

Licenciatura en Psicología

Trabajo Final de Integración

Rehabilitación Psicosocial: desde el modelo Manicomial al Comunitario.

Autor: Nadia Jenks

Tutor: Yamila Comes

ÍNDICE

Introducción.....	2
Planteo del problema y objetivos.....	3
1. MODELO MANICOMIAL DE ATENCION PSIQUIATRICA	
1.1	
Antecedentes.....	4
1.2 Caracterización del Modelo Asilar.....	6
2. LA REFORMA PSIQUIATRICA	
2.1 El nacimiento político de la psiquiatría y el higienismo mental.....	9
2.2 Los movimientos de reforma psiquiátrica.....	10
3. LA REESTRUCTURACION DE LA ATENCION PSIQUIATRICA	
3.1 Lineamientos para las políticas en Salud Mental.....	12
3.2 La estrategia de reformulación del Modelo Asilar.....	14
4. MODELO COMUNITARIO	
4.1 Modelo comunitario en Salud Mental.....	16
4.2 La experiencia de Río Negro.....	17
5. REHABILITACION PSICOSOCIAL	
5.1 Surgimiento del interés por la rehabilitación.....	18
5.2 Definición del concepto de rehabilitación.....	19
5.3 Modelos de rehabilitación psicosocial.....	20
5.4 Programas y estrategias de rehabilitación psicosocial.....	23
5.5 Dispositivos de rehabilitación.....	24
METODOLOGIA	
Tipo de estudio.....	27
Participantes.....	27
Instrumento.....	27
Procedimiento.....	28

DESARROLLO

Conformación y funcionamiento del servicio de HN y CMC de un Hospital 1	29
Conformación y funcionamiento del servicio de Salud Mental de otro hospital.....	34
Estrategias de rehabilitación psicosocial.....	37
Fortalezas y debilidades.....	48
CONCLUSIONES.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXO.....	64

INTRODUCCIÓN

El contenido del trabajo de integración final surge a partir de la práctica de habilitación profesional V realizada en el servicio Hospital de Noche (HN) y Casa de Medio Camino (CMC) perteneciente a un Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial. El constituye el lugar de referencia para la atención de pacientes de sexo masculino que padecen trastornos mentales graves.

El servicio HN y CMC pertenece al Departamento de Rehabilitación cuya función es trabajar en pos de la rehabilitación psicosocial, resocialización y descronificación de pacientes psiquiátricos que han transitado internaciones en otros servicios de salud mental, y que por estar en una etapa estable o compensada de su enfermedad se considera que son factibles de rehabilitar.

Las internaciones son mayormente prolongadas provocando lo que suele denominarse hospitalismo, lo que implica que los pacientes se acostumbran a la vida estructurada del hospital, siguiendo una rutina de actividades y horarios que no dependen de ellos, y provocando por tanto, que tiendan a perder las habilidades que hacen a la vida cotidiana tales como: laborales, relacionales, cuidado personal, etc. Esta situación de hospitalismo se torna un impedimento a la hora de la externación y reinserción social de los pacientes, situación que es muchas veces agravada por la ausencia de referentes familiares o amigos, por la inexistencia de un hogar en el afuera, por la dificultad a la hora de conseguir un empleo, constituyéndose en serios obstáculos en el tránsito internación – externación.

El servicio de HN y CMC busca sortear estos impedimentos y trabajar en función de habilitar las habilidades necesarias para la vida en sociedad y recuperar o rearmar contactos familiares, sociales y laborales. Para dicha tarea el servicio cuenta con dos dispositivos: uno es Hospital de Noche que funciona como instancia intra-hospitalaria de puertas abiertas, y por otro lado la Casa de Medio Camino, que funciona como instancia extra-hospitalaria.

La práctica de habilitación profesional consistió en concurrir a ambos dispositivos dentro de los cuales se participo de actividades tales como: pre-admisiones, entrevistas con pacientes, familiares y con profesionales de otros servicios, reuniones de equipo, entrega de medicación y talleres, fundamentalmente. Estas actividades fueron desarrolladas en horarios matutinos y vespertinos hasta cumplir en la institución un total de 320 horas. Cumplidas estas se continuo asistiendo al servicio y formando parte del equipo de trabajo de manera voluntaria, por un tiempo de aproximadamente 15 meses.

A partir de la participación en este dispositivo y de tomar conocimiento sobre cómo surge y funciona esta modalidad de trabajo, nace el interés por indagar acerca de cómo se rehabilita en distintas instituciones de Salud Mental, cuales son las limitaciones en cada caso y qué se debería mejorar o implementar para favorecer la reinserción social de estos pacientes. Es así que surge el tema de este trabajo que consiste en abordar la rehabilitación psicosocial de paciente psiquiátricos desde dos modelos de institución: uno desde el servicio de HN y CMC

como dispositivo perteneciente a un hospital psiquiátrico y el otro desde el modelo de desmanicomialización para el cual se tomará como referencia el servicio de Salud Mental del Hospital a, cuyo modo de trabajo es conocido como “Modalidad Rionegrina”. Dicha modalidad surge a partir de la sanción de la ley 2440 en el año 1991, la cual prohíbe el funcionamiento de servicios de internación prolongada, comúnmente denominados manicomios. Es por ello que los efectores de salud mental forman parte del Hospital General de la ciudad, en este funcionan los servicios de guardia y consultorios de salud mental destinados a atender las demandas de la población en general, otro dispositivo es la Casa de Medio Camino ubicada en un barrio de la ciudad, donde concurren aquellos usuarios que requieren mayor seguimiento y rehabilitación, finalmente el servicio cuenta con una chacra en donde se han organizado pequeñas empresas sociales a fin de que los usuarios puedan contar con una fuente laboral y de ingresos.

OBJETIVOS

A partir de lo antes mencionado surge el objetivo general de trabajo que consistió en: comparar los dispositivos de rehabilitación psicosocial de pacientes psiquiátricos desde dos modalidades de abordaje y evaluar fortalezas y debilidades de cada uno.

De este se desprenden los siguientes objetivos específicos:

Describir la conformación y funcionamiento del Servicio de HN y CMC del Hospital Neuropsiquiátrico (1).

Describir la conformación y funcionamiento del Servicio de Salud Mental del Hospital modalidad rionegrino (2).

