



Estudio epidemiológico y la adecuación a la Ley de Salud Mental en la Clínica Las Heras de Argentina

Tutor: Lic. Antonio Virgilio

Alumno: Nicolas Fernando Obiglio

Carrera: Licenciatura en Psicología

Matricula: 40221626

Contenido

Resumen	4
Palabras Claves	4
Presentación del tema.....	4
Problema y pregunta de investigación.	4
Relevancia.....	5
Objetivos.....	5
General	5
Específico.....	5
Alcances y Limites.....	6
Antecedentes.....	6
La Clínica Las Heras y el contexto político en Argentina de 1990	6
Antecedentes Epidemiológicos.....	10
Estado del Arte	16
Marco regulatorio de la Ley de Salud Mental.....	16
Clínica Las Heras.....	18
Situación Epidemiológica Actual.....	19
Situación epidemiológica Argentina	23
Marco Teórico.....	27
Metodología.....	28
Procedimiento	28
Variables e hipótesis de trabajo.....	29
Participantes	29
Instrumentos	29
Método de recolección y análisis de datos.....	29
Resultados.....	30
Población	30
Tiempo de internación.	32
Grupos relacionados por diagnóstico	35
Psicosis.....	41

Depresión	45
Adicción a sustancias y Alcoholismo	48
Trastorno de la Personalidad	51
Organicidad	53
Riesgo Suicida.....	56
Trastorno de la alimentación.....	59
Conclusiones	61
Referencias	64

Resumen

En el presente trabajo, realizaremos, a partir de un eje cronológico, un estudio estadístico y epidemiológico de la Clínica Las Heras. Para ello, se nos presenta la tarea de realizar una investigación descriptiva correlacional. Nuestra muestra en estudio son todos los ingresos que se atendieron en la Clínica desde 1985 hasta el 2022. De esta forma, se analizarán variables como edad, genero, tiempo y cantidad de internaciones, entre otras; para poder dar cuenta de las prevalencias, tasas y evolución de los diagnósticos de los pacientes en la clínica. Sin dejar de atender el impacto de la Ley de Salud Mental en el ámbito de esta investigación e incursionar en las consecuencias que trajo en la evolución epidemiológica de la Clínica Las Heras

Palabras Claves

Epidemiología, Salud Mental, Ley de Salud Mental, GRD, Clínica Las Heras.

Presentación del tema

En el presente trabajo, investigaremos la evolución epidemiológica y el impacto de la Ley de Salud Mental en la clínica Las Heras desde 1985 hasta el 2022. Se realizará un análisis cronológico de los diversos diagnósticos, con sus respectivas tasas y prevalencias, para dar cuenta de la correlación de las variables en estudio.

Esta investigación pondrá de manifiesto la correlación entre las variaciones encontradas y el impacto que generó la Ley de Salud Mental en la Argentina y en este tipo de instituciones. Observaremos su correspondiente actualización por parte de la Clínica ateniéndose al nuevo marco regulatorio de la ley y a sus consecuencias; tanto para el ámbito institucional como para la población en estudio.

Asimismo, agruparemos las patologías según GRD (grupo relacionado por el diagnóstico) lo cual nos permitirá brindar un claro análisis epidemiológico y estadístico de la institución mental a lo largo del tiempo, para luego arribar a una conclusión que nos permita agrupar todos los resultados obtenidos y describir el comportamiento de las variables en un marco temporal; logrando así un aporte fundamental, en materia de datos, a las políticas de Salud Mental.

Problema y pregunta de investigación.

Actualmente, en nuestro país, existen pocos estudios que recolecten datos a nivel nacional; y menos en instituciones mentales privadas o públicas. En la Ciudad de Buenos Aires, existen alrededor de 20 centros psiquiátricos, entre ellos algunos de gran recorrido a lo largo de los años, como el Hospital de Salud Mental Dr. José T Borda, el Hospital Braulio Moyano, Hospital infanto-juvenil Tobar García, entre otros. De los cuales, ninguno ha presentado un

estudio epidemiológico en toda su trayectoria. Desafortunadamente, esta situación se replica a nivel nacional. Ninguna de las provincias, ha realizado un censo en Salud Mental, y mucho menos en relación con las clínicas monovalentes.

Pero hete aquí, otro conflicto mayor. Ni aun con la sanción de la Ley de Salud Mental, se ha hecho otro censo que el del 2019, del cual nos referimos más tarde; pero tampoco se ha centrado en las instituciones de salud mental.

Otro elemento no menos importante y que excede el ámbito censal, es el que reporta que, a partir de la sanción de la Ley 26657 en el 2010, las clínicas psiquiátricas deberían haberse adaptado y pasar de ser centros monovalentes a polivalentes, y salvo la reciente habilitación para ese efecto que obtuvo el Instituto Frenopático en el ámbito privado, esto no ha ocurrido.

También sería de sumo interés para evaluar su impacto, llegar a conocer que efectos produjo la sanción de la ley y como repercutió en las clínicas psiquiátricas monovalentes.

Ahora bien, el presente trabajo se pregunta ¿Cómo fue la evolución de los diagnósticos y sus prevalencias en las diversas patologías, y qué efectos produjo la implementación de la ley de salud mental contemplando la adaptación de la Clínica Las Heras?

Relevancia

Es importante comprender que la OMS, a partir del año 2000, ha tomado la iniciativa de realizar estudios sobre trastornos mentales en la población general con el fin de *“determinar la necesidad de servicios, y en base a eso, guiar las políticas de Salud Pública a nivel regional y global”* (Etchevers, 2019). En Argentina, por su parte hasta el 2018, no se sabía si la epidemiología en trastornos mentales era similar o no al resto de países en América Latina (Etchevers, 2019). Es por ello, que este trabajo brindará un aporte valiosísimo en cuanto a la labor estadística para emprender políticas públicas en Salud mental que estén orientados a las poblaciones de mayor riesgo. Para poder evaluar la efectividad de la ley de salud mental y poder diseñar campañas tanto en atención primaria, secundaria y terciaria de la salud.

Objetivos

General

- Analizar la evolución de los diagnósticos de patologías en Salud Mental, en La Clínica Las Heras de la Ciudad de Buenos Aires

Específico

- Estimar la prevalencia de los diversos diagnósticos, según tiempo y cantidad de internaciones; edad, género y año de ingreso en la institución; por GRD.

- Identificar variaciones en las tasas de diagnósticos en el tiempo, su correlación entre las variables y cómo afectan en proporción a los pacientes según, edad, género y tipo de diagnóstico
- Analizar la correlación de la implementación de la Ley de Salud Mental y sus efectos en la demanda de internación psiquiátrica

Alcances y Límites

La presente investigación se centra específicamente en la población que la atañe, en los ingresos que se atendieron en Clínica Las Heras entre 1985 y 2022; dejando por fuera, cualquier otra población pertinente al ámbito de salud mental que se haya atendido en cualquier ámbito público o privado.

Nos centramos específicamente a un estudio epidemiológico en salud mental observacional descriptivo de las variables en juego para buscar diversas correlaciones. Esta investigación no considera buscar causalidad de los diagnósticos, ni tampoco relaciones entre estos y los determinantes de la salud a nivel social, biológico y cultural. Las correlaciones que nos atañen son en función de las variables de interés y la descripción de la evolución de los diagnósticos prevalentes en la Clínica. Asimismo, a la hora de pensar los diagnósticos nos centraremos en los GRD, dejando por fuera la nomenclatura clásica provista por el DSM-5 y el CIE-10.

Además, esta investigación se adecua al marco de la Ley 26.657 para analizar sus efectos dentro de La Clínica Las Heras. Es por ello, que no nos atendemos a cualquier otro efecto o consecuencias que pudiera traer dicha ley en el presente trabajo.

En consecuencia, por los alcances restringidos de esta investigación, nos limitamos únicamente al estudio de Clínica Las Heras; por lo cual sus resultados de ninguna manera pudieran ser replicados de manera universal. Solamente podremos brindar un aporte como muestra acotada en materia epidemiológica a la temática en cuestión.

Antecedentes

La Clínica Las Heras y el contexto político en Argentina de 1990

La Clínica Las Heras es creada en 1983, conformando una sociedad anónima que comienza a funcionar orientada a pacientes privados de psicoanalistas; haciendo hincapié en dos atributos: la privacidad y la hotelería. Ese mismo año, la Clínica Las Heras es comprada por la Lic. Nora Arean, habilitándola como una clínica de atención médica para enfermedades

neurológicas y nerviosas no crónicas, constituyendo un EPAM (establecimiento privado de atención médica). En 1985, se obtienen nuevos contratos y Clínica Las Heras pasa a ser el Centro de Derivación de la empresa de medicina prepaga TIM (Tecnología Integral Médica), dirigida por Claudio Biquard Jourda.

Ahora bien, las clínicas de referencia en la Ciudad de Buenos Aires en 1990 eran: DITEM, perteneciente a Jorge Enrique García Badaracco, que es fundada como una Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar; Clínica Tempora, de Héctor Feliz Días Usandivaras y la Clínica Las Heras.

Por otro lado, en esta investigación nos preguntamos ¿Cómo fue el contexto de políticas públicas en la década de 1990 en la Argentina, en la que comenzó La Clínica Las Heras? La misma, se caracterizó por la aplicación de las recetas económicas que fueron provistas por organismos internacionales con el objetivo fundamental de estabilizar la economía. En este sentido, el presidente Carlos Saúl Menem, lanzó el Plan de Convertibilidad en marzo de 1991; que luego fue acompañado de una serie de políticas en las cuales se destacó *“la privatización de las empresas de servicios públicos, diversas medidas destinadas a desregular los mercados internos de bienes y servicios, la liberalización del mercado financiero y la reestructuración del estado”* (Cerdá, 2005). El sector de salud sufrió varias reformas gracias a las políticas de liberalización implementadas por el gobierno nacional; que terminaron empeorándolas aún más logrando una precarización del sector.

En este trabajo, nos centramos en el sector privado de la salud, y es por ello que el concepto de las prepagas cumple una dimensión fundamental para comprender la evolución epidemiológica en la Clínica Las Heras. En este sentido, ya en 1998 *“la medicina prepaga constituye uno de los tópicos más importantes en el marco del sistema de protección de la salud, alcanzando casi un 20% de la población argentina”* (Lorenzetti, 1998, pág. 119). Aun así, es necesario explicar que, en Argentina, el derecho a la salud no solo es reconocido por la constitucionalidad federal, como derecho individual y colectivo, derecho civil y social sino también como parte de la relación de consumo. Tal es así, que la primera reforma sobre el sistema de salud en 1990 involucró a las Obras Sociales Sindicales, realizada por Mónica Pandeiros; dividiendo al sistema de salud en 3 sectores:

1. El primero, integrado por un Programa Nacional de Salud, dirigido a los sectores de mayor riesgo (jubilados, pensionados, indigentes, etc.) estando a cargo directamente del estado.

2. El segundo sector, comprendido por un Sistema de Seguro de Salud, que reúne a todos los trabajadores en relación de dependencia y a los autónomos. Destacamos el carácter voluntario de adherencia de los empleadores y empleados a dichas instituciones; lo cual lo convierte en mercado librado a la voluntad de las empresas y la población.

3. Por último, el tercer sector, recae sobre las entidades privadas, que atienden a aquellas personas que no poseen cobertura por el sistema de seguro de salud, pero que tienen un ingreso suficiente para cubrir sus necesidades de asistencia médica en forma particular. Este sector, tiene la particularidad de poder actuar libremente sobre los acuerdos entre las partes a través de contratos entre las partes; en las que el Estado, no tendría ninguna injerencia en su reglamentación (en 1990)

Entonces, el derecho fundamental de la Salud, en la década de los 90, recae sobre una serie de sistemas: El estatal, las obras sociales, mutualidades u entes con fines similares y las empresas de medicina prepaga. El paradigma que se generó a partir de este sistema es que ahora una función esencial del estado no es provista solo por el estado; creando así un sistema de salud Público, semiprivado y privado.

Asimismo, es importante que destaquemos que, a raíz del contexto en el mercado de salud de la década de 1990, y al sumarse nuevos modelos de atención y regulación, Clínica Las Heras comienza a tener dificultades económicas. Su estructura laboral se ve afectada, perdiendo contratos con entes reguladores, como es el caso de OSDE, MEDICUS y TIM.

Ahora bien, existieron en esta década varias regulaciones jurídicas sobre las entidades de medicina prepaga que afectaron a los prestadores. En este marco, por ejemplo, se sancionó en 1993 el decreto 9/93 que permitió la desregulación del sistema de Obras Sociales Sindicales, permitiendo a todos los afiliados optar libremente entre todas las obras sociales sindicales, dejando afuera a las medicinas prepagas. La Ley Nacional N°24.754, estableció que las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga debían cubrir como mínimo determinadas prestaciones obligatorias dispuestas por las Obras Sociales. Estas prestaciones mínimas incluyen el Programa Médico Obligatorio (PMO), que consiste en que un nomenclador fijado por el Estado Nacional deba cubrir dichas prestaciones; obligando a los prestadores de salud, independientemente de su condición, ya sea público o privado, que cumpla con estos parámetros. Esto generó que, a partir de este decreto, el Estado tenga injerencia sobre los prestadores de salud. De esta forma, se aplicó una coerción entre los prestadores de salud privados (como Clínica Las Heras) y las obras sociales. Una de las últimas actualizaciones del PMO, aprobado por la Resolución N°939/00 en el año 2000, considera que el Sistema Nacional del Seguro de Salud, debe tender a garantizar la equidad, la universalidad y la solidaridad para todos sus beneficiarios.

La oferta de Las clínicas privadas monovalentes en la Ciudad de Buenos Aires en el 2000 eran la Clínica Abril de la Dra. Matilde Elvira Svatetz de Menéndez, que luego es diseñada como una clínica psiquiátrica; la Clínica Santa Rosa, bajo la dirección del Dr. Carlos Miguel González y, por último, INEBA (Instituto de neurociencias de Buenos Aires), a cargo de Elena Gold de Werthein.

Volviendo sobre el contexto histórico de la entidad que nos convoca, haremos un derrotero por los diferentes directores de la institución. El primero de ellos, en 1983, es el Dr. Mauricio Abadi, a quien le otorgan además un cargo en la sociedad anónima. Aun así, el Dr. Abadi, renuncia a su cargo y asume la dra. Colenzio por un lapso de 10 años, falleciendo de cáncer; luego asume el Dr. Eugenio Nadra por otros 10 años. Este último renuncia a su cargo y viaja a EE. UU., siendo nombrado en su lugar el Dr. Tito Antonio Rosan como director médico, entre 1995-2006. Es necesario precisar que en el 2006 asumirá un director que cambiará el rumbo de Clínica Las Heras, nos referimos al Dr., César Lucchetti.

Gracias al contexto de las políticas de Salud Mental, en el marco de reorganización y decadencia de los sistemas atencionales, se decide la venta de Clínica Las Heras. El titular de la nueva sociedad en 2006 es Cesar Lucchetti, quien continúa hasta la fecha. Esto representó un gran cambio en la administración y recuperación de los convenios; lo cual impactó en un aumento del nivel de actividad en la internación de pacientes de agudos y de diversidad de contratos con seguridad social, lo cual generó un gran cambio, ya que anteriormente solo se trabajaba con entidades de medicinas prepagas. Además, estos cambios propiciaron la incorporación de nuevos profesionales, disciplinas, la informatización de la tarea institucional y la recuperación de la economía, posicionando la marca en el mercado de la Salud Mental privada en Argentina. Gracias a la nueva gestión, se consolidó un contrato con una gerenciadora del sistema de Salud Mental, Plural S.A.; lo cual aseguró un nivel de ocupación superior al 93% del total de camas.

Es necesario que aclaremos, que, hasta este punto, no hemos reflejado los efectos que trajo la Ley de Salud Mental sancionada en 2010, que luego abordaremos en el capítulo siguiente. La cual, promovió un cambio de paradigma en la concepción de la Salud y sobre todo en el ámbito de la Salud Mental y en el concepto de las internaciones.



Foto de la Clínica Las Heras, 2015. Ubicada en Gral. Las Heras 2952

Antecedentes Epidemiológicos.

En la región de las Américas, poder determinar la prevalencia de trastornos mentales fue todo un desafío. Estos estudios, han revelado que no solo existe y existió una alta prevalencia en la comunidad, sino también su inicio en edad temprana, lo cual determina una alta morbilidad de trastornos neuropsiquiátricos. *“Cerca de la mitad de los trastornos mentales se inician a mediados de la adolescencia, y tres cuartas partes a mediados de la década de los veinte años”* (Kessler RC, 2007). Esto implica, aseverar que tanto la prevalencia de trastornos mentales como el inicio a edad temprana, es una variable que esta desde los primeros estudios que se realizaron hasta la actualidad.

El punto de partida se da en la década de 1980, donde existieron varios estudios comunitarios para determinar la prevalencia de los trastornos mentales en América Latina (Konh R, 2009). De esta forma, se logró aumentar el conocimiento en el campo de la salud pública y en materia de trastornos mentales. Estos estudios se limitaron a establecer las primeras tasas, prevalencias y factores de riesgo asociados a cada trastorno. Es importante destacar que, *“el primero de esos estudios es realizado en una serie de distintos estratificados en los alrededores de Buenos Aires, Argentina, en el año 1979”*. (Larraya FP, 1982) . Este estudio demostró la alta prevalencia en la esquizofrenia de 3%, psicosis esquizoafectiva 4%, paranoia, 0,2%, depresión neurótica 3,5% y trastornos neuróticos, 14,5%. Aclaremos, que este estudio se realizó bajo los criterios diagnósticos de la CIE-9; hoy en día en desuso, pero en nuestro estudio, se integrarían en tres tipos de GRD; en psicosis, depresión y trastornos de la personalidad.

La atención psiquiátrica siempre estuvo en el ojo de la tormenta. Ha existido un divorcio entre las concepciones salud y la salud mental; cuando en realidad es la misma OMS quien ha imbuido al concepto de salud dentro del espectro de lo biológico, psicológico y social. Es por ello, que en América Latina la atención psiquiátrica especialmente ha estado frente a serias limitaciones y dificultades, debido a la falta de agenda política en materia de salud mental en la región. De esta forma, en 1990 comenzó un movimiento denominado *“iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica”* (Organización Panamericana de la Salud, 2009), el cual tuvo gran adhesión por parte de los países de América Latina. En este sentido, es de vital importancia resaltar la Declaración de Caracas, que marca un hito histórico, el cual promovió un redireccionamiento de los recursos gubernamentales hacia este tipo de políticas en Salud Mental.

La OMS utilizó un método para determinar la comorbilidad y las consecuencias que traen estas patologías en la población calculando *“los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) combinan en una medición el tiempo perdido por muerte prematura y el vivido en situación de discapacidad”*. (Sarraceno, 2009, pág. 14).

En 1990, la OMS calculaba que los trastornos neuropsiquiátricos representaban el 8,8% de los años AVAD (años vividos ajustados a la discapacidad); pero para el 2002 estos representan el 22.2% en la región de América Latina. En relación con los APD (años perdidos por discapacidad) dentro de los trastornos neuropsiquiátricos representan el 40,4%. Destacamos que, en los trastornos depresivos, la población se divide en el 13,2% en hombres entre los 15-59 años y el 17,3% pertenece a mujeres entre 15 a 59 años. Aun así, ya para el 2002, existe una mayor prevalencia de depresión en mujeres de 15 a 59 años en América Latina. Pero no así, en los trastornos por consumo de Alcohol, donde los hombres tienen un porcentaje aun mayor que las mujeres. Entre todos los trastornos, *“el porcentaje mayor de APD correspondía a los trastornos depresivos unipolares. En los hombres, este tipo de trastorno ocupaba el segundo lugar entre todas las enfermedades, después de los trastornos por consumo de alcohol (...) en las mujeres, los trastornos por consumo de alcohol ocupan el octavo lugar entre las veinte enfermedades que causan el mayor número de APD”* (Organización Panamericana de la Salud, 2009). La Revista The Lancet, en el año 2007 destacó la contribución de los trastornos mentales en relación con la discapacidad y la mortalidad. De esta forma, según datos de la OMS del 2005, el *“31,7% de los años vividos con discapacidad se atribuyen a condiciones neuropsiquiátricas, (...) las de mayor contribución fueron la depresión unipolar (11.8%), trastornos relacionados con el uso de alcohol (3.3%), esquizofrenia (2.8%), depresión bipolar (2.4%) y demencia (1.6%)”* (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

En el 2009, se estimaba que, a escala mundial, hay *“450 millones de personas afectadas por trastornos mentales tales como depresión (150 millones), trastornos relacionados con consumo de alcohol o drogas (90 millones), epilepsia (38 millones) y esquizofrenia (25 millones) y casi un millón de personas se suicidan cada año en todo el mundo”* (Sarraceno, 2009, pág. 13). Esto implica, según la OMS que, alrededor del 25% de la población general sufre de algún trastorno mental o del comportamiento a lo largo de su vida. Específicamente, en la depresión se observa que en AVAD afecta a un 8.7% en hombres y un 16% en mujeres, otra vez nos encontramos ante la mayor prevalencia en mujeres.

