

# *Análisis de la población ingresada con internación prolongada en Hospital Vilardebó en vistas al cierre nosocomial planteado en la nueva Ley de Salud Mental*

Trabajo original

## **Resumen**

*Desde el mes de agosto de 2017 en Uruguay rige la ley 19.529 de Salud Mental. Esta promueve la atención desde un abordaje comunitario y propone el cierre de los hospitales psiquiátricos monovalentes con fecha límite para el año 2025. En vistas a este gran cambio se analizan las causas de internación prolongada de los usuarios ingresados en el Hospital Vilardebó (definimos como internación prolongada a toda aquella que se extienda por más de 6 meses). Para este fin se describieron las características de los usuarios ingresados en setiembre de 2018, valorando su ficha patronímica, motivo y tipo de ingreso (voluntario o involuntario), y beneficios sociales, entre otros. Evidenciamos que casi la cuarta parte tenía una internación prolongada, siendo la mayor proporción por orden judicial. Se observó que la mayoría de los usuarios cuenta con plan de egreso, lo cual condice con las metas que se pautan para efectivizar el cumplimiento de la nueva ley.*

## **Palabras clave**

*Ley de Salud Mental  
desinstitucionalización  
internación prolongada  
plan de egreso*

## **Summary**

*Mental Health Law 19,529 was passed in August 2017 in Uruguay, promoting community care and proposing closure of monovalent psychiatric hospitals with a 2025 deadline. Keeping this important change in mind, reasons for long term (6 months or more) stays at Hospital Vilardebó are analysed. A description is made of in-patients admitted in September 2018, considering personal data, reason for admission, type of admission (voluntary or compulsive), social benefits, and other data. Almost a fourth had a long term stay, mostly for compulsive legal reasons. Most have a discharge plan, which is consistent with goals described in order to effectively comply with the new law.*

## **Key words**

*Mental Health Law  
deinstitutionalization  
long term hospital stay  
discharge plan*

## **Autoras**

**Mariana Balseiro**  
Médica psiquiatra

**Natalia Bueno**  
Médica psiquiatra

**Rosina Nopitsch**  
Médica psiquiatra

**Alejandra Moreira**  
Médica psiquiatra. Prof. adj.  
Clínica Psiquiátrica.

Correspondencia:  
alejandra.gabriela.moreira@  
gmail.com

## Introducción

En Uruguay rige la ley 19.529 de Salud Mental,<sup>1</sup> aprobada en agosto de 2017. Esta promueve la atención en salud mental (SM) de la población desde un abordaje comunitario, con una perspectiva de derechos humanos. Para dar cumplimiento a esta ley es necesario modificar y reestructurar la organización del sistema de salud, tanto en las prestaciones accesibles a la población, como en las prácticas asistenciales de los profesionales. Uno de los grandes objetivos es el cierre gradual de los asilos y hospitales psiquiátricos monovalentes, culminando el plazo establecido en el año 2025.

Inaugurado en 1880, el Hospital Vilardebó (HV) es el único hospital psiquiátrico que continúa con sus puertas abiertas en Uruguay; recibe a personas provenientes de todo el país y es la principal estructura de hospitalización para pacientes judiciales. También se cuenta con salas de psiquiatría en hospitales generales y con la Unidad Ejecutora (UE) Ceremos, creada en 2015 mediante la fusión de las Colonias Bernardo Etchepare y Santín Carlos Rossi. Esta UE mantiene el funcionamiento asilar con camas de larga estadía y ofrece alternativas residenciales a través del Programa de Egreso.<sup>2</sup>

