde una perspectiva crítica, orientada a la posibilidad de conceptualizar al usuario de drogas como un ciudadano con derechos, y organizada a partir del diseño y la implementación de acciones en terreno sostenidas en la prevención, la asistencia y la reducción de daños, a fin de contribuir a resolver problemáticas con nuevas herramientas.

DURACIÓN

CEADS-UNR trabaja desde el año 1994 diseñando estrategias de intervención a partir de los estudios realizados involucrando, a la población objetivo y a las redes comunitarias y socio-sanitarias.

RESULTADOS

Entre los principales resultados obtenidos por el trabajo de CEADS-UNR corresponde situar algunos de los estudios más relevantes, subrayando que todos implican un trabajo de investigación-acción.

ESTUDIO SOBRE USO DE DROGAS INYECTABLES EN ROSARIO Y GRAN ROSARIO - DISTRIBUCIÓN DE KITS DE INYECCIÓN⁷.

Realizado en el marco del Estudio Multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud en el período 1998-2000. Relevó conductas de riesgo como el alto índice de uso compartido y reutilización de material de inyección⁸, estableciendo la necesidad de desarrollar el kit de inyección “La Cajita” y el Manual de Inyección “Si te vas a picar, leéme”, abordaje pionero en Argentina para reducir riesgos asociados a estas conductas y daños como VIH y Hepatitis. La implementación tanto del estudio como de estas estrategias sólo fue posible con el protagonismo de grupos de usuarios de drogas que se incluyeron como “llaves de acceso” al contacto con poblaciones hasta ese entonces ocultas. Y como promotores comunitarios en las escenas de consumo.

ESTUDIO PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA Y REDUCCIÓN DE DAÑOS ASOCIADO AL CONSUMO DE DROGAS EN CÁRCELES – LA POBLACIÓN OBJETIVO COMO ACTOR CLAVE.

Realizado en el marco del Proyecto de ONU - SIDA “Proyecto de Prevención de VIH y Apoyo a las Personas privadas de libertad”. En conjunto con Servicio Penitenciario y Ministerio de Justicia, el Subproyecto Rosario trabajó

en las Unidades 3 y 5 a partir del año 2001 relevando no sólo conductas de riesgos como el policonsumo, uso de material casero para el uso inyectable y alto nivel de uso compartido del mismo sino también la absoluta clandestinidad de las prácticas de riesgo y las dificultades para el acceso a información. Los datos recabados en el Estudio Multicéntrico sobre Uso de Drogas Inyectables de la OMS indicaban que un 70% estuvo en prisión y de ellos el 42% se inyectó drogas estando en la cárcel. Un dato significativo en cuanto a los riesgos en esta población es que el 72% de ellos compartió jeringas⁹.

A partir de los datos relevados se construyó una red de trabajo con promotores internos de las unidades, concursos de mensajes y afiches y se instalaron dispensers de preservativos al interior de los pabellones¹⁰.

ESTUDIO SOBRE USO DE DROGAS EN CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD SOCIAL ELABORACIÓN DE MATERIAL INFORMATIVO SOBRE NUEVAS DROGAS: INHALANTES Y KETAMINA¹¹.

Realizado en el marco del Proyecto “Cono Sur” con financiamiento del Programa de SIDA de Naciones Unidas en el año 2004. Relevó datos claves sobre inicio en el consumo, policonsumo, tendencia a la experimentación y drogas más utilizadas, situando al alcohol y los inhalantes como drogas de inicio en contextos de pobreza crítica. Se realizó trabajo de campo en asentamientos urbanos irregulares, que permitió el relevamiento de códigos y patrones de conducta que fueron utilizados en el diseño de folletería específica sobre uso de inhalantes, alcohol y combinatoria de sustancias. Se diseñó material innovador sobre combinatorias de sustancias y la Campaña “Si usas pegamentos no te quedes pegado” a partir de talleres con usuarios de estas sustancias.

ESTUDIO SOBRE USO DE DROGAS Y VÍAS DE CONSUMO EN LA CIUDAD DE ROSARIO - DISTRIBUCIÓN DE SNIFF-KITS COMO ESTRATEGIA DE REDUCCIÓN DE DAÑOS¹².

Realizado en el marco del Programa “Reducción de Daños y Prevención de VIH/SIDA en usuarios de drogas en contextos de pobreza de la ciudad de Rosario”, financiado por el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, en el año 2008. Incluyó relevamiento de datos acerca de patrones de consumo y de riesgos en usuarios de drogas¹⁰ que utilizan la modalidad de inhalación entre otras vías. Se estudió el uso compartido de material y la percepción de riesgos y daños asociados. Dados los resultados obtenidos como alto índice de uso compartido del material, se diseñó e implementó el sniff-

kit como estrategia socio-sanitaria. Éste consiste en una bolsita plástica que contiene un tubo estéril -canuto-, un preservativo y material informativo.

SONDEO DE OPINIÓN DEL IMAGINARIO SOCIAL DE LA POBLACIÓN GENERAL SOBRE LOS USUARIOS DE DROGAS Y DESPENALIZACIÓN DE LA TENENCIA. CAMPAÑA PARA MEJORAR EL ACCESO DE LOS USUARIOS DE DROGAS AL SISTEMA DE SALUD¹³.

Realizado en el marco del Programa “Reducción de Daños en usuarios de drogas en situación de pobreza de la ciudad de Rosario. Hacia una construcción ciudadana” en el año 2009. Este sondeo (N=1000) es continuidad de otros estudios realizados por CEADS-UNR en la ciudad de Rosario y la región. Se relevaron datos acerca de la opinión de la población sobre la despenalización de la tenencia de marihuana y de drogas en general y sobre la discriminación de los usuarios de drogas. Los resultados arrojaron la percepción general de que los usuarios de drogas son excluidos de los sistemas sociales. A partir de estos resultados se redefinieron los trabajos en marcha, potenciando la labor por la promoción de los derechos de los usuarios de drogas, orientándose la Campaña “Ni faloperos ni drogadictos, ciudadanos” y elaborando el Manual de Derechos Humanos y Uso de Drogas dirigido a instituciones sanitarias, sociales y comunitarias¹⁴.

OBSTÁCULOS Y RESOLUCIONES

Entre los obstáculos a destacar se hallan las representaciones sociales que estigmatizan a la población objetivo, invisibilizándola para los estudios y dificultando el acceso a ella para las intervenciones. Es de mencionar la asociación uso de drogas con delito, enfermedad y muerte y los discursos que promueven la llamada Guerra contra las Drogas¹⁵.

Producto de ello, aunque no solamente, es la Ley N° 23.737, aún en vigencia en nuestro país. La penalización de la tenencia genera, entre otros efectos nocivos, la implementación de tratamientos compulsivos, a pesar de la Ley N° 26.657, la cual afirma los derechos y garantías de los usuarios de “drogas, legales o ilegales,” de acceder a un tratamiento igualitario¹⁶.

Este contexto social y jurídico genera efectos también en el espacio de la vida cotidiana¹². Así es que el usuario de drogas resulta expulsado de los sistemas sociales y sólo registrado en estudios cuya metodología, como las encuestas de hogares por ejemplo, no permiten capturar la complejidad de las problemáticas sea por no incluir a los ya segregados, sea porque los relevados están condi-

cionados por la sanción social o legal. Porque el usuario al ser sancionado doblemente: por el orden jurídico que lo nombra como criminal y por el orden médico que lo toma como enfermo, es silenciado, condenado y apartado no sólo del orden social sino de los registros necesarios para desarrollar nuevas intervenciones¹⁷. Es allí donde proponemos recuperar su palabra, promoviendo otros lazos sociales desde otros espacios en los que pueda emerger como ciudadano y no como objeto de intervenciones normalizadoras¹⁸. Recuperar desde la figura del promotor comunitario el protagonismo social de los miembros de la comunidad para contactar a sus pares, recolectar información (técnicas de snow ball por ejemplo) y participar activamente del diseño y puesta en práctica de las intervenciones

RECOMENDACIONES A OTROS ACTORES

Consideramos necesario recordar que cualquier práctica ética debe fundarse en el reconocimiento de la diferencia absoluta que comporta el otro, en tanto radicalmente diferente. Es allí donde emergen las condiciones de posibilidad de apuntalar y sostener un posicionamiento que no resulte abusivo ni expulsivo. Al respecto, conviene destacar la importancia de la participación comunitaria tanto en la definición de las propias problemáticas, como en la elaboración de las herramientas y los modos para resolverlas.

Debe subrayarse que lo enunciado no remite solamente a la temática del uso de drogas. Toda afirmación a priori, supone un posicionamiento externo y ajeno, sostenido en alguna garantía de verdad. Eso constituye el rasgo falaz y peligroso de estos abordajes. No hay problemas que puedan ser definidos con una simple observación y/o un estudio de terreno. Antes bien, hay situaciones que podrán ser problematizadas o no, es decir definidas o no como problemáticas, por parte de una comunidad en un momento y en un lugar determinado.

Por ello así como ningún tratamiento puede ser igual para todos los que tengan problemas con las drogas, ninguna intervención podrá ser masiva o diseñada desde la esterilidad de una oficina o un consultorio sino que será tanto el relevamiento en que se funda como la estrategia que ella genera ad hoc a la situación, al problema y a los actores sociales que involucra.

Esta indicación no da por tierra con las estrategias de prevención, sino que las redefinen y complementan desde la promoción de la salud y desde un enfoque de derechos, promoviendo la ponderabilidad de la comunidad respecto de aquellas situaciones que delimitarán como problemáticas¹⁸.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Inchaurreaga S. compiladora. Drogas y Políticas públicas. El modelo de Reducción de Daños. Rosario: CEADS-UNR; 1999.
- ² Inchaurreaga S. compiladora. Reducción de Daños. Buenos Aires: Espacio; 2001.
- ³ Inchaurreaga S, Michelli E, Trincheri N. Drogas: haciendo posible lo imposible: Experiencia de reducción de daños en Argentina. Rosario: UNR; 2002.
- ⁴ Inchaurreaga S. compiladora. Drogadependencias. Reflexiones sobre el sujeto y la cultura. Rosario: Homo Sapiens; 1996.
- ⁵ Inchaurreaga S. compiladora. Drogas y drogadependencias. Teoría, Clínica e Instituciones. Rosario: CEADS-UNR; 1997.
- ⁶ Inchaurreaga S. compiladora. El SIDA en la cultura. Problemáticas a fines de siglo. Rosario: Homo Sapiens; 1995.
- ⁷ Inchaurreaga S. Siri P “First steps: using rapid assessment and response methods to develop research, intervention and advocacy capacity for addressing drug use in Rosario city, Argentina”, IJDP International Journal of Drug Policy , Elsevier Science, Amsterdam, nv 1999, 1-2, pag 125
- ⁸ Inchaurreaga S. Informe Estudio Multicéntrico sobre Uso de Drogas Inyectables en Rosario y Gran Rosario, Organización Mundial de la Salud, 2000 - 2003
- ⁹ ONUSIDA Cárceles y VIH/SIDA, Avances en la prevención y en el mejoramiento de la asistencia en VIH/SIDA en cárceles de Argentina, 2004
- ¹⁰ Inchaurreaga S. Informe Estudio Multicéntrico sobre Uso de Drogas Inyectables en Rosario y Gran Rosario, Organización Mundial de la Salud, 2000 - 2003
- ¹¹ CEADS-UNR. Uso de drogas, pobreza y vulnerabilidad. Un estudio sobre riesgos y daños asociados al uso de drogas en contextos de pobreza crítica de la ciudad de Rosario. Mimeo; 2005.
- ¹² Celentano A. & Inchaurreaga S. Estudio sobre uso de drogas, vías de consumo y distribución de sniff kits. Mimeo. CEADS-UNR; 2004.
- ¹³ Inchaurreaga S. compiladora. Las Drogas entre el fracaso y los daños de la prohibición. Nuevas perspectivas en el debate despenalización-legalización. Compiladora. Buenos Aires: CEADS- ARDA; 2003.
- ¹⁴ Inchaurreaga S. Manual uso de drogas y Derechos Humanos. Rosario: CEADS-UNR; 2009.
- ¹⁵ Inchaurreaga S. Drogas y usos recreativos. Análisis de la menor tolerancia social a los abordajes de reducción de daños en contextos de uso ocasional o recreativo. Buenos Aires: ARDA; 2006.
- ¹⁶ Inchaurreaga S. Programa pionero de reducción de daños en Argentina y efectos de la convivencia de internos en una unidad penitenciaria. Perpignan: IGIA; 2003.
- ¹⁷ Inchaurreaga S. Reducción de daños y políticas públicas en tiempos de prohibición. La despenalización de la tenencia: un remedio necesario a la epidemia de VIH-SIDA en usuarios de drogas. En: Revista Sociedad Argentina de SIDA. Buenos Aires; 2005.
- ¹⁸ Inchaurreaga S. Reducción de daños y/o Psicoanálisis. Uso de drogas, sujetos que se dañan y daños sin sujeto. En: Revista Científica de Psicología Psyberia, Octubre 2009, Año 1 – Número 1, Facultad de Psicología, UNR. Pág. 79 – 90. Con referato.

ANEXOS

RESUMEN BREVE DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

En primer lugar, corresponde señalar que el proceso de construcción de los instrumentos para la recolección de datos implica un trabajo de elaboración constante, fundado en una permanente presencia en terreno y en contacto con la población objetivo. Este señalamiento se debe al hecho de entender no sólo que no hay una única solución absoluta e indiscutible, sino que también entra en escena la importancia de la participación comunitaria.

En este sentido, la construcción de los instrumentos con que hemos intentado abordar la temática, se sostiene principalmente en un trabajo conjunto con la población en un intento por promover la capacidad de la comunidad de definir sus propias problemáticas y de construir conjuntamente las herramientas necesarias para abordarlas. Se trata de un esfuerzo constante en apuntalar la ponderabilidad de la comunidad en primer lugar. Se entiende que no se pretende lograr modos de acercamiento que se originen en una distancia absoluta respecto de la situación que se pretende abordar. De este modo, los instrumentos se generan en el interior del trabajo con la población.

Los usuarios de drogas participan en la elaboración del material comunicacional gráfico que se distribuye de manera focalizada. Se trata de estrategias pensadas como modo de difusión de información redactada de manera clara y concisa, que sea fidedigna y que no resulte expulsiva ni discriminatoria. En este sentido, la utilización de la terminología que maneja el grupo, los modismos y los estilos, resulta una táctica fundamental para lograr un acercamiento amigable. En esta construcción es fundamental la participación de los usuarios, quienes, además, tienen la responsabilidad de definir las principales preocupaciones que pueden estar atravesando al grupo en ese momento en particular, en ese espacio geográfico. De allí, la versatilidad de los mensajes y la focalización de la folletería.

Del mismo modo se elaboran los instrumentos de recolección de datos. Es preciso que estos puedan arrojar datos precisos a fin de dar lugar a un correcto y adecuado procesamiento de información que permita redefinir y relanzar las estrategias de abordaje. Es de destacar que los instrumentos aplicados tienden principalmente no sólo a mantener una base de datos permanentemente actualizada sino que su objetivo primero consiste en nutrir y orientar los abordajes.

Al nivel del equipo de trabajo, las discusiones y los debates

son una constante que motoriza el trabajo. Este señalamiento se debe a que se comprende que no existe ninguna neutralidad en los modos en que se aborda el terreno. De allí que se vuelva necesario revisar las conceptualizaciones que nos atraviesan, puesto que éstas se encuentran enmarcadas en las diferencias que tienen cabida entre los integrantes del equipo. Es de mencionar que se trata de un equipo interdisciplinario donde confluyen matrices formativas diferentes, posicionamientos diferentes y lecturas diferentes. Más allá de una cuestión meramente teórica, aquello que entra en escena es el articulado de los supuestos básicos subyacentes que atraviesa al equipo conformado por profesionales de distintas áreas, estudiantes, investigadores y promotores socio-sanitarios.

Los modos en que se conceptualizan y se enmarcan las nociones de hombre, salud, enfermedad, sociedad, drogas, consumo de sustancias, etc. es uno de los ejes principales que resulta entrecruzado con los parámetros que se emplean al momento de intentar definir lo problemático de una situación determinada.

Es de destacar que estas discusiones no sólo se sostienen al interior del equipo, sino que también intentamos mantenerla con otros actores sociales y con otras organizaciones. La propuesta consiste en interrogar aquello que hacemos, que hemos hecho y que planificamos hacer. Entendemos que la problemática reviste una complejidad específica que reclama que sean interrogadas las herramientas que empleamos y el lugar desde donde nos posicionamos para ponerlas en práctica. En este sentido, CEADS-UNR ha sido pionero en introducir estrategias de abordaje pensadas desde una lógica que pretende interpelar la vinculación directa que suele establecerse entre uso de drogas, delito, enfermedad, muerte, adicción y amenaza social. Desde 1994, pone en escena una labor que se funda en concebir al usuario de drogas como un ciudadano con derechos y obligaciones, a quien también le compete y le corresponde la accesibilidad a los sistemas sociales.

Es allí donde se funda el trabajo lento y muchas veces obstaculizado que se intenta sostener. Al establecer un corrimiento respecto de estrategias de abordaje y tratamiento basadas en la disuasión y la abstinencia como únicas opciones posibles para la resolución de la problemática, de respuestas rápidas, estandarizadas, generalizadas y basadas en perfiles caracterológicos contruidos a priori, de propuestas de resolución a través del encierro y el aislamiento, y de los tratamientos compulsivos y obligatorios, se han gestado lecturas e interpretaciones erróneas de nuestro trabajo. Tal es así, que se ha enten-

dido que la pretensión de este modo de abordaje era la promoción del consumo de drogas.

La construcción de herramientas e instrumentos con los cuales intentar alcanzar algo del orden de una resolución implica una discusión constante, puesto que no se trata de encontrar la solución, sino más bien modos de afrontar aquello que es determinado como problemático. En este sentido, se entiende que la elaboración de materiales (folletería informativa general y específica, kits de inyección, sniffkits, etc.) y la implementación de diversas estrategias (talleres con usuarios de drogas, con profesionales, trabajo de interrelación y articulación con los centros de salud, las escuelas, los clubes y otras organizaciones barriales, el asesoramiento y la asistencia en situaciones complejas como los testeos de VIH/SIDA) no es el resultado de una elucubración ajena a lo que se inscribe en el devenir cotidiano, sino que es el producto de una presencia en el terreno y de una elaboración de la misma en función de desmitificar juicios previos y denostar las lógicas que ordenan las primeras lecturas.

De lo expuesto se desprende lógicamente el posicionamiento de CEADS-UNR en cuanto a la posibilidad de in-

troducir modificaciones en estas situaciones de uso de drogas en contextos diferentes y diferenciados. Se entiende que la propuesta se orienta hacia la redefinición de las modalidades de abordaje que se sostienen hasta el momento y que han probado ya su ineffectividad, generando y promoviendo mayores daños que el consumo de drogas en sí mismo.

Es allí donde se juega la posibilidad de gestar participación comunitaria en la definición de las problemáticas que atraviesan a la población, estableciendo un corrimiento respecto de posicionamiento de corte más tradicionalista que fundan la intervención en análisis ajenos a la situación de la población en cuestión. La propuesta se direcciona a evitar fenómenos de invisibilización, marginación, discriminación y expulsión de los sistemas sociales. Se entiende que la Promoción de la Salud implica la puesta en juego de la información y la construcción conjunta de propuestas en todos los niveles. De este modo, se logra la articulación con un Enfoque de Derechos que no vulnere más derechos y no suscite más daños, de los que pretende promover y evitar respectivamente.

ANEXO I

Modelo de cuestionario aplicado en Estudio sobre uso de drogas en contextos de vulnerabilidad social - Cono Sur. (Estudio N° 2)



C. E. A. D. S.

Centro de Estudios Avanzados en
Drogadependencias y SIDA

Universidad Nacional de Rosario

Estudio sobre actitudes y prácticas de usuarios de drogas que viven en situación de pobreza crítica - Cono Sur.

Encuesta anónima y voluntaria

Zona en la que vive:

Encuestador:

Encuesta N°:

Lugar de entrevista:

Fecha:

A. DATOS PERSONALES:

1. Edad:

2. Sexo:

3. ¿Recibiste capacitación por medio de algún plan social? Si No

4. ¿Cuáles?

5. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios alcanzado?

- a. Primario incomp.
- b. Primario Comp.
- c. Secundario / EGB incomp.
- d. Secundario / Polimodal Comp.
- e. Terciario Inc.
- f. Terciario Comp.

6. Trabajo / medio para vivir

- a. Empleado
- b. Changanín/cartonero
- c. Beneficio del gobierno
- d. Venta ambulante
- e. Venta de drogas
- f. Reducción
- g. Prostitución
- h. Cuida autos
- i. Limpia vidrios
- j. Robo
- k. Otro

7. ¿Dónde estás la mayor parte de tu tiempo?

- a. Casa propia
- b. Casa de amigos
- c. Calle
- d. Otro.....

8. ¿Que hacés la mayor parte de tu tiempo?

- a. Mira T.V./ escucha música
- b. Encuentro con amigos
- c. Búsqueda de ingresos (robo, limosna, etc.)
- d. Estudia
- e. Trabaja (limpia vidrios, malabarista, etc.)
- f. Duerme
- g. Otro.....

9. Vivienda (donde pasa el mayor tiempo de los días en los últimos 6 meses):

- a. Casa propia
- b. Casilla
- c. Institución de tratamiento
- d. Cárcel /Instituto/ Comisaría para menores
- e. Pieza por día
- f. Calle/parque/ puentes
- g. Otro.....

10. ¿Tiene acceso a energía eléctrica?

Si No

11. Tiene acceso a agua:

- a. En el domicilio
- b. Canilla Pública
- c. De pozo
- d. De río

12. Cómo vive:

- a. Sólo
- b. En pareja
- c. Con amigos (cuantos)
- d. Con familia (padres, hermanos, hijos, etc.): cuantos miembros.....
- e. Otros.....

B. DATOS EN RELACIÓN AL CONSUMO DE DROGAS Y/O ALCOHOL.

13. ¿Cuando eras niño, consumías alcohol en reuniones familiares?

Si No Ns/Nc

14. ¿A qué edad?.....

15. ¿Qué edad tenías cuando comenzaste a beber alcohol con frecuencia?..... (QD03)

16. ¿Con que frecuencia bebiste alcohol en los últimos 6 meses? (QD04)

- a. Nunca (ir a preg. 19)
- b. Menos de una vez al mes
- c. 1 a 3 días al mes
- d. Cerca de un día a la semana
- e. 2 a 3 días a la semana
- f. 4 a 6 días a la semana
- g. Al menos una vez por día
- h. No contesta

17. ¿En los últimos 6 meses, cuántos vasos bebías en un día típico?

1. uno
2. dos
3. de 3 a 5
4. 6 o más
8. no contesta

18. ¿Vasos de qué bebida?. (QD05)

1. Bebidas de baja graduación alcohólica (vino, cerveza, etc.)
2. Bebidas de alta graduación alcohólica (whisky, vodka, etc.)
3. Ambas

19. ¿Consumiste drogas alguna vez?

Si No

20. ¿A qué edad te iniciaste en el consumo de drogas?
(QD07)

21. ¿Cuál fue la droga que consumiste por primera vez?