Gracias a los estudios realizados por la OPS en 2009, estimaban que, en América latina, en el 2002 el Alcoholismo afecta a unos 30 millones de personas, de las cuales el 77% pertenece al rango etario entre los 15-44 años. En cuanto a las drogas ilícitas, en el 2000 se ubican como el 8vo factor principal de riesgo en términos de AVAD, por ejemplo, encontramos que el consumo de cocaína en América Latina afectaba a 8,6 millones de personas, pero en el resto del mundo alcanzaba a unos 14,3 millones. Esto implica considerar que, ya en América Latina para ese momento, el consumo problemático es una de las temáticas en salud mental a considerar, lo cual se verá reflejado en nuestro estudio epidemiológico.

En cuanto al Suicidio, hasta la década de 1990 no había información en más del 40% de países americanos. Pero en 2009, con los estudios publicados por la OPS, encontraron que el

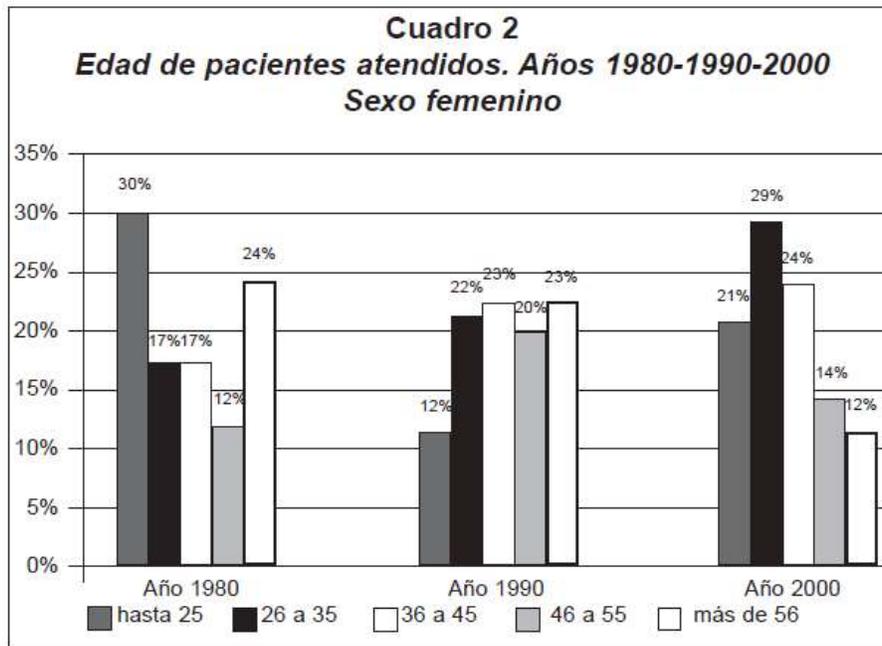
rango etario de mayor prevalencia fue de 65 años o más. La tasa de suicidio existía en un 6,8 cada 100.000 habitantes en América Latina; de los cuales separados por género, en hombres la tasa es de 10,8 cada 100.000 habitantes, y en mujeres en 2,8. Esto representa un conflicto, porque la distribución de suicidio y sus edades varía según los países y la región. La OPS, declara que, en Argentina, en 1990, el 11,5% de los suicidados eran hombres, pero que este número aumento a 12,9% en 2005; mientras que las mujeres, en 1990 representan un 3,9% pero en 2005 cae a 3,3%. Pero, es necesario destacar que en el periodo de 1997-2005, hubo una duplicación de cantidad de adolescentes de entre 10-19 años que cometieron actos autolíticos.

En cuanto a los trastornos mentales en adultos mayores, estos se incrementaron en dicho periodo. Esto sucede porque se generó un significativo crecimiento demográfico y de la expectativa de vida. Si bien en 2007 en América latina existían 50 millones de personas, el 9,1% de la población tenía más de 60 años; pero en el 2013, la esperanza de vida es del 73% para que la población supere los 60 años y en un 34% los 80 años. La OMS, declara que en general existe un crecimiento anual del 1,3% y que los mayores de 60 años crecen un 3,4% anualmente. Se estima que para el 2050, la población de mayores de 60 supere el 24%. Estos datos son de suma importancia para considerar la proporción de adultos mayores y los servicios de salud que se requirieron, y si efectivamente hubo un aumento o no. Asimismo, los trastornos evaluados en esta población en América Latina para el 2009 son depresión, ansiedad, trastorno de sueño, organicidad, demencias y consumo de sustancia. Se estima, que, en el 2007, un 30% de esta población sufre depresión, de los cuales el 15-25% poseía conductas suicidas. La prevalencia en demencia fue de 5.8%, delirium 25% y depresión mayor 30%, alcoholismo 5%, entre otros. En nuestro país, cabe destacar que en el 2000 y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se registró que el 10,7% de la población masculina de mayores de 60 años padeció de depresión, y en la población femenina afecto al 14,6%.

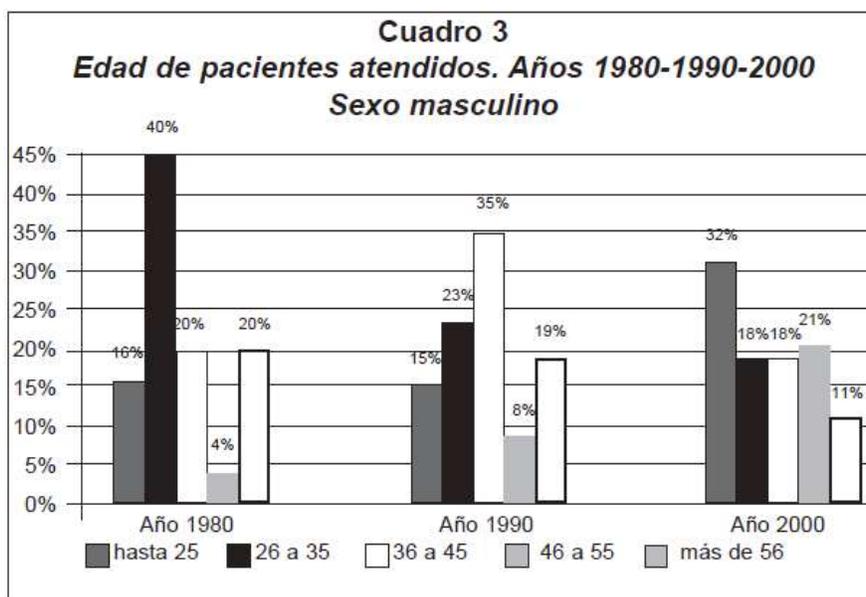
En la Ciudad Autónoma De Buenos Aires, en el 2004, se publicó en la Revista Argentina de Psiquiatría Vertex n°58, Vol. XV el *“Estudio epidemiológico sobre la variación de la demanda en salud mental en las últimas décadas”* (Fantin, 2004) La población en estudio fueron los pacientes admitidos en consultorios externos a la división de salud mental del hospital Gral. de Agudos Dr. Teodoro Álvarez, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.). El objetivo del estudio fue contar con datos epidemiológicos y estadísticos de la población que consulta en el hospital, entre las décadas 1980-1990-2000; y elaborar un perfil de Salud Mental.

Si bien, este es un Hospital Público, y los pacientes atendidos son externados, este estudio nos permitió conocer de alguna forma, cuáles son las características de la población que se atiende en los servicios de Salud Mental en esa década y cuál fue la prevalencia de los trastornos mentales entre 1980-1990-2000. En este sentido, en la década de 1980, hubo 845 admisiones, de las cuales el 70% fueron femeninas y el 30% masculinos; en 1990, 1245

admisiones de las cuales 76% femeninas y 26% masculinos, por último, en el 2000 son 1946 las admisiones y el 70% corresponde a femeninas y el 30% masculinos. Se observa que, en este periodo de tiempo, si bien hubo un aumento de admisiones, las prevalencias entre hombres y mujeres no sufrieron grandes cambios; lo cual prueba que existió una mayor prevalencia de ingresos femeninos en las 3 décadas. En cuanto a las edades, los cuadros 2 y 3 nos ilustran la edad de los ingresos atendidos en los años 1980-1990-2000 de sexo femenino y masculino.



Fuente: Vertex Rev. Arg. De Psiquiat. 2004, Vol. XV



Fuente: Vertex Rev. Arg. De Psiquiat. 2004, Vol. XV

En el cuadro 2 observamos que la franja etaria de mayor prevalencia son los menores de 25 años en 1980 con respecto a 1990 y 2000. En 1990 se manifiesta una distribución más homogénea de edades. En el cuadro 3, en 1980 prevalece la franja etaria que va entre los 26 y 35 años. Pero en 1990, se destaca un desplazamiento hacia las edades que van entre los 36 y los 45 años; en el 2000 existe una prevalencia de los varones menores de 25 años, lo cual indica un aumento de las consultas de los más jóvenes. En ambos cuadros, observamos que ninguna franja etaria prevalece en mayor medida con respecto a las demás. Pero, entendemos que la franja de los pacientes con 56 años mantiene un descenso progresivo, aunque, en los pacientes de sexo masculino incrementa paulatinamente en la franja entre 46 y 55 años, y en los pacientes de sexo femenino se mantiene estable.

En cuanto a los trastornos, observamos:

Diagnostico	F	M	Total % (T/n)	F	M	Total % (T/n)	F	M	Total % (T/n)
	1980			1990			2000		
T. de Animo	41	8	30%	34	12	28%	31	21	28%
T. Ansiedad	22	32	25%	48	27	43%	39	43	40%
Psicoticos	13	32	19%	8	18	11%	3	15	9%
Judiciales	13	12	13%	2	12	4%	1	3	4%
Alcoholismo	4	8	5%	1	8	3%	0	3	1%
Delirium	1	0	0,1%	-	-	-	0	1	0,1%
Drogadependencia	0	4	1%	1	5	2%	1	4	5%
T. mental por enfermedad	0	4	1%	4	4	3%	5	3	2%
T. conducta alimentaria	-	-	-	-	-	-	7	0	4%
T. Impulsos	-	-	-	-	2	0,1%	5	4	4%
T. Sexuales	-	-	-	-	12	3%	0	3	2%
Otros	6	0	6%	2	2	3%	4	1	1%

En este estudio, se basaron en el eje 1 del DSM IV para poder conformar las prevalencias. Observamos el predominio en ambos sexos del trastorno de ansiedad en la década del 1990-2000; así mismo en 1980 predomina el trastorno de ánimo. A fines prácticos de nuestra investigación, agrupamos por GRD, el trastorno de personalidad; la razón por la cual lo hacemos implica mantener una concepción de poder agrupar los trastornos por grupo diagnostico en base a los recursos que consume la Clínica para tratarlos y además para poder facilitar su estudio. De esta forma, por GRD el trastorno de personalidad, es el más prevalente en ambos sexos a lo largo de las 3 décadas en estudio. Si existe una marcada diferencia en cuanto al GRD Psicosis, en este caso vemos una mayor prevalencia en hombres en las 3 décadas, lo mismo sucede con el Alcoholismo y el trastorno por adicción a sustancias. Además, debemos destacar, que

aparecen nuevas categorías diagnósticas a partir de 1990, como los trastornos sexuales, que únicamente son hombres los que fueron atendidos. Lo mismo sucede con el control de impulsos y en el caso de los trastornos por alimentación; en estos últimos, únicamente son mujeres las que fueron atendidas y es a partir de la década del 2000 donde se comienzan a visualizar este tipo de patologías en la población.

Otro punto importante de esta investigación es el tipo de abordaje terapéutico. De esta forma, nos noticiamos de los diversos modos de enfrentar la patología en salud mental; lo cual expresa una ideología y una concepción del psiquismo. Desde 1980 y hasta el 2000 se observa un significativo aumento de la indicación de tratamientos psicoterapéuticos ambulatorios; disminuyen las internaciones gracias a que se indican hospitales de día, que son creados en el Hospital a partir de 1985.

Caso de Implementación de Políticas Públicas de Salud mental.

Ahora bien, *“para lograr una mejora importante de la salud mental en escala mundial, es fundamental que las personas reciban atención en sus propias comunidades”* (Funk, 2009, pág. 105). Esto implica que haya *“una política pública de salud mental comunitaria, oficialmente legitimada por el estado, que responda a las necesidades de los distintos grupos poblacionales de un país”* (Minoletti, 2009). De esta forma, deberán incorporarse políticas públicas que implementen *“políticas, planes y programas de salud mental (...) que formen un conjunto organizado de valores, principios y objetivos para mejorar la salud mental y reducir la carga de trastornos mentales de la población”*. (Minoletti, 2009, pág. 89)

En Argentina, el pionero en elaborar este tipo de políticas públicas fue la provincia de Río Negro. En 1991, se sanciona la Ley 2440, como antecedente de la Ley de Salud Mental, que representa una profunda transformación. *“esta incluye el cierre del hospital psiquiátrico provincial (...) y la Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen Sufrimiento mental; el desarrollo de nuevos sistemas y servicios y el planteo de una nueva cultura en la atención de la Salud Mental, denominada en el contexto local desmanicomianilización”* (Cohen, 2009, pág. 357). De esta forma, la principal tarea a la hora de implementar esta Ley fue generar una sensibilización comunitaria. Se emprendieron actividades de información, educación y capacitación de los actores sociales involucrados; para poder crear una nueva red de servicios con una postura interdisciplinaria.

El principal efecto de este tipo de políticas es un *“nuevo enfoque para reducir la idea de peligrosidad asociada a los enfermos mentales y constituyó un cambio cultural que involucró a todos los sectores sociales; (...) de esta forma garantizar los derechos en la ciudadanía de las personas con la salud mental alterada”*. (Cohen, 2009, pág. 357)

Ahora bien, es necesario reflejar, que este tipo de políticas, solo se llevaron a cabo en la Provincia de Río Negro. En el resto del país, regía la Ley N° 22.914, sancionada en 1983. Extendía el ámbito de la Salud pública para *“personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos y normas que regulan su internación en establecimientos asistenciales”* (Ley Personas con deficiencias mentales, toxicomanos y alcohólicos N° 22914, 1983). En este sentido, el Artículo 1° prevé que los casos de internación para las personas que sufran trastornos mentales se darán en caso de orden judicial, por medio de un representante legal, por disposición de la autoridad policial o bien en caso de urgencia. En cuanto al tiempo de internación, indican tiempos indefinidos, y es el Estado quien tutela por la salud mental de las personas. Tal es así que plantea, *“la intervención judicial es constante y se dispone el impulso de oficio de las actuaciones pertinentes”* (Ley Personas con deficiencias mentales, toxicomanos y alcohólicos N° 22914, 1983) Asimismo, esta Ley tuvo especial énfasis en *“salvaguardar la libertad en la internación, también se contemplan las medidas pertinentes para que el egreso opere tan pronto corresponda, solo limitado por las necesidades terapéuticas y la seguridad del paciente y la de los terceros”*. (Ley Nacional de Salud Mental N°26657, 2013)

Estado del Arte

Marco regulatorio de la Ley de Salud Mental

En el 2010, se promulga la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, la cual representa un cambio en el paradigma de la atención médica en Argentina. Ahora, *“se reconoce a 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”* (Ley Nacional de Salud Mental N°26657, 2013, pág. art 13). De esta forma, obligan a cualquier servicio y efector de salud sea público o privado a adecuarse a los principios establecidos por la Ley de Salud Mental. La Ley prohíbe *“la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados y en el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos”*. (Ley Nacional de Salud Mental N°26657, 2013, pág. art 27).

Específicamente, en el caso de la Clínica Las Heras, que era un psiquiátrico monovalente, tras su adecuación y en virtud de continuar una prestación que mantenga su espíritu de atención a la comunidad, se transforma en residencia para personas con distinto grado de vulnerabilidad con el objetivo de su rehabilitación psico-social y su retorno a un ambiente más adecuado. Esta transformación responde a un cambio de paradigma porque

actualmente *“las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales”* (Ley Nacional de Salud Mental N°26657, 2013, pág. art 28).

En términos generales, la Ley Nacional de Salud mental plantea un modelo de atención basado en la Comunidad. Estos modelos plantean adaptar la atención primaria con el fin de mejorar la salud colectiva, favoreciendo la participación de la comunidad como eje fundamental de trabajo. Buscan establecer *“un fuerte lazo entre los servicios sanitarios y su medio social que favorecen la indispensable legitimación social”*. (Fundacion Aequus, Hospital Frances, 2009) Es que la atención primaria orientada a la comunidad, *“proporciona un marco conceptual y metodológico para racionalizar, organizar y adaptar recursos disponibles a la entrega de los servicios médicos”*. (Fundacion Aequus, Hospital Frances, 2009). La Ley de Salud Mental, promueve *“que la atención en salud mental este a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos (...) incluyendo las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social (...)y otras disciplinas o campos pertinentes”*. (Ley Nacional de Salud Mental N°26657, 2013) Asimismo, plantea específicamente orientarse hacia *“el reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales”*. (Ley Nacional de Salud Mental N°26657, 2013)

Asimismo, a partir de la Sanción de dicha Ley; la Argentina, en el artículo 2 refiere: *“se consideran parte integrante de los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el mejoramiento de la Atención de Salud Mental”* (Ley Nacional de Salud Mental N°26657, 2013). Entiende a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, y que su preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Esta concepción de salud representará un cambio fundamental en el paradigma y en el sistema de Salud Argentino. La principal diferencia a la que nos interesa atenernos, a los fines de este estudio epidemiológico, es la concepción de internación. En el art.14, *“la internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter restrictivo, y solo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social”*. En este sentido, vemos como la internación es considerada el último recurso a abordar; que deben cumplir todos sus esfuerzos para seguir manteniendo los vínculos con su propio entorno y contexto. En cuanto a los tiempos de internación, la ley 26.657, prevé, en el art. 15, que *“la internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios (...) en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda”* (Ley Nacional de Salud Mental N°26657, 2013) En el marco de esta ley, se promulga una nueva concepción de entender el recurso de las internaciones, y como en todo caso eso impactará en las instituciones previamente habilitadas.

Por otro lado, La ley de Salud Mental creó La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones del Ministerio de Salud de la Nación, establecida por el decreto 457/2010, mismo que propone implementar un sistema de vigilancia e investigación epidemiológica para poder identificar la magnitud y gravedad de los eventos en Salud Mental y Adicciones que ocurren en la comunidad. Estos entes del ministerio de Salud realizaron en conjunto un estudio publicado en 2011 llamado: *“Las camas del sector público destinadas a Salud Mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma, mayo 2010-mayo 2011”* (Di Nellia. Yago, 2011). A lo largo del país, se contabilizó que, en mayo de 2010, solo 8 jurisdicciones no disponían de instituciones monovalentes de estructura manicomial, y que en este periodo de tiempo las camas monovalentes se redujeron un 14,8%, pasando de 10465 a 8914. Además, las camas en hospitales polivalentes aumentaron de 857 a 1180, un 37,7%. Precisamente, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en mayo del 2010, habían registradas en el sector público un total de 2144 camas; y para mayo del 2011, un total de 1908 camas. Ahora bien, *“entre 2001 y mayo del 2011, las camas monovalentes en hospitales psiquiátricos del sector público han disminuido un 57,6% aproximadamente”* (Di Nellia. Yago, 2011). Si bien Argentina entró en un proceso de desmanicomialización a partir de la sanción de la ley, hubo otro tipo de políticas que de alguna forma también estaban apuntadas a los modelos comunitarios; como observamos en el caso de Río Negro. Aun así, estos datos demuestran cuales fueron los primeros efectos de la ley en el país. Luego observaremos que alcances tuvo ésta en Clínica Las Heras.

Clinica Las Heras.

Gracias al marco regulatorio de la Ley de Salud mental, la Clínica Las Heras recientemente se ha adaptado y en la actualidad funciona como un centro de rehabilitación y Hostal, como un Servicio responsable de ofrecer respuestas variadas a necesidades preventivas, asistenciales, rehabilitación y reinserción social, para personas y/o familiares que padecen de un sufrimiento psicofísico o situación de crisis.

En el marco asistencial, a partir de las nuevas regulaciones y hasta su readecuación actual, Clínica Las Heras apuntó a lograr internaciones breves, voluntarias y con una participación inicial intensa del contexto familiar. De esta forma, pudo elevar el tratamiento desde el plano conceptual de la APOC. Esto impacta en la reducción de camas, llevándolo a un mínimo de 32 camas habilitadas según los estándares internacionales recomendados, para lograr una buena calidad atencional. Este proceso al que se avocó la Clínica Las Heras, le permitió una recuperación en el mercado de la Salud Mental. De esta forma, la Clínica consiguió una asociación estratégica con CEMIC, recuperada de la gestión anterior, con la innovación de camas prepagas y fomentando una complementación para poder adecuar la Clínica en el marco normativo de la ley 26.657.