En el mes de setiembre de 2018 se realizó un estudio<sup>3</sup> para evaluar la satisfacción de los usuarios ingresados en HV; se tomó como muestra el universo, excluyendo a quienes no consentían participar; se encontraban en sala de seguridad o presentaban elementos de descompensación que impidieran un juicio válido. Los resultados mostraron que el 27 % de los encuestados tenía una internación de entre 46 y 90 días y un 34 % superaba los 90 días, con un promedio de días de internación de 379. Es a partir de estos datos que surge la necesidad de investigar cuáles son las causas de internación prolongada, entendiéndose por prolongadas aquellas internaciones que superaban los 6 meses. Para esto se contabilizaron los días de internación, se realizó una caracterización de los usuarios tanto en lo concerniente a su diagnóstico como a su perfil psicosocial, se evaluó la existencia de

proyectos de egreso y se revaloró la situación habiendo transcurrido 4 meses.

No encontramos antecedentes de estudios similares en la región. Si bien existe un gran número de trabajos de investigación que describen los efectos de la institucionalización prolongada en niños, adolescentes y adultos mayores, la bibliografía respecto al impacto del asilo en adultos que padecen problemas de salud mental es casi inexistente. Entendemos que la dependencia, la pérdida de la autonomía, y la adquisición de patrones de comportamiento específicos con extrema docilidad o hiperreactividad son solo algunas de las repercusiones afectivas de la institucionalización.

La tasa de internación más prolongada se presenta en las personas con problemática de marginación socioeconómica,<sup>4</sup> abandono, pobreza extrema, exclusión social, todo lo que resulta incoherente desde los códigos de interpretación culturales y desde los dispositivos de intervención de las instituciones sanitarias, sociales y judiciales. Gran parte de esta problemática no es resorte exclusivo del polo sanitario, verificándose la existencia de «agujeros negros» en la asistencia y en las políticas de integración de las personas con problemas mentales.

En un estudio previo de la Clínica Psiquiátrica<sup>3</sup> se vio que el 30 % de los pacientes ingresados no tenía contacto con el primer nivel de atención; su único contacto con los servicios de salud era mediante la internación, con períodos breves ambulatorios y posterior descompensación que culminaba en un nuevo ingreso. Este tipo de funcionamiento fomenta el hospitalismo y la dependencia de las estructuras asilares, sin intervenciones terapéuticas de atención primaria aptas para interrumpir este ciclo, generando un fenómeno de «puerta giratoria»; por lo tanto, la necesidad de reforzar las estructuras de primer nivel de atención toma un orden imperativo.

La Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) es responsable de brindar asistencia sanitaria a más del 40 % de la población uruguaya. Previa a la pandemia y bajo

su dirección, equipos de trabajo multicéntricos a lo largo de todo el país se encontraban canalizando esfuerzos para lograr el complejo proceso de la desinstitucionalización. Estos equipos se capacitaron en mejorar prácticas asistenciales con el fin de actuar como agentes replicadores de salud; recibieron consultoría de distintos especialistas nacionales e internacionales. A su vez el Área de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública conformó distintos grupos de trabajo y recibió consultoría de especialistas extranjeros para la redacción del Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027, en el cual se describen las características de las primeras estructuras alternativas a la institucionalización a ser creadas.

### Objetivo general

Analizar las causas de internación prolongada en los usuarios ingresados en HV en setiembre de 2018.

### Objetivos específicos

- Realizar relevamiento de datos patronímicos y concernientes a la situación psicosocial de los usuarios con internación prolongada en el HV.
- Analizar las causas de internación prolongada.
- Evaluar la existencia de proyectos de egreso.
- Revalorar habiendo transcurrido 4 meses.
- Revisar las estrategias para el egreso con las que cuentan nuestras políticas actuales.

### Materiales y métodos

Este estudio es de tipo descriptivo observacional longitudinal.<sup>5</sup>

Para llevar a cabo el análisis se consideraron las siguientes variables:<sup>5</sup>

- cualitativas: género, diagnóstico, voluntad de ingresar, calidad de pensionista y plan de egreso;
- cuantitativas: edad y tiempo de internación.