22. ¿Cuál fue la droga que consumiste de manera más abusiva por primera vez?

23. Cuándo consumiste drogas por primera vez, ¿por
cuál vía lo hiciste?

1. Ingestión: lo que pasa al estómago. Ej: pastillas, hongos (comidos), bebidas.
2. Absorción: lo que pasa por las mucosas o piel, a través de los vasos capilares. Ej: esnifado de cocaína, supositorios, mascado.
3. Inyección: lo que ingresa por el torrente sanguíneo a través de las venas, en forma intramuscular o subcutánea.
4. Inhalación: lo que pasa por los pulmones en forma as-

pirada o fumada. Ej: gases, solventes, lo que se quema en pipas o cigarrillos.

24. ¿Cuándo fue la última vez que consumiste drogas?

- a. En el día
- b. En el transcurso de esta semana
- c. Más de una semana
- d. En el transcurso del mes
- e. Más de tres meses
- f. Más de seis meses
- g. Más de un año
- h. Otro.....

25. ¿Qué drogas consumís?

3. Cocaína
6. Crack
7. Otros estimulantes: paste base
9. Benzodiacepinas: valium, lexotanil, rivotril, trapax, etc.
11. Tranquilizantes
25. Éxtasis
33. Inhalantes: poxiran, lanzaperfume
34. Alucinógenos: LSD, hongos, Ketalar, Artane, floripondio
42. Morfina
43. Otros estimulantes, no cocaína: supresores del apetito, Tamlan, Tratove, Mazindol, Anfetaminas, Obesin, Ac-temin, etc.
44. Otros opiáceos: (no heroína, ni morfina): buprenorfina, dihidrocodeinona, hidrocodona, codeína, etc
46. Ketamina
47. Mezclas
91. Otros.....

26. ¿Consumís drogas y alcohol conjuntamente?

- a. siempre
- b. a veces
- c. nunca
- d. no mezclo
- e. otra.....

Para los que usan/ usaron inhalantes

27. ¿Usaste / usas inhalantes?

Si ☐ No (ir preg. 31)

28. ¿Qué edad tenías cuando usaste inhalantes por primera vez?.....

29. ¿Qué tipo de “inhalantes” consumís?

30. ¿Por qué elegiste los “inhalantes”?

- a. Me gustan sus efectos

- b. Porque me ayuda a pasar el hambre
- c. Porque me ayudan a soportar el frío
- d. Por qué no tengo plata
- e. Porque se consigue fácil
- f. Otros.....
- g. No contesta

31. Cuándo consumís drogas, ¿Con quién lo haces?

- a. Sólo
- b. Con amigos
- c. Con familiares
- d. Con desconocidos
- e. Otros.....

32. En los últimos seis meses ¿Consumiste drogas en un lugar en el que otras personas se estaban inyectando? (QD16)

Si No Ns/Nc

33. ¿Por qué vía consumís?

- a. Ingestión
- b. Absorción
- c. Inyección(ir a preg. 35)
- d. Inhalación

34. ¿Por qué siempre utilizaste métodos distintos a la inyección?(No lea la lista, señale sólo las respuesta afirmativas)

- 1. Tratando de eliminar, reducir el consumo.
- 2. Le preocupan las consecuencias negativas que para la salud le traiga inyectarse.
- 3. Le preocupa inyectarse con el virus del SIDA.
- 4. Le preocupa infectarse con Hepatitis.
- 5. Es más fácil controlar la sobredosis.
- 6. Temor, desagrado a las agujas, jeringas, sangre.
- 7. No desea ser estigmatizado.
- 8. No desea problemas con la ley.
- 9. No tiene el equipo disponible para inyectarse.
- 10. Las drogas inyectables son muy costosas.
- 11. Es más rápido, conveniente usar otros métodos.
- 12. Le satisfacen los efectos con otros métodos.
- 14. Por el estigma social asociado a la inyección.
- 15. No se ve como una persona que se inyecte.
- 16. Esto causaría malestar a la familia.
- 17. No está habituado a inyectarse, nunca ha pensado en hacerlo.
- 18. Nunca ha tenido oportunidad.

Las preguntas que siguen realizarlas sólo si se inyectó

alguna vez; en caso contrario pasar a pregunta 43.

35. ¿Por qué comenzaste a inyectarte? (QD34)

- a. Calidad de la droga disponible inadecuada para otro método.
- b. Pensé que lograría mejores efectos.
- c. Mis amigos lo estaban haciendo y quise probar.
- d. Mis amigos me presionaron a hacerlo.
- e. Le preocupaban las consecuencias de estar inhalando/aspirando.
- f. Estaba en una fiesta y otros lo estaban haciendo.
- g. Curiosidad.
- h. Estaba deprimido(a).
- i. Todo el mundo lo estaba haciendo.
- j. Por impresionar a otros.
- k. Otro.....

36. ¿Qué edad tenías cuando comenzaste a inyectarte? (QD20)

.....

37. ¿Antes de empezar a inyectarte pensaste que lo probarías una o dos veces y pararías, o que empezarías a hacerlo regularmente? (QD35)

- a. Lo probaría una o dos veces y pararía
- b. Lo haría regularmente
- c. Rehúsa contestar
- d. No lo sabe, de hecho no lo pensó

38. ¿Antes de empezar a inyectarte, sabías del VIH/SIDA? (QD37)

Si No Ns/Nc

39. ¿Antes de tu primera inyección, pensaste que si te inyectabas podría contraer VIH o SIDA? (QD39)

- a. No
- b. Probablemente pero no muy seguro
- c. Probablemente, muy seguramente
- d. No sabe, no está seguro
- e. Rehúsa contestar

40. ¿Compartiste equipos?

Si No Ns/Nc

41. ¿Cuáles son las razones por las que has tenido que compartir agujas y jeringas durante los últimos seis meses? (QEO6)

- a. Otras personas que se inyectan me presionan a hacerlo.
- b. Pensé que era seguro porque limpiaba el equipo.

- c. Soy cuidadoso en elegir con quien comparto.
 d. Estaba detenido o en la cárcel.
 e. No tenía mi propio equipo para inyectarme.
 f. Las agujas y jeringas son muy costosas.
 g. Otra.....

42. ¿Cuántas veces te has inyectado desde que comenzaste a inyectarte? (QD50)

- a. Una vez
 b. De 2 a 9 veces
 c. De 10 a 99 veces
 d. Más de 100 veces
 e. No recuerda

43. ¿Con qué frecuencia te has inyectado en el periodo que lo hiciste regularmente?

- a. Menos de una vez al mes
 b. De 1 a 3 veces al mes
 c. Una vez en semana
 d. De 2 a 3 veces en semana
 e. 4 – 6 veces en semana
 f. Una vez al día
 g. 2 – 3 veces diarias
 h. Más de cuatro veces al día
 i. De 5 a 10 veces al día
 j. Más de 10 veces al día
 k. No recuerda/ no contesta

44. ¿Te inyectaste alguna sustancia no considerada droga?

Si No Nc/ Ns

45. ¿Cuál es / era esa sustancia?.....

46. En los últimos 6 meses, ¿te has inyectado con alguna jeringa con droga usada por otra persona?

Si No Nc/Ns

47. ¿Cómo conseguías / conseguís la droga?

- a. Compra
 b. Trueque
 c. Cambia sexo por drogas
 d. Otras

48. ¿Alguna vez compraste para otro y “rescataste” para vos?

Si No (va a pregunta 50) Ns/Nc

49. Esa vez que rescataste, era

- a. para consumo personal
 b. para venta
 c. otro.....

50. ¿Estuviste en la cárcel?

Si No Ns/Nc

51. ¿Compartiste equipos de inyección en la cárcel?

Si No Ns/Nc

52. ¿Utilizas preservativos en tus relaciones sexuales?

- a. Siempre
 b. A veces
 c. Nunca
 d. Ns/Nc

53. En la actualidad si estuvieras enfermo y/o necesitaras tratamiento médico, ¿tendrías acceso a él? (QM02)

Si No Ns/Nc

54. ¿Por qué no tendrías acceso? (QM03) (No leer la lista, indicar sólo las respuestas señaladas por el entrevistado)

1. No existen servicios médicos.
2. No hay servicios cercanos.
3. No hay acceso, ni manera de llegar a ellos.
4. No siempre están abiertos.
6. No confía, no le gusta ni cree en los médicos.
7. Tratamiento disponible pero no puede pagar.
8. Tratamiento disponible pero no pueden darme lo que necesito.
10. Temor a procedimientos dolorosos.
11. Temor a ser arrestado por las autoridades.
13. No aceptan consumidores de drogas.
14. No sabe dónde acudir.
15. Otro.....

55. Si necesitaras tratamiento para el consumo de drogas, ¿tendrías dificultades para recibirlo?

Si No Ns/Nc

56. ¿Por qué no tendrías acceso? (QM05) (No leer la lista, indicar sólo las respuestas señaladas por el entrevistado)

1. No existen servicios médicos.
2. No hay servicios cercanos.
3. No hay acceso, ni manera de llegar a ellos.
4. No siempre están abiertos.
6. No confía, no le gusta ni cree en los médicos.
7. Tratamiento disponible pero no puede pagar.
8. Tratamiento disponible pero no pueden darme lo que necesito.

- 10. Temor a procedimientos dolorosos.
- 11. Temor a ser arrestado por las autoridades.
- 12. No sabe dónde acudir.
- 13. Otro.....

57. ¿Conocés programas de salud vinculados al consumo de drogas en la ciudad?

Si No Ns/Nc

58. ¿Cuáles?

.....

59. ¿Te realizaste alguna vez análisis de HIV?

Si No (ir preg. 62) Ns/Nc

60. ¿Cuál fue el resultado?

61. ¿Cuánto tiempo hace que te lo realizaste?

62. ¿Te interesaría hacerte un test de HIV?

Si No Ns/Nc

63. ¿Te realizaste un test de Hepatitis C?

Si No Ns/Nc

64. ¿Cuál fue el resultado?

OBSERVACIONES:

ANEXO II

Modelo de cuestionario aplicado a usuarios de drogas en
Estudio sobre uso de drogas y vías de consumo en la
ciudad de Rosario. (Estudio N° 3).



C. E. A. D. S.

*Centro de Estudios Avanzados en
Drogadependencias y SIDA*

Universidad Nacional de Rosario

Relevamiento de información sobre diversos usos de dro-
gas. Discriminación. Salud.

Encuesta anónima y voluntaria

Edad: _____ Sexo: Femenino Masculino

Estudios: Primario Incompleto Primario Completo

 Secundario Incompleto Secundario Completo

Zona de residencia:

DIFERENCIAR ENTRE USUARIOS VINCULADOS A PROGRAMAS DE REDUCCION DE DAÑOS, USUA-
RIOS EN TRATAMIENTO EN EL SERVICIO ASISTENCIAL Dr. A. AVILA Y USUARIOS EN TRATAMIENTO
EN COMUNIDADES TERAPEUTICAS (Esperanza de Vida, AVCD, Viaje de Vuelta)

Lugar de la Encuesta a. Libre
 b. Servicio Asistencial Dr. A. Ávila
 c. Comunidad Terapéutica; ¿cual?

1. ¿Sabés cómo se transmite el HIV? SI NO NC

2. ¿Cómo?: (no sugerir, esperar respuesta espontánea)

a. Transmisión Madre – hijo – lactancia

b. Vía Sanguínea

c. Vía Sexual (sexo anal, oral, contacto con fluidos)

d. Otra.....

3. ¿Te hiciste alguna vez el Test? Si NO NC

4. ¿Cuánto tiempo hace que te lo hiciste?.....

5. ¿Sabés que compartiendo material inyectable/ canutos se transmite el virus del VIH?

SI NO NC/NS

6. ¿Consumís o consumiste algún tipo de droga? SI NO NC

7. ¿A qué edad comenzaste a consumir?.....

8. ¿Qué drogas consumís o consumiste?

a. Marihuana b. Cocaína c. Pastillas d. Alcohol
e. Pegamento f. Pasta base g. Ketamina

9. ¿Qué vías utilizas para consumir?

A .Inhalar (pasa por pulmones aspirada o fumada, solventes, cigarrillos, pipas)

B. Ingestión (pasa por el estómago, pastillas hongos, bebidas)

C. Inyección: (pasa por el torrente sanguíneo, por venas, intramuscular, subcutánea)

D. Absorción: (pasa por mucosa o piel a través de capilares, esnifado cocaína, supositorios, mascado)

10. ¿Compartiste equipo (inyección, esnifado) alguna vez?

Siempre A veces Nunca

11. ¿Alguna vez necesitaste algún tipo de tratamiento/ asistencia (psicológica, médica)?

SI (ir pregunta 13) NO (ir pregunta 12) NC (ir pregunta 12)

12. ¿Si necesitaras ayuda, recurrirías a alguna dependencia, instituto? (ir pregunta 15)

SI NO NC

13. ¿Conseguiste, encontraste alguna institución de tratamiento?

SI NO NC

14. ¿Cuál fue esa Institución?.....

15. ¿Tuviste algún problema con la ley debido al consumo de drogas?

SI NO (ir pregunta 18) NC (ir pregunta 18)

16. ¿Cuál fue el problema?

17. ¿Cómo te trataron?

a. demora en la comisaría c. violencia física y verbal
b. aconsejaron y lo dejaron ir d. proceso judicial
Otro.....

18. ¿Sufriste algún tipo de discriminación al asistir a algún centro asistencial de salud buscando ayuda?

SI NO NC

- 19.** ¿Cuál es el principal problema que se te presenta al asistir a un centro de salud para recibir atención?
- a. Falta de atención
 - b. Demora en la atención
 - c. Llamada a la policía
 - d. Derivan a otro Centro de Salud
 - e. Otro.....
- 20.** En tu opinión, ¿para qué sirve la prohibición (penalización) de la tenencia de drogas?
- 21.** En tu opinión, ¿la despenalización de la tenencia de drogas para consumo, para qué sirve?
- 22.** Opinás que el hecho de estar penada la tenencia para consumo hace que consumas
- a. Menos
 - b. Mas
 - c. No influye en tu consumo
 - d. No sabes/no contesta
- 23.** ¿Qué ayuda más a hacer posible cualquier asistencia que pudieras necesitar asociada a tu consumo?
- a. La ley que penaliza la tenencia de drogas y te puede obligar a un tratamiento
 - b. La despenalización de la tenencia de drogas
- 24.** ¿Qué ventajas tiene para vos la despenalización de la tenencia para consumo?
- a. facilita el contacto con instituciones de salud
 - b. ayuda a reducir los daños del consumo en la clandestinidad
 - c. evita miedos
 - d. reduce riesgo de detención y cárcel
 - e. otra:.....

ENCUESTADOR:

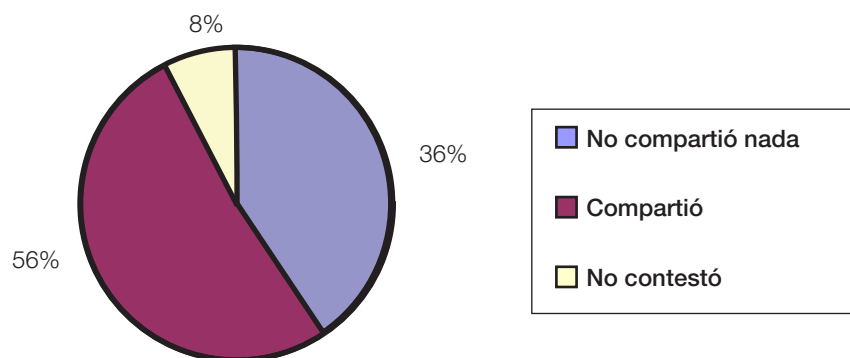
FECHA:

ANEXOS

Entre los principales resultados obtenidos por el trabajo de CEADS-UNR corresponde situar algunos de los estudios más relevantes, subrayando que todos implican un trabajo de investigación-acción.

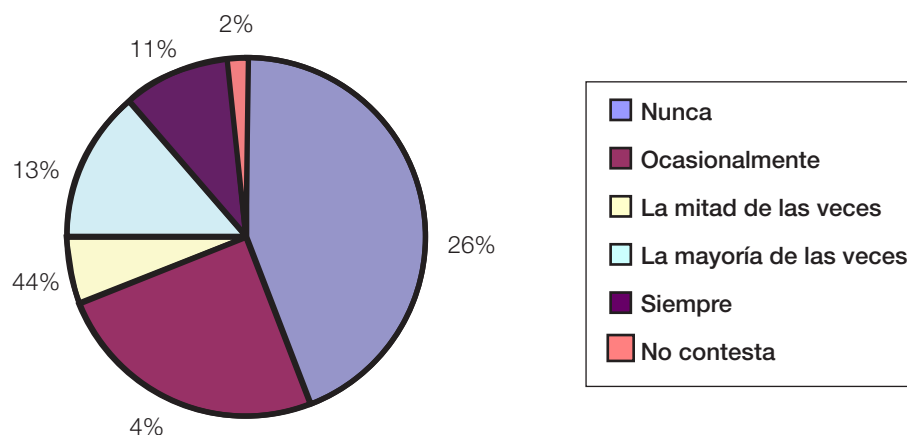
A) Estudio sobre uso de drogas inyectables en Rosario y Gran Rosario - Distribución de kits de inyección. Realizado en el marco del Estudio Multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud en el período 1998-2000. (Estudio n°1)

Gráfico 1. Distribución porcentual de los entrevistados según hayan compartido algodones, agujas o recipientes en los últimos 6 meses, mientras se inyectaba. Rosario. Año 2000



Fuente: Estudio sobre uso de drogas inyectables en Rosario y Gran Rosario

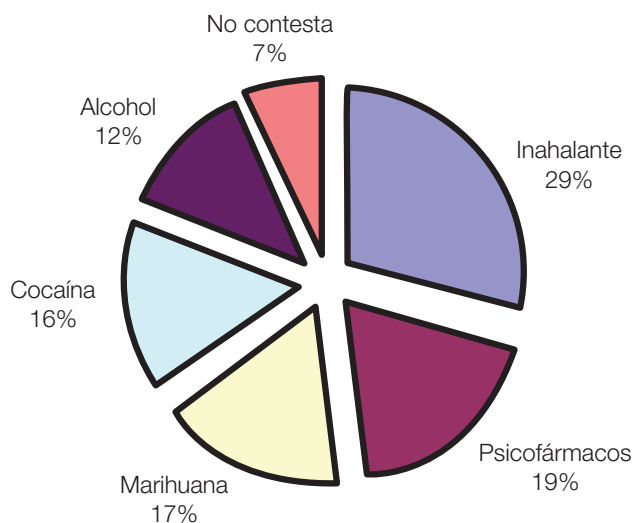
Gráfico 2. Distribución porcentual de los entrevistados según hayan realizado limpieza en sus equipos de inyección. Rosario. Año 2000.



Fuente: Estudio sobre uso de drogas inyectables en Rosario y Gran Rosario

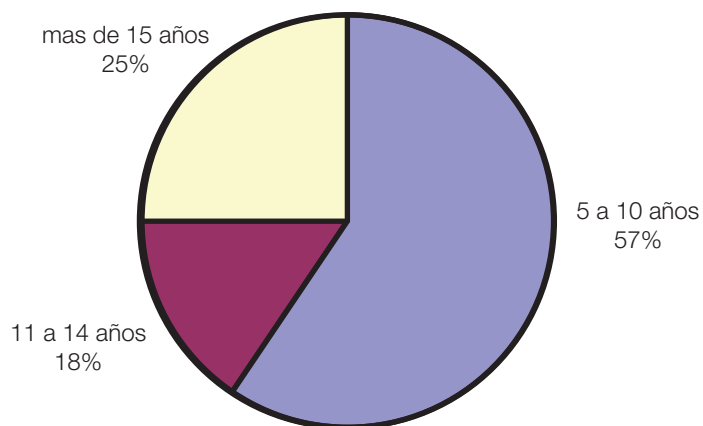
B) Estudio sobre uso de drogas en contextos de vulnerabilidad social - Elaboración de material informativo sobre nuevas drogas: Inhalantes y Ketamina. Realizado en el marco del Proyecto “Cono Sur” con financiamiento del Programa de SIDA de Naciones Unidas en el año 2004. (Estudio n° 2)

Gráfico 1. Distribución porcentual de los entrevistados según la droga inicio. Rosario. Año 2004



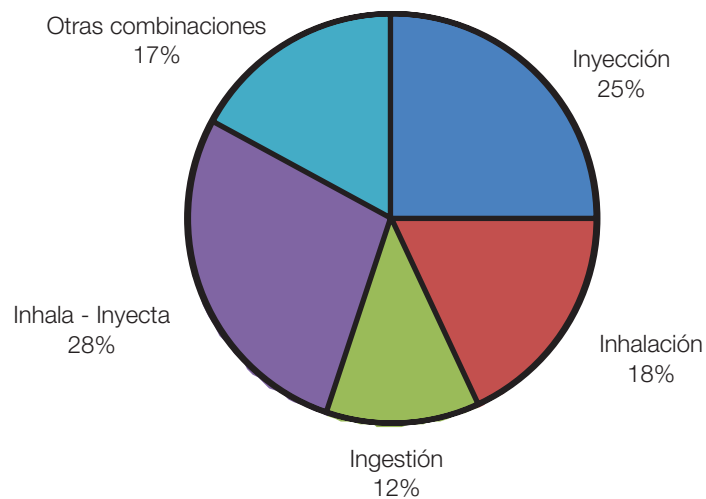
Fuente: Estudio sobre uso de drogas en contextos de vulnerabilidad social.

Gráfico 2. Distribución porcentual de los entrevistados según edad de inicio en el consumo de alcohol. Rosario. Año 2004



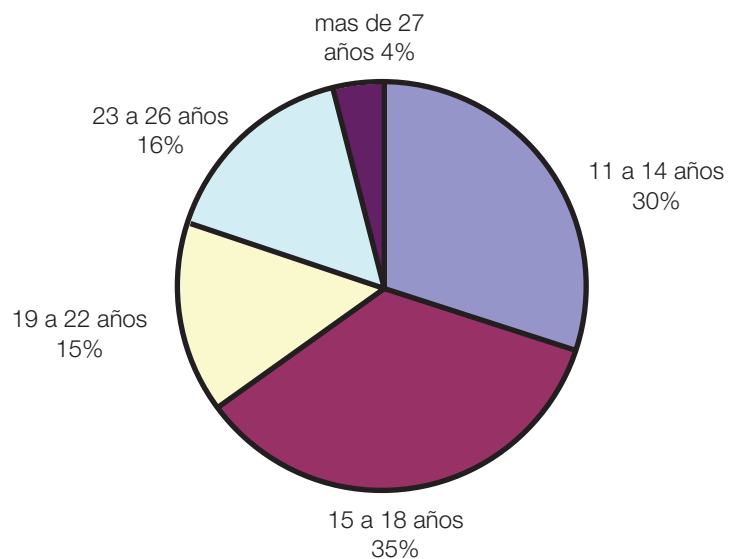
Fuente: Estudio sobre uso de drogas en contextos de vulnerabilidad social.

Gráfico 3. Distribución porcentual de los entrevistados según vía utilizada para el consumo de drogas. Rosario. Año 2004



Fuente: Estudio sobre uso de drogas en contextos de vulnerabilidad social.