Estas adecuaciones fueron posibles, gracias a la gestión del Dr. Cesar Lucchetti, y hoy en día Las Heras funciona como una Residencia Asistida de Bajo Nivel de apoyo, abocada a la rehabilitación psicofísica de sus pacientes. La Residencia Las Heras se integra a una red asistencial en Servicios de Salud y Rehabilitación, con funciones, instrumentos y estrategias, desarrolladas en distintos niveles de complejidad, urgencia y objetivos. Es necesario, que aclaremos que dichos dispositivos asistenciales proporcionan una prestación que se ajusta al marco regulatorio de la ley 26.657. De esta forma, bajo el nuevo paradigma, se crearon hospitales de día y otros programas de rehabilitación e inserción social.

Ahora bien, Residencia Las Heras funciona como una guardia psiquiátrica y psicológica que trabaja de forma complementaria con el médico tratante derivador, buscando brindar alternativas residenciales a los usuarios del sistema de salud mental. Asimismo, la Residencia asistida es una instancia de apoyo que brinda ayuda a personas con trastornos mentales severos, quienes presentan un alto grado de discapacidad psíquica y dependencia. Es por ello, que la Residencia Las Heras, se ha propuesto brindar un ambiente terapéutico con un alto nivel de protección y de cuidados de enfermería calificada.

Situación Epidemiológica Actual.

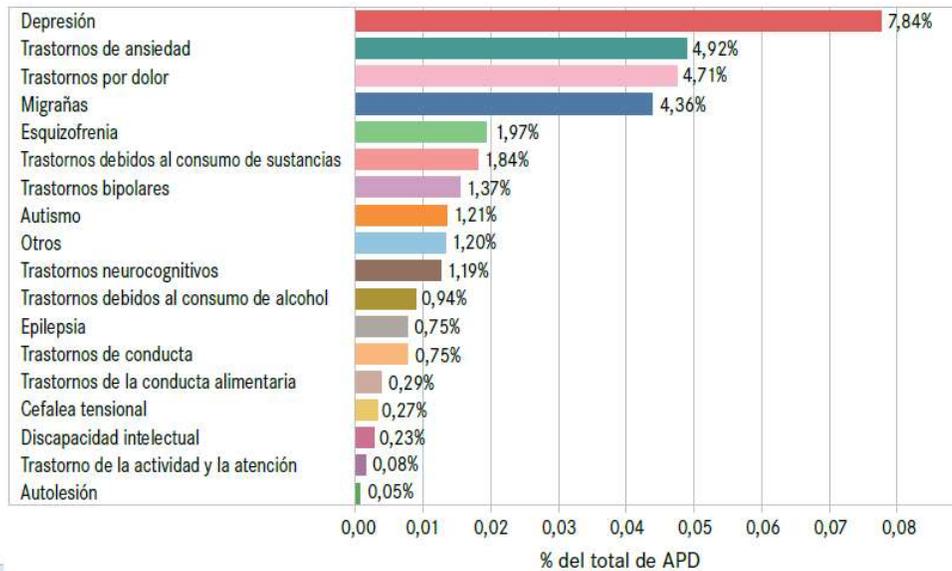
La OMS propone continuar sus estudios acerca de la situación epidemiológica. En el 2018, publica un estudio realizado en la Región de las Américas; donde actualiza los parámetros de medición en 3 criterios:

- 1- Los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), que *“proporcionan una medida compuesta de la mortalidad y la discapacidad atribuibles a una enfermedad dada”* (Organización Panamericana de la Salud, 2018).
- 2- Los años de vida perdidos (AVP), que *“ofrecen una medida de la mortalidad por causas específicas ponderada en función de la esperanza de vida en el momento de la muerte”* (Organización Panamericana de la Salud, 2018).
- 3- Por último, *“los años perdidos por discapacidad (APD)”, que proporcionan una medida de la prevalencia de la enfermedad ponderada en función de su impacto discapacitante* (Organización Panamericana de la Salud, 2018)

De esta forma, la OMS realizó un nuevo cálculo, declarando en 2015, que las enfermedades no transmisibles representan el 60% de los AVAD, y de ellos el 12% corresponde a trastornos mentales, neurológicos y debidos al consumo de sustancias, y por suicidio (TMNS). Específicamente, en la Región de las Américas, las enfermedades no transmisibles representan el 7,8% de los AVAD y los TMNS, el 19%; lo cual supone un aumento en esta región de este tipo de trastornos. Los TMNS, están considerados como la 5ta parte total de los AVAD es el subgrupo más grande de causas por discapacidad y enfermedad.

Ahora bien, en el 2018, según la OMS, los TMNS “suponen más de un tercio de la discapacidad total en la Región de las Américas: 34% del total de APD” (Organización Panamericana de la Salud, 2018). El 54% restante se divide en subgrupos tales como: enfermedades transmisibles, maternas, infantiles y nutricionales, y las lesiones un 4%. De esta forma, los TMNS pertenecen al grupo más grande. Específicamente, en su clasificación, encontramos una mayor prevalencia en Depresión, del 7,8% de los AVAD.

Clasificación según TMNS.



Fuente: La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018

Asimismo, es necesario comprender que existe una considerable heterogeneidad en la distribución de las principales causas de discapacidad en la Región de las Américas. Si bien es bastante similar la presencia de TMNS, estos constituyen uno de los mayores subgrupos de causas por discapacidad en todos los países, independientemente del nivel de ingresos de cada región o país. En el 2018, específicamente en Argentina, declara la OMS que el 34% de la población padece de algún TMNS. De los cuales, estima que el 7,8% padece de depresión, 5,4 ansiedad (el 4,7% a nivel regional, lo cual demuestra que existía en 2018 mayor ansiedad que en el resto de los países). El suicidio, siendo una de las 5tas causas de AVAD más importantes, en Argentina representa el 2% y el global el 1,6%; en este sentido, además se estima que el 60% de los suicidios de cada 100.000 personas están entre el rango etario de 15-50 años. Trastornos mentales graves como la esquizofrenia y la bipolaridad afectan en 1,9% el primero y el segundo un 1,5%. En los trastornos relacionados al consumo de sustancias, el alcoholismo afecta al 1,2% y el de otras sustancias al 1,3%.

Por otro lado, la OMS también estima el porcentaje del gasto público destinado a la salud mental en materia de políticas públicas. En este sentido, la mediana del gasto mundial representa el 2,8%; lo cual debería poder subsanar el 12% del total que incluye los AVAD y el 35% de los APD. Se estima que, en la Región de las Américas, el gasto oscila entre el 0,2% (Bolivia) y el 8,6% (Surinam). El porcentaje del gasto público destinado a la salud mental es directamente proporcional y correlacional a la cantidad de ingresos nacionales por cada país. La OMS recomienda asignar la mayor cantidad de recursos a este sector en función de la proporción en que afecte la enfermedad a la población; para poder lograr mayor paridad entre los aspectos físicos, mentales y sociales para la atención de la Salud. En función de alcanzar este objetivo, es necesario poder contemplar cómo se asigna el gasto dentro del subsistema de salud mental; lo cual nos permitirá comprender cual es la política pública en Salud Mental que esta de fondo. La OMS, al mantener una postura con relación a la salud mental abocada a la comunidad, comprende que los gastos asignados a atender a las personas en la comunidad, a servicios integrados para las enfermedades mentales en atención primaria o bien hospitales generales, dan cuenta del concepto de salud al que se atañen. El conflicto, sobreviene a raíz de que *“la fracción de gasto en salud mental que no se asigna a los hospitales neuropsiquiátricos puede considerarse una medida indirecta de hasta qué punto existe una buena asignación del gasto en salud mental”* (Organización Panamericana de la Salud, 2018, pág. 29); de esta forma, entienden que los hospitales psiquiátricos monovalentes son ineficaces y que dan lugar a prácticas iatrógenas. Esto funciona, además, para comprender cual es el concepto que se conjuga con las políticas públicas que se emprenden en nuestro país. Suponemos que la Argentina contempla en la actualidad un enfoque comunitario, tratando de respetar los derechos sociales y humanos de los pacientes; lo cual la pone en contraposición de los enfoques segregacionistas basados en hospitales psiquiátricos que fomentan el aislamiento. Esto no se condice con la realidad del 2018, donde se asigna el 1,1% del gasto público destinado en Salud, del cual el 4,2% está destinado a hospitales psiquiátricos. Además, si se considera la relación entre los TMNS y el gasto asignado de manera eficiente; contemplando el desequilibrio entre ambos, en nuestro país es de solo el 16%, siendo uno de los más bajos de la región. Esto genera un desajuste en la aplicación de la Ley de Salud Mental, lo cual genera un perjuicio no solo a la población, sino también a las instituciones como Clínica Las Heras. En la práctica, la implementación de la Ley de Salud Mental se vuelve muy compleja, lo cual genera situaciones en la que el propio sistema no puede responder ante pacientes debido a las reglamentaciones que se advierten.

En el último estudio publicado por la OMS, en el año 2022, nos muestra las prevalencias prepandemia de los trastornos mentales. Calculaban que para el 2019, unos 970 millones de personas en el mundo padece de algún trastorno mental; y como se calcula que el crecimiento de la población mantuvo la misma ratio, se estima que los trastornos de salud mental afectan a un 13% de la población mundial. Ahora bien, debemos centrarnos en que, de los 970 millones

de personas, el 52,4% son mujeres y el 47,6% son hombres. El trastorno que más prevalece es el relacionado con la ansiedad, con un 31%, seguido de trastornos depresivos, en un 28.9%. Con relación a la edad, a nivel mundial, las prevalencias demuestran:

	ALL AGES (MILLIONS)	ALL AGES (%)			AGE (%)							AGED 20+ YEARS (%)			
		ALL	MALE	FEMALE	< 5	5-9	10-14	15-19	20-24	25-49	50-69	70+	ALL	MALE	FEMALE
		Mental disorders	970	13.0	12.5	13.5	3.0	7.6	13.5	14.7	14.1	14.9	14.7	13.1	14.6
Schizophrenia	24	0.3	0.3	0.3				0.1	0.3	0.5	0.5	0.2	0.5	0.5	0.4
Depressive disorders ^a	280	3.8	3.0	4.5		0.1	1.1	2.8	4.0	4.8	5.8	5.4	5.0	4.0	6.0
Bipolar disorder	40	0.5	0.5	0.6			0.2	0.6	0.7	0.7	0.7	0.5	0.7	0.7	0.7
Anxiety disorders ^b	301	4.0	3.0	5.0	0.1	1.5	3.6	4.6	4.7	4.9	4.8	4.4	4.8	3.6	5.9
Eating disorders ^c	14	0.2	0.1	0.2			0.1	0.3	0.4	0.3			0.2	0.2	0.3
Autism spectrum disorders	28	0.4	0.6	0.2	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.3	0.3	0.3	0.5	0.2
Attention-deficit/hyper-activity disorder	85	1.1	1.7	0.6	0.2	2.4	3.1	2.4	1.7	0.9	0.3		0.7	0.4	1.1
Conduct disorder	40	0.5	0.7	0.4		1.1	3.6	2.1							
Developmental disorder (idiopathic) ^d	108	1.5	1.5	1.4	2.2	2.3	2.2	2.0	1.8	1.3	0.7	0.4	1.1	1.1	1.1
Other mental disorders ^a	117	1.6	1.9	1.3			0.1	0.4	1.0	2.2	2.6	2.7	2.2	2.7	1.8

Fuente: (World Health Organization, 2022)

En este cuadro, observamos como los trastornos de ansiedad son los que más prevalecen en la población; se estima que el 5% del total, corresponde a las mujeres y el 3% a hombres, mientras que en relación con el rango etario no hay grandes modificaciones en la franja de entre los 25-70 años. Lo antedicho nos lleva a la conclusión, que el trastorno por ansiedad es uno de los más prevalentes en todos los rangos etarios, exceptuando el periodo de la niñez y la adolescencia. En relación con la depresión, la OMS declara que antes de la *pandemia* “se estima que 193 millones de personas padecen de trastorno de depresión mayor, 298 millones trastornos por ansiedad, pero luego de la *pandemia por covid-19* se estima que hubo un salto a 246 millones por depresión y 374 millones por ansiedad” (World Health Organization, 2022, pág. 42). Además, estiman que “los trastornos por ansiedad y depresión son un 50% más común entre mujeres que en hombres a lo largo de su vida, mientras que en los hombres es más común los trastornos por

consumo de sustancias” (World Health Organization, 2022). Por otro lado, destacamos que dentro del GRD psicosis, no se observan mayores variaciones entre el sexo de la población y la prevalencia en edad; estos datos nos servirán de guía, para poder comprender como es la evolución de los diagnósticos en la Clínica y compararlos con las prevalencias a nivel mundial.

Ahora bien, en este trabajo no podemos dejar de mencionar que el COVID-19 provocó un aumento del 25% de los casos de ansiedad y depresión en el mundo; lo cual demuestra la ausencia de recursos por parte de los gobiernos para poder enfrentar este tipo de enfermedades. Además, se estima que en el 2020 *“los gobiernos de todo el mundo solo destinaron una media del 2% de los presupuestos sanitarios a la salud mental, y los países de renta media-baja invirtieron menos del 1%”* (Naciones Unidas, 2022)

Situacion epidemiológica Argentina

¿Cuál es la situación epidemiológica en Argentina? Gracias a la promulgación de LSM, se dispuso la realización de varios estudios epidemiológicos; sobre todo un censo, el cual fue realizado 8 años después de su sanción. De hecho, actualmente existen muy pocos estudios que puedan reflejar la situación actual y más aun teniendo en cuenta el flagelo de la pandemia en salud mental a la población. Tal es así, que se priorizó conceptualizar la salud desde un modelo biologicista, dejando de lado lo sancionado por la Ley de Salud Mental.

Aun así, encontramos que, en 2014, se realizó un estudio epidemiológico en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires gracias al Programa de epidemiología de Salud Mental (Privesam) llamado *“Prevalencia de problemas de Salud mental en la Ciudad de Buenos Aires, factores asociados, utilización de Servicios y Cobertura Sanitaria”* (Neuman, 2014). El objetivo de este trabajo fue conocer la prevalencia de personas con problemas de Salud Mental en CABA y su asociación con las variables socioeconómicas, de salud, educación, demográficas y la utilización de servicios de salud y tipo de cobertura sanitaria. La población de estudio, son residentes de CABA de 16 a 65 años; siendo la población total de 1.989.019 personas, de las cuales 931.802 son hombres, y 1.057.217 son mujeres. La muestra de estudio es de 2131 personas, 977 hombres, el 45% y 1160 mujeres, el 55%. Ahora bien, este estudio, publica que, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 23,4% de los habitantes posee algún tipo de trastorno mental. En sí, de este 23,4% el 28% son mujeres y el 17,8% son hombres; este dato nos permite confirmar una vez más, lo descripto en la literatura, donde que las mujeres presentan mayor prevalencia de problemas de salud mental que los hombres (Alonso y Lepine, 2007; Artazcoz et al., 2001; Gispert et al., 2003; OMS, 2003; Rajmil et al., 1998). Prince y Cols (2007) describen que las diferencias de género en la prevalencia de trastornos mentales está relacionado con los determinantes de la salud, como el acceso a los recursos, la posición socioeconómica y los roles sociales, entre otros.

Por otro lado, en cuanto al tipo de cobertura sanitaria, en este estudio encontramos que, de las mujeres de entre 16-65 años, el 21,4% poseía cobertura pública, el 62,5% obra social, y el 16,1% privada; en hombres, el 20,6% pública, el 61,9% obra social y el 17,5% privada. En este sentido se observa una mayor prevalencia de las Obras Sociales como cobertura sanitaria otorgada/elegida, pero, es necesario que destaquemos que del 21% que se atiende en la pública, la demanda es mucho mayor.

PSM según Cobertura sanitaria, con OR (IC 95%)

Cobertura sanitaria	Varones			Mujeres		
		PSM	OR		PSM	OR
Privada	70	3,5%	1	87	3,5%	1
Obra social	01	6,1%	1,23 (0,75-2,01)	25	5%	1,08 (0,74-1,58)
Pública	00	6,5%	2,3 (1,34-3,96)	48	0,3%	2,2* (1,44-3,35)

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. Dirección General de Salud Mental. Ministerio de Salud. GCBA. Encuesta Epidemiológica (EESAME). 2014

Otro punto interesante que extraemos de este estudio es la prevalencia dentro del rango etario. En este sentido, encontramos que la franja de entre 25 a 49 años, es la de mayor prevalencia indistintamente del sexo.

En 2018 se realizó un “estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina” (Stagnaro, 2018). La población en estudio fueron adultos mayores de 18 años que residen en las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Chaco, Mendoza, Neuquén, Rosario y Tucumán. La muestra por conglomerados fue de 3927 personas, de las cuales el 77% respondió, siendo un total de 3023 personas. Se estima que “la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental (...) en mayores de 18 años es de 29,1%, y el riesgo proyectado de vida hasta los 75 años fue de 37,1%” (Stagnaro, 2018). En cuanto a los trastornos, encontramos que la mayor prevalencia pertenece a los trastornos de ansiedad con 16,4%, luego los trastornos de del estado de ánimo 12,3%, trastornos de sustancias 10,4%, Depresión mayor, 8,7%, alcoholismo 8,1%, fobia específica, 6,8% y trastorno por control de impulsos un 2,5%. Asimismo, este estudio también concluye que las mujeres tienen mayor probabilidad que los hombres de sufrir trastornos dentro del espectro de ansiedad, en comparación que los hombres,

que sufren más de trastornos de sustancias. La edad de inicio mediana en Argentina de padecer un trastorno de salud mental es 20 años; la mayor prevalencia se da en el rango etario entre los 18-34 años, con un 35%, pero comienza a decaer en el rango 35-49 años alcanzando 5,6%, de 50-64, el 4,9% y de mayor de 65 años un 17%. De los cuales, el 3,7% es considerado severo, el 5,3% moderado y el 5,8% leve, según lo clasifican en el artículo, de acuerdo con el tipo de trastorno.

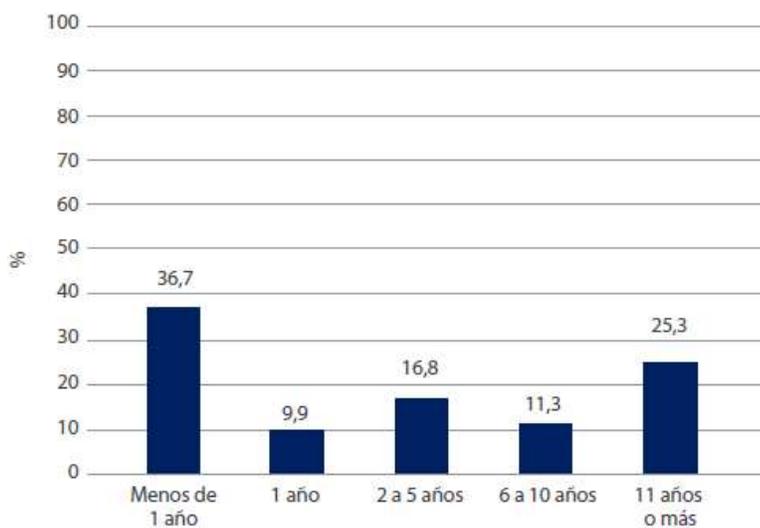
Si comparamos con el estudio anterior mencionado, encontramos que las prevalencias de salud mental fueron aumentando de 23,4% en 2014 a 29,1% en 2018; y en cuanto al rango etario en CABA, la prevalencia es de entre los 18-34 años en el 2018, pero si lo comparamos con el 2014 en Argentina, se ubicaba en la franja de 25-49 años. Asimismo, se observa también, como la mayor prevalencia en depresión se cumple en ambos estudios en mujeres, y que el trastorno de consumo por sustancias es mayor en hombres. De esta forma, concluimos que no existen variaciones en cuanto al género, pero si se observa una tendencia a incrementar la cantidad de gente con algún padecimiento mental en este tiempo.

En 2019, en el marco del cumplimiento de la ley 26 657 y especialmente en el Art. 35, que demanda la realización de un censo a nivel nacional para identificar el n° de personas internadas, su caracterización sociodemográfica, las condiciones de internación, su situación policial, social, entre otras cosas; se lleva a cabo el "*Primer Censo nacional de personas internadas por motivos de Salud Mental*" (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019), el cual fue de suma importancia, porque nos permitió conocer el estado de situación de las personas internadas para la posterior aplicación de políticas públicas.

El censo se llevó a cabo en todas las instituciones con internaciones monovalentes en salud mental, instituciones públicas o privadas con internación monovalente en salud mental y/o psiquiátrica o con internación monovalente tanto en salud mental y/o psiquiátrica. Aun así, se decidió excluir a las comunidades terapéuticas o instituciones que trabajen con adicciones.