Las fuentes de datos fueron extraídas del Sistema de Gestión Asistencial (SGA), de la historia clínica en papel y del estudio de satisfacción de los usuarios.<sup>3</sup>

La muestra está constituida por los usuarios internados en el HV que superaban los 6 meses de internación. Fue criterio de exclusión el ingreso en sala de seguridad, el retraso mental profundo y los síntomas de descompensación que impidieran un juicio crítico.

### Puntualizaciones éticas

La información fue tratada de manera confidencial; se omiten los datos que pudieran ser identificatorios. Se respetan los derechos de los pacientes establecidos en la Ley 18.335.<sup>6</sup> Contamos con el aval del Comité de Ética del HV para la realización del estudio. Se utilizan consentimientos informados firmados. Se acatan las normas, códigos y declaraciones de ética médica.<sup>7, 8</sup> Las autoras declaran no tener conflictos de intereses. No se cuenta con financiación.

### Resultados

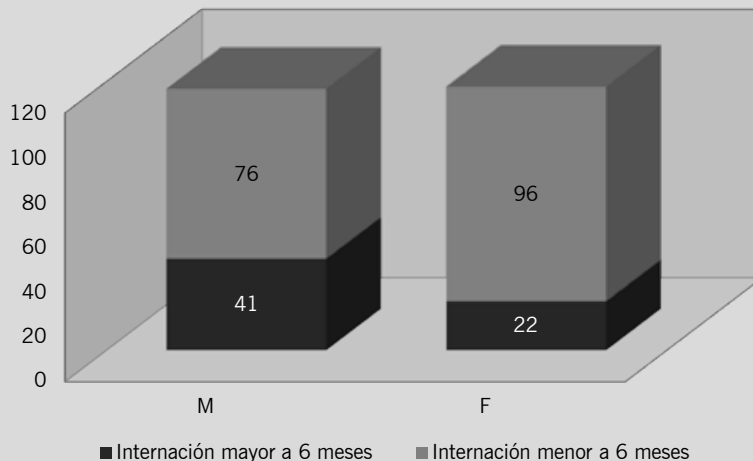
#### Setiembre 2018

Al 21 de setiembre de 2018 había un total de 235 personas ingresadas en el Hospital Vilardebó (117 hombres y 118 mujeres); 63 pacientes (27 %) presentaban una estadía mayor de seis meses.

Si bien la cantidad de hombres y mujeres ingresados en el hospital era proporcionalmente igual, se observó que las internaciones prolongadas eran más frecuentes en los pacientes de sexo masculino. De los 63 pacientes que tenían una internación mayor de 6 meses, 41 (65 %) eran hombres y 22 (35 %) eran mujeres (gráfico 1).

Clasificamos a los participantes del estudio en cuatro grupos etarios. Se observó que la

Gráfico 1 | Internaciones prolongadas según tiempo de estadía y sexo



mayor parte de las internaciones prolongadas obedecen a pacientes de entre 36 y 45 años.

En cuanto al tiempo de internación se clasificó a los pacientes en cuatro grupos: entre

6 meses y 1 año de internación (27 %), entre 1 y 2 años (37 %), entre 2 y 3 años (6 %) y más de 3 años (30 %) (tabla 1).

Tabla 1 | Tiempo de internación

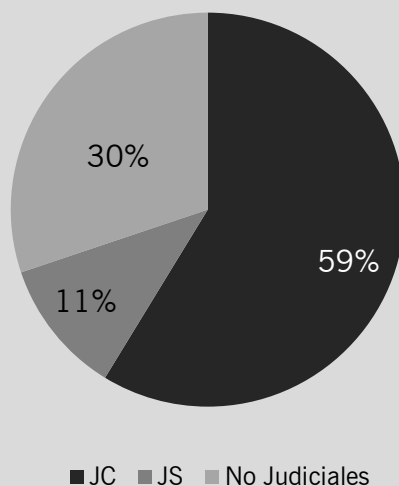
Tiempo de internación	Hombres	Mujeres	Total
6 meses a 1 año	11 (27 %)	6 (27 %)	17 (27 %)
1 a 2 años	16 (39 %)	7 (32 %)	23 (37 %)
2 a 3 años	4 (10 %)	0 (0 %)	4 (6 %)
Mayor a 3 años	10 (24 %)	9 (41 %)	19 (30 %)
<b>Total</b>	<b>41 (65 %)</b>	<b>22 (35 %)</b>	<b>63 (100 %)</b>