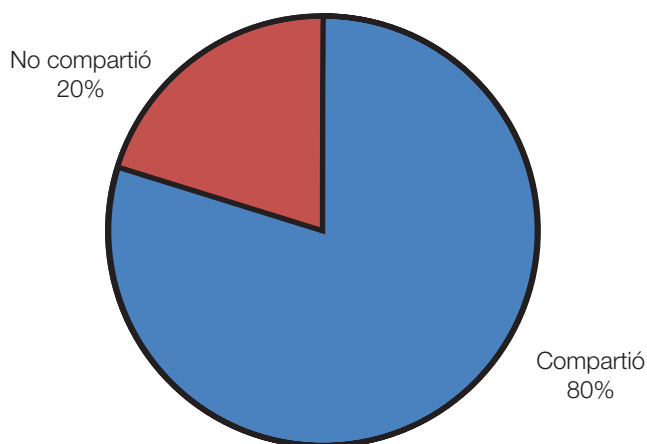
Gráfico 4. Distribución porcentual de los entrevistados según edad y consumo de inhalantes. Rosario. Año 2004.



Fuente: Estudio sobre uso de drogas en contextos de vulnerabilidad social.

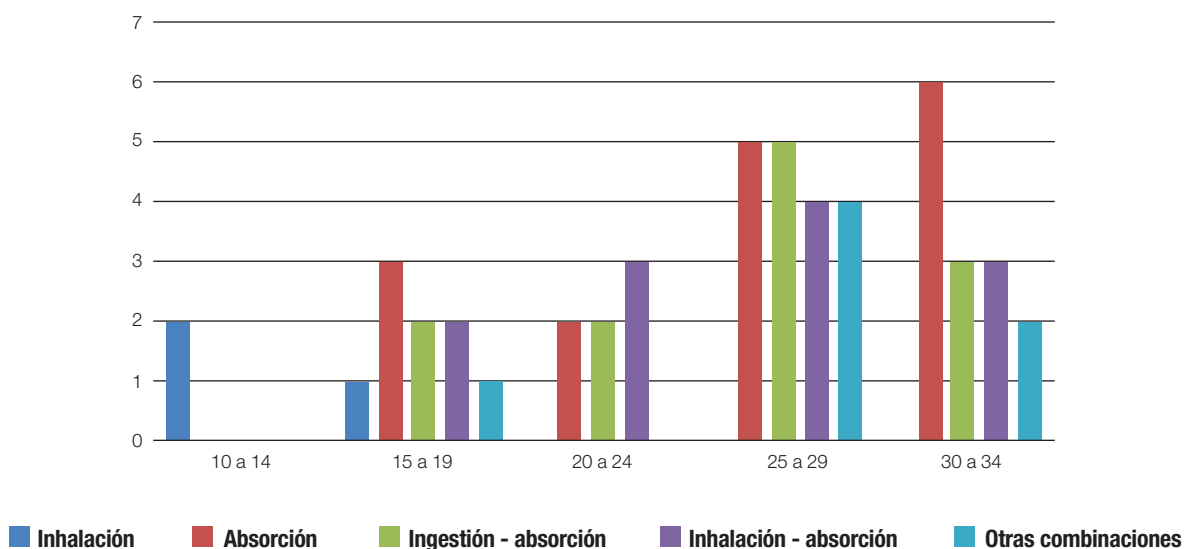
C) Estudio sobre uso de drogas y vías de consumo en la ciudad de Rosario. Distribución de sniff-kits como estrategia de Reducción de Daños. Realizado en el marco del Programa “Reducción de Daños y Prevención de VIH/SIDA en usuarios de drogas en contextos de pobreza de la ciudad de Rosario”, financiado por el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, en el año 2008. (Estudio nº 3)

Gráfico 1. Distribución porcentual de los entrevistados según la droga inicio. Rosario. Año 2004



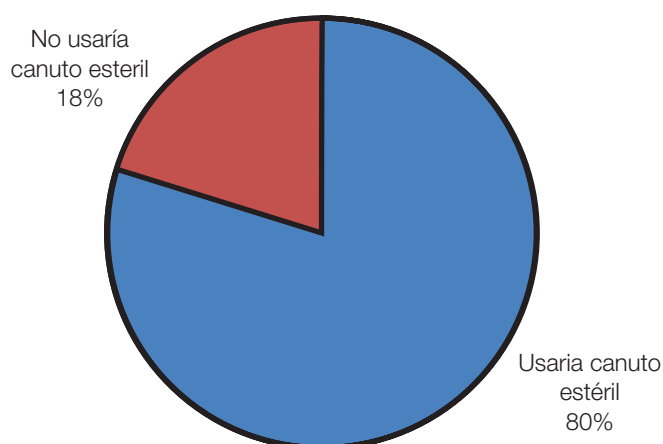
Fuente: Estudio sobre uso de drogas y vías de consumo en la ciudad de Rosario

Gráfico 2. Distribución de los entrevistados según vía utilizada para el consumo de drogas y edad. Rosario. Año 2008.



Fuente: Estudio sobre uso de drogas y vías de consumo en la ciudad de Rosario

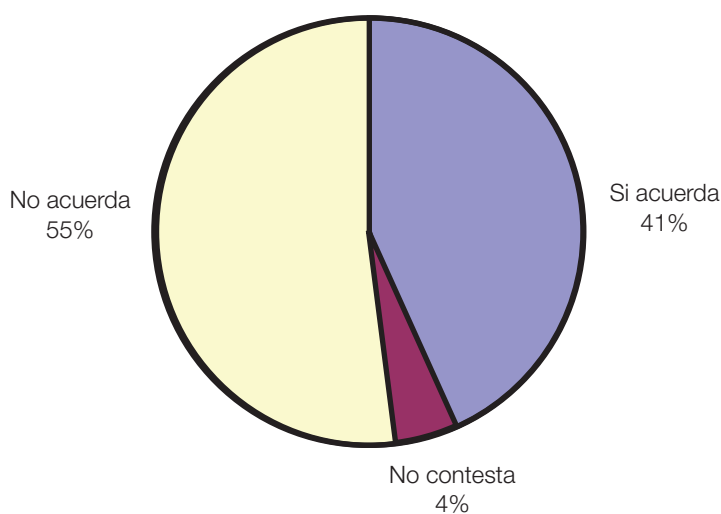
Gráfico 3. Distribución porcentual de los entrevistados según utilizarían un canuto estéril. Rosario. Año 2008



Fuente: Estudio sobre uso de drogas y vías de consumo en la ciudad de Rosario

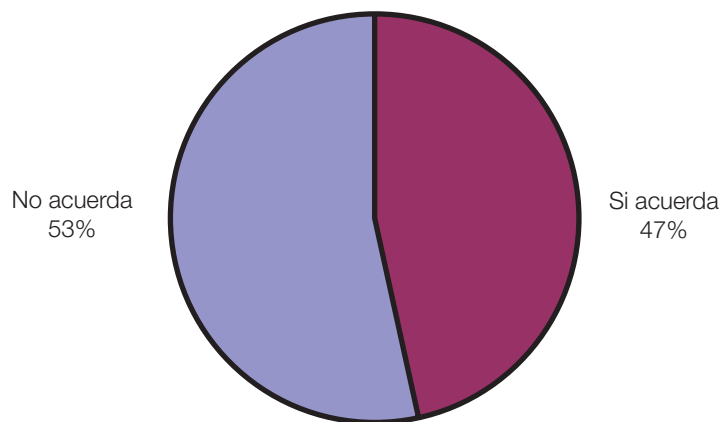
D) Sondeo de opinión del imaginario social de la población general sobre los usuarios de drogas y despenalización de la tenencia - Campaña para mejorar el acceso de los usuarios de drogas al sistema de salud. Realizado en el marco del Programa "Reducción de Daños en usuarios de drogas en situación de pobreza de la ciudad de Rosario. Hacia una construcción ciudadana" en el año 2009.

Gráfico 1. Distribución porcentual de los entrevistados según su opinión sobre la despenalización de la tenencia de drogas en general. Rosario. Año 2009



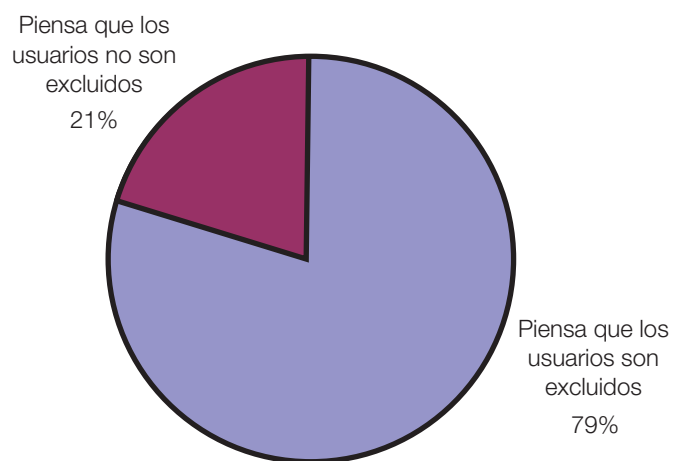
Fuente: Sondeo de opinión del imaginario social de la población general sobre los usuarios de drogas y despenalización de la tenencia.

Gráfico 2. Distribución porcentual de los entrevistados según su opinión sobre la despenalización de la tenencia de marihuana para consumo personal. Rosario. Año 2009



Fuente: Sondeo de opinión del imaginario social de la población general sobre los usuarios de drogas y despenalización de la tenencia

Gráfico 3. Distribución porcentual de los entrevistados según la visualización sobre la discriminación de los usuarios de drogas en la sociedad. Rosario. Año 2009



Fuente: Sondeo de opinión del imaginario social de la población general sobre los usuarios de drogas y despenalización de la tenencia.

ANEXO III

Modelo cuestionario aplicado en talleres dirigidos al personal de salud



C. E. A. D. S. - U.N.R.

Centro de Estudios Avanzados en

Drogadependencias y SIDA

Universidad Nacional de Rosario

Relevamiento de información dirigido a profesionales de la salud sobre discriminación, calidad en la atención a usuarios de drogas.

Encuesta anónima y voluntaria

Edad: Sexo: Femenino Masculino

Lugar de encuesta Fecha

Profesión

1. ¿Cómo resuelve Ud. cuando lo consulta una persona con signos de haber ingerido- consumido algún tipo de droga- sustancia?

2. ¿Existen normas de atención para estos pacientes en la Institución en la que Ud. trabaja?

SI NO NO SABE

3. ¿Cuáles son?:

- Derivación con otro profesional de la Institución
- Derivación a otra Institución
- Busca internación
- Aviso a policía
- Otro:.....

4. ¿Conoce algo sobre la despenalización por tenencia de drogas para consumo personal?

SI NO NO CONTESTA

5. ¿Qué sabe sobre la pregunta anterior?

6. ¿Realizó algún curso o recibió algún tipo de información sobre la atención a pacientes con esta problemática?

SI → Dónde?.....
No

7. ¿Desearía recibir alguna información adicional?

SI NO NO CONTESTA

C. E. A. D. S. - U.N.R.

*Centro de Estudios Avanzados en
Drogadependencias y SIDA*
Universidad Nacional de Rosario

Edad:	Sexo:	Zona de residencia	
1. ¿Está de acuerdo con la leyenda de la campaña: ni faloperos, ni drogadictos. Ciudadanos?	Si	No	No contesta
2. ¿Le parece que los usuarios de drogas son discriminados en nuestra sociedad?	Si	No	No contesta
3. ¿Piensa que penalizar la tenencia de drogas para consumo personal dificulta el acceso de los usuarios a los sistemas de salud?	Si	No	No contesta
4. ¿Piensa ud. que obligar a una persona usuaria a tratarse pueda ayudarla a dejar de consumir drogas?	Si	No	No contesta
5. ¿Por qué?			
6. ¿Qué opina ud. de la propuesta de despenalizar la tenencia de drogas en general para consumo personal?	Si de acuerdo	NO de acuerdo	No contesta
7. ¿Qué opina ud. de la propuesta de despenalizar la tenencia de marihuana para consumo personal?	Si de acuerdo	NO de acuerdo	No contesta
8. ¿Opina que la despenalización ayudaría a la prevención del VIH/SIDA entre los usuarios de drogas?	Si ayudaría	NO ayudaría	No contesta
9. ¿Por qué?			

Muchas Gracias

Encuestador
Fecha:
Lugar evento:

LABORATORIO DE PSICOLOGIA -FACULTAD DE PSICOLOGÍA - UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA

IDENTIFICACIÓN DE PATRONES DE CONSUMO DE ALCOHOL

Juan C. Godoy¹, Silvina A. Brussino¹, Angelina Pilatti¹, Cecilia E. Reyna¹, Daniela Castillo¹, Ignacio Acuña¹, María V. Martínez¹, Luciana Lamas¹.

RESUMEN El problema que se quiso abordar fue la dificultad existente a la hora de clasificar las distintas modalidades de consumo de alcohol. Un sistema de clasificación válido y confiable es necesario para realizar estudios que den información sobre las consecuencias asociadas a esos modos de consumo, analizar los efectos neurocognitivos como consecuencia del uso y abuso de alcohol, identificar las variables asociadas al inicio e incremento del uso de alcohol y formular intervenciones para prevenir y/o tratar las consecuencias del consumo adecuadas a la modalidad de consumo de cada persona. Sin embargo, obtener una medida válida y confiable es uno de los objetivos más difíciles de cumplir. En este contexto, este equipo de trabajo ha implementado diversas formas de clasificación de las modalidades de consumo de alcohol, teniendo en todos los casos problemas relacionados a la diferenciación entre las categorías de consumo¹⁻⁵. En este proceso, se han ido desarrollando y perfeccionando diferentes estrategias para la identificación de patrones de consumo de alcohol. En este marco, hemos desarrollado una herramienta que permite identificar modalidades diferenciales de uso de alcohol a partir de diferentes indicadores objetivos, tales como: frecuencia y cantidad de consumo usual de alcohol, frecuencia de consumo problema, entre otros. A través de una herramienta estadística, como es el análisis de clases latentes (ACL), hemos logrado obtener un indicador con adecuadas propiedades psicométricas para medir el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes. La aplicación del Cuestionario de Consumo de Alcohol permite identificar cuatro patrones diferenciales de uso de alcohol: abstemios, bebedores sociales, bebedores binge y bebedores pesados.

¹ *Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Córdoba.*

CORRESPONDENCIA A:

Angelina Pilatti

Correo electrónico: angepilatti@gmail.com

OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la conducta de consumo de alcohol a través de una tipología de clases latentes.

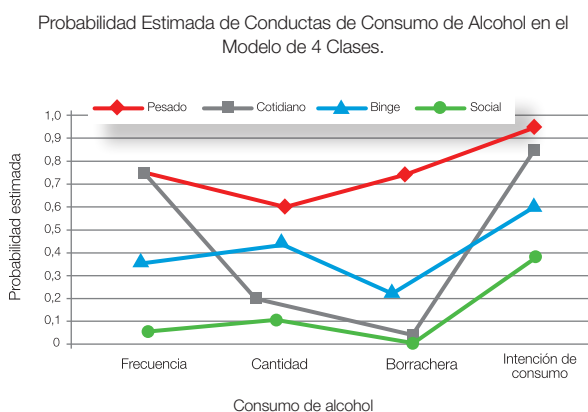
DURACIÓN

El trabajo de sistematización de información teórica sobre las diferentes clasificaciones que se proponen para medir el consumo de alcohol así como la recolección de datos comenzó en el año 2002 y continúa desarrollándose en la actualidad en el marco de investigaciones que cuentan con subsidio de la SECYT (Secretaría de Ciencia y Tecnología) de la Universidad Nacional de Córdoba, del MINCYT (Ministerio de Ciencia y Tecnología) de la Provincia de Córdoba y de la FONCYT (Fondo para la Investigación Científica y Tecnológica).

RESULTADOS

En un estudio poblacional realizado con una muestra de 319 bebedores de alcohol (122 mujeres) de 18 a 78 años ($M=37$, $SD=13,53$)⁶, el 63% presentó una modalidad de consumo de, al menos, una a dos veces por semana, mientras que el resto presentó una frecuencia de consumo mensual o menor. Respecto a la cantidad de tragos (1 trago = 10 gramos de alcohol), el 70% consume más de 5 tragos por ocasión de consumo, lo cual es considerado una modalidad de consumo riesgoso⁷. Para este trabajo, se probaron modelos de clases latentes de 1 a 6 clases, con el fin de lograr el modelo más parsimonioso que ofreciera un buen ajuste a los datos y cumpliera con el supuesto de independencia local. Los modelos fueron comparados en función de tres medidas que consideran la bondad de ajuste y la parsimonia: el Criterio de Información Bayesiana (BIC), el Criterio de Información de Akaike (AIC) y el Criterio de Información de Akaike 3 (AIC3). En estas medidas los valores más bajos indican un mejor ajuste del modelo. Dos de los tres indicadores utilizados (BIC y AIC3) dieron cuenta que el modelo de cuatro clases latentes era el que presentaba mejor ajuste ($BIC=2679.88$, $AIC3=2610.75$). Una vez elegido el modelo de 4 clases latentes, y con el fin de evaluar los efectos asociados a cada uno de los indicadores, se observó el estadístico Wald, el cual se evalúa bajo la hipótesis nula de que los efectos asociados con cada indicador son nulos. En todos los casos los valores de p fueron significativos, indicando que cada uno de los indicadores aporta a la explicación del modelo. A continuación se estudió la probabilidad de respuesta en los indicadores en cada una de las clases resultantes. La clase 1 se denominó consumidores pesados y se compuso del 31% de la muestra, la clase 2 se denominó consumidores cotidianos y se compuso del 29,8% de la muestra. La clase 3 se compuso del 20% de la muestra y se denominó consumidores binge y, finalmente, la clase 4 se compuso del 19,2% de la muestra y se denominó consumidores sociales. El gráfico 1 muestra las probabilidades de respuesta en los indicadores de consumo para cada clase.

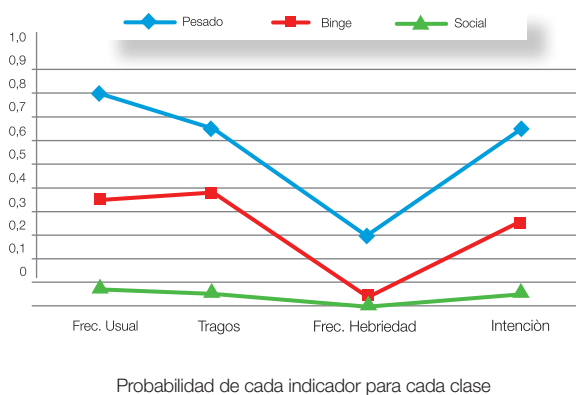
Gráfico 1. Probabilidades de respuesta en los indicadores de consumo para cada clase encontradas en el estudio 1.



En segundo lugar se presentan los resultados correspondientes a un estudio realizado con una muestra de 264 adolescentes (148 mujeres) de 13 a 18 años de edad⁸, de los cuales 217 reportaron consumir alcohol. Del total de adolescentes bebedores, el 25% presentó una modalidad de consumo anual, el 40% mensual y el 35% semanal. Respecto de la cantidad de tragos, el 58% presentó una modalidad de consumo riesgosa (5 tragos o más por ocasión de consumo).

En esta ocasión, se probaron modelos de 1 a 4 clases latentes con el fin de lograr el modelo más parsimonioso que ofreciera un buen ajuste a los datos y cumpliera con el supuesto de independencia local. Nuevamente, los modelos fueron comparados en los tres indicadores de bondad de ajuste. Dos de ellos (AIC3 y AIC) mostraron que el modelo de 3 clases latentes era el que presentaba mejor ajuste ($AIC3=1511,2475$ y $AIC=1493,2475$). Al estudiar el estadístico Wald se observó que todos los indicadores resultaron ser significativos para diferenciar las clases.

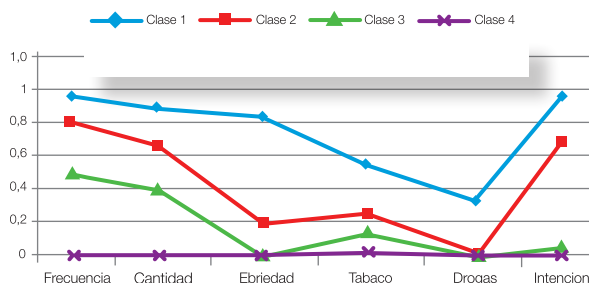
A continuación se estudió la probabilidad de respuesta en los distintos indicadores en cada una de las clases resultantes. La clase 1 se compuso por el 40% de la muestra y se designó como de "consumo pesado". La clase 2 comprendió el 37% de la muestra y se denominó como "consumo intensivo" (equivalente a la modalidad de consumo denominada binge en la literatura anglosajona). La clase 3 estuvo compuesta por el 23% de la muestra y se denominó como "consumo social". El gráfico 2 muestra la probabilidad de respuestas para cada indicador.

Gráfico 2. Probabilidades de respuesta en los indicadores de consumo para cada clase encontradas en el estudio 2.

Finalmente, se realizó un tercer estudio con una muestra de 343 adolescentes (60% mujeres) de 13 a 18 años ($M=15,7$ $SD=1,4$)⁹. A nivel descriptivo sólo el 16,9% de los adolescentes reportó no tomar bebidas alcohólicas, mientras que el resto reportó consumir con una frecuencia de algunas veces por año hasta dos a tres veces por semana. Específicamente, al momento de realizar el estudio, la mayoría de los adolescentes (44,9%) tomaba bebidas alcohólicas con una frecuencia semanal, mientras que el resto tomaba alcohol de una a tres veces por mes (25,6) o algunas veces por año (12,6%). Respecto a la cantidad de alcohol consumida en una misma ocasión, el 26,8% tomaba entre 50 y 100 gramos de alcohol, mientras que el 56,3% tomaba más de 100 gramos de alcohol por cada ocasión de consumo ($M= 85$ gramos, $DS= 85,70$). El 29% y el 13% dijo usar tabaco y drogas diferentes al alcohol y al tabaco, respectivamente.

Para esta muestra se desarrollaron modelos de 1 a 5 clases latentes con el fin de lograr el modelo más parsimonioso que ofreciera un buen ajuste a los datos y cumpliera con el supuesto de independencia local. Los modelos fueron comparados en función de las tres medidas que consideran la bondad de ajuste y la parsimonia. Dos de los tres indicadores utilizados (AIC3 y BIC) dieron cuenta que el modelo de cuatro clases latentes era el que presentaba mejor ajuste (AIC3 = 2592,43, BIC = 2684,90). Una vez elegido el modelo de 4 clases latentes y con el fin de evaluar los efectos asociados a cada uno de los indicadores se observó el estadístico Wald donde todos los indicadores mostraron ser significativos. A continuación se evaluaron las probabilidades de respuesta en los distintos indicadores para cada una de las clases latentes propuestas. La clase 1 se compuso por el 35% de la muestra y se denominó “consumidores riesgosos”. La clase 2 comprendió el 26% de la muestra y se denominó

“bebedores elevados”. La clase 3 tuvo una prevalencia del 23,5% y se denominó “bebedores sociales”. Finalmente, la clase 4 estuvo conformada por el 16,9% de los casos y se denominó “abstemios”. Esto se muestra en el Gráfico 3.

Gráfico 3. Probabilidades de respuesta en los indicadores de consumo para cada clase encontradas en el estudio 3.