Describir las estrategias de rehabilitación psicosocial utilizadas por el servicio de HN y CMC del Hospital T 1 y las del servicio de Salud Mental del Hospital 2.

Analizar y comparar las fortalezas y debilidades del dispositivo de HN y CMC y las del servicio de Salud Mental.

Para el abordaje de los mencionados objetivos se comenzará por desarrollar los conceptos principales que servirán de apoyatura teórica, luego se hará referencia a la metodología empleada en este trabajo, para continuar con el análisis de los objetivos y las conclusiones que de allí se desprenden.

MARCO TEORICO

1. MODELO MANICOMIAL DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

1.1 ANTECEDENTES:

En la época medieval se concebía al enfermo mental como un ser influenciado por fuerzas sobrenaturales, atribuyendo las causas de sus conductas a castigos de los dioses. En la ciencia antigua la locura sale del período místico con el desarrollo de la medicina naturalista a partir de la cual, se comienza a pensar que las enfermedades mentales portaban como causas alteraciones del organismo. Sin embargo, con el advenimiento del catolicismo se produce una regresión al misticismo, al considerar al ser humano como un ser dotado de espíritu, de un alma racional producto del soplo divino de Dios. Es así que se vuelve legítimo suponer que las pérdidas de razón eran fruto de las hazañas del diablo, por lo cual estas personas poseídas, pecadoras, herejes más de una vez eran castigadas con la hoguera. El renacimiento no llegó para las ciencias psicológicas hasta la Revolución Francesa, con la psicología naturalista, surgieron Pinel y Esquirol revolucionando la patología mental (Ingenieros, 1919).

Goffman (2004) establece que es a partir del siglo XVIII, que las personas que por mucho tiempo fueron vistas como seres endemoniados o poseídas por instintos de fieras, comienzan a ser tratadas bajo el mandato médico. Es en consecuencia que surgen instituciones para tratar la locura, es decir, los manicomios cuyo nombre mutara por el de asilos para insanos y luego por el de hospitales psiquiátricos.

En los comienzos denominar manicomio a los lugares para enfermos mentales pretendía referirse a un nuevo orden médico para la locura. Dicha denominación proviene de manía que era el diagnóstico habitual de la locura especialmente en Esquirol. Es a partir de este que se comienza a diferenciar la internación de los considerados enfermos de los asilos para pobres, místicos, libertinos o criminales, marcando el ingreso de la figura del médico al tratamiento de la enfermedad mental (Galende, 2006).

En nuestro país la consolidación del modelo agroexportador a comienzos de siglo, produce oleadas de inmigrantes atraídos por los aires de progreso y riqueza que dicho modelo prometía, produciendo como consecuencia, marginalidad, indigencia y locura. La higiene pública, concebida como una política de estado consideraba este rápido crecimiento de las ciudades como una amenaza contra el orden social. Pronto el higienismo se enlazará con el alienismo, corriente que debe remontarse a Pinel y a su discípulo Esquirol, dando lugar a la creación de los primeros hospicios (Lellis & Rossetto, 2009).

El primer manicomio fundado en la capital argentina es el de mujeres en el año 1854, que parte de una iniciativa de beneficencia mientras que el de hombres dependerá del municipio. Para la atención de hombres con enfermedades mentales se conformará el cuadro de dementes en un sector del hospital general de hombres, del cual luego surgirá el Hospicio "Las Mercedes" a cargo de la dirección de José María de Uriarte y más tarde de Lucio Meléndez. Desde sus comienzos estos asilos nacen con el hacinamiento en espacios que son reducidos para la cantidad de internos que aumentaban rápidamente con los movimientos migratorios (Vezzetti, 1985).

El hecho de separar a los locos en instituciones especiales se da desde el comienzo de la medicina, pero la creación de los hospicios como espacios propios de la locura bajo la observancia metódica del médico alienista se constituye después de la caída de Rosas, donde surgirán como símbolos del progreso y lucha contra la barbarie, la medicina social y el saneamiento urbano. Es así que a partir del año 1880 surgen los dispositivos psiquiátricos respondiendo a las solicitudes de orden requeridas para la ciudadanía (Rigone de Montes & Kozak, 1999).

Otra corriente que tendrá influencia en la psiquiatría argentina resulta del positivismo que dará lugar a la imagen de criminalización del loco y del médico como guardián del orden público (Lellis & Rossetto, 2009).

Foucault (1990) desde una perspectiva de análisis de las relaciones de poder en la sociedad señala que el manicomio de la psiquiatría positivista cuya fundación corresponde a Pinel y Esquirol, es desde su origen un espacio judicial donde se acusa, se juzga y condena la locura. En consecuencia, el manicomio como lugar específico para la locura no es una creación de la medicina ni un progreso de la psiquiatría sino que resulta de una decisión política a fin de dar respuesta a un problema social. Aún hoy se ven sus fundamentos en los intentos de avanzar a alternativas de atención que eliminen la internación asilar, donde los obstáculos más que médicos son políticos (Galende, 2006).

1.2 CARACTERIZACIÓN DEL MODELO ASILAR

Las instituciones manicomiales entran en la categoría de lo que Goffman (2004) denomina instituciones totales. Las mismas están caracterizadas por obstáculos que se oponen a la interacción social con el mundo exterior y adquieren forma material a través de puertas cerradas, altos muros, alambres de púa, etc. fueron creadas bajo el supuesto de cuidar de aquellos que no se pueden cuidar por sí mismos y para proteger a la comunidad de aquellos que constituyen una amenaza potencial para ella. En este sentido la primacía de la ley y las presiones públicas hacen que la función custodial del hospital psiquiátrico sea fundamental para preservar el orden social.

En la misma línea de pensamiento Galende (2006) considera que el manicomio forma parte de las instituciones que regulan la vida en sociedad, apartando y conteniendo a los que no se adaptan a las normas sociales establecidas.

Es así que la función fundamental del hospital psiquiátrico ha sido retirar del círculo social a las personas con trastornos mentales, ofreciendo un servicio más bien de custodia que de atención asistencial al enfermo (Levav, 2003).