Los diagnósticos más prevalentes en los pacientes con internación prolongada eran psicosis crónica (54 %) y retraso mental (41 %). El 33 % (21 pacientes) presentaba diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias como comorbilidad, con una clara predominancia en el sexo masculino (19 hombres y 2 mujeres). Otros diagnósticos encontrados con menor frecuencia fueron: demencia (6%), trastorno de la personalidad (5%) y trastorno bipolar (3 %).

El 73 % de los sujetos de estudio contaban con la prestación de pensión por invalidez, 8 % la tenían en trámite (suspendidas y/o pendientes), 16 % no contaban con la prestación y en 3 % no figuraban datos.

De los pacientes con internación prolongada, 44 (70 %) ingresaron por disposición judicial; de estos, 37 (84 %) requerían autorización judicial para su egreso y únicamente 7 (16 %) se encontraban a disposición del HV (gráfico 2).

Gráfico 2 | Cantidad de internaciones judiciales



Trabajo original

Actualmente las hospitalizaciones judiciales incluyen: 1) ingresos de personas consideradas inimputables en el contexto de un proceso penal, las cuales requieren la autorización judicial para su egreso y 2) ingresos por ley de Salud Mental, cuyo egreso debe ser comunicado al juez, quien tendrá 3 días para expedirse. Cabe destacar que los datos obtenidos en el momento de realizar el estudio mostraron un alto porcentaje de pacientes ingresados por ley de Salud Mental, con alta médica y aviso al juez que superaba los 3 días, cuyo egreso se había visto diferido a la espera de una respuesta del juzgado.

Si valoramos el tiempo de estadía de las hospitalizaciones judiciales observamos que del total de los pacientes ingresados hace más de 3 años, el 74 % estaba por orden judicial y solamente uno de ellos no requería la autorización del juez para su egreso.

Enero 2019

Al 30 de enero de 2019, 4 meses después del inicio del estudio, de los 63 pacientes con internación prolongada, 11 se encontraban de alta (5 se fueron de alta con su familia, 2 se

fueron solos, 4 ingresaron a algún dispositivo alternativo), 1 se retiró del hospital sin alta y 2 fallecieron, por lo que de nuestra muestra inicial 49 (78 %) pacientes aún permanecían ingresados.

De los 49 pacientes, 32 ingresaron por orden judicial (28 a disposición de la Sede y 4 a disposición del HV) y 17 ingresaron de manera voluntaria.

Se destaca que 40 usuarios tenían un plan de egreso y los 9 restantes no contaban en el momento con alguna alternativa para el egreso del hospital. Resulta importante destacar que de estos 9 pacientes sin plan de egreso 5 padecen alteraciones conductuales graves que los hace requerir cuidados a permanencia y medicación intramuscular de rescate.

Con respecto a los planes de egreso de estos 40 pacientes encontramos que 29 tenían como plan egresar a un dispositivo alternativo, 10 egresarían con su familia y un paciente egresaría solo (tabla 2).

Tabla 2 | Plan de egreso

Plan egreso		Total
Dispositivo	<i>Casa medio camino</i>	10
	<i>Casa de salud</i>	11
	<i>Residencias asistidas</i>	5
	<i>Chanaes</i>	1
	<i>Otros</i>	2
Familia		10
Solo		1
<b>Total</b>		<b>40</b>

## Discusión

Observamos que *un poco más de la cuarta parte* de los pacientes de la muestra tenían una internación prolongada; la mayoría pertenecían al sexo masculino y eran mayores de 36 años. Considerando que nos encontramos frente a un hospital destinado a la atención de cuadros psiquiátricos agudos, este número nos resulta elevado y preocupante.