La ventaja del uso novedoso del Análisis de Clases Latentes radica principalmente en la contemplación conjunta de diversas medidas que permiten una clasificación más completa y real que aquellas obtenidas por los procedimientos más clásicos. Ciertamente, el empleo de esta herramienta estadística y la tipología de consumo de alcohol aquí reportada, se ofrecen como una alternativa valiosa y promisoría en la compleja tarea de describir los patrones de consumo de alcohol y otras sustancias.

OBSTÁCULOS Y RESOLUCIONES

Uno de los obstáculos principales refiere justamente a la obtención de una herramienta válida y confiable para medir los patrones de uso de alcohol de personas de diferentes edades. Una correcta medición del consumo de alcohol es un punto crucial en cualquier investigación sobre este tema, ya que los resultados y conclusiones extraídos están supeditados a la forma en que se ha medido el consumo. Por ejemplo, dentro de esta dificultad general uno de los aspectos a superar era lograr incluir diferentes indicadores que reflejen de manera más precisa la forma de consumo de las personas participantes. Puntualmente, además de valorar la cantidad consumida, incluir la frecuencia de consumo es fundamental para determinar el modo de consumo de alcohol de las personas. Al respecto, la aproximación de utilizar el sistema de clasificación de consumo de la OMS ofrece ciertas desventajas, principalmente respecto a la población adolescente. Por ejemplo, el consumo de alcohol adolescente, a diferencia del consumo de alcohol del adulto, se caracteriza por ser

de una menor frecuencia y de una mayor cantidad¹³. Al determinar los gramos de alcohol consumidos por una persona en un periodo de tiempo, se “pierde” información respecto a la “forma” en que fueron consumidos.

En cada investigación se ha realizado una revisión de la literatura para explorar ventajas y desventajas de diferentes herramientas de medición del consumo de alcohol. Posteriormente, como se ha mencionado a lo largo del desarrollo de esta experiencia, hemos utilizado distintas herramientas en un intento de mejorar y superar prácticas anteriores. Al respecto, en cada nueva investigación se ha buscado poner a prueba una herramienta que cumpla con los criterios de ser empleada por la comunidad científica y que ofrezca ventajas frente a las herramientas anteriores. Si bien este trabajo continúa, y cada nueva aproximación parece ofrecer mayor ajuste con la realidad, es una tarea que continúa y en la que se sigue trabajando activamente.

RECOMENDACIONES PARA OTROS ACTORES

En primer lugar, cualquier grupo local que trabaje evaluando consumo de alcohol debería considerar los indicadores recomendados en esta experiencia. Por otro lado, recomendamos revisar la literatura antes de llevar adelante el

trabajo, buscando elementos que permitan superar las dificultades encontradas por otros investigadores y capitalizar las ventajas. Existen, además, otros aspectos a considerar como, por ejemplo, la población con la que se trabaja. Puntualmente, no se emplean los mismos indicadores de uso de alcohol para evaluar experiencias de consumo en niños que los que se emplean para adolescentes¹⁴⁻¹⁵. Otro aspecto a tener en cuenta, es destinar tiempo y espacio para explicar de la forma más clara posible qué es lo que se está preguntando. Al respecto, es fundamental que la persona que responda, entienda qué se le está preguntando y cómo debe responder (por ejemplo, en una encuesta en papel y lápiz, indicar claramente si debe elegir una o más opciones de respuestas). Por otro lado, en aquellas oportunidades en que sea posible, es valioso destinar tiempo a revisar las respuestas en la búsqueda de alguna posible inconsistencia entre las respuestas (por ejemplo, un participante que reporta no tomar bebidas alcohólicas, pero que en una pregunta posterior responde que toma bebidas alcohólicas una vez al mes). En estos casos, todavía es posible entregar la encuesta al participante para que revise sus respuestas, evitando con este procedimiento perder información que de otro modo debería ser descartada por presentar este tipo de inconsistencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Pilatti A, Cassola I, Godoy J, Brussino S. Expectativas hacia el alcohol y consumo de alcohol en estudiantes universitarios de Córdoba. En: IX Reunión de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento. Córdoba. 2003
- ² Moretti LS, Olaz F y Godoy JC. Publicidad, expectativas positivas y autoeficacia percibida para rechazar el consumo de alcohol. En: Ison M. Avances en investigación en ciencias del comportamiento en Argentina. Mendoza: Editorial de la Universidad del Aconcagua. 2007. 869-898
- ³ Martínez MV, Manóloff LMV y Godoy JC. Evaluación neuropsicológica de la función ejecutiva en adolescentes con diferentes patrones de consumo de alcohol. Tesis de Licenciatura. 2007:101
- ⁴ Martínez MV, Manóloff LMV. Evaluación neuropsicológica de la función ejecutiva en adolescentes con diferentes patrones de consumo de alcohol. Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 2010;2(1): 14-23.
- ⁵ Acuña I, Castillo D, Godoy JC. Toma de decisiones en adolescentes sanos: rendimiento bajo condiciones diferenciadas de información e intoxicación aguda con alcohol en pruebas de reglas implícitas y de reglas explícitas. Tesis de Licenciatura. 2009;89.
- ⁶ Reyna C, Pilatti A, Martínez V, Cassola I, Godoy JC y Brussino S. “Identificación de patrones de consumo de alcohol mediante análisis de clases latentes”. XII Reunión de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento. Simposio Evaluación del consumo de alcohol en Argentina: avances y desafíos. 2009.
- ⁷ Auerbach, K y Collins, L. (2006). A multidimensional developmental model of alcohol use during emerging adulthood. Journal of Studies on Alcohol, 67, 917,925.
- ⁸ Pilatti A, Castillo D, Martínez MV, Acuña I, Godoy JC, Brussino S. Identificación de patrones de consumo de alcohol en adolescentes mediante análisis de clases latentes. Quaderns de Psicologia. 2010;12(1):59-73.
- ⁹ Pilatti A, Godoy JC y Brussino S. Personalidad, expectativas hacia el alcohol e influencia del grupo de pares en el consumo de alcohol adolescente. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Simposio. 2010

¹⁰ Oei T, Morawska A. A cognitive model of binge drinking: The influence of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy. *Addict Behav.* 2004;29(1):159-179

¹¹ Dawson D. Measuring alcohol consumption: limitations and prospects for improvement. *Addiction* 1998;93(7):965-968

¹² Dawson D. Methodological issues in measuring alcohol use. *Alcohol research & health.* 2003;27(1):18-29

¹³ Brown, S.A., McGue, M., Maggs, J., Schulenberg J., Hingson, R., Swartzwelder, S., Martin, C., Chung, T., Tapert, S.F., Sher, K., Winters, K.C., Lowman, C. y Murphy, S. Underage alcohol use. *Alcohol Research & Health* 2009;32:41-52.

¹⁴ Donovan J.E. y Molina B.S. Children's introduction to alcohol use: sips and tastes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2008;32:108-119.

¹⁵ Donovan, J.E. Really underage drinkers: the epidemiology of children's alcohol use in the United States. *Prevention Science* 2007;8:192-205.

ANEXOS

RESUMEN DEL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Al interior del equipo de trabajo se dieron diversas discusiones relacionadas a cuál de las tipologías de consumo propuestas en la literatura especializada hasta el momento era la más adecuada para describir la modalidad de consumo de la población local. En este sentido, tanto la utilización de la clasificación de patrones de consumo propuesta por la Organización Mundial de la Salud, como la de referentes internacionales en el campo del consumo de alcohol¹⁰, así como clasificaciones ad-hoc⁴ no mostraron discriminar de manera fiable las distintas modalidades de consumo de los adolescentes locales.

En relación a la clasificación propuesta por la Organización Mundial de la Salud esta presenta la ventaja de proponer valores diferenciales para hombres y mujeres, pero tiene la desventaja de ponderar valores de consumo anuales sin considerar la frecuencia de consumo. Si bien el indicador que mejor describiría la conducta de consumo usual es la cantidad¹¹⁻¹², la consideración de la frecuencia permite diferenciar aquellos que consumen una elevada cantidad en poco tiempo (consumo intensivo o "binge") de aquellos que consumen la misma cantidad pero a lo largo

de varios días.

Por otro lado, las clasificaciones propuestas por referentes internacionales en el campo¹⁰, si bien están basadas en criterios más arbitrarios y teóricos, no contemplan el consumo problema, variable que sería de suma importancia para diferenciar posibles categorías de consumo.

Finalmente, en relación al uso de clasificaciones ad-hoc el uso de indicadores estadísticos, como la mediana, puede causar una clasificación errónea de aquellos participantes que obtienen puntuaciones cercanas (inferiores o superiores) al punto de corte. Además, estos participantes cercanos al punto de corte estarían en la misma categoría que aquellos que presentan puntuaciones extremas.

INDICADORES DE CONSUMO DE ALCOHOL PARA ADOLESCENTES

Las preguntas que siguen son acerca de tomar un vaso o más de bebidas que contienen alcohol, como cerveza, gancia, vino, vodka, fernet, ron, ginebra, tequila. Para responder tenés que ENCERRAR CON UN CÍRCULO la

palabra o el número que corresponde a tu respuesta. Es muy importante que leas todas las opciones con atención para elegir la opción que mejor te describa. Aún cuando no haya una respuesta que te describa exactamente, tenés que marcar la que más se acerca a vos. No dejes preguntas sin responder.

¿Alguna vez tomaste un vaso o más de cualquier bebida alcohólica?	SI	NO
En los últimos 3 meses: ¿tomaste alguna bebida alcohólica?	SI	NO
En el último mes: ¿tomaste alguna bebida alcohólica?	SI	NO
¿Y en las últimas dos semanas?	SI	NO
¿El último fin de semana?	SI	NO

Cuando tomás bebidas alcohólicas: ¿cuál es la bebida que tomás la mayoría de las veces? Marcá sólo una opción.		Cuando tomás la bebida que señalaste en la pregunta anterior: ¿con qué frecuencia lo hacés?		Cuando tomás la bebida que señalaste en la pregunta anterior: ¿cuántos vasos tomás en una misma ocasión? (como ej. una botella de un litro es igual a 4 vasos).	
1	Cerveza	1	Casi todos los días	1	12 vasos o más
2	Vino	2	2 o 3 veces por semana	2	9 a 11 vasos
3	Gancia	3	1 vez por semana	3	7 a 8 vasos
4	Fernet	4	2 o 3 veces al mes	4	5 o 6 vasos
5	Ron (como Bacardi)	5	1 vez al mes	5	3 a 4 vasos
6	Vodka	6	5 a 10 veces al año	6	2 vasos
7	Sidra	7	1 a 4 veces al año	7	1 vaso
8	Otra: ¿cuál?	0	no tomo	0	No tomo
0	No tomo bebidas alcohólicas				

Cuando tomás bebidas alcohólicas: ¿tomás algunas veces 5 o más vasos en una misma ocasión?						1. SI	2. NO
Si tomás 5 o más vasos de alcohol en una misma ocasión: ¿cada cuánto lo hacés?	1	Casi todos los días	4	2 o 3 veces al mes	7	1 a 4 veces al año	
	2	2-3 por semana	5	1 vez al mes	0	no tomo 5 o más vasos	
	3	1 vez por semana	6	5 a 10 veces al año			

Cuando tomás bebidas alcohólicas, ¿tomás algunas veces hasta emborracharte o sentir que ya no sos totalmente conciente de lo que haces?						1. SI		2. NO					
¿Cuántos vasos de bebidas alcohólicas tenés que tomar para sentir que estás borracho?						Vasos		No me emborracho					
Cuando tomás bebidas alcohólicas hasta emborracharte: ¿con qué frecuencia lo hacés?	1	1 a 4 veces al año		4	2 o 3 veces al mes		7	Casi todos los días					
	2	5 a 10 veces al año		5	1 vez por semana		0	no me emborracho					
	3	1 vez al mes		6	2 o 3 veces por semana								
De acuerdo a tus costumbres con relación al consumo de alcohol, te pedimos que respondas las siguientes tres preguntas:				Si, lo voy a hacer		Es muy posible		Es posible		Es poco posible		No, no lo voy a hacer	
¿Qué tan posible es que tomes bebidas alcohólicas hoy?				1		2		3		4		5	
¿Qué tan posible es que tomes alcohol este fin de semana?				1		2		3		4		5	
¿Qué tan posible es que tomes alcohol el próximo mes?				1		2		3		4		5	

¿Fumás cigarrillos?						SI		NO		
¿Cuántos cigarrillos fumás por día?		1- Fumo: cigarrillos por día (cuando fumo)				2- No fumo				
¿Cuántos días a la semana fumás cigarrillos?	1	un día		3	4 a 5 días		0	no fumo		
	2	dos o tres días		4	seis a siete días					
¿Tus padres saben que fumás cigarrillos?		1	si saben		2	no saben		0	no fumo	
¿Alguna vez usaste alguna droga que no sea alcohol o cigarrillo?						SI		NO		
¿Usás en la actualidad alguna droga diferente al alcohol y el cigarrillo?						SI		NO		

¿Qué droga diferente del alcohol y el cigarrillo usás? Si usás más de una, marcá la que más usás.		¿Cada cuánto tiempo usás esa droga?		¿Tus padres saben que usás drogas?	
1	Marihuana	1	1 a 4 veces al año	1	Si saben
2	Cocaína	2	5 a 10 veces al año	2	No saben
3	Fana	3	1 vez al mes	0	No uso otras drogas
4	Paco	4	2 o 3 veces al mes		
5	Pastillas	5	1 vez por semana		
6	Éxtasis	6	2 o 3 veces por semana		
7	Otra: ¿cuál?.....	7	Casi todos los días		
0	No uso otras drogas	0	No uso otras drogas		

HOSPITAL MUNICIPAL JOSEFINA PRIEUR

UNA PROPUESTA DE SISTEMATIZACIÓN CON OBJETIVOS EVALUATIVOS. EL TALLER DE MURGA DE LA ESCUELA IPEM 302 ANEXO, DE LA CIUDAD DE VILLA ALLENDE, PROVINCIA DE CÓRDOBA

Evangelina Lanzone, Ana Iliovich, Cecilia Berra.

RESUMEN La experiencia objeto de sistematización, el Taller de Murga y Circo, se desarrolló en la Institución Educativa IPEM 302 anexo, de la localidad de Villa Allende, provincia de Córdoba. Formó parte del proyecto Municipal “Sembrando Salud II”, elaborado por el equipo de Salud Mental del Hospital Josefina Prieur, en el marco del Programa ‘Municipios y Comunidades Saludables’ del Ministerio de Salud de la Nación, seleccionado en la Convocatoria 2009.

En general se reconoce un déficit en la evaluación de experiencias con objetivos de Promoción de Salud; en este caso particular, el Servicio cuenta con vasta trayectoria en el desarrollo de actividades en instituciones educativas, planteándose la necesidad de objetivar los logros que los diferentes actores perciben. De este modo surge el propósito de realizar un seguimiento y análisis de los talleres implementados en colegios, para obtener y expresar resultados comunicables.

El objetivo principal del proyecto Municipal “Sembrando Salud II” consistió en la prevención del tabaquismo y la promoción de ambientes libres de humo. Para lograrlo se llevaron a cabo Talleres participativos para niños y jóvenes en escuelas de la ciudad, coordinados por el Servicio de Salud Mental del Hospital de referencia. La propuesta evaluativa que se presenta en este trabajo retoma el proyecto “Taller de Murga” realizado en la Escuela IPEM 302.

El presente trabajo consiste en una propuesta evaluativa con el fin de determinar si un proyecto se ejecuta de acuerdo a lo planteado en su formulación, en qué medida se alcanzan los resultados previstos, cómo reconocer y expresar los progresos alcanzados y la evaluación que hacen los beneficiarios de las propuestas implementadas. A tal efecto se combinaron distintos tipos de evaluación: de proceso y de resultados, incorporando aspectos del monitoreo y de la evaluación desde la perspectiva de los beneficiarios.

Para analizar los resultados obtenidos a partir de la implementación del proyecto de Murga, se realizó un seguimiento y evaluación de su ejecución. Se diseñaron dimensiones e indicadores, los cuales se derivaron de las metas o expectativas de logro propuestas en el proyecto de Murga y de los objetivos del Proyecto Municipal que lo enmarca.

A partir del resultado de la evaluación efectuada puede afirmarse que los objetivos propuestos en el proyecto de Murga se han alcanzado satisfactoriamente y han superado al objetivo general del proyecto Municipal, según la evaluación de responsables de la ejecución del mismo. Por su parte, los beneficiarios del proyecto manifestaron una valoración general positiva y conforme con su implementación.

CORRESPONDENCIA A:

Evangelina Lanzone

Correo electrónico: ina_chone@hotmail.com

DURACIÓN

La experiencia sistematizada se desarrolló durante los meses de abril hasta noviembre del año 2010.

OBJETIVO GENERAL

Fortalecer las actividades del servicio de Salud Mental de referencia a través de la elaboración de una propuesta de evaluación de proyectos.

RESULTADOS

Los resultados se analizaron a partir de las dimensiones e indicadores construidos, los cuales se correspondieron con cada meta o expectativa de logro formulada en el proyecto particular de Murga. El cumplimiento de estas metas, a su vez, demostró el alcance de ciertos objetivos específicos asignados en el proyecto Municipal marco. Los resultados se presentan resumidos y sistematizados en Tabla 1.

Así fue posible reconocer, valorar y explicitar los resultados alcanzados, a través de la propuesta evaluativa implementada, entre los cuales se destacan:

- Participación activa y comprometida alcanzada por cada uno de los actores involucrados en el desarrollo del taller (asistentes/ beneficiarios, coordinadores, profesionales de Salud Mental, docentes, entre otros), destacando la importancia del aprendizaje adquirido a partir de la experiencia compartida que permitió lograr un trabajo en equipo e interdisciplinario.
- Fortalecimiento de experiencias que se llevarán a cabo desde el servicio de Salud Mental de referencia, a través de la utilización del modelo evaluativo en proyectos similares.
- Beneficio que aporta la propuesta evaluativa, al permitir priorizar y jerarquizar las intervenciones en Salud Mental respecto de las estrictamente hegemónicas, como por ejemplo médicas, al tratarse de un servicio inserto en un Hospital.
- Importancia que adquiere para la institución educativa llevar a cabo y capitalizar este tipo de actividades, promotoras de conductas saludables, para mejorar y/o reforzar las condiciones existentes en la escuela (la comunicación entre docentes y alumnos, las relaciones entre pares, el rendimiento académico, entre otros).
- Visualizar el logro y alcance de los objetivos específicos propuestos por el proyecto de Murga y la trascendencia en el logro del objetivo general del proyecto marco (prevención del tabaquismo y promoción de ambientes libres de humo en la ciudad de Villa Allende), hacia otros más integradores como han sido el fortalecimiento de la autoestima en sus integrantes; el trabajo en grupo alcanzado, afianzando valores como respeto y escucha hacia el otro; una actitud activa y comprometida desempeñada por cada uno de ellos; entre otros.
- Valoración general positiva y de conformidad, por parte de los beneficiarios del proyecto, con la implementación del mismo.
- Obtener el punto de vista de los propios beneficiarios del proyecto evaluado, interesan para tenerse en cuenta en próximos proyectos a implementar de esas características.

OBSTÁCULOS Y RESOLUCIONES

Entre los obstáculos que se reconocieron merece considerarse la insuficiente experiencia en metodologías evaluativas entre las personas involucradas en el proyecto, que motivó la incorporación de un asesor con experiencia en el tema. También, la dificultad para objetivar los logros en aspectos que involucran la subjetividad de los evaluadores; para su resolución se implementaron estrategias cualitativas de análisis para la construcción de indicadores.

RECOMENDACIONES A OTROS ACTORES

Para poder llevar a cabo una experiencia de esta índole es fundamental obtener supervisión y asesoramiento por parte de profesionales capacitados, que cuenten además con experiencia en las distintas áreas involucradas. Esta experiencia reflejó además la necesidad de sensibilizar hacia otros actores respecto de la importancia de la evaluación, en todas sus fases, especialmente durante la ejecución del proyecto social. Al respecto, desde SIEMPRO (1999), se considera que existe una débil cultura de evaluación presente en los programas sociales, la cual se manifiesta en la ausencia de requisitos metodológicos de evaluación en la planificación de dichos programas; en limitaciones conceptuales y técnicas en el diseño de indicadores, de procedimientos y de metodologías de evaluación, y en la aplicación de la evaluación sólo en las fases inicial (ex – ante) y final (ex – post) de los programas, con lo que se desaprovecha la información que estos generan durante su ejecución.

TABLA 1. Evaluación de Resultados. Taller de Murga y Circo, IPEM 302, ciudad de Villa Allende, 2010.

1. OBJETIVO: Promover hábitos saludables en los beneficiarios del proyecto.			
METAS O EXPECTATIVAS	DIMENSIONES E INDICADORES	FUENTE DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTOS/TÉCNICAS
1.1 Desarrollar capacidades propias	1.1.1 Participación activa -Modificaciones en la cantidad y variedad de actividades en las que los beneficiarios se incorporan. -Modificaciones en el diseño de actividades como resultado de la participación de los usuarios	Coordinadores Profesionales Beneficiarios Observación	Reuniones evaluativas periódicas Registros diarios Reuniones evaluativas mensuales Cuestionario evaluativo
	1.1.2 Aspectos psicomotrices y sociales: -psicológicos -psicomotrices -sociales		
	1.1.3 Autoestima		
1.1 Desarrollo de la creatividad	1.2 Logro o adquisición de productos novedosos a través de la participación en actividades de diseño y creación: -Diseño de vestuario -Elección de colores y nombre al grupo -Creación de la letra de la canción -Propuestas coreográficas para el baile -Propuestas de ritmos y toques	Observación Beneficiarios	Registros diarios

1.3 Lograr posicionamiento activo	1.3.3 Afiliación - asistencia de los participantes - ausencias significativas - tipo de actividades (regulares, programadas y especiales) - tipo de participación (activo/pasivo)	Coordinadores Profesionales Observación	Registros diarios Reuniones evaluativas periódicas
	1.3.4 Pertenencia - Presentación de proyectos individuales al grupo - Capacidad de crítica y autocrítica - Planteamiento de propuestas alternativas	Profesionales Observación	Cuestionario evaluativo Registros diarios Reuniones evaluativas periódicas
	1.3.5 Identidad Grupal Aparición de mecanismos de diferenciación con los otros y encuentro en el nosotros. Expresiones de apropiación del espacio.		
1.4 Desarrollar vínculos sociales	1.4.1 Cambiar patrones de relación - violento - no violento - aislamiento - integración - rechazo - aceptación	Comentarios docentes Observación Coordinadores Profesionales	Reuniones evaluativas mensuales Registros diarios
	1.4.2 Construcción y consolidación de vínculos afectivos		
1.5 Ampliar la disposición al trabajo grupal	1.5.1 Tolerancia y respeto hacia el otro, capacidad de espera.	Observación Coordinadores Profesionales	Registros diarios Reuniones Periódicas Reuniones mensuales
	1.5.2 Cooperación		
	1.5.3 Trabajo en equipo		
1.6 Desarrollar modos saludables de expresividad	1.6.1 Expresión y comunicación de ideas, emociones.	Observación	Registros diarios
1.7 Expansión de logros	1.7.1 En ámbitos externos al proyecto: a) en la escuela b) en la comunidad	Observación Comentario docente Coordinadores	Reuniones mensuales
	1.7.2 En relación al objetivo del proyecto		

2. OBJETIVO: Crear espacios de participación

2.1 Programación y desarrollo de actividades regulares y especiales	2.1.1 Relación entre la cantidad de talleres realizados y programados.	Observación Comentario docente Coordinadores	Registros diarios Reuniones periódicas Reuniones mensuales
	2.1.2 Relación entre la cantidad de encuentros realizados y programados.		
	2.1.3 Relación entre la cantidad de reuniones ejecutadas y programadas.		
	2.1.4 Relación entre la cantidad de participantes asistentes y convocados.		
2.2 Apropriación de los espacios creados más allá de los marcos del proyecto. (sostenibilidad)	2.1.5 Programación y realización de actividades especiales.	Observación Comentario docente Coordinadores	Registros diarios Reuniones periódicas Reuniones mensuales
	2.2.1 Personas que se involucran		
	2.2.2 Ampliación de los plazos		
	2.2.3 Procesos de auto-gestión		

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- SIEMPRO, UNESCO (1999). Gestión Integral de Programas Sociales Orientada a Resultados. Manual Metodológico para la Planificación y Evaluación de Programas Sociales. Buenos Aires: Coedición del Fondo de Cultura Económica y de la Secretaría de desarrollo Social de la Nación.