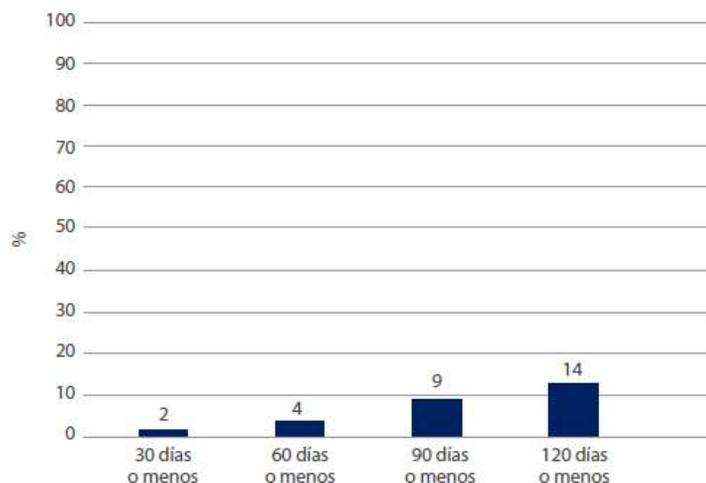
Cabe acotar, que, en un total de 162 instituciones, el 25% corresponde al sector público. La muestra analizada es de 12.035 ingresos, de los cuales el 52% pertenece al sector público y el 48% al sector privado. La edad de estos pacientes es en promedio de 50 años, una mediana de 51 y en el rango de 37-63 años; el paciente más joven internado es de 7 años y el mayor es de 96. Esta muestra, se divide en un 49% de género masculino, el 45% de género femenino, y se integró, gracias a la ley de identidad y género, a otras categorías nosografías tales como transexuales masculinos o femeninos, que representan el 0,1% de la muestra.

El tiempo promedio transcurrido, desde la fecha de realización del censo y la última internación, es de 8 años. La mediana es de 2 años, aunque el 53% estuvo internada más de dos años, y el 25% más de 11 años; el máximo tiempo registrado en una institución es de 90 años.



Fuente: Censo 2019

Ahora bien, en cuanto a los días transcurridos se calculó que:



Fuente: Censo 2019

En el 2019, otro estudio provisto por el Observatorio de Psicología Social Aplicada, estiman que en CABA 13-100 argentinos están en riesgo de padecer un trastorno de salud mental. Las mujeres por su lado tienen en proporción más gravedad; y que la edad de inicio de los trastornos es de 18 a 25 años (Etchevers, 2019).

Marco Teórico

El presente trabajo, aborda el concepto de salud bajo la complejidad de la Organización Mundial de la Salud, donde se declaran los principios rectores básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos. En este sentido, *“la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (Organización Mundial de la Salud, 2014). Ahora bien, *“cabe destacar que mental, en la definición de la salud de la OMS (así como físico y social) se refiere a dimensiones de un estado y no a un dominio o disciplina específicos”*. (Bertolote, Septiembre 2008).

A los fines de este trabajo, al referirnos a la salud mental, nos atenemos a la definición: *“la salud mental es considerada como una condición que permite el desarrollo físico, intelectual y emocional óptimo de un individuo, en la medida que ello sea compatible con la de otros individuos”*. (Internacional Committee on Mental Hygiene., 1948). Es que, en realidad, la OMS, al hablar de salud mental lo hace en términos de poner énfasis en la atención hospitalaria, y en el énfasis contemporáneo en alejar la salud mental de los hospitales psiquiátricos para ubicarla en la comunidad (Bertolote, Septiembre 2008).

Gracias a la epidemiología, se ha logrado una mayor integración entre la clínica y la salud pública. *“como ciencia básica de la prevención de la enfermedad, ha cambiado el paradigma de atención en el ámbito clínico y en el desarrollo y evaluación de las políticas públicas para la atención de los problemas de salud”*. (Alzate, 2003). La epidemiología es un término derivado del griego epi (sobre), demos (gente) y logos (ciencia); es la ciencia a la que le conciernen los eventos en salud en la población humana. El diccionario de epidemiología la define como *“el estudio de la distribución y los determinantes de los acontecimientos relacionados con la salud en las poblaciones específicas y la aplicación de este estudio a los problemas sanitarios”* (Oxford University, 1988) Ahora bien, más específicamente, este estudio utilizará *“la epidemiología de los trastornos mentales – o epidemiología psiquiátrica- es el conjunto de saberes que, utilizando los principios, conceptos, métodos y estrategias de investigación de la epidemiología, se encarga del estudio de la salud mental.”* (Guilherme Borges, 2004). El gran interrogante que surge es como definir la variable en estudio, los diagnósticos; y si bien *“hasta el momento no existe ningún marcador objetivo de trastorno mental”* (Guilherme Borges, 2004). Las clasificaciones provistas tanto por *“el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la Asociación Americana de psiquiatría”* (American Psychiatric Association, 2014, pág. xlv) o bien *“la clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud, 10 revisión (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 1992) Ambas distinguen los trastornos mentales con base en su sintomatología.*

A fines de esta investigación, no utilizaremos DSM-5 ni el CIE-10. Aunque sean *“una clasificación de trastornos mentales con criterios asociados que se diseñó para facilitar un diagnóstico más fiable de estos trastornos”* (American Psychiatric Association, 2014, pág. xlv)).

Esto se debe a que *“el DSM-5 continúa siendo una clasificación categórica de los distintos trastornos (...) y las dolencias mentales no siempre encajan totalmente dentro de los límites de determinado trastorno. Algunos dominios de síntomas, como la ansiedad y la depresión, aparecen en múltiples categorías diagnósticas y podrían reflejar una vulnerabilidad común que subyacería en un mayor grupo de trastornos”* (American Psychiatric Association, 2014, pág. xlv).

La razón por la cual nos vemos obligado a utilizar otra forma de organizar los datos en correspondencia con el ámbito en el que investigamos. Al tratarse de una institución psiquiátrica, es necesario que utilicemos un sistema *“que permita disponer en todo momento una información precisa y de alta calidad combinado actividad clínica y asistencial con el objetivo de obtener una herramienta útil de apoyo a la toma de decisiones, a la mejora de la eficiencia de la organización”* (Alicia Aguilar Muñoz, 2008, pág. 253).

Para ello, este sistema que favorece a los servicios de salud es, *“el producto estrella de la contabilidad analítica es el grupo relacionado de diagnóstico (GRD), en la medida que vincula la actividad asistencial con un contenido clínico significativo (...) corresponsabilizando a los distintos niveles de la organización en el impacto económico de sus decisiones”*. (Alicia Aguilar Muñoz, 2008, pág. 256) Asimismo, los GRD *“constituyen un sistema que agrupa episodios de internación por patologías, asociadas al consumo de recursos”* (Alicia Aguilar Muñoz, 2008, pág. 254).

De esta forma, ateniéndonos a lo que entendemos por Salud, por Salud Mental, por epidemiología y epidemiología psiquiátrica, en conjunto a como definir los diagnósticos en nuestra investigación gracias a los GRD; procederemos a nuestra metodología.

Metodología

Procedimiento

La presente investigación realizará una observación no participante, en la cual investigaremos el comportamiento de las variables, no demostrando causalidad sino más bien la correlación que existe entre ellas.

Para ello, se accede a la base de datos provista por la Clínica Las Heras, la cual se compone de 12888 ingresos, que fueron registrados desde 1985 hasta el 2022. Una vez, tomado nota de la base de datos, se procedió a verificar y constatar los registros para poder recuperar aquellos faltantes. Luego, se ordenó y clasificó cada paciente según las variables de estudio. En la instancia siguiente de investigación se realizó un análisis estadístico y cronológico de los diagnósticos para calcular sus prevalencias y tasas de dispersión en materia de análisis. Una vez finalizada esta instancia, se elaboraron conclusiones para lograr analizar la evolución de los diagnósticos en la Clínica Las Heras y los efectos de la Ley de Salud Mental.

Variables e hipótesis de trabajo

Nuestra primera variable en estudio son los GRD. Decidimos agrupar los diagnósticos de los pacientes en: GRD 426, depresión; GRD 430, psicosis; GRD 746, adicción o dependencia de sustancias o alcoholismo; GRD 428: trastorno de la personalidad; GRD 431: trastornos de la alimentación; GRD: 427: organicidad y riesgo suicida como variable independiente. Luego, respecto de las variables cualitativas, tomamos: edad, sexo, fecha de ingreso, tiempo de internación y reingresos.

Nuestra hipótesis de trabajo contempla demostrar que a partir de la sanción de la Ley de Salud Mental hubo una merma de la cantidad de ingresos y un cambio del perfil diagnóstico; y poca variación significativa entre las prevalencias de diagnósticos entre los pacientes según sexo, edad y tiempo de internación en el periodo de 1985 y 2022.

Participantes

La muestra para nuestro estudio, son todos los pacientes que ingresaron en Clínica Las Heras, desde 1985 hasta el 2022, en la Ciudad de Buenos Aires.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados, corresponden a la base de datos provista por Clínica Las Heras, desde 1985 hasta el 2022, con 12.889 ingresos; y programa de análisis de datos Microsoft Excel.

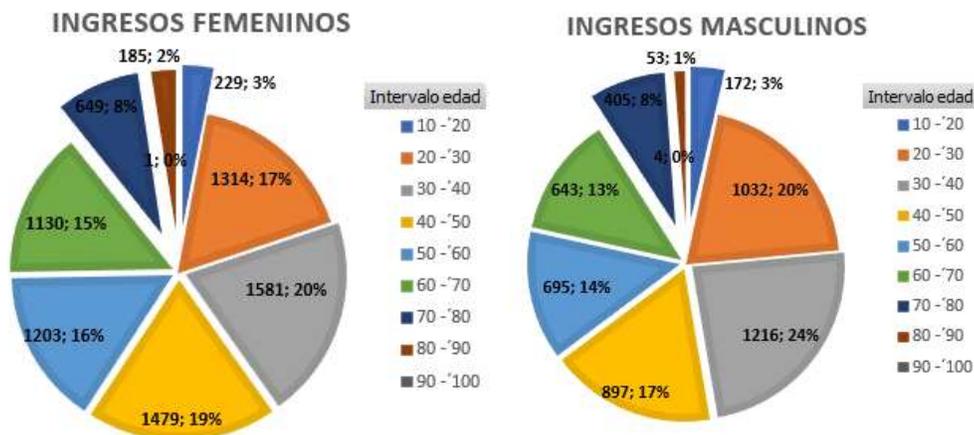
Método de recolección y análisis de datos

Los datos fueron obtenidos a partir de la clasificación según la variable de interés. Luego, se procederá a demostrar según patología en GRD diferentes gráficos y cuadros. Para demostrar la evolución de dichos diagnósticos en este periodo de análisis y su posterior prevalencia en las variables cualitativas. Por último, realizaremos una línea del tiempo, donde se observará la evolución de la cantidad de ingresos en este periodo.

Resultados

Población

En nuestro estudio, encontramos que entre 1985 y 2022, hubo un total de 12888 ingresos. En total el 60% ingresos femeninos (7771) y 40% de ingresos masculinos (5117), donde la edad promedio es de 45 años, con una mediana de 43 y un desvío estándar de 17. El paciente más joven es de 10 años y el más longevo de 99 años.



Fuente: Clinica Las Heras, elaboración propia.

En estos gráficos, inferimos que existe una mayor prevalencia de ingresos femeninos. Es interesante destacar que no existen mayores diferencias en cuanto a las prevalencias en edades. En la franja etaria donde más ingresos indistintamente de su género es entre los 30 y 40 años (24% masculinos y 20% femeninos); pero sí encontramos una pequeña diferencia entre los 2dos grupos de prevalencia. En este sentido, en ingresos masculinos, hubo mayor prevalencia de pacientes de entre 20 y 30 años (20%) y de un tercer grupo de 40 a 50 años (17%); proporcionalmente hablando. Pero, en los ingresos femeninos, se da el caso inverso el 2do grupo que prevalece es de entre los 40 a 50 años (19%), seguido de pacientes entre 20 y 30 años (17%).

Ahora bien, ¿Cómo fue la distribución de ingresos entre 1985 y 2022? Encontramos que:



Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

La mayor cantidad de ingresos en la institución se da entre el 2005-2015, con un total de 4783, un 37%; seguido del periodo anterior 1995-2005, del 35%. Hacia 2015-2022 se observa el periodo de menor cantidad de ingresos, un total de 1545, es decir, el 12% del total. Lo cual, inferimos que, a partir del 2015, comienza una baja sustancial de ingresos. A raíz de lo cual se deduce el espíritu de transformación que se fue dando en la institución, virando de un modelo de clínica monovalente de internación en salud mental hacia una residencia para pacientes con vulnerabilidad.

Tabla de Ingresos distribuidos por rango de edad y tiempo

Rango de edad	'1985-1995		'1995-2005		'2005-2015		'2015-2022		Total general	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
10 - 20	61	0,5%	140	1,1%	142	1,1%	58	0,5%	401	3,1%
20 - 30	309	2,4%	801	6,2%	915	7,1%	321	2,5%	2346	18,2%
30 - 40	385	3,0%	958	7,4%	1164	9,0%	290	2,3%	2797	21,7%
40 - 50	268	2,1%	894	6,9%	919	7,1%	295	2,3%	2376	18,4%
50 - 60	577	4,5%	411	3,2%	682	5,3%	228	1,8%	1898	14,7%
60 - 70	277	2,1%	748	5,8%	536	4,2%	212	1,6%	1773	13,8%
70 - 80	219	1,7%	396	3,1%	313	2,4%	126	1,0%	1054	8,2%
80 - 90	1	0,0%	115	0,9%	108	0,8%	14	0,1%	238	1,8%
90 - 100		0,0%		0,0%	4	0,0%	1	0,0%	5	0,0%
Total general	2097	16,3%	4463	34,6%	4783	37,1%	1545	12,0%	12888	100,0%

Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

En cuanto al rango de edad, encontramos que el grupo que prevalece en relación a la cantidad de ingresos es de los 30 a 40 años el 21,7%. Pero, esto no siempre se mantuvo así en el transcurso del tiempo. Entre 1985 y 1995, el grupo de mayor prevalencia es de los 50 a 60

años. Pero, en 1995-2005 y 2005-2015, encontramos al grupo de 30 a 40, con un 7,4% y 9%. Pero hacia el periodo final entre el 2015 y el 2022, encontramos que el grupo de mayor prevalencia por una muy pequeña diferencia es de 20 a 30 años; con el 2,5%. En comparación con los otros dos grupos de mayor prevalencia, el de 30 a 40 y el de 40 a 50, que ambos tienen el 2.3%.

En términos generales, inferimos que la mayor cantidad de ingresos se concentra entre los 20 y 70 años; luego en ambos extremos se reduce notablemente la cantidad de estos. Esta es la razón, por la cual, nuestro promedio es de 43 años. Pero, se aleja de la representatividad de la muestra, dada la alta dispersión en la edad que ocurre de 17 años.

Tiempo de internación.

El 99.23% de los ingresos en la Clínica Las Heras; tuvo un tiempo de internación menor al año, pero el paciente registrado con mayor estadía es de 10 años.

Debido a ello, efectuamos una evaluación en torno a la cantidad de días de internación. De esta forma, obtuvimos que; el promedio de días de internación es de 33, con una mediana de 15 y una moda de 8.

Tabla de la distribución de la población según tiempo

Intervalo de años y sexo	Internación aguda (0-15)		Resolución problemática (15-30)		Alta compleja(30-60)		Mediana estadia(60-90)			Larga estadia (90-x)		Total general	
1985-1995	1037	8,0%	632	4,9%	307	2,4%	42	0,3%	79	0,6%	2097	16,3%	
F	593	4,6%	377	2,9%	193	1,5%	31	0,2%	46	0,4%	1240	9,6%	
M	444	3,4%	255	2,0%	114	0,9%	11	0,1%	33	0,3%	857	6,6%	
1995-2005	2427	18,8%	1437	11,1%	476	3,7%	55	0,4%	68	0,5%	4463	34,6%	
F	1489	11,6%	869	6,7%	276	2,1%	20	0,2%	44	0,3%	2698	20,9%	
M	938	7,3%	568	4,4%	200	1,6%	35	0,3%	24	0,2%	1765	13,7%	
2005-2015	2149	16,7%	1738	13,5%	689	5,3%	109	0,8%	98	0,8%	4783	37,1%	
F	1320	10,2%	1038	8,1%	391	3,0%	55	0,4%	54	0,4%	2858	22,2%	
M	829	6,4%	700	5,4%	298	2,3%	54	0,4%	44	0,3%	1925	14,9%	
2015-2022	431	3,3%	538	4,2%	352	2,7%	85	0,7%	139	1,1%	1545	12,0%	
F	270	2,1%	343	2,7%	223	1,7%	58	0,5%	81	0,6%	975	7,6%	
M	161	1,2%	195	1,5%	129	1,0%	27	0,2%	58	0,5%	570	4,4%	
Total general	6044	46,9%	4345	33,7%	1824	14,2%	291	2,3%	384	3,0%	12888	100,0%	

Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

En este cuadro, observamos que la mayor prevalencia se da en los pacientes de internación aguda y evaluación, estos pacientes permanecen internados de 1 a 15 días, el 46%. El cual prevalece tanto en el sexo femenino e indistintamente del año de ingreso. El segundo grupo, pertenece a los pacientes de resolución problemática, entre 15 y 30 días, el 33,7%; pero el tercer grupo, esta conformado por los pacientes de alta compleja que están entre 30 y 60 días; que ya se reduce al 14,2%. Por último, los pacientes de larga estadía, quienes están internados más de 90 días, pertenecen al grupo de menor prevalencia.

Ahora bien, en cuanto al sexo de los ingresantes, descubrimos que si bien hay una prevalencia en general del sexo femenino; y sobre todo en el tiempo de internación de 1 a 15 días, indistintamente del año, la brecha comienza a acortarse a medida que aumentan los días de internación. Por ejemplo, si tomamos como referencia el año donde más brecha existe, es entre 1995-2005 que es del 4,3%. El sexo femenino tiene el 11,6% y el masculino el 7,3% en internaciones de 1 a 15 días. No obstante, entre los 15 y 30 días la brecha se acorta al 2,3%, entre los 30 y 60 días el 0,5%; entre los 60 y 90 días, el 0,1%.

De esta forma, inferimos que el sexo femenino tiene mayor prevalencia de ingresos que duren de 1 a 15 días, y que luego de los 15 días, la brecha entre el sexo de los ingresos comienza a acortarse significativamente.

Tabla por rango de edad y tiempo de internación.

Rango de edad	Internación aguda (1-15)		Resolución problemática(15-30)		Alta compleja(30-60)		Mediana estadía(60-90)		Larga estadía (90-x)		Total general	
10 - 20	208	1,6%	122	0,9%	58	0,5%	6	0,05%	7	0,1%	401	3,1%
20 - 30	1093	8,5%	824	6,4%	336	2,6%	46	0,4%	47	0,4%	2346	18,2%
30 - 40	1414	11,0%	910	7,1%	365	2,8%	54	0,4%	54	0,4%	2797	21,7%
40 - 50	1149	8,9%	804	6,2%	295	2,3%	55	0,4%	73	0,6%	2376	18,4%
50 - 60	851	6,6%	638	5,0%	308	2,4%	40	0,3%	61	0,5%	1898	14,7%
60 - 70	752	5,8%	591	4,6%	279	2,2%	53	0,4%	98	0,8%	1773	13,8%
70 - 80	455	3,5%	371	2,9%	154	1,2%	32	0,2%	42	0,3%	1054	8,2%
80 - 90	117	0,9%	85	0,7%	29	0,2%	5	0,04%	2	0,0%	238	1,8%
90 - 100	5	0,0%		0,0%		0,0%		0,00%		0,0%	5	0,0%
Total general	6044	46,9%	4345	33,7%	1824	14,2%	291	2,3%	384	3,0%	12888	100,0%

Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

En esta tabla, observamos como el grupo de mayor prevalencia se da entre los 30 y 40 años en un 21%. La mayor cantidad de ingresos pertenece al grupo de internación aguda y evaluación con un 46,9%, seguido de resolución problemática y alta compleja 33,7%. En 2do lugar, tenemos el rango de edad de entre los 40 a 50 años 18,4%, entre pacientes de larga estadía-crónicos y de mediana estadía. Aunque bien, podemos aseverar que el grupo de 20 a 30 años representa el 18,2%.

Por otro lado, destacamos que los que más prevalecen en cuanto a la internación aguda son los de 30 a 40 años con el 11% y seguidos de los de 40 a 50 años, 8,9% y de 20 a 30 años con el 8,5%. En este caso, estos grupos son prácticamente iguales. Pero, no sucede lo mismo con los otros grupos y la distribución de las edades. Si bien en resolución problemática, prevalece el grupo de 30 a 40 en un 7,1%; pero observamos como se comienzan a reducir las brechas con los grupos de 20 a 30, 40 a 50 y 50 a 60; donde la diferencia ronda el 1%. En cuanto al alta compleja, ya observamos que están prácticamente empatados los ingresos de 20 a 70 años, que rondan entre el 2 y 3%. Lo mismo sucede con los de mediana estadía, que, si bien son significativamente menor, la variable tiene el mismo comportamiento, aunque podríamos destacar que se integran los pacientes de 70 a 80 años. Por último, los de larga estadía, el grupo de prevalencia es de 60 a 70 años; pero también la muestra se conforma de manera heterogénea.

Entonces, inferimos que, a partir de los 30 días de internación la cantidad de ingresos entre los 20 y 70 años, no representan diferencias significativas de edad. Pero, afirmamos que, entre los 1 y 30 días de internación, el grupo que mayor prevalece es entre los 30 y 40 años edad; quienes más probabilidades tienen de estar entre 1 y 15 días, o bien entre 15 y 30 días.