Con respecto a la predominancia de hombres con internación prolongada, debemos pensar que los factores socioculturales también tienen un papel fundamental en el desarrollo y en el mantenimiento de la enfermedad mental, por lo cual es esperable que esta se manifieste de manera diferente según el género. Algunos estudios han mostrado que, si bien las mujeres utilizan más los servicios de SM, lo hacen predominantemente en los servicios de primer nivel de atención, mientras que los hombres concurren más a los servicios de emergencia, hecho que podría estar vinculado a que los hombres tienen mayores tasas de privación social, aislamiento y consumo de sustancias. También se ha visto que los hombres tienen mayor frecuencia de ingresos por fuerzas de orden público.<sup>9</sup>

Es importante también tener en cuenta que al hablar de género pensamos en la histórica desigualdad que las mujeres han padecido por su condición de ser mujeres en el marco de que siempre lo masculino se entendió como superior a lo femenino, lo que ubica a las mujeres en posición de mayor vulnerabilidad psicosocial.<sup>10</sup> Esto ha determinado que el abordaje psicosocial de las mujeres tienda a ser más efectivo que el de los hombres. Destacamos a modo de ejemplo que en nuestro país en marzo de 2007 fue creado por el Ministerio de Desarrollo Social, en el marco del plan de igualdad de oportunidades y derechos, el Consejo Nacional de Género, el cual tiene como objetivo definir líneas estratégicas que aborden las políticas públicas de género. Este consejo es presidido por el Instituto Nacional de las Mujeres (Inmujeres). Nuestro país cuenta actualmente con apoyo especial a mujeres que sufren violencia doméstica, donde se trabaja en conjunto con el Instituto del Niño y Adolescente (INAU), dado que muchas mujeres en esta situación de vulnerabilidad tienen hijos a su cargo.

Esta es una de las causas por la que se podría explicar la predominancia del sexo



masculino en las internaciones prolongadas, dado que la contención social para los hombres es cualitativamente diferente tanto en lo que respecta a políticas sociales como a los soportes familiares. Quizás sea un interesante desafío abordar a los hombres en su condición de género proponiendo recomendaciones para la formulación de políticas públicas desde esta perspectiva.<sup>10</sup>

En cuanto a los diagnósticos evidenciamos que la mayoría de los pacientes que tenían una internación prolongada presentaba un trastorno mental grave (TMG), siendo los diagnósticos más frecuentes la psicosis crónica y el retraso mental. Destacamos que la tercera parte del total de pacientes con internación prolongada presentaba como comorbilidad el trastorno por consumo de sustancias. El consumo problemático de sustancias es hoy una de las conflictivas psicosociales más impactantes de nuestra sociedad y esto también se ve reflejado en nuestros usuarios. También se puede visualizar que el consumo de sustancias, si bien afecta tanto a hombres como a mujeres, predomina en el sexo masculino. A nivel familiar el consumo problemático de sustancias suele crear conflictivas interpersonales que en algunos casos se interponen a la hora de facilitar un egreso al núcleo de origen.

Vemos con preocupación el alto número de pacientes ingresados por orden judicial a disposición de la Sede, teniendo en cuenta que la Ley 19.529<sup>1</sup> avala que el psiquiatra luego de informar al juez la situación de alta psiquiátrica pueda otorgarla si este no se proclama por la negativa en las próximas 72 horas de emitido dicho informe. En este contexto evidenciamos que algunas internaciones que deberían haber sido breves e incluso otras situaciones que no deberían haber sido ingresadas en el hospital de agudos se prolongaron innecesariamente.