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el relevamiento de la información se utilizaron técnicas o instrumentos de la investigación cualitativa:

a) Registros diarios efectuados de los temas abordados, las actividades realizadas, conductas manifiestas, modos de vinculación, dichos informales, entre otras observaciones de lo acontecido en los espacios del proyecto de murga (en cada encuentro, en las reuniones periódicas como así también en las evaluativas mensuales), plasmadas en un cuaderno de campo.

b) Reuniones evaluativas periódicas, en las que participaban los responsables a cargo de la coordinación del proyecto de murga una vez finalizado cada encuentro (profesores/coordinadores, profesionales).

c) Reuniones evaluativas mensuales, ofrecidas desde el Hospital Josefina Prieur, en las que participaban directivos responsables de la ejecución del proyecto municipal (director del Hospital, médicos, psicólogas, abogado) y los profesores contratados para la coordinación del taller, objeto de sistematización. El propósito consistía en socializar la evaluación del proceso del taller (poner de manifiesto inconvenientes o avances surgidos), con el fin de implementar estrategias de abordaje orientados a la consecución de los objetivos propuestos en cada uno de los proyectos de los talleres efectuados.

d) La implementación y despliegue del Taller en sí mismo ya que, como técnica éste ha demostrado ser eficiente para detectar problemas y jerarquizar necesidades en forma participativa (SIEMPRO, 1999. p 119).

e) La implementación de un cuestionario evaluativo.

Cabe destacar el procedimiento a través del cual se realizó la construcción de dimensiones e indicadores, acorde al proceso sugerido en la bibliografía de referencia (SIEMPRO, 1999. p 67).

- Identificar aquellos enunciados relacionados con lo que se quiere conocer del proyecto. Por ejemplo: una de las expectativas del proyecto de Murga era contribuir al desarrollo de la creatividad del sujeto.
- Identificar las palabras clave que requieren llegar a un acuerdo sobre su significado. Siguiendo el ejemplo anterior, la palabra clave será: creatividad o actividad creadora.
- Elaborar una definición de la/s palabra/s, por ejemplo: se entiende por actividad creadora, a toda realización humana creadora de algo nuevo, ya se trate de reflejos de algún objeto del mundo exterior, ya de determinadas construcciones del cerebro o del sentimiento que viven y

se manifiestan sólo en el propio ser humano.

- Diseñar indicadores necesarios para expresar lo más completamente posible, el aspecto/dimensión que se evalúa. De acuerdo al ejemplo establecido, a la dimensión Desarrollo de la creatividad, el indicador que permite observarla es logro o adquisición de productos novedosos a través de la participación en actividades de diseño y creación.

CUESTIONARIO EVALUATIVO A JÓVENES

Este cuestionario fue administrado a doce de sus beneficiarios de entre 12 y 15 años, seleccionados al azar y consistió en cuatro preguntas abiertas, para que pudieran explayarse. Para conservar la identificación de las respuestas y resguardar la identidad de los y las participantes, se asignó una nomenclatura a cada una que consistió en la inicial del nombre ficticio, el sexo ("V" varón, "M" mujer) y edad del encuestado. Por ejemplo, la niña a la que se asigna el nombre de Silvia, de 12 años, asume la nomenclatura: S.M.12

Las preguntas eran:

- 1) ¿Qué es lo que más te gustó del taller de murga y malabares?
- 2) ¿Qué es lo que menos te gustó del taller murga y malabares?
- 3) ¿Cómo te sentiste en el taller o qué sentimiento/emoción te dejó?
- 4) ¿Qué es lo que te gustaría cambiar o proponer para el próximo año?

PROGRAMA EPIDEMIOLÓGICO HOSPITAL ALVEAR

UNA EXPERIENCIA EN SISTEMATIZACIÓN DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL

Carlos Urtubey¹, Roberto Cerra¹, Silvia Terzzoli¹, José Feroso¹.

RESUMEN La experiencia comienza en el año 2003 a raíz de los requerimientos de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires en cuanto a información epidemiológica en salud mental, por iniciativa de un grupo de profesionales y el aval del Director del hospital.

El Equipo fue conformado por un grupo de profesionales interesados en extender los horizontes de la clínica que conformaba el plantel de atención ambulatorio del hospital. Se sumaron otros profesionales hasta quedar conformado el equipo definitivo en 2006.

Actualmente, a través de una encuesta permanente de consultas de 1º vez en consultorios externos, se relevan datos prestacionales, laborales, educacionales, clínicos y epidemiológicos (Hoja de Admisión y de Epicrisis), contando con alrededor de 15.000 entrevistas relevadas desde el año 2003.

Se relevan datos sistematizados de internación contando con información de los últimos diez años.

Se articuló la información estadística del hospital en términos ambulatorios con información epidemiológica, lo cual nos permite medir rendimiento en términos clínicos ya que se cuenta con todas las consultas de primera vez y tratamientos clasificadas por tipo de práctica realizadas en los últimos tres años.

Base de datos del Área Discapacidad del Hospital Alvear:

Los datos son cargados y analizados en software de diseño y desarrollo propio.

En la recolección de datos se filtra como primera medida los filiarios de los pacientes preservando de esta manera la pertinente reserva de identidad.

Los trabajos de investigación son de neto corte estadístico por lo que no se maneja información sensible. Todos ellos están registrados en la Dirección de Investigación CABA y por consiguiente aprobados por Comité de Ética Hospitalario.

CORRESPONDENCIA A:

Carlos Urtubey

Correo electrónico: : cmurtubey@ciudad.com.ar

OBJETIVO GENERAL

Implementar un Sistema de Relevamiento de Información Sistematizada para el Análisis y Monitoreo Epidemiológico permanente del estado de salud mental de la población asistida dentro de la Unidad de Organización en el marco del Programa Epidemiológico Hospital Alvear.

DURACIÓN

Se inició a mediados de 2002 continuando desde entonces en forma ininterrumpida y con proyección permanente.

¹ Área Epidemiología/Departamento Técnico. Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear GCBA.

RESULTADOS

- Generación de software Estadístico-Epidemiológico que resuelve las necesidades de registro de Consultorios Externos.
- Hoja de Epicrisis incorporada al cierre de Historias Clínicas del Servicio de C.E. a los fines de resolver pedidos de informes.
- Informe Básico de Gestión que se entrega a todos los profesionales que participan del relevamiento de datos, a los Jefes de Servicio, a los Jefes de Departamento; conteniendo información sobre patologías prevalentes, evolución epidemiológica de eventos de relevancia como intento de suicidio.
- Elaboración y presentación de estudios, análisis e investigaciones epidemiológicos en diferentes ámbitos académicos y en Jornadas Hospitalarias internas: presentaciones-publicaciones- menciones-premios.
- Diseño y dictado del Curso Teórico-Práctico de Implementación del Programa Estadístico-Epidemiológico para el personal administrativo.

La necesidad de capacitación del personal técnico - administrativo para el adecuado registro de datos se resuelve mediante la implementación de mecanismos de capacitación continua en servicio (curso para administrativos, charlas, tutoría y supervisión permanente).

RECOMENDACIONES A OTROS ACTORES

- Incorporación de programador familiarizado en la materia como forma de un adecuado desarrollo informático a nivel de carga y análisis de información.
- Evaluación y monitoreo continuo de los procesos.
- Devolución periódica y sistematizada a todos los actores del relevamiento de datos de campo como forma de constatación de la utilidad de su participación. En el caso que nos ocupa, el Informe Básico de Gestión cumple esa función.

OBSTACULOS Y RESOLUCIONES

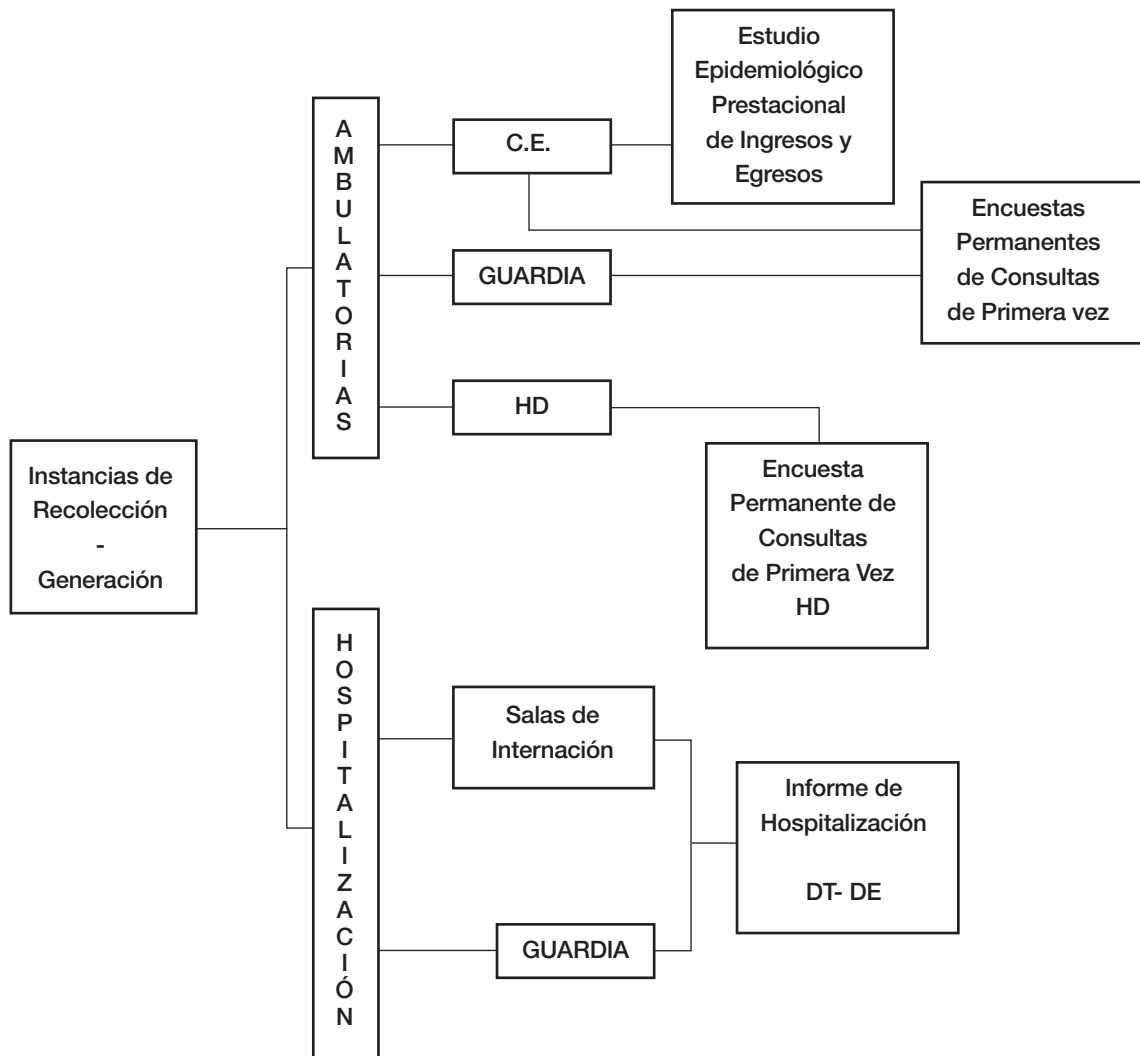
La inexistencia de políticas jurisdiccionales en las que inscribir este programa hace que el desarrollo de la actividad esté actualmente circunscrito al propio efector, por lo que el acompañamiento de la Dirección del hospital para la implementación local es fundamental.

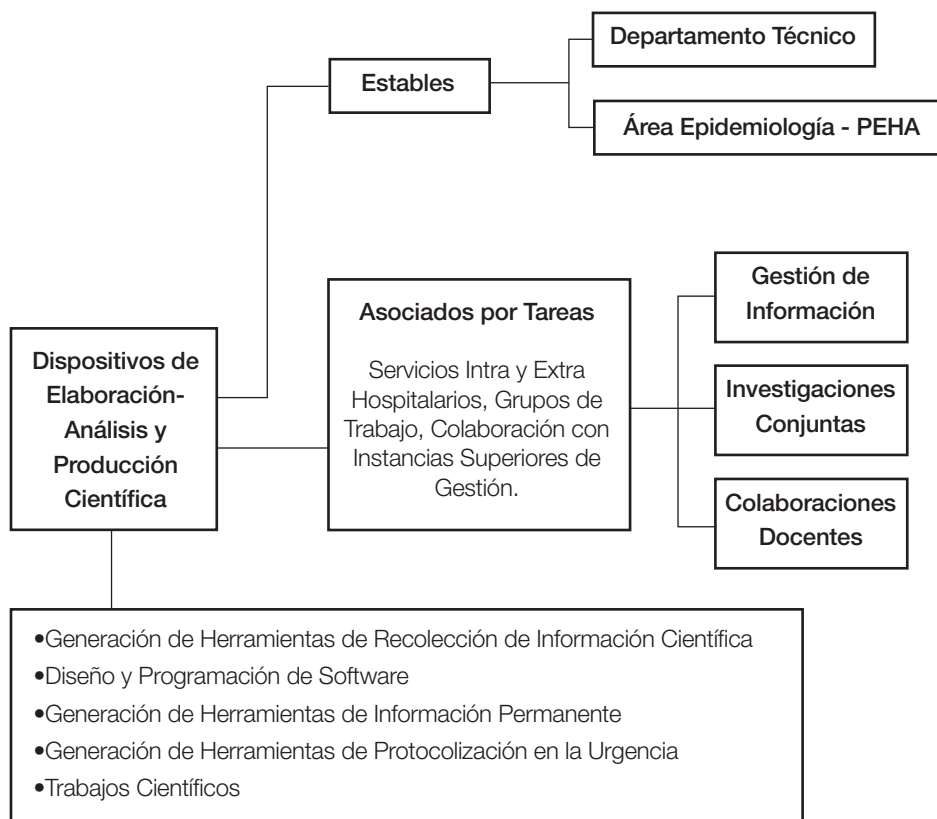
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dubrovsky, Víctor; Hermoso, José Luis; Urtubey, Carlos:
- Informe Ampliado de Hospitalización, en ALCMEON, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría, octubre de 2009 Año XVIII, vol. 16, Nº 1.
- Mención especial categoría psiquiatría biológica. Congreso AAP 2008.
- Urtubey Carlos Manuel, Análisis Epidemiológico-Prestacional en un Efector de la Red de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Acta Psiquiátrica y Psicológica Am Lat. 2005, 57(4): 219-237 <http://www.acta.org.ar/articulos/analisis-epidemiologicoprestacional-en-un-efector-de-la-red-de-salud-mental-de-la-ciudad-de-buenos-aires>.
- Urtubey, Carlos Manuel, Cerra, Roberto Aldo, Taber, Oscar: Estudio Epidemiológico por Antecedentes en Efector de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. ALCMEON. 2008 Mar;14(3).
- Urtubey Carlos, Terzzoli, Silvia, Hermoso, José Luis, Carabajal, María Teresa: El Intento de Suicidio en la Emergencia Psiquiátrica. Desarrollo de un indicador de Riesgo Suicida.- Mención Premio Psiquiatría Clínica José T. Borda. Congreso AAP 2010.
- Otros trabajos no publicados pero presentados en diversos congresos nacionales e internacionales.

ANEXOS

ESQUEMA DE FLUJO Y GENERACIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA ORIENTADA A LA GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL





Clasific. DSM IV c/Codigos CIE 10

Delirium, Demencia, Trast. Amnésicos

F00.0 Demencia Alzheimer inicio temprano
 F00.1 Demencia Alzheimer, de inicio tardío
 F01.8 Demencia vascular
 F02.0 Demencia por enfermedad de Pick
 F02.1 Demencia p/ enf. Creutzfeldt-Jacob
 F02.2 Demencia p/ enfermed. Huntington
 F02.3 Demencia p/enfermed. de Parkinson
 F02.4 Demencia p/ enfermedad por VIH
 F02.8 Demencia p/ enf. médica no espec.
 F02.8 Demencia debida a múltiples etiolog.
 F03 Demencia no especificada
 F04 Trast. Amnésico por (enf. médica)
 F05.0 Delirium p/ (indicar enf. médica)
 F05.9 Delirium no especificado
 R41.3 Trastorno amnésico no especificado

Otros Trastornos Cognoscitivos

F06.9 Trast. cognoscitivo no especificado

Trast.Mentales por Enfermedad Médica

F06.1 Trast.catatónico p/(indic.enf.médica)
 F07.0 Cambio personalid. p/ (enf. médica)
 F09 Trast. mental no espec.(indicar enf.)

Trastornos Relacionados c/ Sustancias

F10.00 Intoxicación por alcohol
 F10.1 Abuso de alcohol
 F10.2x Dependencia del alcohol
 F10.3 Abstinencia de alcohol
 F10.xx Trast. psicótico inducido por alcohol
 F10.9 Trast. relacionado alcohol no espec.
 F11.0 Intoxicación por opiáceos
 F11.1 Abuso de opiáceos
 F11.2x Dependencia de opiáceos
 F11.3 Abstinencia de opiáceos
 F11.xx Trast. psicótico inducido p/ opiáceos
 F11.9 Trast. relacionado opiáceos no esp.
 F12.00 Intoxicación por Cannabis
 F12.1 Abuso de Cannabis
 F12.2x Dependencia de Cannabis
 F12.xx Trast. psicótico inducido p/Cannabis
 F12.9 Trast.relacionad.cannabis no espec.
 F13.00 Intoxic p/sedant, hipnótico o ansiol.
 F13.1 Abuso sedantes,hipnóticos, ansiolít.
 F13.2x Depend.sedantes, hipnóticos,ansiol.
 F13.3 Abstinencia sedantes,hipnóticos,ans.
 F13.xx Trast.psicótico induc.sed,hipn.o ans.
 F13.9 Trast.Relac.sedantes,hip.ans.no esp

F14.00 Intoxicación por cocaína
 F14.1 Abuso de cocaína
 F14.2x Dependencia de cocaína
 F14.xx Trast. psicótico inducido por cocaína
 F14.9 Trast. relacionado cocaína no espec.
 F15.00 Intoxicación por anfetamina
 F15.1 Abuso de anfetamina
 F15.2x Dependencia de anfetamina
 F15.3 Abstinencia de anfetamina
 F15.xx Trast.psicótico inducid.p/anfetamina
 F16.00 Intoxicación por alucinógenos
 F16.1 Abuso de alucinógenos
 F16.2x Dependencia de alucinógenos
 F16.9 Trast.relacion alucinógeno no espec.
 F16.xx Trast.psicótico ind.p/alucinógenos
 F17.2x Dependencia de nicotina
 F17.3 Abstinencia de nicotina
 F18.00 Intoxicación por inhalantes
 F18.1 Abuso de inhalantes
 F18.2x Dependencia de inhalantes
 F18.xx Trast. psicótico inducid.p/ inhalantes Trastorno Inducido p/ Otras Sustancias
 F19.00 Intoxicación por otras sustancias
 F19.03 Delirium inducido por otras sustanc.
 F19.04 Intoxicac. p/otras sust.c/alt.percep.
 F19.1 Abuso otras sustanc. desconocidas
 F19.2x Dependencia de otras sustancias
 F19.3 Abstinencia de otras sustancias
 F19.4 Intoxic.p/sust. con alterac. percept.
 F19.xx Trast.psicótico inducido p/otra sust.
 F19.6 Trast.amnésico inducid.p/otras sust.
 F19.8 Trast. ansiedad o ánimo, o sexual o sueño, inducido p/otras sustancias.
 F19.9 Trast.relacion.c/otras sust.no espec.

Esquizofrenia y Otros Trast. Psicóticos

F06.xTrast.psicótico p/ (ind.enf.médica)
 F20.xx Esquizofrenia
 F20.0x Esquizofrenia tipo paranoide
 F20.1x Esquizofrenia tipo desorganizado
 F20.2x Esquizofrenia tipo catatónico
 F20.3x Esquizofrenia tipo indiferenciado
 F20.5x Esquizofrenia tipo residual
 F20.8 Trastorno esquizofreniforme
 F22.00Trastorno Delirante
 F23.xxTrastorno Psicótico Breve
 F24 Trast. Psicótico comp.(folie a deux)
 F25.x Trastorno Esquizoafectivo
 F29 Trastorno psicótico no especificado

Trastornos Bipolares

F30.x Trast. bipolar I.episod.maníaco único
 F31.0 Trast.bipolar I. episod. hipomaníaco
 F31.x Trastorno bipolar I.episodio maníaco

F31.x Trast.bipolar I.episod.recient depres.
 F31.6 Trast.bipolar I. episod.reciente mixto
 F31.8 Trastorno bipolar II
 F31.9 Trast.bipolar I episodio no especific.
 F34.0 Trastorno ciclotímico
 F39 Trast. estado de ánimo no especific.

Trastornos Depresivos

F32.x Trast. depresivo mayor,episod.único
 F32.9 Trast. depresivo no especificado
 F33.x Trast. depresivo mayor recidivante
 F34.1 Trastorno distímico

Trastornos de Ansiedad

F40.00 Agorafobia s/ hist. trast. de angustia
 F40.01Trastorno de angustia c/ agorafobia
 F40.1 Fobia social
 F40.2 Fobia específica
 F41.0 Trastorno angustia sin agorafobia
 F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
 F41.9 Trast. de ansiedad no especificado
 F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo
 F43.0 Trastorno por estrés agudo
 F43.1 Trastorno. p/ estrés postraumático
 F06.4 Trast.ansiedad p/(ind.enfer. médica)

Trastornos Adaptativos

F43.xx Trastorno adaptativo
 F43.20 Trast. adaptativo c/ánimo depresivo
 F43.22 Trast.adapt.Mixto c/ans- ánimo dep.
 F43.24 Trast. adaptativo c/ trast. comport.
 F43.25 Trast.adapt.c/alterac.emoc y comp.
 F43.28 Trastorno adaptativo con ansiedad
 F43.9 Trast. adaptativo no especificado

Trastornos Disociativos

F44.0 Amnesia disociativa
 F44.1 Fuga disociativa
 F44.81 Trastorno de identidad disociativo
 F44.9 Trast. disociativo no especificado
 F48.1 Trastorno de despersonalización

Trastornos Somatomorfos

F44.x Trastorno de conversión
 F45.0 Trastorno de somatización
 F45.1 Trast. somatomorfo indiferenciado
 F45.2 Hipocondría-Trast.dismórfico corpor.
 F45.4 Trastorno por dolor
 F45.9 Trast. somatomorfo no especificadoTrastornos dela Conducta Alimentaria.
 F50.0 Anorexia nerviosa
 F50.2 Bulimia nerviosa
 F50.9 Trast.de cond. alimentaria no espec.