Estas instituciones totales producen lo que se denomina muerte civil, implica un despojo, que se manifiesta en el interno a través de la pérdida de ciertos roles sociales, que se produce al ingresar a la institución y que quizás no vuelva a recuperar al perder el contacto total con el mundo exterior. Los internos ingresan a la institución con una cultura de presentación, con un estilo de vida y una rutina de actividades. Por otro parte la institución cuenta con un cronograma de actividades y modos de hacer las cosas, lo cual produce una tensión particular entre el mundo habitual y el institucional. Sin embargo, la institución no reemplaza la cultura

particular del ingresante, pero si la estadía es prolongada se produce lo que se denomina desculturación, proceso que conlleva un desentrenamiento que incapacita al sujeto a desempeñarse en la vida diaria en el exterior (Goffman, 2004).

Gruenberg (1967) denominó a este fenómeno síndrome de deterioro social. Y con respecto a éste plantea que, producto de las internaciones prolongadas, los pacientes no solo pierden destrezas y habilidades sociales sino que adquieren paralelamente comportamientos bizarros, generados no por la enfermedad sino por el ambiente insalubre de la institución asilar.

En este sentido se puede decir que otra característica de lo Manicomial es el aislamiento no solo de los internos sino también de los efectores. Aislamiento de la comunidad, de otras instituciones y de otros sectores de la salud (Schiappa Pietra, 1992). La institucionalización psiquiátrica, simbolizada por el hospital psiquiátrico representa un lugar de objetivación del enfermo. Dicha objetivación supone que el enfermo asuma un lugar pasivo frente a las acciones de asistencia de quienes ocupan los lugares de saber-poder personificados por la figura del psiquiatra, quien respaldado por el modelo médico hegemónico legitima las operaciones de objetivación diagnóstica, segregación y custodia terapéutica (Galende, 1990). Es decir, que en la relación institucional el poder del médico es superior, puesto que el paciente al quedar aislado y privado de sus derechos queda a disposición de la arbitrariedad médica (Rigone de Montes & Kozak, 1999).

Por otro lado, lo manicomial conlleva una concepción de salud-enfermedad como dos polos opuestos y antagónicos, donde las personas se clasifican de manera rígida en sanos y enfermos. Esto justifica la existencia de un lugar separado para los locos, donde la internación es un fin en sí mismo y no un medio terapéutico, es decir que el modelo manicomial no se define por técnicas específicas sino más bien por cumplir fines custodiales. Es así, que en estos lugares de reclusión el lugar del saber, el conocimiento y el manejo de las técnicas está monopolizado por corporaciones, en este sentido predominan prácticas individuales y concepciones hegemónicas que imposibilitan el trabajo multi e interdisciplinario (Schiappa Pietra, 1992).

Dentro de este marco la enfermedad es vista como un fenómeno ahistórico y asocial puesto que adopta solo una perspectiva de la técnica psiquiátrica sin tomar en cuenta las causales, las circunstancias sociales, las diferencias de sexo, edad, etnia, religión, etc. a fin de descubrir los temas universales y aportar una solución (Goffman, 2004).

En cuanto al proceso de trabajo en los manicomios diversas Investigaciones asemejan a éste con otros procesos de producción Taylorista – fordista – masificada, en cuanto el trabajo operativo en los manicomios se caracteriza por: rutinización, división y especialización de tareas, trabajo individual, mecanización de las prácticas, etc. Siguiendo con esta idea, se considera que el acto repetitivo y rutinario de las actividades manicomiales hace que las prácticas terapéuticas dentro de éste se transformen en meros actos burocráticos, convirtiendo al paciente en un sujeto anónimo, en un número de cama o de historia clínica. Estos fenómenos de burocratización sustentados en la racionalidad instrumental devienen en procesos de cosificación del enfermo, dejando en segundo plano el objetivo principal de la asistencia del enfermo (Bialakowsky, Lusnich & Rosendo, 2000).

Siguiendo las ideas de Galende (1990) y Schiappa Pietra (1992) los rasgos estructurales de los modelos asilares se podrían resumir de la siguiente manera:

- a) Relaciones de asistencia donde el asistido es sometido al saber y poder del profesional que lo atiende,
- b) supuesto de que la enfermedad hace referencia a lo individual,
- c) clasificación estricta de las personas en sanas y enfermas,
- d) concepción positivista y objetivante del asistido que legitima la manipulación del mismo,
- e) a-historicidad y a-socialidad del trastorno a tratar,
- f) lugar pasivo y participación subordinada del paciente en su tratamiento,
- g) identificación del profesional en un lugar de conocimiento y saber, lo que legitima las practicas de este modelo como ser la internación forzada y el control,
- h) predominio de concepciones científicas hegemónicas donde el saber del profesional médico se correlaciona con el de la ciencia, excluyendo otras prácticas terapéuticas,
- i) la internación es estructural y definitoria del modelo, constituye un fin en si misma y no un medio o recurso terapéutico,
- j) los fines apuntan a la custodia más que a la cura.

2. LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

2.1 EL NACIMIENTO POLÍTICO DE LA PSIQUIATRÍA Y EL HIGIENISMO MENTAL

Con la revolución francesa y el surgimiento de los estados modernos surge la idea de libre circulación de los ciudadanos en los espacios públicos, se trata de una sociedad compuesta por sujetos racionales motorizados por la competencia mercantil. Donde el estado deberá regular a aquellos que resulten disruptivos para el sistema garantizando la armonía del orden social. Es por ello que se hace necesario crear espacios para los que no pueden ejercitar su libertad por hallarse alienados, de aquí surgen las instituciones asistenciales llevadas adelante con una lógica filantrópica (Stolkiner, 2003).

Foucault (1967) describe este proceso como el nacimiento político de la psiquiatría, en el marco de los estados modernos. En el sentido de que la psiquiatría nace relacionada con la necesidad del estado de sostener el orden de la razón, estableciendo los lugares de reclusión como lugares de curación. En este contexto de industrialización, la medicalización de la enfermedad cambiará la relación de asistencia reemplazando el lugar de poder ocupado hasta entonces por la religión. La medicina científica avanzó hacia la especialización, fragmentación y elitización de la asistencia individual, basada en un paradigma biológico y unicausal de la enfermedad, dando lugar a una psiquiatría ocupada en la cuantificación de nosografías.