Tabla de cantidad de ingresos distribuido por año y género

Cantidad de ingresos	Femenino								Total	
	1985-1995		1995-2005		2005-2015		2015-2022			
1	721	5,6%	1544	12,0%	1402	10,9%	513	4,0%	4180	32,4%
2	256	2,0%	527	4,1%	617	4,8%	194	1,5%	1594	12,4%
3	148	1,1%	282	2,2%	316	2,5%	80	0,6%	826	6,4%
4	47	0,4%	131	1,0%	151	1,2%	70	0,5%	399	3,1%
5	34	0,3%	66	0,5%	94	0,7%	41	0,3%	235	1,8%
6 o +	34	0,3%	148	0,5%	278	2,2%	77	0,6%	537	4,2%
Total general	1240	9,6%	2698	20,9%	2858	22,2%	975	7,6%	7771	60,3%

Cantidad de ingresos	Masculino								Total M	
	1985-1995		1995-2005		2005-2015		2015-2022			
1	494	3,8%	1006	7,8%	962	7,5%	309	2,4%	2771	21,5%
2	191	1,5%	386	3,0%	398	3,1%	111	0,9%	1086	8,4%
3	75	0,6%	144	1,1%	206	1,6%	45	0,3%	470	3,6%
4	49	0,4%	79	0,6%	80	0,6%	33	0,3%	241	1,9%
5	8	0,1%	35	0,3%	67	0,5%	15	0,1%	125	1,0%
6 o +	40	0,3%	115	0,9%	212	1,6%	57	0,4%	424	3,3%
Total genera	857	6,6%	1765	13,7%	1925	14,9%	570	4,4%	5117	39,7%

Cantidad de ingresos	Total general	
1	6951	53,9%
2	2680	20,8%
3	1296	10,1%
4	640	5,0%
5	360	2,8%
6 o +	961	7,5%
Total general	12888	100,0%

Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

Realizando una evaluación sobre la cantidad de veces que ingresaron los pacientes a la clínica, descubrimos que, el 53% de los pacientes ingreso 1 sola vez, pero el 47% ingreso 2 o más veces. El grupo de mayor prevalencia, en cuanto a los reingresos es de 2 veces, con el 20,8% de los cuales el 12,4% son reingresos femeninos y el 8,4% son reingresos masculinos. Por otro lado, es importante destacar la alta tasa de reingresos de 6 o + veces, siendo de 7,5%, un 4,2% en reingresos femeninos y un 3,3% en reingresos masculinos.

Asimismo, si tenemos en cuenta la distribución por años, si bien la mayor cantidad de ingresos pacientes se registra entre el 2005-2015, inferimos que también lo serán los ingresos, pero es interesante que en este rango de tiempo prevalecen los pacientes que ingresaron 2 veces, 4,8% en femeninos y 3,1% masculinos. Aunque, en el rango donde mayores ingresos únicos hubo es entre 1995 y el 2005, con el 12% para los ingresos femeninos y el 7,8% para los pacientes masculinos. Cabe destacar, que observamos como hacia el último periodo (2015-2022), se produce una baja importante de ingresos; pero teniendo en cuenta la proporción, aún sigue bastante elevado la cantidad de pacientes que ingreso al menos 2 veces, 1,5% en femeninos y 0,9% en masculinos. No obstante, destacamos la alta cifra registrada de pacientes que ingresaron 6 o más veces, 0,6% para los ingresos femeninos y 0,4% los masculinos.

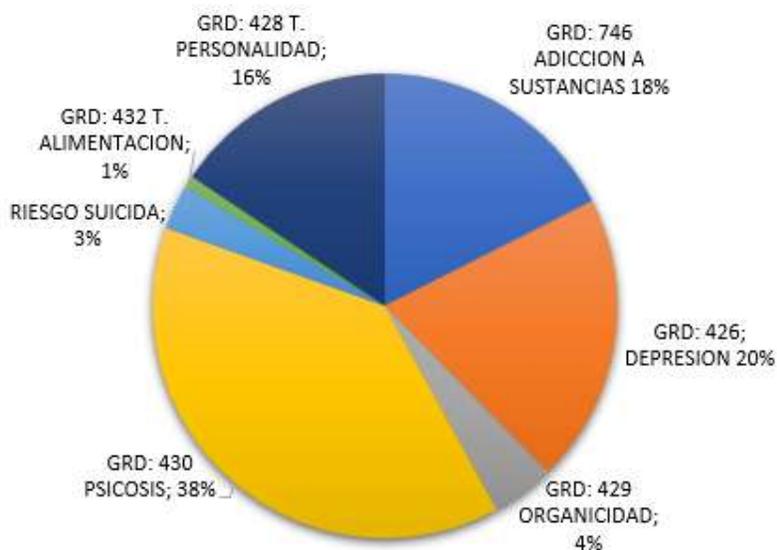
Por último, inferimos que con el transcurso del tiempo no hubo una diferencia entre los pacientes que ingresaron una vez y aquellos que lo hicieron 2 o más veces. En este sentido, el punto de mayor brecha se da en 1995 y el 2005 del 1,9%; pero si contemplamos en promedio entre 1985 y 2022, la diferencia entre pacientes que ingresaron entre 1 o 2 o más veces es del 0,85%.

Grupos relacionados por diagnóstico

En esta sección, nos ocuparemos de describir cómo se comportaron las prevalencias de los trastornos mentales a lo largo de los 40 años en la Clínica Las Heras. Para ello, es necesario aclarar que hemos agrupado los trastornos mentales en: adicción a sustancias y alcoholismo en

un mismo clúster GRD: 746 GRD: 426, depresión; GRD: 429, organicidad, GRD: 430, psicosis, GRD: 432, trastornos de alimentación; GRD:428 trastornos de personalidad y una variable independiente de riesgo suicida

Ingresos agrupados por GRD – Clinica Las Heras



Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

Observamos cómo el grupo de mayor prevalencia pertenece al de psicosis (38%), seguido de depresión (20%), en tercer lugar, adicción a sustancias (18%) y en cuarto lugar los trastornos de personalidad (16%). Encontramos una gran disparidad con el resto de los GRDs, porque son inferiores al diez por ciento, lo cual nos permite inferir que mayoritariamente la población se centró en estos 4 diagnósticos.

Tablas por GRD, Género y años

GRD	1985-1995				Total	1995-2005				Total		
	F	M	F	M		F	M	F	M			
ADICCION A SUSTANCIAS	129	36%	227	64%	356	17%	405	44%	517	56%	922	21%
DEPRESION	403	70%	173	30%	576	27%	581	68%	279	32%	860	19%
ORGANICIDAD	81	54%	68	46%	149	7%	112	51%	108	49%	220	5%
PSICOSIS	410	61%	267	39%	677	32%	1106	62%	672	38%	1778	40%
RIESGO SUICIDA	67	57%	51	43%	118	6%	103	76%	32	24%	135	3%
T. ALIMENTACION	12	86%	2	14%	14	1%	56	97%	2	3%	58	1%
T. PERSONALIDAD	138	67%	69	33%	207	10%	335	68%	155	32%	490	11%
Total general	1240	59%	857	41%	2097	100%	2698	60%	1765	40%	4463	100%

GRD	2005-2015				2015-2022				Total		Total general			
	F	M	Total	%	F	M	Total	%	Total	%				
ADICCIÓN A SUSTANCIAS	243	30%	572	70%	815	17%	72	43%	95	57%	167	11%	2260	18%
DEPRESIÓN	533	66%	275	34%	808	17%	224	64%	125	36%	349	23%	2593	20%
ORGANICIDAD	77	53%	68	47%	145	3%	19	39%	30	61%	49	3%	563	4%
PSICOSIS	1087	60%	714	40%	1801	38%	440	63%	258	37%	698	45%	4954	38%
RIESGO SUICIDA	88	72%	35	28%	123	3%	22	79%	6	21%	28	2%	404	3%
T. ALIMENTACIÓN	18	90%	2	10%	20	0%	12	100%		0%	12	1%	104	1%
T. PERSONALIDAD	812	76%	259	24%	1071	22%	186	77%	56	23%	242	16%	2010	16%
Total general	2858	60%	1925	40%	4783	100%	975	63%	570	37%	1545	100%	12888	100%

Fuente: Clínica Las Heras, Elaboración propia

En esta tabla, observamos cómo se distribuyen las prevalencias de los grupos relacionados por diagnóstico en torno al género y al año de ingreso. En este sentido, observamos que existe una mayor prevalencia de depresión en ingresos femeninos que en masculinos; en la cual los ingresos femeninos, con el transcurso de los años, duplicaron a los masculinos. El punto de mayor prevalencia de ingresos femeninos se da en el primer periodo de la clínica, con el 70%, lo cual también coincide con que en ese mismo año hubo la mayor cantidad de ingresos por depresión de los 40 años de trayectoria. Sucede lo mismo a la inversa con las patologías relacionadas al consumo de sustancias. En este sentido, la prevalencia se da mayoritariamente en hombres; y su punto de mayor concentración se encuentra entre el 2005 y el 2015; aunque, el momento de mayor cantidad de ingresos, independientemente del sexo, se observó entre 1995 y 2005. Cabe destacar que, hacia el final, la brecha entre la prevalencia de ingresos en estos pacientes comienza a acortarse.

Por otro lado, si nos centramos en las psicosis; encontramos que la mayor prevalencia se da en el sexo femenino. En reglas generales, siempre es el 60% de ingresos femeninos por psicosis y el 40% de hombres. El punto de mayor concentración de estos ingresos se dio en el periodo entre el 2015 y el 2022, con el 45%; de los cuales, el 63% son femeninos y el 37% son masculinos. Es interesante observar que la brecha entre ambos géneros siempre se mantuvo entre el 20%; y que este mismo dato es coincidente con la población general de la clínica.

Ahora bien, centrándonos en nuestro 4to grupo de prevalencia, el grupo de trastornos de la personalidad; posee una mayor prevalencia en el sexo femenino que en el masculino. Lo interesante, es que la brecha a partir del 2005 aumenta en un 10%, es decir, encontramos que se da en un 76% en ingresos femeninos y el 24% en ingresos masculinos; a su vez, entre el 2005-2015 se registra la mayor prevalencia de este grupo, del 22%. Lo cual es importante, porque en este momento, este grupo fue la 2ª mayor prevalencia, en comparación de otros años.

Si nos enfocamos en el grupo de organicidad, la mayor prevalencia de estos trastornos se presentó entre 1985-1995, representando el 7% del total. Cabe destacar que, en términos generales, la brecha entre ambos sexos fue en promedio menor al 5%, aunque el sexo femenino

fue el que más prevaleció; esta situación se invierte hacia el 2015 y el 2022, donde el sexo masculino prevalece en un 61% y el femenino en un 39%. Pero también, en ese momento se separan de la brecha del 5%; de esta forma, no podemos inferir que haya en este grupo relacionado por diagnóstico una mayor prevalencia por uno u otro sexo, ya que la variabilidad entre ambos sexos no se comporta de forma heterogénea como en los otros grupos.

En los trastornos de la alimentación, la mayor prevalencia se da en el sexo femenino; teniendo en cuenta que sólo hubo 6 ingresos masculinos entre 1985 y el 2015; es decir, representa el 5%. El punto de mayor prevalencia de este grupo relacionado por diagnóstico es entre el 2005 y el 2015, con el 22%.

Asimismo, en cuanto a nuestra variable independiente, de riesgo suicida, la mayor prevalencia se dio entre 1985-1995, con el 6% de ingresos. Además, encontramos que existe una mayor prevalencia del sexo femenino en este grupo; una brecha que con el tiempo fue creciendo, para llegar entre el 2015 y el 2022, al 79% de los ingresos femeninos y al 21% de ingresos masculinos.

Por último, si observamos en términos generales cómo se comportaron los ingresos distribuidos en el año, el grupo de Psicosis es el más prevalente. En cuanto al segundo puesto, depresión, también se mantuvo; pero sucede que entre el 2005-2015, siendo este el año con más ingresos en la clínica, el trastorno de la personalidad fue mayor (22%) y el de depresión se igualó al de adicción a sustancias en un 17%.

Tabla por GRD, Tiempo de internación y sexo

GRD	Internación aguda (0-15)				Total		Resolución problemática(15-30)				Total		Alta compleja(30-60)				Total	
	F		M				F		M				F		M			
		%		%		%		%		%		%		%		%		%
ADICCIÓN A SUSTANCIAS	249	37%	418	63%	667	11%	149	32%	324	68%	473	11%	59	34%	116	66%	175	10%
ALCOHOLISMO	199	40%	293	60%	492	8%	122	44%	158	56%	280	6%	43	44%	54	56%	97	5%
DEPRESIÓN	919	67%	444	33%	1363	23%	561	68%	269	32%	830	19%	205	67%	102	33%	307	17%
ORGANICIDAD	134	51%	130	49%	264	4%	100	56%	78	44%	178	4%	33	49%	34	51%	67	4%
PSICOSIS	1198	62%	736	38%	1934	32%	1108	63%	664	37%	1772	41%	529	60%	358	40%	887	49%
RIESGO SUICIDA	138	67%	69	33%	207	3%	89	73%	33	27%	122	3%	34	63%	20	37%	54	3%
T. ALIMENTACIÓN	49	94%	3	6%	52	1%	32	94%	2	6%	34	1%	14	93%	1	7%	15	1%
T. PERSONALIDAD	786	74%	279	26%	1065	18%	466	71%	190	29%	656	15%	166	75%	56	25%	222	12%
Total general	3672	61%	2372	39%	6044	100%	2627	60%	1718	40%	4345	100%	1083	59%	741	41%	1824	100%

GRD	Mediana estadia(60-				Total		Larga estadia(90-x)				Total		Total	
	F		M				F		M					
ADICCION A SUSTANCIAS	2	12%	15	88%	17	6%	6	30%	14	70%	20	5%	1352	10%
ALCOHOLISMO	13	62%	8	38%	21	7%	7	39%	11	61%	18	5%	908	7%
DEPRESION	27	66%	14	34%	41	14%	29	56%	23	44%	52	14%	2593	20%
ORGANICIDAD	10	56%	8	44%	18	6%	12	33%	24	67%	36	9%	563	4%
PSICOSIS	75	50%	74	50%	149	51%	133	63%	79	37%	212	55%	4954	38%
RIESGO SUICIDA	10	91%	1	9%	11	4%	9	90%	1	10%	10	3%	404	3%
T. ALIMENTACION	2	100%	0	0%	2	1%	1	100%	0	0%	1	0%	104	1%
T. PERSONALIDAD	25	78%	7	22%	32	11%	28	80%	7	20%	35	9%	2010	16%
Total general	164	56%	127	44%	291	100%	225	59%	159	41%	384	100%	12888	100%

Fuente: Clinica Las Heras, Elaboración propia

En esta tabla observamos cómo, en la población general, indistintamente de su patología, se cumple la misma prevalencia en internación aguda y resolución problemática. Pero, aun así, lo que inferimos es que, a su vez, las prevalencias en cuanto al tiempo de internación son correlativas con las prevalencias de los trastornos. Por ejemplo, al igual que mencionamos anteriormente, en psicosis y depresión, la prevalencia se da en los ingresos de sexo femenino, pero también en cuanto tiempo de internación. En los ingresos de sexo masculino, la prevalencia la encontramos en los trastornos relacionado al consumo; en ambos casos estos pacientes también son prevalentes en cuanto a la internación. Esta condición, de correlación tanto en la prevalencia de diagnóstico como en el tiempo de internación, se cumple en ambos sexos indistintamente.

Aun así, destacamos los casos en los que ambos sexos no representan diferencia significativa en cuanto al tiempo de internación, pero sí en la patología. En el caso de las psicosis, para los pacientes de mediana estadía, se cumple casi la misma cantidad. Lo mismo sucede en el caso de la organicidad, tanto para los pacientes de internación aguda, alta compleja y mediana estadía, no existe mayor diferencia en cuanto a su sexo; pero sí comienza a dispersarse a partir de los pacientes de larga estadía.

En términos generales, podemos inferir que no hay mayores diferencias en cuanto al sexo y el tipo de internación en los ingresos.

Tabla por GRD, rango de edad y sexo.

GRD	Femenino															Total		
	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90										
ADICCION A SUSTANCIAS	21	2,5%	134	15,8%	177	20,8%	194	22,9%	125	14,7%	112	13,2%	65	7,7%	21	2,5%	849	10,9%
DEPRESION	30	1,7%	232	13,3%	331	19,0%	303	17,4%	333	19,1%	274	15,7%	202	11,6%	35	2,0%	1741	22,4%
ORGANICIDAD	2	0,7%	25	8,7%	28	9,7%	23	8,0%	36	12,5%	64	22,1%	78	27,0%	33	11,4%	289	3,7%
PSICOSIS	60	2,0%	373	12,3%	554	18,2%	647	21,3%	522	17,2%	557	18,3%	249	8,2%	81	2,7%	3043	39,2%
RIESGO SUICIDA	9	3,2%	55	19,6%	80	28,6%	42	15,0%	41	14,6%	34	12,1%	17	6,1%	2	0,7%	280	3,6%
T. ALIMENTACION	18	18,4%	39	39,8%	12	12,2%	21	21,4%	4	4,1%	2	2,0%	2	2,0%		0,0%	98	1,3%
T. PERSONALIDAD	89	6,1%	456	31,0%	399	27,1%	249	16,9%	142	9,7%	87	5,9%	36	2,4%	13	0,9%	1471	18,9%
Total general	229	2,9%	1314	16,9%	1581	20,3%	1479	19,0%	1203	15,5%	1130	14,5%	649	8,4%	185	2,4%	7771	100,0%

GRD	Masculino										Total							
	10-20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90										
ADICCION A SUSTANCIAS	40	2,8%	304	21,5%	390	27,6%	295	20,9%	173	12,3%	122	8,6%	77	5,5%	10	0,7%	1411	27,6%
DEPRESION	18	2,1%	121	14,2%	183	21,5%	146	17,1%	159	18,7%	128	15,0%	90	10,6%	5	0,6%	852	16,7%
ORGANICIDAD	8	2,9%	22	8,0%	19	6,9%	22	8,0%	22	8,0%	76	27,7%	82	29,9%	23	8,4%	274	5,4%
PSICOSIS	49	2,6%	413	21,6%	452	23,7%	321	16,8%	264	13,8%	263	13,8%	136	7,1%	12	0,6%	1911	37,3%
RIESGO SUICIDA	8	6,5%	18	14,5%	35	28,2%	20	16,1%	24	19,4%	15	12,1%	4	3,2%		0,0%	124	2,4%
T. ALIMENTACION	1	16,7%	2	33,3%	3	50,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	6	0,1%
T. PERSONALIDAD	48	8,9%	152	28,2%	134	24,9%	93	17,3%	53	9,8%	39	7,2%	16	3,0%	3	0,6%	539	10,5%
Total general	172	3,4%	1032	20,2%	1216	23,8%	897	17,5%	695	13,6%	643	12,6%	405	7,9%	53	1,0%	5117	100,0%

Fuente: Clínica Las Heras, Elaboración propia

En cuanto a la distribución de los GRD, según el rango de edad y el sexo, descubrimos que, en ambos, el grupo de mayor prevalencia total es en ambos el rango etario de los 30 a 40 años. Pero, si nos enfocamos en los GRD; los grupos que coinciden en cuanto a la prevalencia de rango de edad y GRD, son organicidad y en el rango de 70 a 80 años, de los cuales el 27% son ingresos femeninos y el 29% ingresos masculinos.

Otro punto donde coinciden es en la variable independiente de riesgo suicida, que en los ingresos masculinos fue del 28,2% y en los femeninos de 28,6%. En el resto de los GRD, el sexo se vuelve una variable distintiva a partir de las prevalencias. Es por ello que, para las adicciones a sustancias, en ingresos masculinos prevalece el grupo etario de los 30 a 40 años, con el 27,6% y para los ingresos femeninos se ubica en los 40 a 50 años, con el 22,9%. Asimismo, en el grupo depresión, para los ingresos femeninos el grupo que prevalece es de los 50 a 60 años y en los masculinos es el de 30 a 40 años. En psicosis, de 30 a 40 años los masculinos y de 40 a 50 para los femeninos; en los trastornos de la personalidad afecta por igual tanto a ingresos masculinos como femeninos. Por último, para los trastornos de la alimentación, los ingresos femeninos prevalecen en el grupo de los 20 a 30 años, pero para los masculinos se corre a los 30 a 40 años.

Es interesante destacar que, si observamos en general que grupo de edad prevalece más, en relación con el total de los ingresos según su sexo y GRD, encontramos que el grupo de mayor prevalencia en los ingresos femeninos es el GRD psicosis de 40 a 50 años con el 8% del total. Para los ingresos masculinos, el GRD adicción a sustancias, dentro del rango etario de 30 a 40 años, representa el 8% del total.

No obstante, inferimos que, en forma general, en el sexo masculino, el grupo mayoritario es entre los 30 a 40 años, exceptuando los trastornos de personalidad y orgenicidad que coinciden con el sexo femenino. Pero, en los ingresos femeninos, los grupos de prevalencia se dispersan y amplían el rango entre los 20 a los 80 años.