Trastornos Primarios del Sueño

F51.0 Insomnio primario
 F51.1 Hipersomnia primaria
 F51.2 Trastorno del ritmo circadiano

F51.3 Sonambulismo
 F51.4 Terrores nocturnos
 F51.5 Pesadillas
 F51.8 Parasomnia no especificada
 F51.9 Disomnia no especificado
 G47.3 Trast. sueño relac. c/la respiración
 G47.4 Narcolepsia

Trastornos Sexuales

F52.0 Deseo sexual hipoactivo
 F52.10 Trastorno por aversión al sexo
 F52.2 Trast.excitac.sexual(M)y erección(V)
 F52.3 Trast. Orgásmico femén y masculino
 F52.4 Eyaculación precoz
 F52.5 Vaginismo (no por enf. médica)
 F52.6 Dispareunia (no por enf. médica)
 F52.9 Trastorno sexual no especificado

Trastornos de La Personalidad

F21 Trast. esquizotípico de personalidad
 F60.0 Trast. paranoide de la personalidad
 F60.1 Trast. esquizoide de la personalidad
 F60.2 Trast. antisocial de la personalidad
 F60.31 Trast. límite de la personalidad
 F60.4 Trast. histriónico de la personalidad
 F60.5 Trast. obsesivo-compulsivo person.
 F60.6 Trast. de personalidad por evitación
 F60.7 Trast. personalidad por dependencia
 F60.8 Trast. narcisista de la personalidad
 F60.9 Trast. personalidad no especificado

Trast. Control Impulsos no Clasificados

F63.0 Juego patológico
 F63.1 Piromanía
 F63.2 Cleptomanía
 F63.3 Tricotilomanía
 F63.8 Trastorno explosivo intermitente
 F63.9 Trast.control impulsos no especific.

Trastornos de la Identidad Sexual

F64.0 Trast identid.sexual adolesc.o adulta
 F64.2 Trast identidad sexual en la niñez
 F64.9 Trast. identidad sexual no especific.

Parafilias

F65.0 Fetichismo
 F65.1 Fetichismo transvestista
 F65.2 Exhibicionismo
 F65.3 Voyeurismo
 F65.4 Pedofilia
 F65.5 Masoquismo sexual-Sadismo Sexual
 F65.8 Frotteurismo
 F65.9 Parafilia no especificada

Trastornos Facticios

F68.1 Trast facticio y Trast.Fact. no espec.

Retraso Mental

F70.9 Retraso mental leve

F71.9 Retraso mental moderado
 F72.9 Retraso mental grave
 F73.9 Retraso mental profundo
 F79.9 Retraso mental gravedad no espec.

Trastornos de la Comunicación

F80.0 Trastorno fonológico
 F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo
 F80.2 Trast.mixto leng.expresivo-receptivo
 F80.9 Trast. comunicación no especificado
 F98.5 Tartamudeo

Trastornos del Aprendizaje

F81.0 Trastorno de la lectura
 F81.2 Trastorno del cálculo
 F81.8 Trastorno de la expresión escrita
 F81.9 Trast. aprendizaje no especificado

Trastorno de las Habilidades Motoras

F82 Trast. del desarrollo de coordinación Trast. Generaliza-
 dos del Desarrollo.
 F84.0 Trastorno autista
 F84.2 Trastorno de Rett
 F84.3 Trastorno desintegrativo infantil
 F84.5 Trastorno de Asperger
 F84.9 Trast. generaliz .desarr. no espec.

Trast.p/Déficit de Atención-Comp.Pert

F90.0 Trast p/déf.atenc.c/hiperact.T.comb.
 F90.9 Trast p/déficit atención c/hip.no esp.
 F91.3 Trastorno negativista desafiante
 F91.8 Trastorno disocial
 F91.9 Trast.comport.perturbador no espec.
 F98.8 Trast.p/déf.atención c/hiperactividad

Otros Trast. Infancia, Niñez o Adolesc.

F93.0 Trast. ansiedad por separación
 F94.x Trast.reactivo.vinc.de infanc. o niñez
 F94.0 Mutismo selectivo
 F94.1 Trastorno reactivo vinc. tipo inhibido
 F94.2 Trast. reactivo vinc. Tipo desinhibido
 F98.4 Trast. movimientos estereotipados
 F98.9 Trast.infanc,niñez o adoles.no espec.

Trastornos de Tics

F95.0 Trastorno de tics transitorios
 F95.1 Trast. tics motores o vocales crónico
 F95.2 Trastorno de la Tourette
 F95.9 Trastorno de tics no especificado

Trastornos de la Eliminación

F98.0 Enuresis (no p/ enfermedad médica)
 F98.1 Encopresis s/estr. ni incont. p/rebos
 R15 Encopresis c/estr. e incont.p/rebos.

Trastornos de la Ingestión y Conducta Alimentaria de la Infancia o de la Niñez

F98.2 Trast.rumiación/ingesta infanc.niñez
 F98.3 Pica

Trast. Motores Inducidos p/Medicamentos

- G21.0 Síndrome neuroléptico maligno
- G21.1 Parkinson-Acatís ind.p/neurolépticos
- G24.0 Disonía aguda ind.p/ neurolépticos
- G25.1 Temblor postural por medicamentos
- G25.9 Trast. motor p/medic.no específico.

Trast. Inducidos p/Otros Medicamentos

- T88.7 Efectos adv. medicament. no espec.

Problemas de Relación

- F93.3 Problemas relación entre hermanos
- Z63.0 Problemas conyugales
- Z63.7 Prob.relación Trast.Ment.o enf.méd.
- Z63.8 Problemas paterno-filiales
- Z63.9 Problema relación no especificado

Problemas por Abuso o Negligencia

- T74.1 Abuso físico del niño o del adulto
- T74.2 Abuso sexual del niño o del adulto
- T74.0 Negligencia de la infancia Problem.Adicional Objet.

Atenc.Clínica

- F93.8 Problema de identidad
- R41.8 Capacidad intelectual límite
- Z55.8 Problema académico
- Z56.7 Problema laboral
- Z60.0 Problema biográfico
- Z60.3 Problema de aculturación
- Z63.4 Duelo
- Z72.8 Comp.antisocial niñez,adoles,adulto
- Z76.5 Simulación
- Z71.8 Problema religioso o espiritual
- Z91.1 Incumplimiento terapéutico Codigos Adicionales.
- F99 Trast. mental no espec.(no psicótico)
- R69 Diagnóstico o estado aplazado Eje 1
- Z03.2 Sin Diagnóstico en el Eje I o II



DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL PROGRAMA EPIDEMIOLOGICO HOSPITAL ALVEAR PLANILLA DE EPICRISIS

ÁREA DE EPIDEMIOLOGÍA

CONSULTORIOS EXTERNOS

Apellido y Nombre:
 Edad: Sexo: Localidad:
 Tipo y N° Dto. Identidad: Ficha ☐ Historia Clínica
 N°:

Fecha de Ingreso: Fecha de Egreso:

Resumen de Evolución:

Diagnóstico de Ingreso (Presuntivo):

Diagnóstico de Egreso:

Patología Clínica Asociada:

Tipo de Alta: ☐ Médica/Profesional: ☐ Abandono: ☐ Contra opinión: ☐

Tratamientos Realizados: Psicoterapia Individual: ☐ Neurológico: ☐

Psicoterapia Familiar: ☐ Clínico: ☐

Psiquiátrico: ☐ Servicio Social: ☐

Psicofarmacológico: ☐ Terapia Ocupacional: ☐

Psicodiagnóstico: ☐ Intervención Judicial: ☐

Derivación: Interna: ☐ Servicio:

Externa: Hospital / Centro:

Medicación al Egreso: D	A	M	C

Firma y Sello Profesional/es:

C.A.B.A: / /



PLAN DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES
DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL G.C.A.B.A.
PROGRAMA EPIDEMIOLOGICO HOSPITAL T. DE ALVEAR
PROGRAMA DE INVESTIGACION Y VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

RESOLUCION N° 1044
 AREA DE EPIDEMIOLOGIA

B.O. N° 1979 (12/07/04)

Ficha Relevamiento Epidemiológico en Admisión de Consultorios Externos

Hospital:.....

Apellido y Nombre:

Turnos:

M	T	V
---	---	---

Fecha:

DNI:

--

Ficha Hº.C.	Sexo	Edad	Localidad:	Nivel Educacional:	Nivel Laboral:	Tipo de Actividad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Capital ☐	Analfab. <input type="text"/>	Ocupado ☐	<input type="text"/>
Cobertura			Provincia ☐	Primaria <input type="text"/>	Subocup. ☐	<input type="text"/>
<input type="text"/>			Interior ☐	Secundar. <input type="text"/>	Desocup. ☐	<input type="text"/>
Tiempo Inicio Síntomas			Exterior ☐	Terciario <input type="text"/>	Jubilado ☐	<input type="text"/>
<input type="text"/>				Universi. <input type="text"/>		<input type="text"/>

Tratamientos Anteriores:

Internaciones :

Intento Suicidio:

Cadena Derivativa

Si No Cant:

Si No Cant:

Si No Cant:

Espontánea: ☐

Derivada/o por :

Indicación a:

Medicación	Psicoterapia	Psicopedag.	* Interc.a	Psiquiat.	Hptal zDía	Internación	Psicodiag.
Si No	Individual				Guardia		
	Grupal						
	Pareja						
	Familia				Servicio		

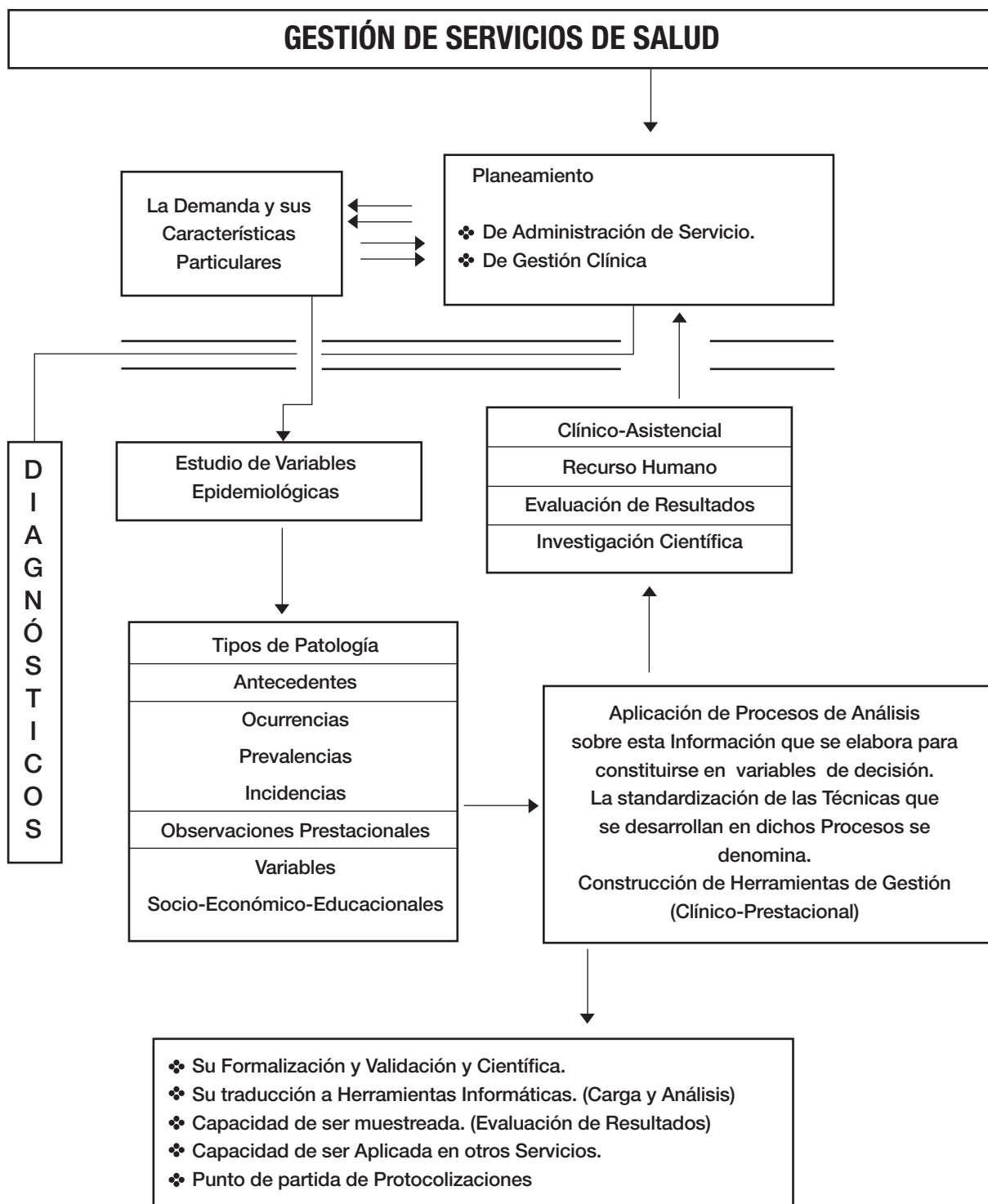
* Especificar especialidad.

Derivación Externa :

Diagnóstico Presuntivo: D.S.M. IV (VER AL DORSO)

--

Esta Hoja se adjuntará a la Historia Clínica de la persona que consulta por primera vez, deberá ser completada por el Equipo de Admisión y entregada a la Jefatura de Servicio a los efectos de ser remitida a esta Dirección para su procesamiento y análisis.



HOSPITAL DE DÍA SUMA

EXPERIENCIA DE SISTEMATIZACIÓN DE LA EFICACIA Y DEL FUNCIONAMIENTO DE UN HOSPITAL DE DÍA PARA PACIENTES CON SUFRIMIENTO MENTAL A PARTIR DE VARIABLES CUANTITATIVAS Y DE LA PERSPECTIVA DE LOS USUARIOS

Martín Agrest¹, Sara Ardila^{1,2}, Silvina Barruti¹, Gabriela Campati¹, Mariano Flores¹, Gustavo Guardo¹, Paula Rivaya¹, Daniel Vigo¹, Silvia Wikinski^{1,4}.

RESUMEN El hospital de día de Proyecto Suma inició sus actividades en mayo de 2009 y lleva atendidos 186 personas con sufrimiento mental de diversa causa (trastornos psicóticos, del estado de ánimo y de la personalidad). Los objetivos perseguidos con la experiencia que presentamos consisten en sistematizar los siguientes aspectos del dispositivo: a) evolución clínica, b) evaluación desde la perspectiva de los usuarios y c) caracterización y cuantificación de las intervenciones no programadas (ver más abajo). La eficacia para incidir en la evolución clínica se evalúa a través del empleo de tres escalas, la SCL-90 (validada para la Argentina) que mide las distintas dimensiones sintomáticas, la WHOQOL (escala de la OMS para medir calidad de vida) y la Escala de Funcionamiento Global. Las mismas son empleadas en la admisión, a los 15 días, y a los tres y seis meses. La evaluación del dispositivo desde la perspectiva de los usuarios se recoge a través de entrevistas individuales, cuyo contenido es analizado cualitativamente. Las intervenciones no programadas son tareas del equipo tratante motivadas por situaciones imprevistas desencadenadas por las interacciones de pacientes entre sí o con el equipo, signo-sintomatología específica que por su naturaleza preocupante o cambiante amerita la intervención del equipo, crisis o emergencias subjetivas, complicaciones en el cumplimiento de las indicaciones o normas y complicaciones en la continuidad del tratamiento. Una revisión sistemática de las publicaciones indexadas arroja una importante falta de datos al respecto. El objetivo es entonces visibilizarlas, medirlas y hacerlas pasibles de planificación y protocolización. Como resultado de estas distintas modalidades de sistematización se está observando una mejoría sintomática que es significativa a los 15 días de la admisión, y una mejoría en la calidad de vida y en la funcionalidad a los tres meses de asistencia. Las entrevistas con los participantes dan cuenta de otra dimensión de la eficacia del dispositivo; la potenciación de las relaciones sociales y de la capacidad para desarrollar actividades. Por último, el seguimiento de las intervenciones no programadas permitió caracterizarlas y posteriormente cuantificar su densidad en relación con los días de la semana y las distintas situaciones comunitarias que se presentan.

¹Proyecto Suma Asistencia y Rehabilitación en Salud Mental

²Departamento de Salud Comunitaria (UNLa)

³Residencia de Salud Mental (GCBA)

⁴ININFA(UBA-CONICET).

CORRESPONDENCIA A:

Silvia Wikinski

Correo electrónico: swikinski@proyectosuma.org

OBJETIVO GENERAL

Identificar logros clínicos y subjetivos del tratamiento en hospital de día y caracterizar aquellos aspectos del funcionamiento del dispositivo que desbordan las previsiones. En conjunto, de esta sistematización se puede obtener información valiosa que reoriente la construcción del dispositivo a fin de mejorar su eficacia y su eficiencia. Sus objetivos específicos, concebidos desde una perspectiva mixta cuantitativa-cualitativa^{1,2,3,4} fueron: 1) Comparar la carga sintomática de los usuarios del hospital de día en el momento de la admisión con la que presentan 15 días y 3 meses después de comenzado el tratamiento^{5,6}; 2) Comparar la calidad de vida, el nivel y la evaluación clínica global⁷ de los pacientes del hospital de día al inicio del tratamiento con la que obtienen a los 3 meses de iniciado el mismo; 3) recoger, mediante entrevistas individuales semiestructuradas seguidas de análisis temático^{8,9,10}, la im-

presión que tienen los usuarios del hospital de día acerca de los logros obtenidos desde el inicio de su tratamiento, a qué adjudican los mismos, cuáles elementos del dispositivo consideran que contribuyeron a dichos logros y cuáles consideran que pudieron ser un obstáculo para la mejoría o recuperación; 6) Identificar, caracterizar y cuantificar todas las intervenciones realizadas por los profesionales que trabajan en el hospital de día y que no forman parte del programa diario preestablecido (Intervenciones no programadas), estudiar su evolución a lo largo de la semana, a fin de identificar posibles regularidades que permitan realizar previsiones para ajustar el funcionamiento del hospital de día previsto al funcionamiento real.

DURACIÓN DE LA EXPERIENCIA

La experiencia de sistematización que se presenta comenzó en mayo de 2009. y continúa hasta la fecha.

RESULTADOS

RESULTADOS CUANTITATIVOS DE LA EXPERIENCIA

Datos demográficos: Estos datos se sintetizan en la Tabla 1. Sólo se incluyeron en este informe los datos provenientes de seguimientos completos (tres mediciones tomadas en los tiempos protocolizados). Las demás mediciones están pendientes (no se cumplieron los tres meses requeridos), o hubo omisiones ya sea porque el cuadro agudo del inicio no permitía el llenado de las escalas autoaplicadas o porque en el intervalo entre la admisión y los tres meses sucedían reinternaciones, abandonos momentáneos del tratamiento o ausencias debido a enfermedad médica.

TABLA 1. Evaluación de Resultados. Taller de Murga y Circo, IPEM 302, ciudad de Villa Allende, 2010.

Edad años (media $\pm$ rango)	36,7 (16-70)
Sexo (n) Masculino Femenino	17
Estado civil (n) Solteros/as Separados/as Viudos/as	17 8 2 0
Escolaridad (n) Primaria Secundaria Universitaria o terciaria	9 9 9
Empleado (n)	8
Diagnóstico (n) Esquizofrenia Trastorno afectivo Trastorno de personalidad Otros	8 8 8 3

Los productos derivados de esta observación se muestran en la Tabla 2. Se constató una mejoría significativa de algunas variables sintomáticas observables tan pronto como a los 15 días de concurrir al hospital de día y una mejoría en la funcionalidad, la calidad de vida y la impresión clínica a los tres meses. Resulta interesante señalar que hay dimensiones sintomáticas que permanecen inmodificadas: la hostilidad y el psicoticismo. Es razonable proponer como interpretación que para la población de pacientes que formaron parte de la experiencia, que habían permanecido aislados durante largos períodos de tiempo antes de su admisión, la inclusión en un dispositivo comunitario podría estar movilizando ansiedades de distinto tipo que se expresan en los puntajes de las dimensiones correspondientes. El número de pacientes para los que contamos con las tres mediciones pareadas es exiguo como para ensayar cruces de diagnósticos y cambios en los puntajes.

TABLA 2. Resultados cuantitativos de la experiencia de sistematización: evolución sintomatológica, en calidad de vida, funcionalidad e impresión clínica general.

Mediciones				
	Admisión	2 semanas post-admisión	3 meses post-admisión	P
SCL-90 Índices Globales media (SD)				
Índice de Severidad Global	1.27 (0.7)	1.12 (0.7) *	1.09 (0.7) **	< 0.0001 #
Índice de discomfort por síntomas positivos	2.39 (0.6)	2,10 (0.6) *	2,06 (0.8) *	< 0.01 #
Síntomas positivos totales	50.26 (15.9)	44.74 (20.5) *	43.63 (20.7) **	< 0.01 #
SCL-90 dimensiones sintomáticas media (SD)				
Somatización	1.01 (0.8)	0.88 (0.7)	0.87 (0.8)	n.s. #
Obsesiones y compulsiones	1,89 (0,9)	1,58 (0,9)*	1,57 (0,9)*	< 0.05 #
Sensibilidad Interpersonal	1,34 (0,7)	0,98 (0,8)**	0,90 (0,7)***	< 0.001 #
Depresión	1,82 (0,9)	1,46 (1,0)*	1,50 (1,0)*	< 0.05 #
Ansiedad	1,49 (0,9)	1,18 (0,8)	1,37 (1,0)	n.s. #
Hostilidad	0,98 (0,8)	0,90 (0,9)	0,89 (0,8)	n.s. #
Ansiedad fóbica	1,13 (1,0)	0,95 (0,9)	0,81 (0,7) *	< 0.05 #
Ideación paranoide	1,32 (0,9)	1,03 (0,8)	0,78 (0,7) ***	< 0.005 #
Psicoticismo	1,18 (0,6)	0,98 (0,7)	1,38 (1,8)	n.s. #
WHOQOL media (SD)	66,69 (17,6)	—	76,38 (11,4)	< 0.05 □
EEAG media (SD)	44,36 (12,9)	—	58,83 (10,3)	< 0.0001□
CGI-Estado media(SD)	5,08 (0,7)	—	—	
CGI-Mejoría media (SD)	—	—	2,72 (0,9)	—

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0.001$ versus admisión. # ANOVA para muestras repetidas, □ Student's t test

RESULTADOS CUALITATIVOS DE LA EXPERIENCIA

Los resultados de la sistematización cualitativa pueden sintetizarse en torno a las tres dimensiones planteadas (las formas de participación y experiencia del dispositivo de Hospital de Día, aspectos del funcionamiento del Hospital de Día que contribuyen o que obstaculizan a la mejoría de los usuarios, y las formas de la mejoría según los usuarios).