El soporte familiar resulta un pilar fundamental del tratamiento de nuestra población a la hora de acompañar al paciente a los controles, supervisando la adherencia al tratamiento y participando en el proceso de rehabilitación. En el caso de no contar con algún referente responsable es más difícil lograr concretar

el egreso del paciente, incluso ya compensado de su cuadro agudo. Esto nos lleva a pensar en la relevancia que toman aquí los dispositivos alternativos que hoy por hoy se encuentran en desarrollo. La mayoría accede al beneficio social de la pensión, lo que consideramos una herramienta de peso para poder facilitar el egreso a casas de salud, residencias asistidas y casas de medio camino.

La mayor dificultad de generar un plan de egreso reside en los pacientes portadores de TMG con alteraciones conductuales graves que requieren cuidados de enfermería especializada las 24 horas. De los 9 pacientes que en enero seguían sin plan, 5 tenían las características mencionadas. Cabe destacar que la mayoría de estos usuarios están ingresados hace más de tres años en el HV; por su gran necesidad de cuidados la alternativa familiar muchas veces no es plausible, por lo que serían candidatos a egresar a algún dispositivo alternativo especializado con el cual no contamos en la actualidad.

## Conclusiones

Consideramos que el número de usuarios con internación prolongada es alto y preocupante teniendo en cuenta que el Hospital Vilardebó tiene como objetivo fundamental la asistencia a personas con cuadros psiquiátricos agudos.

La mayoría presentaba diagnóstico de psicosis crónica o retraso mental, no pasando desapercibida la cantidad de pacientes que en comorbilidad presentaba un consumo problemático de sustancias. Estos números nos han invitado a reflexionar desde varios aspectos. Es esperable la predominancia de la patología grave en este grupo de usuarios, dado que su autonomía se ve claramente interpelada, sin olvidar el estigma, que dificulta aún más la inserción social tanto en lo macro como en lo microsocioal. Tradicionalmente las personas que padecen problemas de SM han sido tratadas de manera deshumanizante; han sido discriminadas, han sufrido estigma y muchas veces se las asocia con inestabili-

dad, peligrosidad, fragilidad e imposibilidad de autogestionarse, excluyéndolas acorde a estas falsas creencias, lo cual hace que estas personas dejen de creer en sí mismas reforzando el estigma y la discriminación, y aumentando el sufrimiento.<sup>3</sup>

Para poder lograr uno de los objetivos medulares de la Ley 19.529:<sup>1</sup> la desinstitucionalización con los consecuentes cierres nosocomiales, es condición *sine qua non* que los pacientes ingresados tengan un plan de egreso. Cabe destacar que de los pacientes estudiados la mayoría contaba con plan de egreso, ya sea a su núcleo familiar o a dispositivos alternativos adaptados a la autonomía del paciente. Esto condice con las metas que se propone para llevar a cabo este cambio de modelo de atención.<sup>11</sup> Hemos visto que uno de los objetivos para el período 2019-2020 era abrir nuevos dispositivos alternativos y es en este contexto que han surgido nuevas posibilidades de egreso para estos usuarios.<sup>11</sup>

Destacamos que encontramos un número minoritario de pacientes que en el momento actual no son plausibles de egreso, porque por su condición patológica requieren a diario cuidados de enfermería especializada por presentar alteraciones conductuales graves. Estos son los pacientes que llevan mayor cantidad de días ingresados en el HV; actualmente no existe dispositivo para albergarlos, por lo que será fundamental continuar con la creación de nuevos dispositivos específicos.

Otro dispositivo importante que se planifica implementar son nuevos centros especializados en el abordaje de la patología dual. Entendemos que el consumo de sustancias y sus consecuencias sanitarias constituyen un problema que está afectando a nuestra población y que es de abordaje prioritario, por lo que consideramos que el hecho de que en las metas para el cumplimiento de la nueva ley se plantee la apertura de nuevos centros para el abordaje de patología dual es relevante y pertinente.