Este modelo claramente positivista comienza a mostrar fisuras a partir de la crisis del 30. Con el capitalismo en crisis y con el surgimiento de las ideas keynesianas se reformula el estado, y generará en el ámbito de la salud el nacimiento de las políticas sociales universales centradas en la expansión de los derechos ciudadanos, reemplazando la filantropía de los estados liberales. Los estados sociales o de bienestar tuvieron su desarrollo en el período que va desde la posguerra hasta la crisis del 70, generando en el ámbito de la salud cambios de paradigma en cuanto a la unicausalidad y al fundamento orgánico de la enfermedad, hacia un paradigma multicausal que comienza a tomar en cuenta los factores ambientales y de personalidad.

Las transformaciones en el ámbito específico de la salud mental surgen desde principios del siglo XX con el higienismo mental que se opone a las prácticas tradicionales de la psiquiatría e inicia las críticas al modelo asilar. El desarrollo de la psicofarmacología ayudó en esta crítica en cuanto sirvió al control de los síntomas, injustificó la reclusión del enfermo mental. Sin embargo, a pesar de las críticas impulsadas por esta corriente no fue suficiente para modificar las prácticas tradicionales circunscriptas al asilo pero permitió dar los primeros pasos (Stolkiner & Solitario, s.f.).

2.2 LOS MOVIMIENTOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA

Galende (1990) plantea que los movimientos de higiene mental no lograron sus objetivos de reforma, por no contar con el respaldo de movimientos sociales y políticos.

Como lo muestran los movimientos históricos de la reforma conformados por: la comunidad terapéutica de Maxwell Jones, el proceso de desinstitucionalización y creación de los centros comunitarios de salud mental en los Estados Unidos de América, la psiquiatría del sector de Francia y la reforma italiana iniciada por Basaglia, que se desarrollaran a continuación.

a) La comunidad terapéutica en los Estados Unidos de América

Desde 1943 Bion y Rickman trabajaban con grupos de soldados afectados mentalmente, desde donde surgen corrientes de psicoanálisis grupal. Sin embargo, es con Maxwell Jones y sus tratamientos de socioterapia que se oficializa la denominación de comunidad terapéutica. Los principios de la comunidad terapéutica consisten en: a) generar relaciones fluidas de comunicación, evitando la jerarquización; b) tender a trabajar con las dinámicas grupales, interpersonales; c) promover espacios terapéuticos grupales; d) propender a que la comunidad sea el órgano de gestión y evaluación de las actividades; g) construir la comunidad en base a intereses y objetivos comunes que consoliden la implicancia y funcionamiento del grupo. Sin embargo, la instalación de estas comunidades en los hospitales psiquiátricos resultó difícil, con respecto a esto Maxwell Jones demostró que las resistencias que presentaban los psiquiatras respondían a razones de orden político más que médicas.

Si bien recibieron fuertes críticas, en los años cincuenta crecen en todo el territorio norteamericano las socioterapias y las comunidades terapéuticas. Es a partir de éstas que se inician los movimientos de despsiquiatrización, los cuales no hubieran sido posible sin el panorama político y la conciencia social nacida de la posguerra. En 1963 llega la ley Kennedy con el programa Federal de Psiquiatría Comunitaria (Galende, 1990).

b) La psiquiatría del sector de Francia

Esta reforma consistió en dividir el Departamento en una serie de sectores geográficos, en cada uno de ellos trabaja un equipo diversificado, permitiendo reducir al máximo los tiempos de internación y descomprimir las estructuras hospitalarias. Este modelo de trabajo busca superar la asistencia localizada en el sujeto individual como portador de la enfermedad y proyectarse en la comunidad incorporando nuevos dispositivos como hospitales de día, talleres protegidos, dispensarios de higiene, etc. (Huertas, 1991).

Este modelo estuvo orientado a generar políticas de integración en todos los niveles, implementar intervenciones en el ámbito del enfermo y fomentar una estructura reticular comenzando a desplazar la atención desde los hospitales psiquiátricos hacia Centros de Salud Mental (Galende, 1990).

c) La reforma Italiana

Es en el hospital psiquiátrico de Gorizia donde se comienzan a implementar criterios del modelo de Comunidad Terapéutica llevados a cabo en Inglaterra por Maxwell Jones. Dentro del hospital reina una ideología de democracia y libertad pero en contraste con una realidad extramuros donde persiste la exclusión y segregación de los enfermos mentales. En el año 1971 Basaglia será nombrado director del hospital de Trieste, donde retomará las prácticas llevadas adelante en Gorizia pero con la visión ampliada de descomponer la estructura manicomial. Dicho proceso implicará la apertura de los Centros de Salud Mental en Territorio, que llevaran a la conformación de una red articulada e integrada de servicios. Estos movimientos de reforma denominados psiquiatría democrática impulsarán la promulgación de la ley 180 constituyendo la tarea de desinstitutionalización en una política de nivel nacional (Fernández Mouján & Mauri, 1988).

La ley 180/1978 prohíbe los hospitales psiquiátricos a nivel nacional y prevé la apertura de Centros de Salud Mental Comunitarios destinados a la asistencia, prevención, cura y rehabilitación de pacientes psiquiátricos (Pasquale, 2009).

Este movimiento no debe entenderse como un avance en el campo de la psiquiatría ya que más bien constituye su crisis, y es el resultado de un reordenamiento en el campo social y político que conllevará a las políticas en salud mental (Stolkiner, 2003).

Actualmente, es en Italia el país donde más se ha avanzado y consolidado el cierre de los hospitales psiquiátricos, puesto que en Estados Unidos y Francia siguen existiendo (Chiarvetti, 2008).

3. LA REESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

3.1 LINEAMIENTOS PARA LAS POLÍTICAS EN SALUD MENTAL

En América Latina el desarrollo de la atención psiquiátrica ha enfrentado fuertes limitaciones en cuanto no ha sido una prioridad para los gobiernos de turno. En respuesta a esta situación desde 1990 se comienza a gestar el movimiento de Iniciativa para la Reestructuración de la

Atención Psiquiátrica. En noviembre de ese año se celebra en Caracas la conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica de la cual surge el documento que ha servido de base para la acción en diversos países, denominado La Declaración de Caracas. En este documento se hace notar que la atención convencional centralizada en el hospital psiquiátrico no permite alcanzar los actuales objetivos de atención de la salud mental basados en la comunidad, la descentralización, la participación y la prevención (Rodríguez, 2009).