En cuanto a las formas de participación pudimos observar que los usuarios se refieren, globalmente, a dos polos: el activo y el pasivo. En el polo activo los verbos utilizados son comprometerse, hacer actividades, tomar decisiones, aprovechar, participar, salir y socializar. En el polo pasivo, los verbos empleados son dormir, hacer nada, perder el

tiempo, esperar, aburrirse.

Los verbos con que los usuarios describen aspectos subjetivos o reflexivos son tolerar (básicamente referidos a sí mismos o a los otros) y entender. Por último, los verbos con que se refieren a un proceso experimentado son de dos tipos, aquellos que se refieren al padecimiento que dio lugar a la inclusión en el hospital de día (cambiar, mejorar o irse de alta) y los que se refieren a adquisición de conocimientos o experiencias (aprender o descubrir).

Aparecieron como factores que hacen a la mejoría cuestiones ligadas a la actividad (las actividades productivas, que ayudan a ponerse en actividad, a la inclusión, a estar despierto, a relacionarse con los demás, a mejorar la salud física), al cuidado y al sostén que el espacio les propor-

ción; con menor frecuencia se destaca la ayuda de los profesionales y la importancia de unos u otros según cada caso, y el orden que genera para salir de situaciones de caos o desborde.

Se destacaron entre los aspectos que obstaculizan la mejoría, la (larga) duración del proceso en el hospital de día, la actividad grupal en el sentido de que hay un programa que contempla escasamente las preferencias individuales, y la heterogeneidad que podría complicar la conformación de un grupo ideal / idealizable.

En cuanto a las formas de referirse a su mejoría sobresalían ideas relacionadas con la aceptación de su situación y asumir, a partir de esta reflexión y aceptación, una postura activa referida a poder tomar decisiones respecto a lo que les sucede. Entre las respuestas se encuentran ideas como “reordenar mi cabeza y después reordenar mi vida”, “me hizo un click adentro”, “encontrarte a vos mismo”. El aumento en las interacciones sociales y la posibilidad de reordenar vínculos que permitan tener mayor autonomía se cuentan entre los resultados hallados como significativos para los usuarios en cuanto a los cambios en sus relaciones. Los cambios en el estado de ánimo no fueron mencionados en todos los casos como clara mejoría. En varios participantes apareció que hacían nuevas cosas o podían con nuevas cosas pero su estado de ánimo no había cambiado significativamente. Por último, se vio que el locus de control presentaba variaciones. Hipotetizamos entonces que un paso del polo externo-objetivante al polo interno-subjetivante daría cuenta de un proceso de mejoría.

LOS PRODUCTOS DERIVADOS DE LA SISTEMATIZACIÓN CUALITATIVA, SEGÚN LOS DESTINATARIOS, PUEDEN DIVIDIRSE EN:

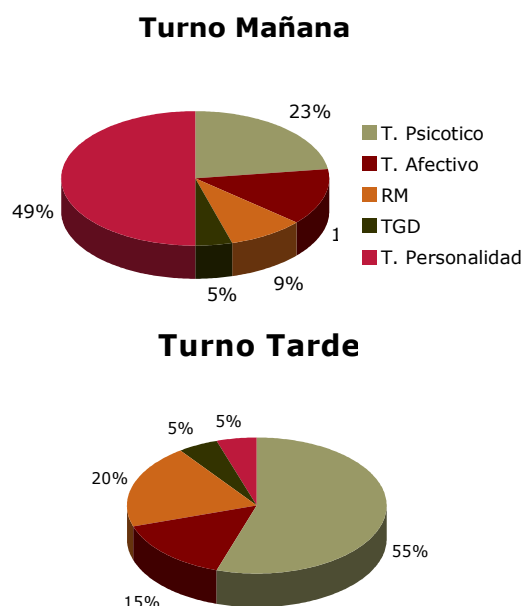
- Para los usuarios / pacientes: consideramos de fundamental importancia los efectos subjetivantes de esta intervención^{11,12}. Hemos podido observar que en algunos casos las entrevistas reforzaron el vínculo con el dispositivo y permitieron reubicar en mayor medida parte del locus de control en su propio esfuerzo y dedicación. Las entrevistas sirvieron para sentir que se valoraba su perspectiva y que eran considerados sujetos de pleno derecho. Las personas entrevistadas recomendaban a otras que participasen de las entrevistas en señal de su aprobación de la actividad.
- Para los profesionales directamente involucrados en la asistencia en el hospital de día: la perspectiva de los usuarios también fue revalorizada y permitió repensar algunas cuestiones de la tarea. Luego de esta sistematización comenzó una actividad de discusión con los pacientes acerca de la Ley de Salud Mental y pasó a ser rutina el análisis de los medios gráficos y el modo de referirse a noticias que eran de su incumbencia.

- Para la institución: la institución ve concretarse su aspiración original de poder pensar su trabajo en forma sistemática y corregir procesos para brindar una mejor asistencia y rehabilitación.
- Para la comunidad profesional: información concreta sobre el funcionamiento del hospital de día y producción de teoría sobre temas vinculados a la recuperación y a la participación de los usuarios de servicios de Salud Mental.

RESULTADOS PRELIMINARES DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LAS INTERVENCIONES NO PROGRAMADAS (INP)

Se cuantificaron las INPs durante 42 días, resultando una actividad cuantitativamente relevante: 937 INPs. Cada profesional realizó entre 3 y 4 INPs promedio por día, lo que significa más de 1 INP promedio por día por paciente. En ambos turnos (con diagnósticos prevalentes marcadamente diferentes según se ve en la Figura 1) coinciden las tres INPs más frecuentes (entre el 74 y el 76% sumando las INPs psicoterapéuticas, de interconsulta e intervenciones familiares) y las más infrecuentes (entre el 3 y el 7% sumando intervenciones psicofarmacológicas, de monitoreo y de contención física) (Figura 2). La distribución promedio de INPs por día de la semana es similar en ambos turnos, resultando significativamente distinta a lo largo de la semana ($P=0,003$, ANOVA de un factor). La prueba de Tukey reflejó una diferencia significativa entre los días miércoles y los viernes ($P<0,05$) (Figura 3).

FIGURA 1. Caracterización de la población de pacientes participantes en los turnos mañana y tarde del Hospital de Día durante la sistematización de las Intervenciones No Programadas de acuerdo al diagnóstico de admisión.



Abreviaturas: TGD = trastorno general del desarrollo, RM = retraso mental.

FIGURA 2. Caracterización de las Intervenciones No Programadas según tipo de intervención y turno de funcionamiento del hospital de día.

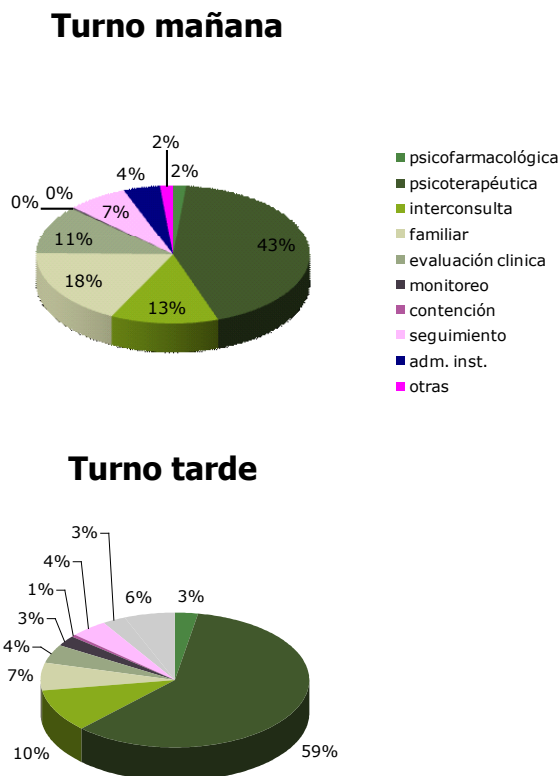
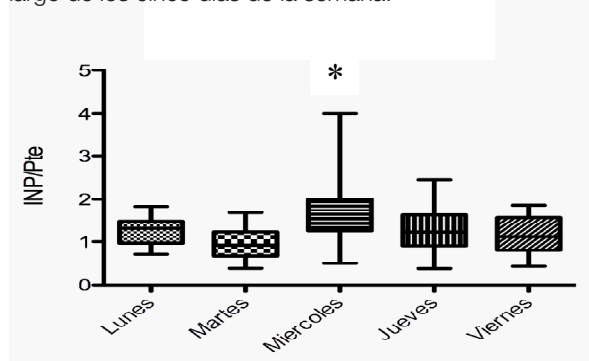


FIGURA 3. Intervenciones no programadas realizadas en ambos turnos del hospital de día expresadas por número de pacientes presentes en el día evaluado (INP/Pte) a lo largo de los cinco días de la semana.



*P = 0,003 días miércoles en comparación con días viernes (ANOVA de un factor seguido de la prueba de Tukey). Hay además una tendencia a la significación estadística en la comparación de los días miércoles con los días lunes.

OBSTÁCULOS Y RESOLUCIONES

Los obstáculos en términos generales provinieron de la necesidad de adecuar el funcionamiento de un dispositivo clínico a procedimientos de sistematización relativamente estandarizados: falta de entrenamiento de los profesionales participantes, tensiones surgidas entre la necesidad de auto-observar la práctica y al mismo tiempo ejercerla. Estos obstáculos fueron resueltos mediante reiteradas instancias de entrenamiento y supervisión por parte de los investigadores principales tendientes a homogeneizar criterios y haciendo parte a todos los miembros del equipo del trabajo de diseño y corrección del dispositivo, dándoles protagonismo en todas las fases del proyecto, de tal forma que lo pudiesen sentir como propio, beneficioso para la institución en general y para cada uno de ellos en particular.

RECOMENDACIONES A OTROS ACTORES

1) Fijar con claridad los objetivos que se propone la evaluación; 2) consolidar un equipo de evaluación/investigación mixto, con miembros que participan activamente del dispositivo y otros que sean externos; 3) elegir las herramientas metodológicas que resulten adecuadas a las preguntas que se formulan a partir de la revisión de bibliografía referida al tema y discusión en equipo; 4) garantizar el entrenamiento de los distintos participantes en la obtención de los datos y mantener una supervisión periódica a fin de zanjar dudas y dificultades que se presentan inevitablemente en el curso de la experiencia; 5) nombrar un responsable de cada tarea; 6) fijar fechas para la entrega del material correspondiente a cada tarea, ya que de otro modo la vorágine del trabajo clínico cotidiano termina arrasando la posibilidad de que la experiencia se concrete.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Bericat AE. La integración de los métodos cuantitativos y cualitativos en la investigación social. Significado y medida. Ariel, Barcelona, 1998.
- ² Vera A y Villalón M. La Triangulación entre Métodos Cuantitativos y Cualitativos en el Proceso de Investigación. *Ciencia & Trabajo* 2005; 16: 85-87.
- ³ De Souza Minayo, M.C. Introducción. Concepto de evaluación por triangulación de métodos. (pp. 17-50) En: De Souza Minayo, M.C., Goncalves de Assis, S y Ramos de Souza, E. (2005): Evaluación por Triangulación de Métodos-Abordaje de Programas Sociales. Lugar Editorial: Buenos Aires.
- ⁴ Arroyo Menéndez M. Cualitativo-cuantitativo: la integración de las dos perspectivas. En: Arroyo Menéndez M (et al.); Merlino A (coord.). Investigación cualitativa en Ciencias sociales. Temáticas, problemas y aplicaciones. Cengage learning Argentina, 2009. Buenos Aires.
- ⁵ Casullo M y Perez M (2008). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Adaptación UBA-Conicet 1999-2008. <http://www.aidep.org/uba/Bibliografia/SCL08.pdf>.
- ⁶ Holli M. Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. Academic Dissertation. Department of Psychiatry, Helsinki University, Finlandia, 2003.
- ⁷ Guy W (ed.). ECDEU assessment manual for Psychopharmacology, 1976. Rockville, US Department of Health Education and Welfare.
- ⁸ Guba E y Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Sage publications. California, 1989.
- ⁹ Guba E, Lincoln YS. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. En: Denzin NK, Lincoln YS (ed.) Handbook of Qualitative Research, 3rd edition. Sage Publications, California, 2005.
- ¹⁰ Boyatzis RE. Transforming qualitative information. Thematic analysis and code development. Sage Publications California, 1998.
- ¹¹ White, M and Epston, D (1980) Medios narrativos para fines terapéuticos. Ed. Paidós, Barcelona, 1993.
- ¹² Victor W. Turner and Edward M. Bruner (Eds). The anthropology of experience. University of Illinois Press, Urbana and Chicago, 1986.

Cuestionario de Calidad de Vida

Nombre y Apellido: _____

Fecha de la evaluación actual: ____________

1 ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	2	3	4	5

2 ¿Cuán satisfecho/a está con su salud?

Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia **a cuánto ha experimentado ciertos síntomas en las dos últimas semanas.**

- 3 ¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?
- 4 ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?
- 5 ¿Cuánto disfruta de la vida?
- 6 ¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?
- 7 ¿Cuál es su capacidad de concentración?
- 8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?
- 9 ¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremada mente
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia **a su capacidad para hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas.**

- 10 ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?
- 11 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?
- 12 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?
- 13 ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?
- 14 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

- 15 ¿Es capaz de moverse de un lugar a otro?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán **satisfecho(a) o bien se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas.**

	Muy	Insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16 ¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5	6
17 ¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5	6
18 ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5	6
19 ¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5	6
20 ¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5	6
21 ¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5	6
22 ¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5	6
23 ¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5	6
24 ¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5	6
25 ¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?	1	2	3	4	5	6

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos síntomas en las dos últimas semanas.

26 ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Mediana mente	Frecuente mente	Siempre
1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

CGI (estado):

Basándose en su experiencia clínica, cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

- ☐ No evaluado
 ☐ Moderadamente enfermo
☐ Normal ☐ Marcadamente enfermo
☐ Dudosamente enfermo ☐ Gravemente enfermo
☐ Levemente enfermo ☐ Entre los pacientes más extremadamente enfermos

En esta escala no evaluado es 0

Luego la numeración va de normal =1, dudosamente enfermo=2, levemente enfermo=3, moderadamente enfermo=4, marcadamente enfermo=5, gravemente enfermo=6 y entre los pacientes más extremadamente enfermos=7.

CGI (mejoría)

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos?

(recuerde que es independiente de que la mejoría sea atribuida al tratamiento)

- ☐ No evaluado ☐ Sin cambios
☐ Mucho mejor ☐ Levemente peor
☐ Moderadamente mejor ☐ Moderadamente peor
☐ Levemente mejor ☐ Mucho peor

En esta escala no evaluado es 0

Luego la numeración va de mucho mejor=1, moderadamente mejor=2, levemente mejor=3, sin cambios=4, levemente peor=5, moderadamente peor=6 y mucho peor=7.

Guión de la entrevista de la evaluación cualitativa**1.- Introducción de la entrevista**

a) Muchas gracias por recibirme y aceptar participar en este encuentro

b) Quisiéramos entrevistarle para conocer sus opiniones y sentimientos en relación con su experiencia en el Hospital de Día. Me gustaría hacerle algunas preguntas y que Ud. me cuente cómo es para usted estar en el hospital de día. Si está de acuerdo con esta entrevista voy a pedirle autorización para grabar nuestra conversación, de modo de poder prestar atención y no distraerme demasiado para escribir. Lo que charlemos lo desgrabaré yo personalmente y en ningún momento daré a conocer quién es el entrevistado. Con el material que surja de nuestra charla, así como el que surja en otras similares, haremos una investigación que tendrá por objetivo conocer cómo es la experiencia de las personas que asisten a un hospital de día desde su propia perspectiva.

Es importante que le aclare que no hay perspectivas correctas o incorrectas porque lo que resulta importante es conocer cómo viven la experiencia las personas que participan en ella como pacientes.

ENCIENDO EL GRABADOR**2.- Apertura del tema**

- a) ¿Cuánto tiempo hace que concurre al HdD?
 b) ¿Cuántas veces por semana lo hace?
 c) ¿Y cuántas horas viene cada vez?
 d) ¿Cómo fue que decidió concurrir? ¿Quién se lo propuso?
 e) ¿Cómo describiría su experiencia en el hospital de Día? ¿Cómo le explicaría a otra persona que nunca estuvo en el HDD qué es el HDD?
 f) ¿Le parece que el hospital de día lo ayuda a recuperarse?

g) ¿Qué elementos del hospital de día piensa que son de ayuda?

h) ¿Y cuáles cree que son un obstáculo?

3.- Temáticas especiales

Adhesión al dispositivo: f) ¿Cómo llega? ¿Viene acompañado? ¿Viene con ganas?

Experiencia en las distintas actividades:

g) ¿Hay alguna actividad que le resulte especial? ¿Por qué?

h) Explorar la experiencia en áreas expresivas, terapéuticas, comunitarias, de actividad física, dispositivos familiares (si existieran para este paciente), etc.

i) ¿Cómo le describiría a una persona que no lo conozca cómo es el hospital de día?

Interrelaciones personales:

j) En el hospital de día hay bastante gente: otros pacientes, profesionales, las secretarias, la cocinera, la persona que limpia. ¿Cómo le resulta la interacción con esta gente? (Explorar las distintas emociones que pueden suscitarle las interacciones abriendo a que se comenten tanto dificultades como beneficios) Es decir, si habla de las relaciones que le hacen bien, preguntarle si se lleva mal con alguien, por ejemplo-). Usted me contó que con ... y con ... se siente acompañado o comprendido y que le hace bien hablar con ellos o compartir los talleres. Seguramente no le pasa lo mismo con todas las personas. ¿Quiere contarme algo acerca de esto?).

Cambios en la percepción del dispositivo a lo largo del tiempo.

k) Usted hace.... (tiempo desde que comenzó a venir) que concurre al hospital de día. ¿Notó algún cambio en como vive la experiencia entre entonces y ahora? ¿Recuerda el primer día que vino? ¿Se parece a cómo

se siente ahora?

Cambios en el afuera a partir de su inclusión en HdD

l) ¿Nota algún cambio en su forma de sentirse en su vida cotidiana desde que viene al hospital de día?

4.- Cierre de la entrevista

Creo que conversamos bastante y que me pudo transmitir lo más importante de su experiencia en el hospital de día. Hay algo más que quisiera comentar? Hay alguna pregunta que le hubiese gustado que le hiciéramos o que ud. le haría a alguien que participa del HDD si ud. quisiese comprender cómo es su experiencia? Le agradezco mucho su participación

Manual de implementación del estudio de intervenciones no programadas

-Tipo de Investigación: investigación descriptiva longitudinal cuantitativa por observación directa estructurada con cinco fases:

1) Observación directa no estructurada de las actividades no programadas en HDD con el objetivo de realizar una clasificación preliminar de “INPs” y proponer un método de registro (2 semanas)

2) Testeo y Validación, con el objetivo de modificar el diseño según los datos y los problemas registrados, validando progresivamente la clasificación (4 semanas)

a) Observación directa estructurada con la clasificación y el método de registro preliminares

b) Reuniones del equipo con expertos

c) Análisis de los datos preliminares

3) Diseño final de la clasificación que será utilizada para codificar las “INPs” y de la modalidad de registro, incluyendo las siguientes fases:

a) Definición precisa de cada clase INP

b) Diseño del método de registro definitivo

c) Entrenamiento final del equipo

4) Recolección de datos (8 semanas)

5) Análisis de datos

-Ámbito de relevamiento: El Hospital de Día Proyecto SUMA

-Población objetivo: Plantel permanente del Hospital de Día Proyecto SUMA

-Definición de dimensiones, variables y categorías utilizadas. Sistema de Clasificación:

Definiciones generales:

A los efectos de esta investigación, para ser registrada como INP una intervención debe cumplir con las siguientes condiciones:

A) Toda INP debe consistir en una acción positiva:

-la decisión de “no actuar” no constituye una INP

-la sugerencia o indicación a otro miembro del equipo de realizar una determinada acción no constituye por sí misma una INP, excepto las indicaciones médicas que resultan en INPs Psicofarmacológicas o INPs Evaluación/Intervención Clínica o Farmacológica General. Por ej: si el médico observa un paciente ansioso e indica al enfermero administrar una benzodiazepina, el médico computa una INP y el enfermero ninguna; lo mismo sucede si observa un paciente sudoroso e indica toma de temperatura axilar e ibuprofeno. El enfermero puede en cambio registrar como propias las INPs Evaluación Clínica que realiza sin indicación médica. El resto de las INPs en cambio, las registra quien las realiza: si el médico observa un paciente agresivo e indica monitoreo cada 10 minutos al enfermero, entonces el enfermero computa una INP Monitoreo por cada monitoreo puntual, y el médico no computa INP por su indicación.

B) Toda INP debe tener su punto de partida en una situación generada por el paciente, sus familiares o equipo tratante externo (las acciones espontáneas de los profesionales no constituyen INPs, aunque pueden dar lugar a situaciones complejas que secundariamente requieran INPs)

C) Toda INP debe consistir en una acción que interrumpa completamente la actividad programada. Por ejemplo, si un profesional observa que un paciente habitualmente aislado entra al taller de teatro y decide hacerle un gesto de aprobación sin interrumpir sus actividades, esto no constituye un INP. En cambio, si decide reforzar el gesto acercándose al paciente y teniendo una conversación con él acerca de la importancia de haber entrado al taller, en la medida que interrumpió sus actividades programadas, computa una INP. Se subraya aquí la necesaria razonabilidad en la aplicación de este criterio: la actividad programada se considera interrumpida si el profesional distrae su atención de ella, la focaliza en la situación dada, lleva adelante un procesamiento cognitivo que da lugar a una planificación determinada con un fin específico y luego lleva adelante la acción planificada (más allá de la eficacia o no de la acción).

D) Toda INP ocupa por definición una única unidad de tiempo: la unidad INP comienza cuando se interrumpe la actividad programada y concluye cuando se retoma ésta, más allá de que se haya logrado el objetivo de la INP o no, más allá del número de intentos fallidos consecutivos y más allá de la duración de la interrupción de la actividad

programada (con la excepción del Monitoreo permanente, que computa 1 INP por cada 10 minutos de monitoreo). Por ejemplo una acción con un fin determinado (llamar a un profesional externo) puede resultar fallida (da ocupado o se deja mensaje en el contestador) y reiterarse un número de veces hasta su concreción. Desde el punto de vista de la acción con fin determinado estaríamos frente a una única INP, mientras que desde el punto de vista de la unidad de tiempo los llamados hasta dar con el colega fueron varios a lo largo de uno o varios días. Se prioriza en estos casos el criterio unidad de tiempo: cada vez que el profesional interrumpe las tareas programadas para llevar adelante la acción específica se registra una INP, aunque no se consiga concretarla. El criterio temporal que prevalece es el de interrupción de la actividad programada que da lugar al comienzo y fin de una acción determinada, más allá de la duración de la actividad o el número de intentos fallidos consecutivos. Por ejemplo: si luego de observar un síntoma en un paciente el investigador interrumpe su actividad habitual para llamar al médico tratante, y realiza inmediatamente 5 intentos consecutivos hasta que logra comunicarse, se registra sólo una INP. Si en cambio intenta comunicarse una vez, no lo logra, retoma sus actividades programadas, vuelve a intentarlo sin éxito una hora después, retoma sus actividades y recién lo logra cuando lo intenta al día siguiente, se registran 3 INPs. Reconocemos la discrecionalidad de este criterio, pero priorizamos la reproducibilidad inter-operador frente a otras consideraciones asimismo válidas.