Una parte de las causas de ingreso prolongado en el HV son las judiciales (que no implican necesariamente una descompensación aguda).

Entendemos que esta es una de las principales razones por las cuales se ha prolongado la internación de los usuarios. Si nos contextualizamos en que la Ley 19.529<sup>1</sup> comenzó a regir en agosto de 2017 nos preguntamos cuál o cuáles son los motivos para que se siga sosteniendo la internación en el nosocomio.

## Reflexiones finales

Los TMG contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y a la mortalidad prematura de quienes los padecen. Su comienzo temprano conlleva consecuencias devastadoras en cuanto al alcance de metas personales y la integración social.

Históricamente las sociedades han tendido a segregar lo diferente; en el caso de las personas con trastornos mentales la exclusión se materializa con los hospitales monovalentes, también llamados manicomios, asilos, en definitiva, instituciones que tienden a la contención y a la segregación de lo que no se quiere ver en la lógica de que si no se ve no existe.

Entendemos que la desmanicomialización de las personas con TMG es posible si se logra integrar un modelo sociosanitario comunitario que se adecúe a las necesidades de cada usuario. Este abordaje comunitario de los trastornos mentales y la reducción de los ingresos a las instituciones psiquiátricas, en especial las hospitalizaciones de larga duración, va a implicar que se establezca una gama de estructuras comunitarias de calidad adecuada y accesible, donde las estrategias en rehabilitación psicosocial desde un enfoque participativo e inclusivo sean una prioridad.

Consideramos que la prestación de los servicios de SM a través de la atención general de salud es la estrategia más viable, no solamente para mejorar la accesibilidad, sino también para que las personas con TMG tengan más oportunidades de integración. Con este tipo de abordaje se apunta a la mejoría de la calidad de vida mediante la participación como miembro activo de la comunidad.



Resulta fundamental fortalecer la red comunitaria, no solo en cuanto a la accesibilidad de la atención en el primer nivel, sino también con estructuras alternativas que proporcionen asistencia médica, rehabilitación psicosocial y apoyo para los tratamientos de episodios agudos, así como viviendas protegidas para usuarios carentes de sostén familiar o que requieren cuidados más específicos. Apuntar a la inserción de estos usuarios a la comunidad es lo que generará mejoría de su calidad de vida con disminución de ingresos hospitalarios; pero esto implica un cambio de paradigma. Fortalecer el primer nivel de atención y realizar campañas educativas para la población general son vías que contribuirán a disminuir el estigma asociado a la patología mental. Será fundamental el trabajo en red con articulación adecuada de acciones de promoción, prevención y rehabilitación. Si esta red se fortalece permitirá asegurar la continuidad de los cuidados previniendo recaídas y crisis, tendiendo en la medida de las posibilidades a atender a la persona en su lugar de residencia o de ser necesario, en un hospital general, como es la atención de cualquier otra entidad patológica.

No debemos olvidar la importancia de incluir a las familias de los usuarios al tratamiento mediante la psicoeducación sobre las implicancias de padecer un TMG, la importancia de la adherencia a los tratamientos y los controles. Los TMG no son una enfermedad individual, ya que involucran el contexto del paciente, a la sociedad y a la misma familia.<sup>12</sup> Debemos tener presente que hay estudios en Colombia que refieren que las familias proporcionan hasta un 80 % del apoyo y el cuidado que requieren los usuarios para poder llevar adelante su recuperación.<sup>12</sup>

Involucrar a las familias en el tratamiento y que se tomen decisiones compartidas para abordar la situación global de cada usuario y cada contexto es de vital importancia para lograr un futuro más esperanzador.

Es en esta línea que la Ley 19.529<sup>1</sup> nos dirige y convoca a trabajar, para apostar a una

mejoría de la calidad de vida y de atención de las personas con TMG.