A partir de esta conferencia queda demostrada la ineficacia de los hospitales psiquiátricos para el tratamiento y asistencia de los problemas de salud mental, el gasto económico que significan para el estado e incluso lo perjudicial que resultan para los derechos humanos de los usuarios (Cohen, 2009).

En este sentido, la declaración de Caracas promueve dos objetivos importantes, por un lado impulsa la reestructuración de la atención psiquiátrica y por otro la promoción y protección de los derechos humanos y civiles de las personas con problemas de salud mental (Caldas de Almeida, 2007).

Este último lineamiento será reafirmado por la asamblea general de las Naciones Unidas con la aprobación de la resolución internacional para la protección de los enfermos mentales 46/119 (1991). Dicha resolución prevé principios que pretenden asegurar una asistencia apropiada y garantizar el cumplimiento de derechos tales como el de vivir en la comunidad, a la confidencialidad, al tratamiento y al consentimiento informado, al acceso a la información y de contar con un defensor en el caso de no contar con las facultades para representarse por sí mismo (Barrientos, 2007).

Comienza a perfilarse como respuesta al hospital psiquiátrico la estrategia de desinstitucionalización, perspectiva que requiere un cambio total de paradigma que evolucione a un modelo integral de orientación comunitaria y de la implementación de políticas de estado congruentes con la reestructuración de los servicios. La estrategia de atención primaria promovida por la OMS e impulsada a partir de la Declaración de Alma Ata también ofreció una base para avanzar en la reforma de los servicios de salud mental (OPS, 1978).

En el año 2005 se celebra en Brasil la conferencia “La reforma de los servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas”. A partir de ésta surgen los principios de Brasilia, donde se insta a un sistema de salud basado en la Atención Primaria de la Salud y en la atención del enfermo en su medio comunitario. En la misma conferencia se hace notar que en casi todos los países integrantes existen políticas, planes y programas de salud mental acordes a estos principios, pero sin embargo el nivel de implementación en la cotidianidad se reporta como bajo. Por ello se considera necesario demostrar a quienes toman las decisiones la carga económica y social de las enfermedades mentales, la importancia de la prevención de trastornos mentales y la posibilidad de retornar a los enfermos a la vida habitual; dejando de ser una carga para la sociedad (Barrientos, 2007).

A nivel nacional estos instrumentos servirán de impulso para que algunas provincias comiencen a promover importantes cambios en el ámbito de la Salud Mental.

Rio Negro será pionera en legislar sobre Desmanicomialización con la promulgación de la Ley 2440/91 que será la Ley de promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento psíquico y Entre Ríos impulsara la Ley Enfermos mentales en el año 1994.

Estas provincias apuntaran de una manera más tajante a sustituir los manicomios, mientras que otras, como ser Santa Fe con la Ley N° 10.772/91 tenderá a su transformación (Chiarveti, 2008).

En la ciudad de Buenos Aires, la Constitución de la Ciudad Autónoma (1996) y la Ley Básica de Salud (1999) servirán de impulso para el desarrollo de la Ley de Salud Mental N° 448 sancionada en el año 2000. Estas herramientas legales convergen en el objetivo de transformar el modelo de atención psiquiátrica. Sin embargo, las resistencias en la implementación de la Ley N° 448 hicieron que su reglamentación se retrasara cuatro años y sufriera boicots por parte de organizaciones medico-psiquiátricas que reclamaron la inconstitucionalidad de la misma, que finalmente fue rechazada por el Tribunal Superior (Barraco, 2008).

Estos lineamientos considerados parte integrante en el artículo 2°, han servido de impulso al Proyecto de Ley Nacional de Salud Mental que en el año 2010 fue promulgada como Ley Nacional N°26.657. Es así que los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (1991), la Declaración de Caracas de la OPS y de la OMS, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud (1990) y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas (1990), se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

La Ley Nacional establece implicancias jurídicas de carácter obligatorio para toda la nación, con alcance de los tres subsectores: estatal, privado y de seguridad social previsto para llevar adelante el proceso de desinstitucionalización (Barraco, 2013).

3.2 LA ESTRATEGIA DE REFORMULACIÓN DEL MODELO ASILAR

La estrategia de reformulación de los mecanismos asilares será la desmanicomialización, concepto que más tarde por presiones de un sector de psiquiatras agrupados en la Federación de Médicos de la Capital Federal será modificado por un concepto menos incriminador como ser el de Desinstitucionalización (Barraco 2006).

Desinstitucionalización no es deshospitalización, es decir, no es vaciar los hospitales y dejar desamparados a los pacientes. Implica cambios culturales, políticos y de actitud de profesionales, usuarios y familiares. Esta estrategia requiere cambiar políticas centradas en los hospitales psiquiátricos por otras basadas en la comunidad. Requiere cambios en las prácticas, desarrollo de nuevos dispositivos, inclusión efectiva de la salud mental en el sistema de salud, colaboración con otros sectores así como la incorporación de recursos innovadores (Cohen, 2009). Barraco (2006) considera que la ideología asilar no es solo la del psiquiatra alienista sino que forma parte de la conciencia y comportamiento social, es por ello, que una política en Salud Mental que pretenda abolirla requiere actuar simultáneamente sobre el aparato estatal, la conciencia social, y el dispositivo psiquiátrico-profesional.

No consiste únicamente en mejorar las condiciones de los pacientes o en la deshospitalización masiva sino en una cuestión compleja que incluye cambios éticos, técnicos, económicos y legislativos que permitan a las personas con trastornos mentales ejercer sus derechos civiles, políticos, sociales y culturales así como su libertad (Rodríguez, 2009).