Tabla por GRD y Reingresos

GRD	Ingresos	Reingresos	%
ADICCION A SUSTANCIAS Y ALCOHOLISMO	2260	1111	49%
DEPRESION	2593	1121	43%
ORGANICIDAD	563	179	32%
PSICOSIS	4954	2491	50%
RIESGO SUICIDA	404	159	39%
T. ALIMENTACION	104	36	35%
T. PERSONALIDAD	2010	840	42%
Total general	12888	5937	46%

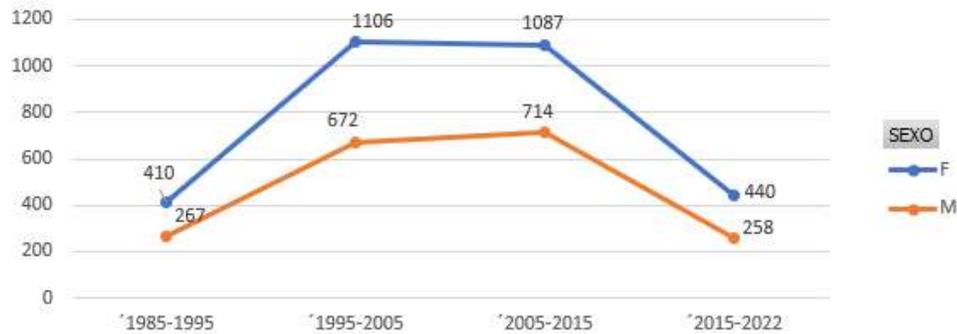
Fuente: Clinica Las Heras, elaboración propia.

La presente tabla nos muestra, expresado en %, la tasa de reingresos por pacientes ingresados distribuido por GRD. En este sentido, observamos como el grupo con mayor prevalencia sigue siendo psicosis, liderado por el grupo de adicción a sustancias y alcoholismo; seguido de depresión. De esta forma, observamos una inversión en cuanto a la prevalencia; las patologías de adicción a sustancias ahora están en el 2do lugar, cuando en relación con la depresión y la cantidad de ingresos estaban por debajo. Ahora bien, esto implica considerar que los grupos con mayores probabilidades para tener un reingreso, los componen estos 3. El menor de ellos pertenece a los trastornos de orgenicidad, seguido de los trastornos de la alimentación.

Psicosis

En esta sección, abordaremos el grupo relacionado por diagnóstico (430) de correspondiente a Psicosis. en este sentido, se han atendido en total 4954 ingresos; 3043 de sexo femenino y 1911 de sexo masculino. Si observamos el grafico a continuación, inferimos que la mayor cantidad de ingresos en ambos sexos se produjo entre 1995 y el 2015; luego muestran una baja hasta llegar a la misma cantidad de ingresos que al comienzo.

Gráfico de cantidad de ingresos en el tiempo



Fuente: Clínica las Heras, elaboración propia.

Ahora bien, contemplando el rango de edad, la mayor prevalencia se da en los ingresos de 30 a 40 y 40 a 50 años. Es necesario destacar que, si bien estos son los picos máximos de cantidad de ingresos, en rasgos generales, los ingresos que están entre los 20 y 70 años son aquellos que mayor representatividad tienen. Luego de los 70 años, se observa como decrece notablemente la población.

Tabla por edad y sexo

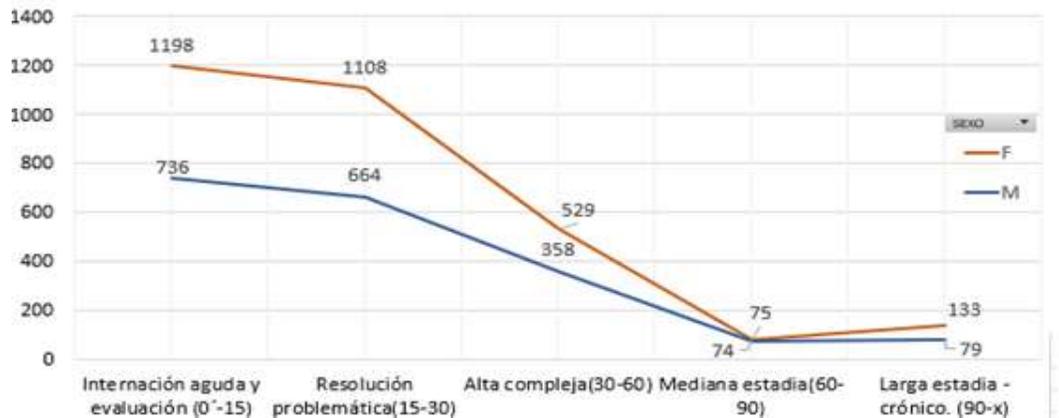
Rango de edad	Femenino	Masculino	Total general
10 - 20	60 55%	49 45%	109 2%
20 - 30	373 47%	413 53%	786 16%
30 - 40	554 55%	452 45%	1006 20%
40 - 50	647 67%	321 33%	968 20%
50 - 60	522 66%	264 34%	786 16%
60 - 70	557 68%	263 32%	820 17%
70 - 80	249 65%	136 35%	385 8%
80 - 90	81 87%	12 13%	93 2%
90 - 100		1 100%	1 0%
Total general	3043 61%	1911 39%	4954 100%

Fuente: Clínica Las Heras, Elaboración propia

Por otro lado, si tenemos en cuenta la diferencia de sexos, encontramos que, en el sexo femenino, el rango etario de mayor prevalencia dentro de la Clínica es de 40 a 50 años y que luego se conforman 2 grupos que integran ingresos entre 30 a 40 y 50 a 70 años, sin mayores variaciones. Pero, en el sexo masculino encontramos que el rango de mayor prevalencia se da entre los 30 a 40 años y que luego comienza un descenso progresivo hasta llegar al rango de 90 a 100. Entonces, la variable del sexo masculino se comporta de forma más uniforme en relación

a la femenina que, si bien tiene mayor prevalencia en el rango etario entre los 40 y 50 años, el resto de los rangos no varían demasiado. Sí destacamos que el decrecimiento comienza a partir del rango de 70 a 80 años.

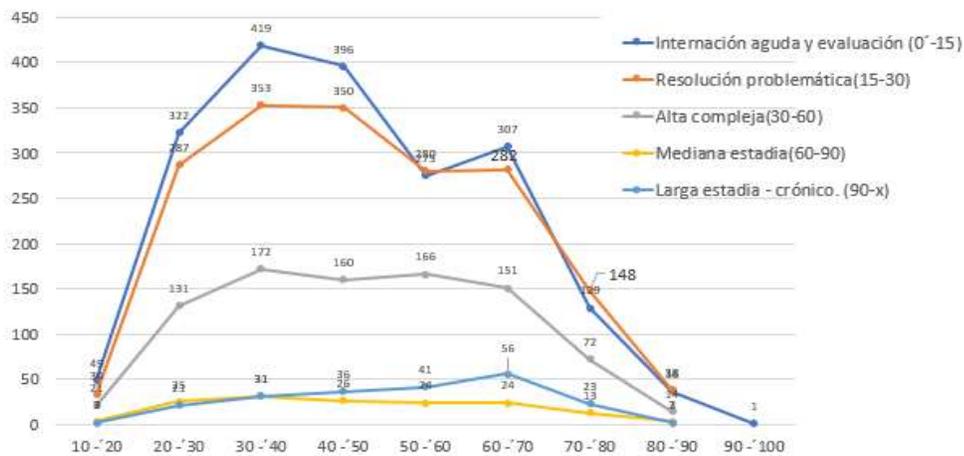
Psicosis, sexo y Tiempo de internación



Fuente: Clínica Las Heras, Elaboración propia

Asimismo, en cuanto al tiempo de internación y el sexo, observamos que si bien hay mayor prevalencia en el sexo femenino; lo interesante es que se comportan de la misma manera. Podríamos inferir que, en la psicosis y en el tiempo de internación no existen diferencias significativas en cuanto a la prevalencia. Ambos, en la Clínica presentan mayor presencia en los casos de internación aguda y luego la línea se comporta de forma decreciente hasta los pacientes de mediana estadia; en el que las variables prácticamente no representan diferencias. Luego, observamos como comienzan a separarse nuevamente hasta los pacientes de larga estadia.

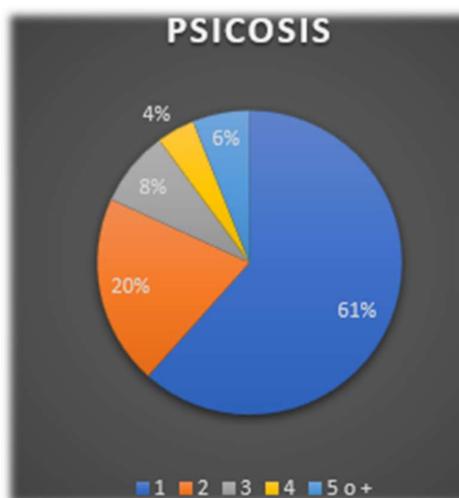
Psicosis, rango de edad y tiempo de internación.



Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

Asimismo, si contemplamos el tiempo de internación y el rango de edad, observamos, una vez más, la prevalencia de la internación aguda, con su grupo de mayor prevalencia entre los 30 a 40 años. Se visibiliza como el comportamiento de estas variables es muy variado en torno al tiempo de internación, pero, en términos generales, la internación aguda, resolución compleja y alta compleja poseen un comportamiento similar. Cabe destacar la diferencia que se da entre los pacientes de 70 a 80 años; donde los que prevalecen son los ingresos de resolución compleja. Es necesario que destaquemos lo que sucede con el grupo de larga estadía, que tiene un crecimiento hasta llegar a un pico entre los 70 a 80 años. Pero luego decrece, al igual que todas las patologías entre los 80 y 90 años.

Psicosis y reingresos

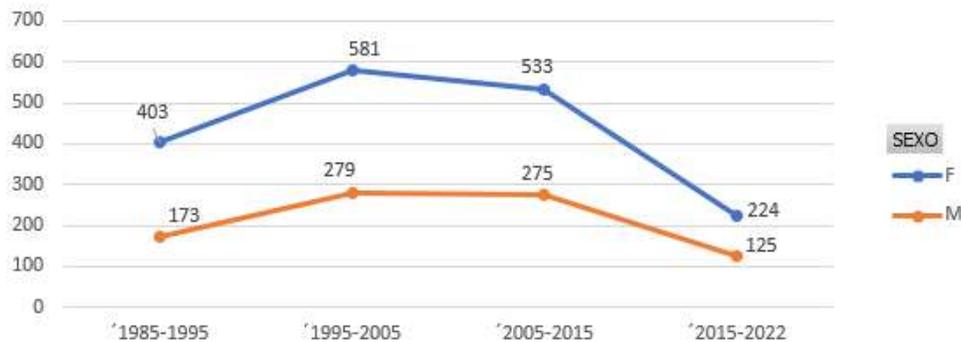


Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

Ahora bien, si contemplamos que de un total de 2491 pacientes que reingresaron, obtuvimos que el máximo de reingresos en esta patología es de 16 veces. En sí mismo, el 61% de estos reingresos es de al menos 1 vez, siendo el grupo de mayor prevalencia y el 25% con al menos 2 reingresos. Ahora bien, el número de pacientes reales son 842, y 541 pacientes son aquellos que reingresaron 1 vez, y 172 al menos 2. Se observa una tendencia a reducir la cantidad de ingresos en la tabla; pero es más frecuente que un paciente ingrese más de 6 veces que de 5.

Depresión

Depresión y su evolución cronológica en la Clínica Las Heras.

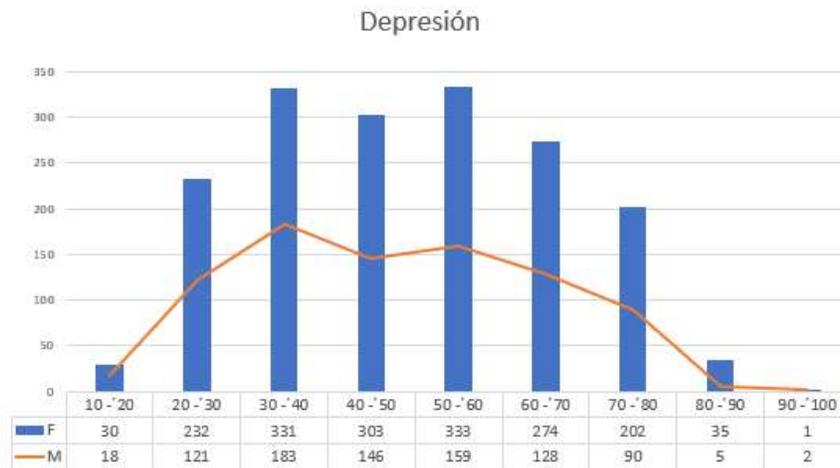


En esta sección, abordaremos el grupo depresión, en total se atendieron 2593 ingresos. Su mayor prevalencia se da con 1741 ingresos de sexo femenino contra 852 masculinos. Pero no podemos dejar de mencionar, que la mayor cantidad de ingresos con depresión en ambos sexos se da entre 1995 y 2005, luego comienza un decrecimiento hasta el 2015-2022. Cabe destacar que, sin bien existieron más ingresos de sexo femenino, la variable se comporta de manera similar para los pacientes masculinos.

Si contemplamos la edad de los ingresos, en ambos sexos la variable se comporta de manera similar; aunque sí es necesario aclarar que se observa una diferencia: en los ingresos de sexo femenino, el rango entre los 50 a 60 años es más prevalente, mientras que, en los ingresos de sexo masculino, el pico se da entre los 30 a 40 años.

Ahora bien, en los ingresos de sexo femenino el rango etario más significativo es entre los 20 a 80 años, y luego tiene un gran descenso; lo mismo sucede en los ingresos de sexo masculino.

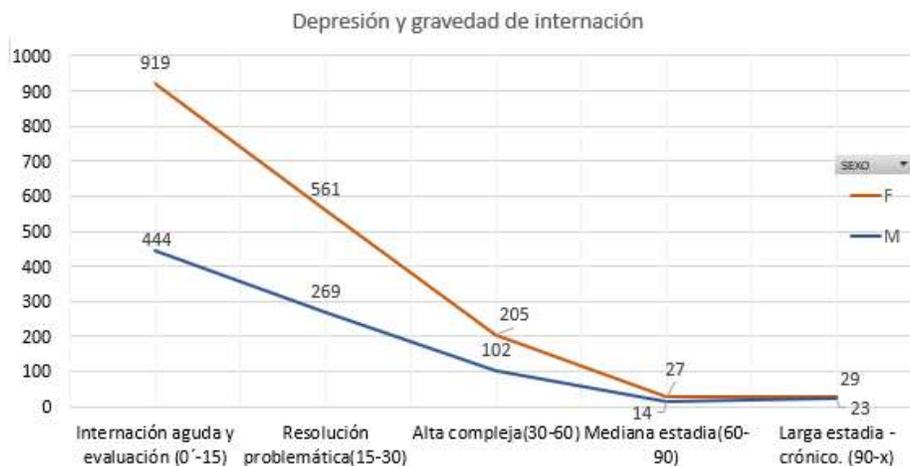
Depresión y prevalencia en rango de edad.



Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

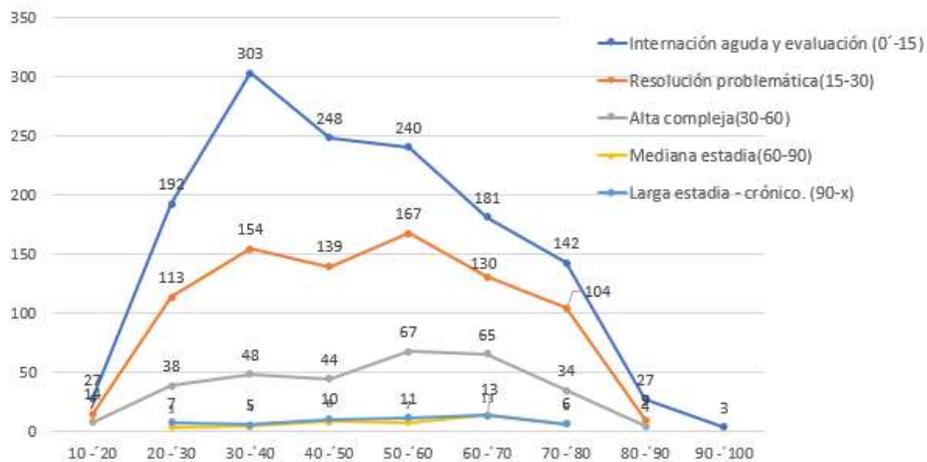
Por otro lado, teniendo en cuenta tiempo de internación, sucede lo mismo que en el grupo anterior. Más allá de la prevalencia del sexo femenino en total de pacientes, observamos el mismo comportamiento de la variable para ambos sexos. La mayor prevalencia se da en el grupo de internación aguda, para luego ir decreciendo hasta la mediana estadía; lo cual presentará un leve aumento a partir de este para los pacientes de larga estadía. Cabe destacar que, en este sector, la brecha entre el sexo de los pacientes se acorta.

Depresión y Tiempo de internación.



Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

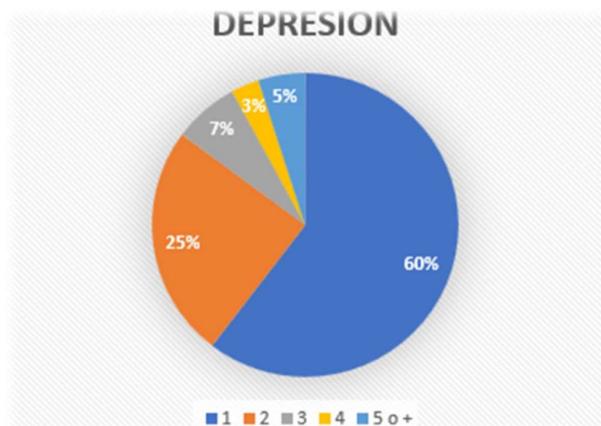
Depresión, rango de edad y Tiempo de internación



Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

Si contemplamos la depresión, rango de edad y tiempo de internación; encontramos que la mayor prevalencia la encontramos en el grupo de internación aguda y en el grupo de 30 a 40 años. Si observamos el segundo grupo de prevalencia, la resolución problemática, ambas se comportan casi de manera semejante; aunque existe una diferencia en el pico, que se da entre los 50 y 60 años, pero luego ambas decrecen hasta el final. En cambio, para los pacientes de alta compleja, podríamos decir que el grupo de mayor representatividad se da entre los 50 y 70 años; comportándose de manera más pareja. Pero en cuanto los pacientes de mediana y larga estadia no existen mayores diferencias en cuanto a la cantidad de pacientes y el rango de edad.

Gráfico de porcentajes de reingresos

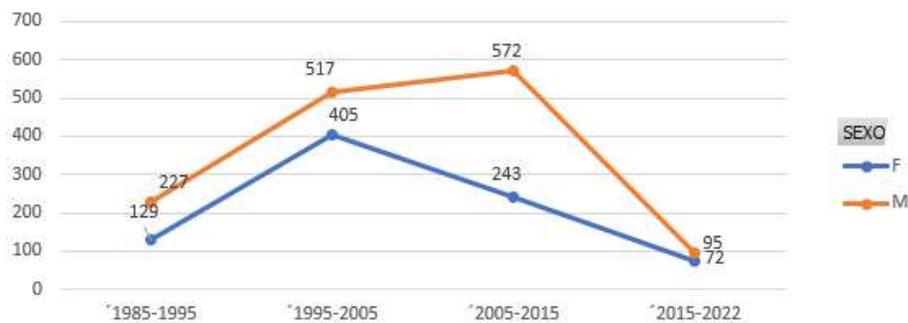


Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia

Asimismo, 1121 son la cantidad de reingresos; en términos de pacientes reales son 438; de los cuales el 61% reingresó al menos 1 vez, y el 25%, 2. En este sentido, observamos como la gran probabilidad, que los pacientes vuelvan a ingresar al menos 1 vez a la Clínica; el máximo de ingresos de un mismo paciente es de 10 veces.

Adicción a sustancias y Alcoholismo

Gráfico de la cantidad de ingresos distribuidos en el tiempo.



Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

En esta sección uniremos ambos GRD a fines prácticos, dada la similitud de la patología. Se han atendido en total 2660 ingresos, de los cuales tenemos una amplia mayoría en el sexo masculino con 1411 y 849 en el sexo femenino. Es interesante destacar que la mayor prevalencia de ingresos masculinos se da entre el 2005 y el 2015, con un marcado descenso de los ingresos femeninos. Pero, si sumamos ambos sexos, encontramos que la mayor prevalencia de ingresos se da entre 1995 y 2005; aunque luego de este punto, se separan, se vuelven a unir hacia el final, con un marcado descenso de ingresos masculinos en el periodo 2015-2022.

Problemáticas de consumo, edad y sexo.