## Referencias bibliográficas

1. Ley 19.529. Salud Mental. Normas, 24 de agosto de 2017. Disponible en: <<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/busqueda-documentos?=&Searchtext=19.529&Chkleyes=1>>.
2. **Romano Fuzul S, Porteiro MF, Novoa MG, López Mesa G, Barrios MC, García Rampa M, et al.** Atención de la Salud Mental de la población usuaria de la Administración de los Servicios de Salud del Estado. Diagnóstico de situación abril 2018. *Rev Psiquiatr Urug* 2018; 82(1):22-42. Disponible en: <[http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/12/02\\_ASM\\_1.pdf](http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2018/12/02_ASM_1.pdf)>. (Consulta: nov. 2020).
3. **Moreira A, De Mattos S, Alves G, Balseiro M, Bianchi V, Bueno N, et al.** Satisfacción de los usuarios internados en Hospital Vilardebó en contexto del cambio de modelo de atención en salud mental. *Rev Psiquiatr Urug* 2019; 83(1):11-19. Disponible en: <[http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2019/10/02\\_TO.pdf](http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2019/10/02_TO.pdf)>. (Consulta: nov. 2020).
4. **Alberdi J, Coll L, Mutazzi E, Vismara E.** La problemática de la institucionalización crónica y el fenómeno de «revolving door» en pacientes usuarios del Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila (CRSM). *Cát Par* 2005; 2:85-96. Disponible en: <<https://docplayer.es/93342013-Eleonora-vismara-laura-coll-lic-en-trabajo-social-unr-trabajadora.html>>. (Consulta: nov. 2020).
5. **Ketzoian C** (coord.). Estadística médica: conceptos y aplicaciones al inicio de la formación médica. Montevideo: Oficina del Libro-FEFMUR; 2004. Capítulo 1, pp. 24-8 y capítulo 3, pp. 43-7.

6. Ley 18.335. Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud. Se establecen sus derechos y obligaciones, 15 de agosto de 2008. Disponible en: <<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/18335>>.
7. Sindicato Médico del Uruguay. Comisión especial para ajustar el texto del proyecto del código de ética aprobado en abril de 1995. Disponible en: <[www.smu.org.uy/elsmu/institucion/documentos/doc/codigoch.pdf](http://www.smu.org.uy/elsmu/institucion/documentos/doc/codigoch.pdf)>. (Consulta: nov. 2020).
8. Sindicato Médico del Uruguay. La ética médica. Normas, códigos y declaraciones internacionales, 4.<sup>a</sup> ed. Montevideo: Ediciones SMU; 1994. 85 pp.
9. **Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J, et al.** Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 1):175-81. doi: 10.1157/13062523
10. **Ramos-Lira L.** ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Ment* 2014; 37(4):275-81. Disponible en: <[www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n4/v37n4a1.pdf](http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n4/v37n4a1.pdf)>. (Consulta: nov. 2020).
11. **García M, Triaca J, López Mesa G, Barrios MC, Novoa G (ASSE); Porteiro F (MSP APASM); Romano S (Udelar F. Med.)**. Equipo de Trabajo designado por Gerencia General (Resolución N.º 374/18 del 18/01/2018) para la realización del Plan Estratégico Implementación de la Ley SM 19.529 en ASSE. Propuesta para la implementación de la nueva Ley de Salud Mental en ASSE. 1.<sup>a</sup> etapa 2019-2020 (resumen); 13 de abril de 2018, 6 pp. Disponible en: <[www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?10377,70787](http://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?10377,70787)>. (Consulta: nov. 2020).
12. **Cardona Patiño D, Zuleta Guzmán VA, Londoño Bernal LV, Ramírez Nieto LA, Viveros Chavarría EF.** Acompañamiento familiar durante el tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad mental. *Rev Colomb Cienc Soc* 2012; 3(2):243-58. Disponible en: <[www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/888](http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/RCCS/article/view/888)>. (Consulta: nov. 2020).