Cohen (2009) plantea en torno a la desinstitucionalización una serie de principios que sirven de fundamento:

- Reconocer y potenciar los aspectos saludables intrínsecos de las personas y de los grupos sociales, fomentar el autocuidado y fortalecer las redes sociales comunitarias.
- Los programas deben estar acordes al territorio en que se trabaje y con un alcance colectivo.
- La difusión de información y los programas de capacitación deben estar destinados no solo a los agentes de salud sino también a los diferentes actores e instituciones sociales tales como familias, vecinos, maestros, etc.
- El trabajo debe ser en equipo e incluir a distintas disciplinas a fin de elaborar estrategias eficaces.
- En los programas de salud mental comunitaria es fundamental incluir elementos técnicos, políticos y sociales, puesto que para desarrollarlos se requiere, además, de la decisión política del compromiso de los profesionales y de los actores sociales involucrados.
- Las personas en situación de crisis deben ser asistidas en su entorno habitual mediante prácticas y dispositivos que hagan innecesario el hospital psiquiátrico.
- Se debe promover el aprendizaje y la participación de nuevos actores a fin de reducir prejuicios y temores que impiden la convivencia de las personas con enfermedades mentales en la comunidad.
- En la rehabilitación se considera a la persona como poseedora de recursos, habilidades y destrezas.
- El ejercicio y garantía de los derechos de ciudadanía es un elemento crucial para la integración efectiva de la persona en la comunidad.

4. MODELO COMUNITARIO

4.1 MODELO COMUNITARIO EN SALUD MENTAL

La desinstitucionalización y el consecuente encuentro con la comunidad perfilan el enfoque comunitario, el cual supone tres desplazamientos principales en relación al modelo Manicomial de atención psiquiátrica, estos son: del sujeto a la comunidad, del hospital a los centros comunitarios, del psiquiatra al equipo (Desviat, 2007).

El modelo comunitario promueve además, la integración de los servicios de salud mental en la atención general y en otros ámbitos de la comunidad como ser ámbitos educativos, de

empleo, vivienda, etc. Es por ello que requiere la participación activa no solo de los agentes sanitarios sino también de otros actores como profesionales de otros sectores, usuarios, familiares y demás interesados (Funk, Faydi & Drew, 2009).

Según Minolletti, Narváez y Sepúlveda (2009), este modelo se caracteriza por la integralidad, la accesibilidad, por la incorporación de la salud mental en la atención primaria, por promover la participación de la población y la defensa de los derechos humanos.

Es así que se puede decir que el modelo de atención basado en la comunidad supone:

- Servicios capaces de atender los problemas de salud mental en el entorno social donde vive el individuo.
- Reconocer los factores psicosociales que inciden en el proceso de enfermar, en el curso y evolución del trastorno.
- Articular servicios y dispositivos alternativos en la comunidad que den respuesta a las necesidades del enfermo mental para facilitar tanto su desinstitucionalización como su inserción en la sociedad.
- La hospitalización no debe ser una la única respuesta a la cronicidad. Debe ser un complemento de los servicios comunitarios y no al revés.
- Un enfoque integrado de la atención en salud mental que tenga en cuenta los tres niveles de prevención, atención y rehabilitación.
- Territorialización como marco para la organización de los servicios comunitarios de salud mental.
- Continuidad en los cuidados de la población enferma mental.

Estos principios no han sido aplicado de manera uniforme pero han servido de andamiaje en los procesos de reforma de diferentes países (Gisbert, et al., 2002).

4.2 LA EXPERIENCIA DE RÍO NEGRO

Tal como plantean Cohen y Natella (2007) en la provincia de Río Negro los cambios en salud mental comienzan a producirse a partir de la llegada de la democracia en 1983, hasta entonces los pacientes con alteraciones mentales eran derivados al único neuropsiquiátrico de la provincia ubicado en la localidad de Allen, que concentraba el 90 % de los internados. El porcentaje restante por lo general eran derivados a otras ciudades de la provincia de Buenos Aires. En 1984 se comienza a deshabitar el neuropsiquiátrico de Allen y a armar redes multidisciplinarias en los hospitales generales, a partir de ello las crisis serán atendidas en el lugar donde se producen. En 1985 se celebra el Primer Encuentro Patagónico de Salud Mental y con el apoyo de la nueva gestión se iniciará una modalidad de trabajo en equipo, que favorecerá el proceso de externación de pacientes, iniciado en años anteriores. Seguimiento de

esto se toma la decisión de abrir camas en los hospitales generales y se reconoce a la salud mental como la quinta clínica básica. En 1988 el neuropsiquiátrico de Allen ya vaciado es reconvertido en hospital general lo que constituye un hito en la historia de la provincia.

El siguiente hito fundamental es la promulgación de la Ley Provincial 2440 de promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental (1991). A partir de la vigencia de esta se comienza a trabajar según los siguientes lineamientos:

- Queda prohibido la habilitación y funcionamiento de manicomios o neuropsiquiátricos de índole público o privado.
- La internación será un recurso solo en los casos en que se hayan agotado todos los recursos terapéuticos posibles. Para ello se dispondrá de camas en el Hospital General.
- En el caso de ser necesaria una internación, el tiempo de la misma deberá ser el mínimo posible siempre tendiendo al tratamiento y rehabilitación ambulatoria, debiendo proveerse en el lugar habitual de residencia.
- La reinserción comunitaria constituye el fin último de esta ley.
- La promoción laboral constituye un derecho y un recurso terapéutico para las personas con sufrimiento mental por lo cual la provincia debe garantizar el acceso al mismo.
- La tarea de recuperación del paciente no es privativa de unos pocos especialistas, sino que corresponde a la sociedad en su conjunto.
- Modificación de la representación social de la locura como algo peligroso.

Este modelo de trabajo conocido como Modalidad Rionegrina pretende superar el modelo psiquiátrico tradicional y avanzar a un modelo de salud mental comunitaria basado en un enfoque promocional, comunitario y de trabajo en equipo (Cohen & Natella, 2007).

Los lineamientos de esta Ley provincial, los principios de la desinstitutionalización y las características del modelo comunitario antes descriptos se encuentran contemplados en los fundamentos de interdisciplina, intersectorialidad, protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales, ambulatoriedad de los servicios y apertura a la comunidad de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010).

5. REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

5.1 SURGIMIENTO DEL INTERÉS POR LA REHABILITACIÓN

En el siglo XX al comprobarse la influencia negativa de las internaciones prolongadas, productoras del síndrome de hospitalismo y cronificación del enfermo mental, la rehabilitación comienza a ocupar un lugar de preferencia en los equipos de salud mental (Gómez Prieto, 2006).

Dentro de las causas que motivaron el interés por la rehabilitación dentro de la comunidad psiquiátrica se pueden citar:

1. Los movimientos de crítica a las instituciones psiquiátricas iniciados en los años sesenta y difundidos durante la siguiente década en diversas partes de Europa, así como la tendencia a la desinstitucionalización, disminuyeron la población de pacientes internos en los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, la desinstitucionalización iniciada fue más bien una deshospitalización pues se transfirió a los pacientes del abandono manicomial al abandono extramanicomial.