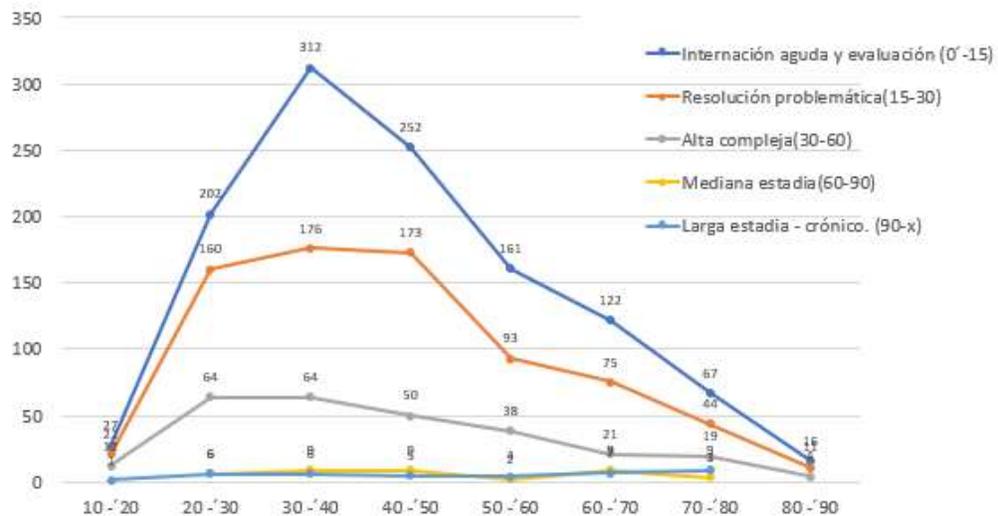


Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia

En cuanto a la edad, observamos que en los ingresos de sexo masculino se da una mayor prevalencia entre los 20 a 50 años; pero el grupo de mayor prevalencia está conformado por aquellos pacientes entre los 30 y 40 años. Luego, si bien representan buena parte, los grupos restantes decrecen; pero, aun así, es necesario destacar que, en comparación con otras patologías, hacia el grupo de mayor edad, hay menos prevalencia.

Ahora bien, si observamos el sexo femenino, inferimos que existe mayor prevalencia en el rango etario de 30 a 50 años; pero es necesario destacar que, en ingresos masculinos hay mucha mayor prevalencia entre los 50 a 60 años que en los ingresos femeninos. Asimismo, en los ingresos femeninos existe mayor prevalencia en los grupos de 60 a 70 y de 80 a 90; pero quedan igualados los casos en los rangos etarios de 70 a 80 años. Es interesante observar cómo se comportan estas variables, dado que, si bien hay mayor prevalencia en ingresos masculinos, la distribución de las edades se da de manera heterogénea en comparación con el sexo femenino.

Gráfico por Tiempo de internación distribuido en edades



Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

Ahora bien, observamos que la mayor prevalencia se da la en los ingresos de internación aguda, indistintamente del rango etario al que pertenezcan. Además, la misma mantiene una tendencia decreciente hacia los ingresos de larga estadía. **Sí** es necesario destacar **que**, el grupo de mayor prevalencia en esta última sección son los ingresos de entre 70 y 80 años; no así, en los ingresos de mediana estadía, que es de 60 a 70 años. **Aunque resulta llamativo** que existan algunos grupos etarios que no pertenezcan a este grupo; es por ello que, en términos generales,

podemos decir que indistintamente de la edad, el tiempo de internación se centra en un primer grupo: la internación aguda, para luego pasar a una resolución problemática. Pero, sin dejar de mencionar, el leve aumento que se da luego de la caída de ingresos hacia los ingresos de larga estadía; si bien aumenta la cantidad levemente, hay ingresos de rangos etarios más jóvenes que desaparecen.

Gráfico de porcentajes de reingresos

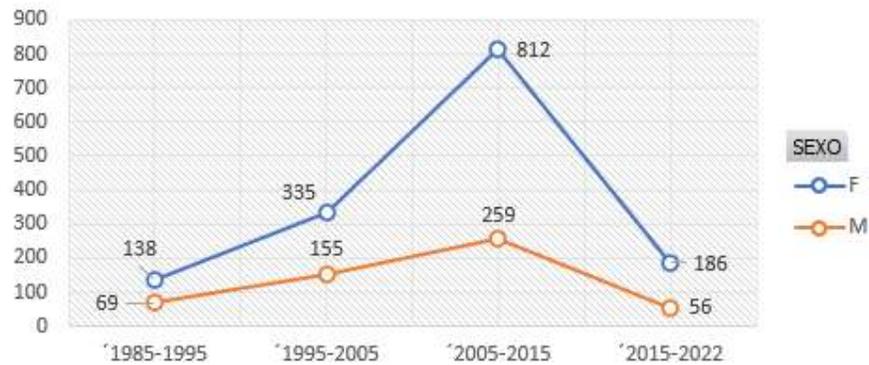


Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia

En cuanto a los reingresos, el 49% de pacientes ingresados con este tipo de diagnóstico volvió a internarse en la Clínica al menos 1 vez. En números específicos, son en total 392 pacientes; de los cuales el 60% reingreso 1 vez y el 18%, 2 veces; asimismo, cabe destacar que para aquellos que ingresaron más de 5 veces, el porcentaje aumenta a 8%, cuando para aquellos que ingresaron 3 veces es solamente del 3%.

Trastorno de la Personalidad.

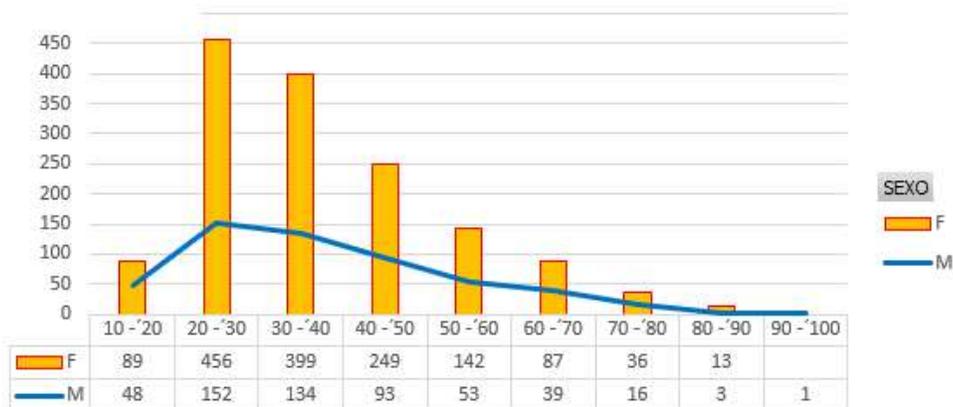
Gráfico de ingresos con trastorno de la personalidad distribuido en el tiempo



Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia

En este grupo diagnóstico observamos que se atendieron un total de 2010 ingresos; de los cuales 1471 pertenecen al sexo femenino y 539 al masculino, brindando así, una mayor prevalencia en el sexo femenino que en el masculino. Por otro lado, observamos que el punto máximo para ambos sexos se da entre el 2005 y el 2015, si bien hubo un crecimiento muy importante de ingresos femeninos en comparación con el periodo de 1995 al 2005. Aun así, luego del periodo 2005-2015, ambas patologías representan una caída abrupta hasta la actualidad.

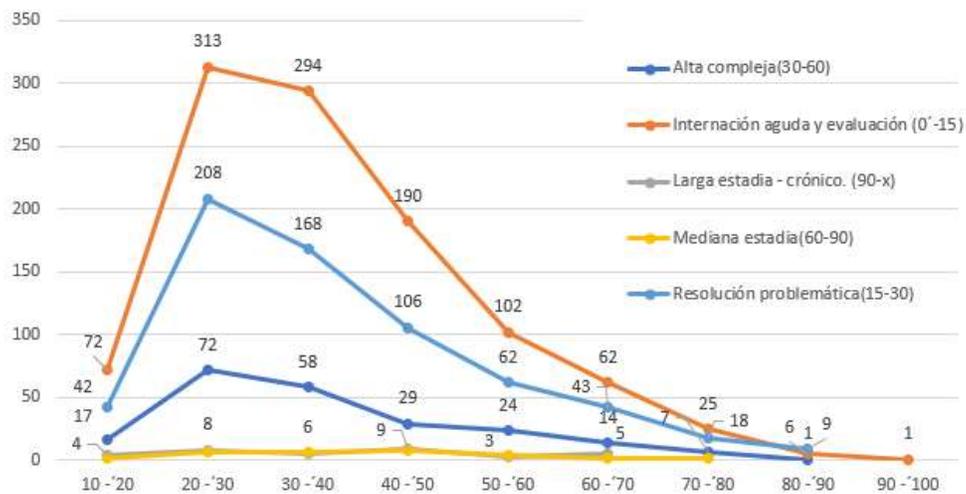
Trastorno de la personalidad, prevalencias de edad y sexo



Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia

Este gráfico nos muestra cómo se comporta la variable edad en torno al sexo; en este sentido, inferimos que, en esta patología, indistintamente del sexo, los rangos etarios se comportan del mismo modo. Los grupos de mayores prevalencias pertenecen a los 20 a 30 años, seguido de los 30 a 40, para luego seguir decreciendo hasta los 80 a 90 años. Entonces, entendemos que indistintamente del sexo, los trastornos de la personalidad afectaron más a los grupos etarios de 20 a 30 años seguido de los 30 a 40.

Trastorno de la personalidad, rango de edad y tiempo de internación.

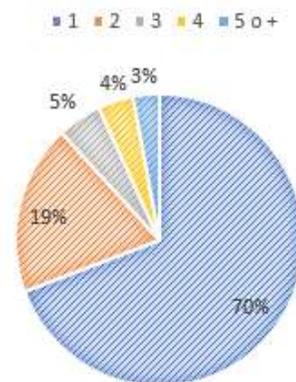


Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia

Considerando las variables tiempo de internación y los rangos de edad; observamos como son concordantes tanto la internación aguda y los grupos etarios de 20 a 40 años como los de mayor prevalencia. En este sentido, cabe destacar que, indistintamente del rango etario, la misma se comporta de forma decreciente, hasta llegar a los casos de mediana estadía donde la línea se mantiene estable. Aun así, existe un grupo que se encuentra desafectado de este comportamiento y es el rango etario de entre 80 a 90 años, que se comporta de forma creciente.

Gráfico de porcentajes de reingresos

T. PERSONALIDAD

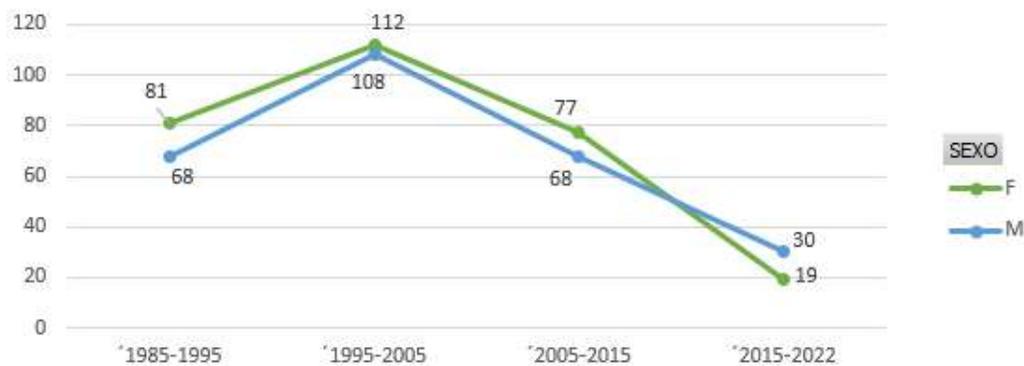


Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia

Por otro lado, en cuanto al trastorno de la personalidad y el % de reingresos, descubrimos que, de un total de 2010 ingresos, 840 reingresaron, es decir un 42%. En términos de pacientes reales, son 320 de los cuales el 70% volvió a ingresar 1 vez, el 19%, 2 veces y luego decrece. Siendo la mayor cantidad de reingresos, de 9 veces.

Organicidad

Organicidad y su evolución en la Clínica Las Heras.

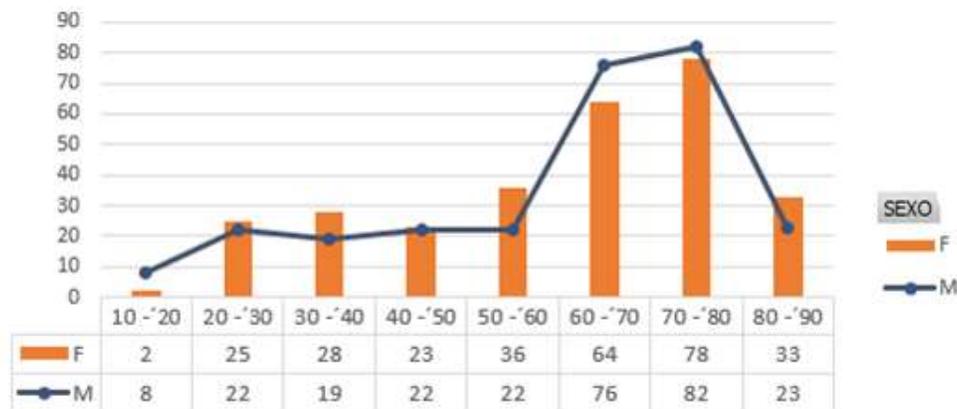


Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

En este grupo se atendieron en total 563 ingresos, de los cuales 289 son femeninos y 274 masculinos. Dada la poca diferencia entre ambos sexos, y contemplando que en rasgos generales la prevalencia en la institución siempre fue de ingresos de sexo femenino, podríamos

decir que en la Clínica Las Heras, no hubo una diferencia significativa de sexo en cuanto a la prevalencia de este trastorno. Asimismo, observamos como los ingresos distribuidos en el tiempo tampoco representan mayores diferencias y se comportaron de manera semejante, un pico de ingresos en el periodo 1995-2005 hasta un posterior descenso en los ingresos desde el 2015 hasta el 2022; pero en sí, cabe destacar que se invirtió la prevalencia en este último periodo. Entre 2015-2022 existe una mayor prevalencia de ingresos masculinos con organicidad.

Organicidad, rango de edad y sexo

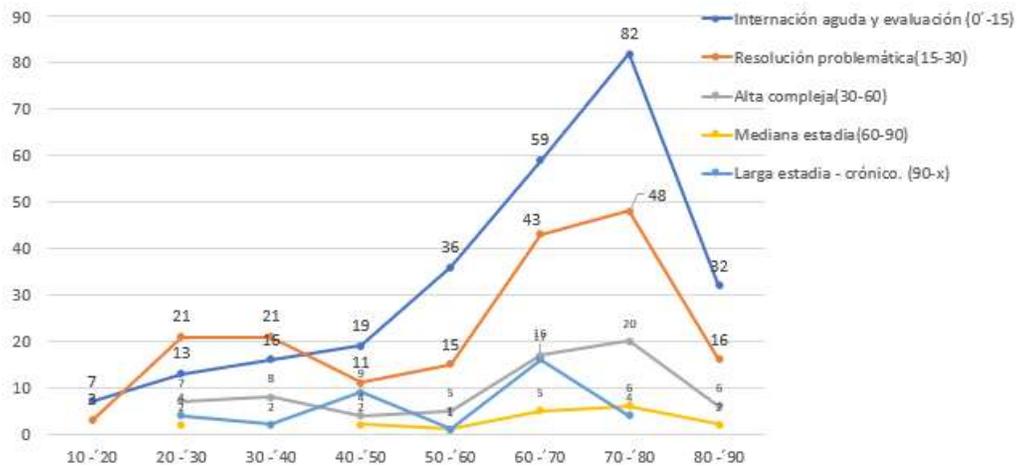


Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

Ahora bien, en cuanto a los grupos etarios, es claro que el grupo de mayor prevalencia es el de 70 a 80 años, seguido por el de 60 a 70 años. En este sentido, estos dos grupos son los que mayoritariamente representan la muestra; mientras que, en los grupos de edad inferiores, no vemos mayores fluctuaciones. Además, podemos mencionar que existen diversas diferencias en cuanto al rango de edad y al sexo.

En este sentido, los ingresos de sexo masculino prevalecieron más en los grupos de 15 a 20, 60 a 70 y de 70 a 80 años. Pero, el grupo de los ingresos femeninos que mayor prevalece, se da en los pacientes de 30 a 40, 50 a 60 y, por último, de 80 a 90 años.

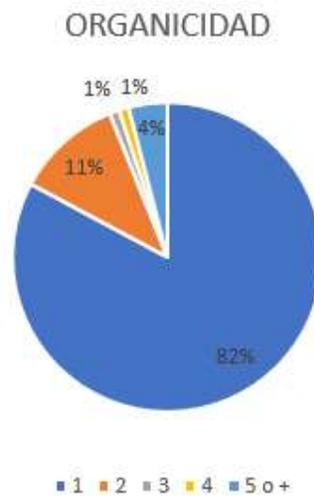
Organicidad, Tiempo de internación y rango de edad



Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

Por otro lado, atendiendo a las variables de tiempo de internación y los grupos etarios, observamos que, indistintamente de su edad, prevalece la internación aguda por sobre el resto. Aún más, el grupo de mayor prevalencia se da en los 70 a 80 años, para luego decrecer hasta los pacientes de larga estadía. Lo mismo sucede con el grupo etarios de 80 a 90 años. Pero, si tenemos en cuenta el otro grupo de mayor prevalencia, el comprendido entre los 60 a 70 años, vemos que se comporta de otra forma; existe un rebote significativo hacia los pacientes de mediana estadía hasta aquellos de larga estadía. Este tipo de comportamiento, se replica en los grupos etarios de 40 a 60 años. Pero, donde si observamos un comportamiento contrario al resto, es en los grupos de 20 a 30 y de 30 a 40 años. Estos pacientes tienen su pico máximo en los casos de resolución problemática y luego decrecen hasta los pacientes de alta complejidad, donde no se registran más casos.

Gráfico por reingresos



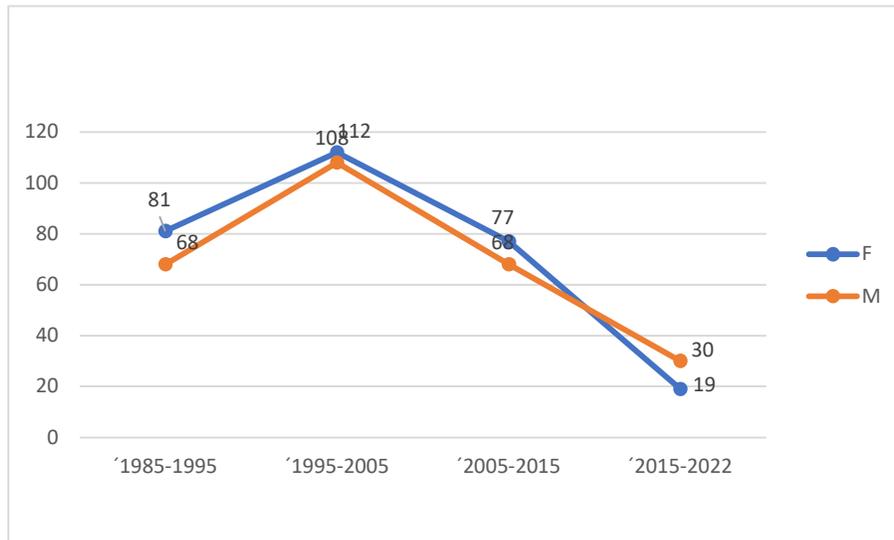
Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia

Por otro lado, contemplando los reingresos, encontramos que, de 563 ingresos, el 32%, o sea, 179, reingresaron al menos 1 vez. El número de pacientes reales es de 73, de los cuales el 82% volvió a ingresar 1 vez, luego el 11%, 2 veces y el 4% ingreso más de 5 veces. El máximo de veces ingresado es de 7.

Riesgo Suicida

En total se han atendido 404 ingresos, de los cuales 280 pertenecen al sexo femenino y 124 al sexo masculino. Mas allá de la alta prevalencia en mujeres, es necesario observar que, en la Clínica, este tipo patología tuvo su punto culmine en el periodo 1995-2005 y fue decreciendo luego hacia el 2022, sin dejar de mencionar un leve aumento en el género masculino. Sin embargo, en rasgos generales, al comienzo ambos sexos se comportan de manera contraria, y a partir del 2015, decrecen mutuamente.

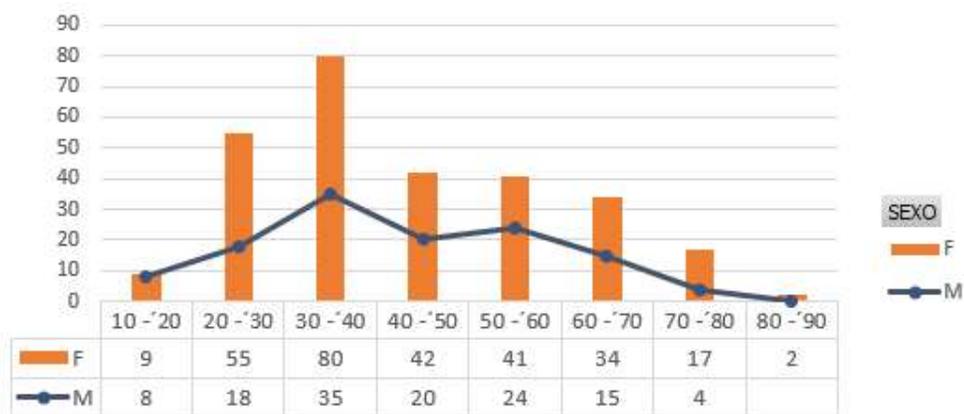
Evolución de ingresos con Riesgo Suicida en la Clínica Las Heras



Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

Ahora bien, si contemplamos el rango de edad, observamos que el grupo de mayor prevalencia se encuentra en ambos sexos entre los 30 y 40 años; y que en el resto de los grupos etarios no hay mayores diferencias en cuanto a las prevalencias, comportándose de manera homogénea; a excepción del grupo entre 50 a 60 años, que sufre un leve aumento en los ingresos de sexo masculino en contraposición con los de sexo femenino.