E) Cada INP debe registrarse bajo la clase más apropiada, aunque incluya simultáneamente aspectos diversos, recurriendo primero al manual, y de persistir las dudas, al investigador principal (IP). Por ejemplo, una INP Psicofarmacológica como la decisión de suministrar un psicofármaco a un paciente agitado puede incluir una conversación tendiente a convencer al paciente. Sin embargo, si se realizan secuencialmente acciones distintas que necesariamente pertenecen a distintas clases, entonces se registran tantas INPs como acciones de clases diferentes se hayan realizado.

F) Toda INP ocurre por definición fuera del marco de los espacios programados (de TG, de taller, de asamblea, etc.). Esto significa que para que una situación surgida dentro de un espacio programado sea registrada como INP, esta debe exceder dicho marco y motivar la intervención de algún miembro del staff permanente que no participa habitualmente del espacio programado. Por ejemplo: si un paciente sufre un episodio de excitación psicomotriz en el espacio de TG, pero responde a la contención del terapeuta o coterapeuta sin motivar la intervención de un profesional ajeno al espacio programado no se computa como INP; sin embargo, si al conocer dicho episodio el

referente del paciente decide comunicarse con el psiquiatra externo, entonces se computa una INP. También se computa una INP si algún miembro del equipo ajeno al espacio programado debe participar de la contención del paciente.

G) Una misma acción que requiere la participación conjunta (simultánea o secuencial) de varios profesionales que interrumpen sus actividades programadas para llevarla adelante, debe ser registrada por cada uno de ellos individualmente. Por ejemplo, si ante un paciente agitado el psiquiatra y el psicólogo contienen físicamente al paciente mientras el enfermero le aplica un fármaco IM, entonces los tres registran una INP Contención Física. Si ante un paciente lloroso, el psiquiatra y el psicólogo lo llaman al consultorio y conversan con un objetivo terapéutico determinado, entonces ambos registran una INP Psicoterapéutica. Si un paciente sufre un accidente con un elemento cortante, el médico lo revisa y luego el enfermero desinfecta la herida y realiza un vendaje, entonces registran una INP cada uno. Si en cambio el enfermero realiza todas las tareas sin interrupción (inspecciona la herida, la desinfecta y la venda), entonces computa una única INP.

-Definición de las Clases de Intervenciones No Programadas (surgidas de las fases 1 a 3):

1) Intervención Psicofarmacológica: Es toda aquella INP cuyo objetivo sea la prescripción, administración, regulación, información u orientación relacionadas con el plan farmacológico específico del paciente. Por la naturaleza de esta clase de INPs, sólo el médico puede registrarlas, más allá de quién provee efectivamente el fármaco. Se subraya que lo que define a una INP como Psicofarmacológica es el objetivo de la INP, más allá de su cumplimiento por parte del paciente. Por ejemplo, si luego de observar un paciente ansioso decido medicarlo, le transmito la indicación y el paciente se niega, igual se computa una INP. De la misma forma, si tengo una conversación con el paciente que apunta a convencerlo de que acepte la medicación (conversación que podría interpretarse como "psicoterapéutica") sólo se computa una INP Psicofarmacológica, en la medida en que la charla es sólo un preámbulo a la indicación farmacológica. Si en cambio al observar un paciente ansioso decido conversar con él, contenerlo verbalmente, pero tras un tiempo determinado decido que la contención verbal no será suficiente e indico una medicación, entonces se computarán 2 INPs: una Psicoterapéutica y una Psicofarmacológica. Por otro lado, el criterio que permite diferenciar esta clase (INPs Psicofarmacológicas) de las INPs Psicoeducativas relativas al tratamiento psicofarmacológico general, es la referencia específica al tratamiento del paciente. Por ejemplo

un paciente que está tomando litio y pregunta sobre los efectos a nivel renal de dicho fármaco da lugar necesariamente a una INP Psicofarmacológica, mientras que la misma pregunta formulada por un paciente que no está en tratamiento con litio da lugar a una INP Psicoeducativa. Con respecto a la discrecionalidad de estos criterios, remitimos al comentario realizado previamente.

2) Intervención Psicoterapéutica y/o Psicoeducativa:

- Denominamos Psicoterapéutica a toda INP tendiente a que el paciente logre ver, comprender, elaborar y/o resolver situaciones conflictivas producto de su patología o sus síntomas. Las INPs psicoterapéuticas se caracterizan por ser singulares (no estandarizadas), y si bien se realizan predominantemente a través de la palabra, no excluyen otras formas de expresión (por ejemplo la gestualidad) o el contacto físico (por ejemplo una palmada en la espalda) siempre que éstas cumplan el Criterio General D (interrupción de la actividad programada) y constituyan un medio para lograr un objetivo concreto (demostrar empatía, transmitir un afecto o idea), quedando excluidas las formas de contacto físico que constituyen un fin en sí mismas (como la contención física) o resultan de las formalidades del trato (saludos, etc.)

- Denominamos Psicoeducativa a toda INP tendiente a proveer información estandarizada acerca de la epidemiología, evolución, prevención, tratamiento o rehabilitación de cierto trastorno, o del manejo de un síntoma o situación problemática típica. Dicha información puede transmitirse a través de la palabra hablada o escrita, de imágenes, o cualquier soporte gráfico. Nótese que la principal diferencia con las INPs psicoterapéuticas reside en que mientras que aquellas implican necesariamente en su contenido, diseño y ejecución aspectos singulares del profesional y del paciente (en este sentido no son estandarizadas), las INPs psicoeducativas remiten a un saber general sobre la patología o el síntoma en cuestión, y pueden estar prediseñadas y ser transmitidas en forma similar por los distintos profesionales (por ejemplo: psicohigiene del sueño, características del tratamiento de mantenimiento en el TB, etc.).

Debido a la frecuente superposición entre ambos tipos de INPs y en aras de la confiabilidad del dato, preferimos en esta investigación unificar ambas clases.

3) Interconsulta: Se denomina “Interconsulta” a todo contacto con profesionales de la salud ajenos al HDD involucrados en el tratamiento del paciente (quedan excluidos los intercambios entre miembros del staff del HDD). Dicho contacto puede estar motivado por:

-alguna situación observada en el HDD que motiva el llamado al colega externo.

-un pedido explícito de interconsulta surgido del paciente o sus familiares

-un llamado por parte del colega externo

Respecto de la cuantificación de INPs en el caso de acciones que demandan varios pasos para concretar un objetivo determinado, se aplica el criterio general C: cada interrupción se computa como una INP. Por ejemplo: si el objetivo es concretar una entrevista con el psiquiatra externo (vale también para la clase siguiente: Intervención Familiar), para lo cual se interrumpe la actividad, se realizan dos llamados consecutivos hasta encontrarlo y se pauta una entrevista que se concreta el día siguiente se computan 2 INPs (una por la interrupción que dio lugar a los llamados consecutivos y otra por el encuentro mismo al día siguiente)

4) Intervención Familiar: Se refiere a todo contacto (llamado, convocatoria a entrevista, etc.) con algún familiar, cuidador o responsable del paciente, a partir de:

-alguna situación observada por el staff de HDD que motiva un llamado al familiar

-un llamado por parte del familiar solicitando un contacto por fuera de los encuentros rutinarios (multifamiliar, reuniones periódicas pautadas al inicio del tratamiento, etc.)

5) Evaluación/Intervención Clínica o Farmacológica

General: Se refiere a la evaluación por parte de personal médico o de enfermería de cierto signo o síntoma clínico y/o la intervención médica o indicación farmacológica no psiquiátrica. El criterio que prevalece a la hora de cuantificar las INPs de esta clase es la interrupción y reanudación de la actividad programada de cada profesional del equipo: si un paciente refiere recurrencia de cefalea habitual al enfermero, éste lo comenta con el médico, que le indica tomar la temperatura axilar, entonces el enfermero computa una INP (por la toma de Temp) y el médico ninguna. Si en cambio se trata de una cefalea no habitual y el médico decide interrogar al paciente, y luego de hacerlo da la indicación al enfermero de constatar temperatura axilar normal y luego proveer un AINE, entonces registra una INP el médico (por el interrogatorio y por la indicación farmacológica) y una el enfermero (por la toma de temp.).

6) Monitoreo: Se refiere al control visual del paciente con el objetivo de prevenir o detectar precozmente situaciones críticas. Puede ocurrir por ejemplo que un paciente se muestre agitado o agresivo verbalmente, y que se juzgue necesario establecer un control visual puntual, periódico (Ej.: cada 10 minutos) o permanente (hasta que remita la conducta o actitud de riesgo) por parte de enfermería o algún otro miembro del staff. El Monitoreo puede o no incluir la comunicación verbal con el paciente, siendo el

rasgo diferencial de esta INP respecto de las INPs Psicoterapéuticas/Psicoeducativas la detección de un riesgo inminente de descompensación o desencadenamiento de conductas de riesgo, y la naturaleza visual del control preventivo. En el mismo sentido, se diferencia de la Contención Física por su naturaleza pasiva y preventiva, mientras que la Contención Física implica una conducta activa (uso de la fuerza o despliegue de fuerza) sobre una conducta ya desencadenada. Se computa una INP por cada instancia de monitoreo puntual: por ej., si se indica monitoreo cada diez minutos, durante una hora, se computan 7 INPs. En caso de indicarse monitoreo permanente, se computa una INP cada diez minutos de monitoreo.

7) Contención Física: Se refiere a toda intervención que, ante un paciente descompensado o físicamente violento, utilice la fuerza para reducir y/o contener al paciente, o bien que recurra al despliegue de la fuerza (por Ej.: rodear al paciente entre varios miembros del staff) para que el paciente desista de la conducta violenta. Esta intervención puede o no incluir el uso de medicación contra la voluntad del paciente. Se diferencia de una INP Psicofarmacológica en que esta última incluye la libre aceptación, aunque sea bajo protesta, del fármaco, y se distingue del monitoreo porque este último implica una actitud expectante mientras que la contención implica una acción directa sobre el paciente

8) Seguimiento: Se refiere a toda intervención de seguimiento del paciente por fuera del HDD. Puede ser un llamado ante una ausencia que se juzgue significativa, o bien el contacto durante el fin de semana con un paciente que a juicio del profesional pudiese necesitarlo. Si el seguimiento se produce por fuera del horario de HDD (por ej. el fin de semana), el profesional debe registrar la INP durante el próximo día de trabajo.

9) Administrativo/Institucionales: Se refiere a toda intervención ligada a aspectos del funcionamiento administrativo de la institución requerida por el paciente o sus familiares. Puede tratarse por ejemplo de un informe para elevar a la prepa o a un juzgado (en la medida en que requiera alguna acción por parte del equipo profesional), puede ser información tendiente a clarificar algún aspecto administrativo (por ej. con quien debe comunicarse para concurrir al club de fin de semana o para solicitar una beca), o puede ser una intervención sobre el funcionamiento institucional siempre que esta sea concretada por un profesional y esté motivada por una queja o sugerencia del paciente.

10) Otras: Se refiere a toda INP que no pueda clasificarse satisfactoriamente en las nueve clases mencionadas. Se

subraya sin embargo que para ser incluida en esta clase la INP debe cumplir con los Criterios Generales

-Instrumento de Recolección de Datos

Cada profesional de la salud miembro del staff permanente del HDD contó con un formulario con páginas numeradas en el que se registrarán el nombre del investigador, las INPs, el turno y la fecha (ver más abajo). Cada formulario contendrá tantas páginas como días previstos de asistencia tendrá dicho profesional a lo largo de las 8 semanas de duración de la fase de recolección de datos. Habrá un responsable por turno, cuya planilla de registro incluirá adicionalmente el dato de la cantidad de pacientes y los nombres de los profesionales que asistieron ese día. Cada profesional registrará las INPs **en el momento en que concluye la intervención**. Para facilitar y unificar el método de registro continuo se utilizará el conteo típico de los partidos de truco (ver anexo 1). Al final de cada turno el responsable preguntará a los miembros del staff si recordaron registrar las INPs realizadas en forma continua, repasará con ellos brevemente las INPs realizadas, constatará su registro o subsanará posibles olvidos. Los miembros del staff dejarán las página diarias en un lugar pre-establecido, y las mismas serán retiradas diariamente por los investigadores principales (IPs). Los IPs volcarán los datos en forma semanal en una planilla de Excel diseñada a tal efecto, pudiendo resolver tempranamente posibles inconsistencias o datos faltantes (por Ej.: diferencia entre el número de profesionales asistentes un día determinado, y el número de páginas correspondientes a ese día). Se subraya que cada profesional es responsable de cada formulario personal, del llenado diario de las planillas y de la entrega diaria de las mismas, debiendo coincidir al final de la etapa de recolección de datos el número de formularios (y páginas numeradas) entregados a cada profesional con los recibidos por los IPs. Corresponden al responsable de cada turno, al finalizar el día, las siguientes tareas: constatación y registro del número de pacientes y de las iniciales de los profesionales asistentes; repaso con los miembros del staff de las INPs realizadas, constatación del adecuado registro diario y asistencia con posibles dificultades; comunicación precoz a los IPs de cualquier situación problemática (datos o elementos de registro faltantes, dudas no resueltas u otras).

Ejemplo de Formulario:

FECHA	TT TM	NOMBRE
-------	-------	--------

Psicofarmaco.	Psicoter.	Interconsultant. Fliar.	Evalua. Clin.
☒	☐		

Monitoreo	Contención	Seguimiento	Adm. Inst.	Otras
	☐			

Responsable de turno solamente:

Cantidad de Pacientes:	Staff:
------------------------	--------

ANEXOS

EL INVENTARIO DE SÍNTOMAS SCL-90-R de L. Derogatis

María Martina Casullo. 1999/2004.

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico.

Cada uno de los 90 ítemes que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres

índices globales de malestar psicológico:

- 1) Somatizaciones (SOM)
- 2) Obsesiones y compulsiones (OBS)
- 3) Sensitividad interpersonal (SI)
- 4) Depresión (DEP)
- 5) Ansiedad (ANS)
- 6) Hostilidad (HOS)
- 7) Ansiedad fóbica (FOB)
- 8) Ideación paranoide (PAR)
- 9) Psicoticismo (PSIC).

- 1) Índice global de severidad (IGS)
- 2) Índice positivo de Malestar (PSDI)
- 3) Total de síntomas positivos (TP)

Estos tres indicadores reflejan aspectos diferenciales de los trastornos a ser evaluados.

En términos generales una persona que ha completado su escolaridad primaria lo puede responder sin mayores dificultades. En caso de que el sujeto evidencie dificultades lectoras es aconsejable que el examinador le lea cada uno de los ítemes en voz alta.

En circunstancias normales su administración no requiere más de quince minutos. Se le pide a la persona que está siendo evaluada que responda en función de cómo se ha sentido durante los últimos siete días, incluyendo el día de hoy (el de la administración del inventario). Los pacientes con retraso mental, ideas delirantes o trastorno psicótico son malos candidatos para responder el SCL-90. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años de edad.

LAS NUEVE DIMENSIONES DE SÍNTOMAS.

Estas dimensiones se definieron sobre la base de criterios clínicos, racionales y empíricos.

SOMATIZACIONES

Evalúa la presencia de malestares que la persona percibe relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios).

OBSESIONES Y COMPULSIONES

Incluye síntomas que se identifican con el síndrome clínico del mismo nombre:

Pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados.

SENSITIVIDAD INTERPERSONAL

Se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes

DEPRESIÓN

Los ítems que integran esta subescala representan una muestra representativa de las principales manifestaciones clínicas de un trastorno de tipo depresivo: estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.

ANSIEDAD

Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

HOSTILIDAD

Esta dimensión hace referencia a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo.

ANSIEDAD FÓBICA

Este malestar alude a una respuesta persistente de miedo (a personas específicas, lugares, objetos, situaciones) que es en sí misma irracional y desproporcionada en relación con el estímulo que la provoca.

IDEACIÓN PARANOIDE

Evalúa comportamientos paranoides fundamentalmente en tanto desórdenes del pensamiento: pensamiento proyectivo, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía.

PSICOTICISMO

Esta dimensión se ha construido con la intención que represente el constructo en tanto dimensión continua de la experiencia humana. Incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.

ITEMES ADICIONALES

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica:

19: Poco apetito

44: Problemas para dormir

59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir

60: Comer en exceso

64: Despertarse muy temprano.

66: Sueño intranquilo.

89: Sentimientos de culpa.

INDICES GLOBALES.

1) Índice de Severidad Global: es un muy buen indicador del nivel actual de la severidad del malestar. Combina el número de síntomas reconocidos como presentes con la intensidad del malestar percibido. Se calcula sumando las puntuaciones obtenidas en las nueve dimensiones de síntomas y en los ítems adicionales, y dividiendo ese número por el total de respuestas dadas (90 si contestó a todas)

2) Total de síntomas positivos (STP): se estima contando el total de ítems que tienen una respuesta positiva (mayor que cero). En sujetos de población general, puntuaciones brutas iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como indicadoras de un intento consciente de mostrarse mejores de lo que realmente están. (imagen positiva).

Puntuaciones brutas superiores a 50 en varones y a 60 en mujeres indican lo contrario:

tendencia a exagerar sus patologías.

3) Índice de Malestar Positivo (PSDI): pretende evaluar el estilo de respuesta indicando si la persona tiende a exagerar o a minimizar los malestares que lo aquejan.

Se calcula dividiendo la suma total de las respuestas dadas a los ítems por el valor obtenido en Síntomas Totales Positivos. (STP) Puntuaciones extremas en este índice también sugieren

patrones de respuestas que deben analizarse en términos de actitudes de fingimiento.

En el Manual en el original inglés de la prueba se consignan estudios sobre su Validez Estructural y Convergente así como acerca de su consistencia interna y fiabilidad test-retest. (Derogatis, 1994. Minnesota. National Computer System).

Evaluación e interpretación del inventario.

- 1) Se calculan las puntuaciones directas o brutas para cada una de las nueve dimensiones y los tres índices.
- 2) Sumar los valores asignados a cada ítem y dividir ese total por el número de ítems respondidos.
- 3) Se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10).
- 4) Se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T igual o superior a 65.
- 5) Indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 80.

1) SOMATIZACIONES:

1..... 4..... 12..... 27..... 40..... 42..... 48..... 49..... 52..... 53..... 56..... 58..... Total (dividir):.....

2) OBSESIONES Y COMPULSIONES:

3..... 9..... 10..... 28..... 38..... 45..... 46..... 51..... 55..... 65..... Total (dividir):.....

3) SENSITIVIDAD INTERPERSONAL:

6..... 21..... 34..... 36..... 37..... 41..... 61..... 69..... 73..... Total (dividir):.....

4) DEPRESIÓN:

5..... 14..... 15..... 20..... 22..... 26..... 29..... 30..... 31..... 32..... 54..... 71..... 79..... Total (dividir):.....

5) ANSIEDAD :

2..... 17..... 23..... 33..... 39..... 57..... 72..... 78..... 80..... 86..... Total (dividir):.....

6) HOSTILIDAD:

11..... 24..... 63..... 67..... 74..... 81..... Total (dividir):.....

7) ANSIEDAD FÓBICA:

13..... 25..... 47..... 50..... 75..... 82..... Total (dividir):.....

8) IDEACIÓN PARANOIDE:

8..... 18..... 43..... 68..... 76..... 83..... Total (dividir):.....

9) PSICOTICISMO:

7..... 16..... 35..... 62..... 77..... 84..... 85..... 87..... 88..... 90..... Total(dividir):.....

INDICE DE SEVERIDAD GLOBAL (IGS): Total:.....

TOTAL DE SINTOMAS POSITIVOS (SP) Total:.....

MALESTAR SINTOMATICO POSITIVO (PSDI) Total:.....

ITEMES ADICIONALES 19..... 44..... 59..... 60..... 64..... 66..... 89.....

PUNTAJES T SCL 90-R											
SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo 1998. CONICET.

SCL-90-R

L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre..... Edad:..... Fecha de hoy:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

☐ Mujer ☐ Varón

Educación:

☐ Primario incompleto ☐ Secundario incompleto ☐ Terciario incompleto
☐ Primario completo ☐ Secundario completo ☐ Terciario/universitario completo

Estado civil:

☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo/a
☐ Casado ☐ Separado ☐ En pareja

Ocupación: Lugar de nacimiento:
 Lugar de residencia actual:

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sinresponder.

[illegible]

VALORES PROMEDIOS Y DE DISPERSIÓN OBTENIDOS EN EL ESTUDIO PILOTO

Buenos Aires. 1998. SCL-R- 90 Edad promedio: 15 años.

CATEGORIAS DE SINTOMAS	MUJERES (N:313)		VARONES (N:275)	
	M	d.t.	M	d.t.
	0,92	0,69	0,47	0,47*
Somatizaciones	1,28	0,78	0,98	0,70
Obsesiones, compulsiones	1,22	0,78	0,74	0,57*
Sens. Interpersonal	1,19	0,80	0,65	0,53*
Depresión	1,09	0,81	0,56	0,54*
Ansiedad	1,10	0,90	0,91	0,80
Hostilidad	0,52	0,60	0,27	0,44*
Ansiedad fóbica	1,07	0,89	0,75	0,71*
Ideaciones paranoides	0,69	0,65	0,41	0,46*
Psicoticismo	0,17	0,11	0,11	0,08*
I. Severidad Global	43,23	18,8	30,53	16,6
Síntomas Positivos	1,97	0,55	1,77	0,55
P.S.T.				

* Se han encontrado diferencias significativas según género $p < 0.01$ **SCL-R- 90 Baremos Buenos Aires. 1998.**

Adolescentes. N: 275. 13-17 años. VARONES.												
T	SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP
35	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,94	5
50	0,47	0,98	0,75	0,65	0,55	0,90	0,27	0,75	0,40	0,10	1,77	30
65	1,15	2	1,60	1,40	1,35	2,10	0,95	1,85	1,10	0,23	2,60	55
80	1,83	3,02	2,45	2,15	2,15	3,30	1,63	2,95	2,80	0,36	3,43	80

Adolescentes. N: 313. 13-17 años. VARONES.												
T	SOM	OBS	S.I.	DEP	ANS	HOS	FOB	PAR	PSIC	IGS	PSDI	SP
35	0,40	0,16	0,10	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	1,14	23
50	0,90	1,28	1,22	1,20	1,10	1,10	0,50	1,07	0,70	0,17	1,97	43
65	1,60	2,50	2,40	2,40	2,20	2,40	1,40	2,40	1,70	0,33	2,80	63
80	2,30	3,72	3,60	3,60	3,40	3,70	2,30	3,70	2,70	0,49	3,60	83



**Ministerio de
Salud**
Presidencia de la Nación

Av. 9 de Julio 1925 - Piso 10
Teléfono: (011) 4379-9162
e-mail: vigepimental@msal.gov.ar
www.msal.gov.ar / saludmental