Esto generó problemas a las familias, autoridades sanitarias y a la comunidad, por lo cual ante la necesidad de dar respuesta a este hecho surge el interés por la rehabilitación de estos pacientes.

2. Durante los últimos 20 años se produce un crecimiento en la defensa y adquisición de los derechos humanos de los más débiles, dentro de los cuales entran los enfermos mentales lo que torna más visibles las instituciones totales tales como cárceles y manicomios, constituyendo así otra razón de este interés.

3. Por otro lado, los estudios epidemiológicos han evidenciado la posibilidad de recuperación de una fracción significativa de pacientes esquizofrénicos, demostrando además, el peso significativo del contexto sobre el desarrollo de la enfermedad. Esto pone en duda la evolución naturalmente desfavorable de estos pacientes y plantea por ello, la necesidad de implementar intervenciones más complejas que el simple tratamiento farmacológico (Saraceno, 2003).

5.2 DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

Hasta la actualidad existen múltiples definiciones sobre rehabilitación psicosocial y una tendencia común es plantear la reubicación social como objetivo de la rehabilitación, sin embargo, la rehabilitación debería ser teóricamente, una preparación para la reubicación. A grandes rasgos se podría definir la reubicación haciendo referencia a las posiciones que una persona ocupa en una sociedad, mientras que la rehabilitación se refiere a las conductas alcanzadas. Las consecuencias desfavorables de la no distinción de estos conceptos son: por un lado, intentar rehabilitar solo a aquellos pacientes para los cuales habría esperanza de reubicación, que la reubicación se lleve a cabo sin rehabilitación o por otro lado, que se tome la reubicación social como medida de una rehabilitación exitosa (Watts & Bennett, 1990).

Así, tal como plantea Bennet (1990) la rehabilitación no es simplemente dar de alta del hospital a un paciente sino ayudarlo a hacer el mejor uso posible de sus capacidades residuales.

La meta global de la rehabilitación psicosocial consiste en ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que puedan mantenerse en su entorno social y familiar en condiciones lo más normalizadas e independientes posibles (Anthony, Cohen & Cohen, 1984). Supone no solo mejorar las competencias individuales sino también introducir cambios en el entorno (OMS, 1995).

En términos de Spivak (1987) la rehabilitación posee la función de acrecentar la articulación social del sujeto con el ambiente y, por tanto busca desarrollar las habilidades que le permitan a este sujeto desempeñarse exitosa y eficazmente en el ámbito de las normas sociales. Ampliando esta idea autores como Saraceno y Fleischman plantean la rehabilitación psicosocial como la tarea de “facilitar al paciente la oportunidad de rescatar su condición de ciudadano mediante la recuperación de las aptitudes para la vida diaria” (2009, p. 21).

Es así, que Saraceno (2003) plantea la construcción del derecho a la ciudadanía como eje de la rehabilitación psicosocial, entendiendo por ello la posibilidad de cualquier ciudadano de ejercer sus intercambios, haciendo uso para esto de sus habilidades relacionales. Es decir, que carecería de sentido readquirir habilidades relacionales si se carece del derecho y del acceso a las relaciones sociales.

En torno a los derechos humanos de las personas con padecimiento mental se plantean cuatro derechos civiles, políticos, económicos y culturales fundamentales:

- Derecho a la libertad, donde la justicia es fundamental para que las personas con trastornos mentales no sean condenadas ni detenidas.
- Derecho a la dignidad, implica poder vivir en condiciones humanitarias.
- Derecho a la igualdad, requiere poder gozar de todos los derechos civiles que poseen todos los ciudadanos de un mismo país.
- Derecho a la capacidad de tomar decisiones, como ser el derecho a elegir un tipo de tratamiento (Lawrence, 2009).

Rotelli (1997) agrega además, que son primordiales para la ciudadanía el derecho a una vivienda digna y a un trabajo que permita la subsistencia. Concluía que antes de pensar en rehabilitar a los pacientes, hay que rehabilitar los dispositivos y las ideas que se utilizan en ellos.

5.3 MODELOS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

1. El modelo basado en el Entrenamiento en Habilidades Sociales de Anthony y Liberman (1986), Belak (1985), y otros, aplica principios de la teoría del aprendizaje para promover la adquisición, refuerzo y modulación de las habilidades sociales (Cardamone & Sisti, 1997).

Las técnicas de este modelo son de base conductista, estructuradas y directivas. Incluyen demostraciones del rehabilitador o empleo de vídeos, roleplaying o ensayos conductuales, técnicas de afrontamiento, feed-back reforzante o correctivo (Guinea Roca, 1997).

Anthony (1989) define la rehabilitación como una “disciplina que integra los principios de la rehabilitación física con técnicas psicoterapéuticas derivadas del conductismo” (p.15).

Desde este modelo se considera, además, que las estrategias de intervención deben estar orientadas en dos direcciones: hacia el desarrollo de habilidades del paciente y hacia el desarrollo de recursos ambientales.

Los exponentes de este modelo consideran que son los comportamientos externos los que permiten evaluar el grado de adaptación de un individuo, por tanto una intervención estructurada dirigida a las habilidades que requieren el funcionamiento social, combinada con una adecuada administración de psicofármacos que establezca el componente biológico del trastorno asegura una mayor adaptación social y previene de futuras recaídas.

Existen diferencias en torno a la definición de las habilidades, Wallace las define en términos de capacidades cognitivas interpersonales de resolución de problemas; Bellack remarca la importancia de los factores motivacionales y el contexto ambiental como determinantes del desempeño, mientras que Liberman las define como “comportamientos interpersonales de carácter instrumental (para mantener y optimizar la condición de supervivencia y autonomía en la comunidad) o socio-emocionales (para estabilizar, mantener y profundizar las relaciones interpersonales)” (Saraceno, 2003).

2. El Modelo Psicoeducativo, parte del constructo de Emoción Expresada (EE) que se refiere a aspectos verbales y no verbales de la comunicación entre el paciente y su familia, las técnicas de este modelo están orientadas a aumentar la comprensión de los familiares y así disminuir las EE (Cardamone & Sisti, 1997).