Riesgo suicida, rango de edad y sexo

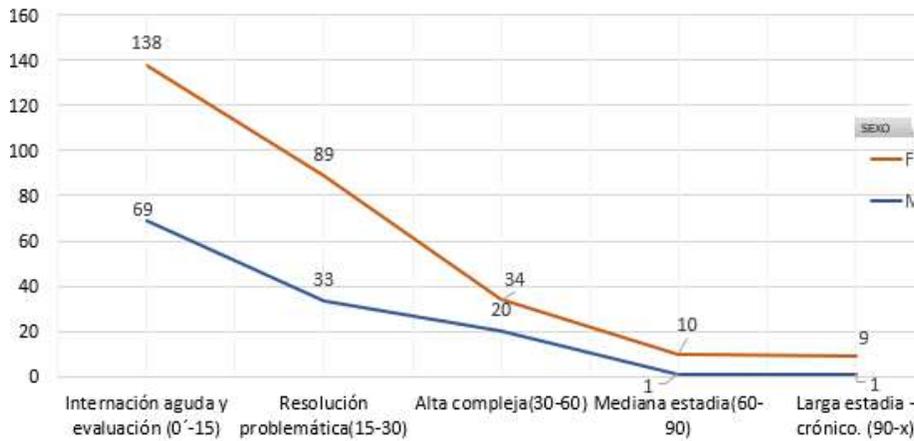


Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

Ahora bien, en cuanto al tiempo de internación, observamos que la prevalencia se observa para los casos de internación aguda, seguido de la resolución problemática en ambos sexos. Aún más, mantienen ambos sexos el mismo tipo de resolución, ambos decrecen en

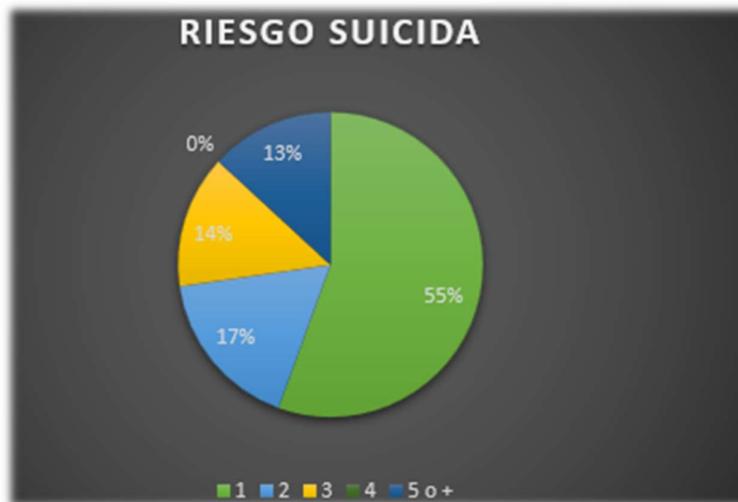
cuanto a cantidad de pacientes una vez cruzado el umbral de la internación aguda. Aunque, sí es notoria la marcada diferencia en la cantidad de pacientes en cuanto a los de mediana estadía y los de larga estadía, siendo el grupo femenino el de mayor prevalencia.

Riesgo suicida, sexo y tiempo de internación



Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

Gráfico de porcentajes de reingresos



Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia

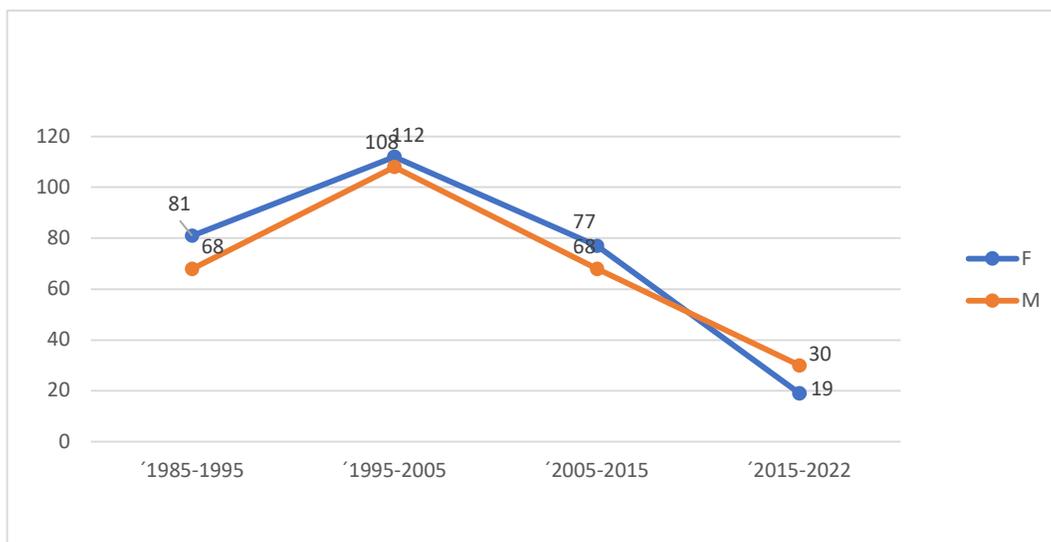
En cuanto a los reingresos, de 404 ingresos de pacientes, 159 volvieron a reingresar; es decir un 39%. En termino de pacientes reales, son 54, de los cuales el 55% ingreso una vez más,

seguido del 20% de pacientes que ingreso 2 veces. El máximo de veces que un mismo paciente ingreso es de 14 veces.

Trastorno de la alimentación.

Si bien este es uno de los grupos con menor población, con 104 registros, es interesante destacar la disparidad que se da entre los sexos. Prevalece el sexo femenino en 98 ingresos y apenas 6 ingresos masculinos. Otro punto interesante, es que la población masculina se mantuvo sin variaciones desde los comienzos de la Clínica hasta el 2015; en la población femenina es otra la historia. Observamos como hubo un aumento sustancial en el periodo 1995-2005, pero luego decrece mucho, aunque sigue habiendo ingresos hasta la fecha, que paradójicamente es igual que al comienzo.

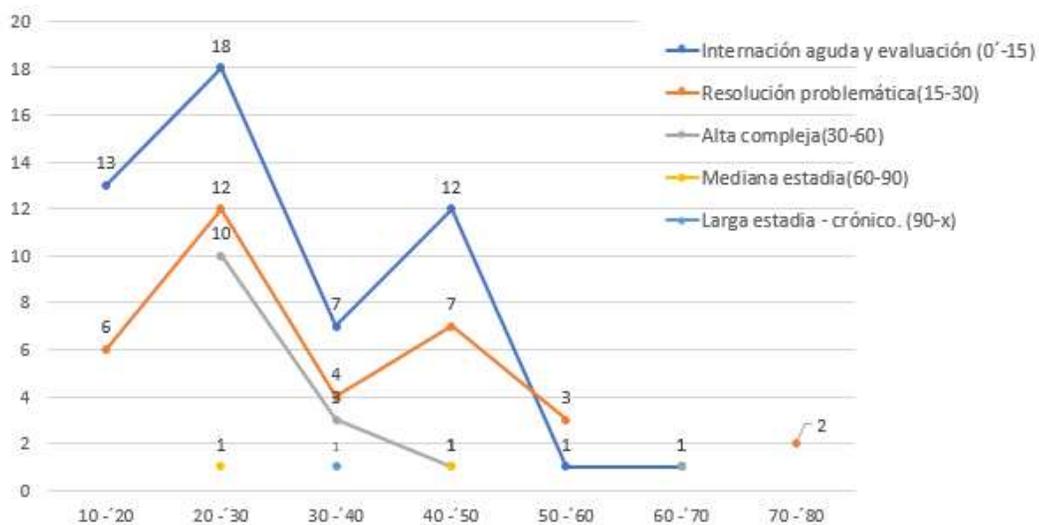
Evolución de los trastornos de la alimentación en la Clínica Las Heras.



Fuente: Clínica las Heras, elaboración propia.

En cuanto a la edad de estos ingresos, el grupo que prevalece dentro del rango de edad es el de rango etario de 20-30 años; seguido de otro grupo de entre los 40 a 50 años. Si evaluamos, el tiempo de internación, encontramos como la prevalencia se da también en aquellos de internación aguda.

Trastornos alimentarios, rango de edad y tiempo de internación.



Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia.

Se hace necesario destacar, el segundo grupo, de resolución compleja, se comporta de la misma forma que el grupo que prevalece, siendo estos dos quienes mayoritariamente representan a esta población. Aun así, es interesante observar cómo los ingresos de alta compleja comienzan entre los 20 y 30 años y decrecen de forma abrupta hasta su último paciente de 40 a 50 años.

Gráfico de reingresos



Fuente: Clínica Las Heras, elaboración propia

Por otro lado, se registró un total de 104 ingresos con trastorno de la alimentación, de los cuales, 36 son reingresos. En términos de pacientes reales, son 15 los que ingresaron al menos 1 vez, en este sentido, el 60% estuvo 1 vez y el 20% al menos 2 veces. El máximo de veces registrado es de 6 veces.

Conclusiones

Según muestran los resultados, se concluye que hubo una merma de ingresos en la Clínica Las Heras a partir de la sanción de la Ley de Salud Mental 26.657; y que hubo poca variación significativa de prevalencias entre las variables estudiadas en el periodo de 1985-2022.

En términos generales, nuestra población en estudio se comportó de forma heterogénea. Una mayor prevalencia de ingresos femeninos, con un 60%; mientras que el rango etario entre 30 a 40 años, indistintamente del sexo, es el que mayor prevalece. Pero, el grupo de mayor representatividad, indistintamente de los 40 años de análisis, es el de 20 a 50 años.

En cuanto al tiempo de internación, el 99,3% de los ingresos estuvo menos de un año; este es un dato que se mantiene a lo largo de los 40 años de trayectoria. Pero, si lo observamos de acuerdo con la cantidad de días de internación, el 46% de los ingresos, de los cuales el 21% está dentro del rango de edad de 20 a 30 años, ingreso a la Clínica por lo menos 2 o más veces. Aún más, en términos generales, los ingresos femeninos prevalecen en todas las clasificaciones de acuerdo con el tiempo de internación.

Ahora bien, hemos concluido que, a partir de la sanción de la ley de Salud Mental 26.657; hubo una importante baja en la cantidad de ingresos, pero que aumentó el tiempo de internación, mientras que la cantidad de reingresos se mantuvo igual. Por otro lado, no se observó en la población grandes cambios en las prevalencias en el tiempo de internación, rango etario y GRD.

Esto se expresa a partir de que, entre el periodo analizado de 2005-2015, se registra la mayor cantidad de ingresos, con un 37%; lo interesante es que no hay variaciones en cuanto a la tasa de prevalencia entre ingresos masculinos y femeninos. Desglosándolo, observamos que, el 22,2% son femeninos y el 14,9% son masculinos. De ellos, en este periodo; el 10,5% de ingresos femeninos tuvo un tiempo de internación de 1 a 15 días; en comparación con 6,4% de masculinos. Aun así, cabe destacar que existe una diferencia donde queda demostrado que la cantidad de ingresos puede variar sustancialmente en cuanto a los tiempos de internación, por ejemplo, entre 1995 y el 2005, se registra la mayor prevalencia de pacientes que estuvieron internados de 1 a 15 días, un 11,4% en femeninos y 7,3% masculinos.

Ahora bien, lo interesante es que, para el último periodo, el comprendido entre el 2015 y el 2022, con la sanción de la Ley de Salud Mental, la población disminuyó, hasta llegar actualmente al 12% de la población. No obstante, prestando conformidad con lo que la Ley plantea, se esperaría que el tiempo de internación baje, pero esto no es así, y tal vez eso sea

debido al cambio en el perfil institucional, ahora devenido en residencia con bajo nivel de complejidad. De hecho, la mayor prevalencia se da en los pacientes que permanecen internados entre 15 y 30 días, un 2,7% en pacientes femeninos y 1,5% masculinos; en cambio, los pacientes con internación aguda se dan en un 2,1% en femeninos y 1,2% en masculinos, hasta el 2022, cuando se produce el cambio de modalidad. En otras palabras, esto se debe, principalmente que la Clínica Las Heras se vio inscripta en un cambio fundamental en cuanto a su forma de atender pacientes. Convirtiéndose en una Residencia conforme a la Ley de Salud Mental. Se podría inferir, que, a partir de la Ley de Salud Mental, se modificó el perfil poblacional.

Aun así, concluimos que, en los tiempos de internación entre 1 y 30 días, la prevalencia es de 30 a 40 años, pero, pasado los 30 días de internación, la prevalencia del rango de edad se expande entre los 20 y 70 años. Más aun, en cuanto al sexo, si bien la prevalencia se da una vez más en los pacientes femeninos de 1 a 15 días, es donde más brecha hay entre masculinos y femeninos. Luego, se genera un decrecimiento de la brecha a partir de los 15 días de internación. Entonces, se concluye que, a partir de los 15 de internación, la diferencia de sexos comienza a reducirse y que, en el rango de edad a partir de los 30 días de internación la población se disemina en cuanto a la edad.

Por otro lado, concluimos que, no hubo grandes variaciones en las prevalencias de edad en la población general, hacia el 2015-2022, la mayor prevalencia se da en ingresos de 20 a 30 años con el 2,5%, seguido del rango de 30 a 40 y 40 a 50 años, con el 2,3%. En cuanto a los ingresos y reingresos, el 53,9% de los pacientes ingresaron 1 vez, y el 20,8% 2 veces; de los cuales entre el 2005 y el 2015, el 3,1% son masculinos y el 4,8% femeninos; en comparación del 2015 y el 2022 donde el 0,9% son masculinos y el 1,5% son femeninos. De esta forma, demostramos una vez más la prevalencia en el sexo femenino y como el rango etario no varía el tiempo.

Ahora bien, en cuanto a los GRD, concluimos que se cumple según lo estipulado entre la prevalencia de depresión en ingresos femeninos, mientras que, en ingresos masculinos, la prevalencia se observa en la adicción a sustancias.

No obstante, teniendo en cuenta los GRD y el rango etario, concluimos que, las patologías de organicidad entre los 70 a 80 años, riesgo suicida entre los 30 a 40 años y los trastornos de personalidad entre los 20 a 30 años; afectan indistintamente del sexo.

Pero en cuanto a la adicción a sustancias afecta a ingresos masculinos de 30 a 40 años; y en psicosis a ingresos femeninos de 40 a 50 años. Lo cual nos demuestra que más allá del tiempo transcurrido, estos números reflejan la permanencia de estos valores en los 40 años de legado.

Hemos demostrado como a partir de la sanción de la Ley de Salud Mental, no hubo grandes cambios en las prevalencias en cuanto a las variables estudiadas; solo impactó en el número de pacientes ingresados en la Clínica y finalmente en el cambio de modalidad.

Este tipo de estudios sirve a la implementación de políticas públicas que puedan traer un verdadero beneficio a la comunidad; desarrollando un abordaje en Salud Mental, adecuado a la problemática de la población argentina.

Referencias

- Alicia Aguilar Muñoz, e. a. (2008). *Informe SEIS La gestion del medicamento en los Servicios de Salud*. Madrid: ONA.
- Alzate, M. (2003). Epidemiologia psiquiatrica. *Revista Colombiana de psiquiatria vol.32 no.1*.
Obtenido de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000500011
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnostico y Estadistico de los Trastornos Mentales DSM-5*. Latinoamerica: Panamericana.
- Bertolote, J. M. (Septiembre 2008). Raices del concepto de Salud Mental. *World Psyquiatry (ed. ESP)*, 113-115.
- Cerdá, J. M. (2005). Las reformas del Sistema de Salud en los ´90. La disputa entre el Estado y los Sindicatos. *Astrolabio Revista Electronica del Centro de estudios Avanzados de la Unc.*, 1-25.
- Cohen, H. N. (2009). *Argentina " el programa de Salud Mental de Rio Negro"*. Rio Negro.
- Di Nellia. Yago, S. M. (Septiembre de 2011). Las camas del Sector Publico destinadas a Salud mental como indicador del proceso de cambio hacia el nuevo paradigma mayo 2010- mayo 2011. *Revista Argentina de Salud Publica, Vol 2 N°8*, 43-46.
- Etchevers, M. G. (2019). *Estado de salud mental de la poblacion argentina y variables asociadas*. Ciudad de Buenos Aires: Observatorio de Pricologia Social aplicada, Facultad de Psicologia, Universidad de Buenos Aires. Obtenido de <http://www.psi.uba.ar/opsa/#informes>
- Fantin, J. C. (2004). Estudio epidemiologico sobre la variacion de la demanda en salud mental en las ultimas decadas. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat. n°58 Vol. XV*, 245-250.
- Fundacion Aequus, Hospital Frances. (19 de Junio de 2009). *Atencion Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)*. Obtenido de [unida.org.ar: https://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud%20Comunitaria/APOC.pdf](https://www.unida.org.ar/Bibliografia/documentos/Salud%20Comunitaria/APOC.pdf)
- Fundacion UADE. (2020). *Pandemia y Salud Mental*. Ciudad Autonoma De Buenos Aires: UADE.
- Funk, M. F. (2009). *Organizacion de los servicios de salud mental*. Madrid.
- Guilherme Borges, M. E.-M.-M. (Septiembre/Octubre de 2004). El papel de la epidemiologia en al investigacion de trastornos mentales. *Salud publica de Mexico vol.46 no.5*.

- Internacional Committee on Mental Hygiene.,. (1948). International Congress on Mental health. London/New York: Universty Press.
- Kessler RC, M. K. (2007). Prevalence, Comorbidity and service utilization for mood disorders in the United States at the Beginning of the Twenty first Century. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 137-158.
- Konh R, R. J. (2009). Prevalencia y carga de los trastornos mentales en la poblacion adulta de America Latina y el Caribe. En O. P. Salud, *Epidemiologia de los Trastornos mentales en America Latina y el Caribe* (págs. 19-32). Washington DC: OPS.
- Larraya FP, C. M. (1982). *Prevalencia de la patologia mental en la megapolis de Buenos Aires*. Buenos Aires: Consejo Nacional de Investigaciones Cientificas y Tecnicas.
- Ley Nacional de Salud Mental N°26657. (2013). Argentina.
- Ley Personas con deficiencias mentales, toxicomanos y alcoholicos N° 22914. (1983). Argentina.
- Lorenzetti, R. L. (1998). *La Empresa Medica*. Santa fe: Rubinzal Culzoni.
- Luchetti, C. (14 de 09 de 2022). Clinica Las Heras, 40 años, un legado. (N. Obiglio, Entrevistador)
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2019). *Primer Censo Nacional de Personas internadas por motivos de Salud Mental*. Argentina: Presidencia de la Nacion.
- Minoletti, A. .. (2009). *Desarrollo de politicas y planes de salud mental comunitaria*. Madrid: OPS.
- Naciones Unidas. (28 de Septiembre de 2022). *news.un.org*. Obtenido de <https://news.un.org/es/story/2022/09/1515371>
- Neuman, H. N. (2014). *Prevalencia de probelmas de Salud Mental en la Ciudad de Buenos Aires; factores asociados, utilizacion de servicios y cobertura sanitaria*. Ciudad Autonoma de Buenos Aires: Programa de Epidemiologia de Salud mental.
- Organizacion Mundial de la Salud. (1992). *Decima revision de la Clasificacion Internacional de las Enfermedades. Descipciones Clinicas y pautas para el Diagnostico*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (31 de Diciembre de 2014). Documentos Basicos 48 edicion. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organizacion Mundial de la Salud. (11 de Septiembre de 2021). *Who.int*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los Trastornos Mentales en la Región de las Américas, 2018*. Washington, DC: OPS.
- Oxford University. (1988). *Diccionario de epidemiología*. Oxford: Oxford University Press.
- Sarraceno, B. F. (2009). *La salud mental desde una perspectiva mundial*. Madrid: OPS.
- Sierra, P. G. (2014). *Desarrollo de Grupos Relacionados por el Diagnóstico en un Hospital público: Implementación de un modelo de Gestión Clínica*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Stagnaro, J. c. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la república argentina. *Vertex revista argentina de Psiquiatría*, Vol. XXIX, 275-299.
Obtenido de <https://apsa.org.ar/docs/vertex142.pdf>
- World Health Organization. (2022). *World Mental Health report: Transforming Mental Health for all*. Geneva: WMH.