En este sentido la intervención psicoeducativa busca evitar los factores que precipitan la recaída, a través de varias fases.

La primera consiste en capacitar a los familiares, sobre el cuadro de la psicosis, su sintomatología, su curso, su tratamiento. El objetivo es que los familiares obtengan una mayor comprensión de la enfermedad y que desarrollen su capacidad de resolución de problemas.

En una segunda fase las familias de baja EE transmiten a las familias de alta EE, sus estilos de afrontamiento y formas de resolver problemas de convivencia con el psicótico.

En la tercera fase se trabaja con la familia completa, incluyendo al enfermo, se busca reducir la EE por medio de diversas técnicas que incluyen desde la interpretación hasta técnicas más conductistas, el objetivo consiste en aumentar la capacidad de la familia en su conjunto de hacer frente a los factores de estrés (Guinea Roca, 1997).

A este modelo se le critica la falla a la hora de generalizar los comportamientos aprendidos, puesto que los escenarios de la vida real distan de ser inmutables y estructurados como los de la fase de entrenamiento (Saraceno, 2003).

3. El modelo desarrollado por Spivak consiste en programas personalizados de inspiración claramente conductual orientados al Desarrollo de la Competencia Social. La finalidad de estos programas estaría orientado a neutralizar la desocialización de los pacientes producto de la insatisfacción de su vida personal y de relación (Cardamone & Sisti, 1997).

Es por ello que Spivak considera la rehabilitación como la tarea de acrecentar la articulación social del sujeto con su medio y potenciar las habilidades socialmente competentes, cuyas falencias pueden ser detectadas a partir de la evaluación en cinco áreas: vivienda, trabajo, familia y amigos, autocuidado e independencia, actividad social y recreativa (Guinea Roca, 1997).

Desde este modelo se plantean además, una serie de dimensiones esenciales para la resocialización del paciente, ellas son:

- Apoyo, requiere que el paciente sienta que es aceptado y que no será expuesto a exigencias que lo conduzcan a nuevos fracasos.
- Permisividad, implica tolerar conductas desviadas con el objeto de evitar la ausencia de implicación emocional y la falta de receptividad.
- La no confirmación de expectativas desviadas, compensa la dimensión anterior para que no sea la única modalidad de interacción y permita introducir cambios.
- Recompensa de los comportamientos adecuados, actúa como incentivo para el cambio.

A este modelo como al de Entrenamiento de habilidades sociales se les critica la unidireccionalidad del proceso rehabilitativo, en cuanto se considera la rehabilitación como un proceso de readaptación a un contexto que no sufre modificaciones (Saraceno, 2003).

4. El modelo de Luc Ciompi, tiene sus fundamentos en estudios longitudinales de la esquizofrenia, que lo ha llevado a establecer que el episodio psicótico es producto de la tensión entre un individuo caracterizado por una elevada vulnerabilidad y un ambiente desfavorable. Establece que el artefacto social es el responsable de la cronicidad esquizofrénica, es decir, que la cronicidad no es natural de la enfermedad sino el resultado de los acontecimientos vitales (Saraceno, 2003).

Siguiendo con esta perspectiva se considera que el episodio psicótico puede concluir en un fracaso existencial o en una oportunidad de maduración y cambio. Es así que el proceso rehabilitador y de cambio se active más con la modificación del entorno social del usuario que con intervenciones focalizadas específicamente en él (Guinea Roca, 1997).

Desde este modelo se define la rehabilitación como un proceso tendiente a reinsertar al sujeto en la vida social y laboral de la forma más completa posible. En este sentido, el trabajo rehabilitador puede ser evaluado a partir del progreso en dos ejes fundamentales: eje trabajo y eje casa.

Un aporte fundamental consiste en el papel central que se les confiere a las expectativas de los familiares y médicos en el éxito del proceso rehabilitativo. Es así que el proceso rehabilitador también estará orientado a modificar las esperanzas de los actores involucrados tomando en cuenta las condiciones materiales de esas expectativas, como ser: nivel socioeconómico, condiciones de vida, derechos, etc. (Saraceno, 2003).

5.4 PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL

En las últimas décadas se ha comenzado a hablar de programas de rehabilitación, si bien no habría parámetros en común en cuanto a estructura metodológica o estrategias de intervención, se pueden encontrar bajo esta denominación infinidad de actividades artísticas, ocupacionales o de entrenamiento de habilidades, entre otras. El problema que suele plantearse no es tanto la diversidad de estrategias sino la ausencia de evidencia que las identifique como de rehabilitación.

Las estrategias de intervención en rehabilitación han sido tomadas en su mayoría del campo de la psicología del aprendizaje social, la modificación de la conducta y la intervención social. Estas han demostrado su eficacia en la mejoría del funcionamiento social en personas con trastornos mentales severos. Sin embargo, la práctica de la rehabilitación es fundamentalmente empírica, es decir, no se ajusta tajantemente a ningún modelo o estrategia de intervención que podemos encontrar en la teoría. Más bien depende por un lado del proceso individualizado y entrenamiento que cada paciente requiera para funcionar de manera eficaz en la comunidad, y por otro de las competencias y posibilidades que éste presente (Gisber et al., 2002).

Por su parte la OMS (2006) define las estrategias como “una organización ordenada de actividades para lograr un objetivo o meta” (p. 97).

En la Declaración de consenso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial y la OMS (1997) se plantea la necesidad de articular estrategias orientadas a la rehabilitación psicosocial en tres niveles: individual, servicio de salud mental y social.

A escala individual se incluyen:

- Tratamiento farmacológico a fin de evitar futuras recaídas.
- Entrenamiento en habilidades para la vida cotidiana como ser hábitos de limpieza y cuidado personal.
- Adiestramiento en habilidades sociales que les permitan a los individuos interactuar con otros y desempeñarse en situaciones sociales.
- Apoyo psicológico a pacientes y familiares, es uno de los componentes claves de cualquier programa de rehabilitación, en este punto es importante la continuidad.
- Alojamiento, puede incluir diversas alternativas de vivienda grupales o individuales, según los recursos disponibles en cada caso.
- Ocio, la posibilidad de disfrutar y elegir actividades de ocio y recreación adecuadas son componentes esenciales para la rehabilitación.
- Rehabilitación vocacional y empleo, porque aumentan la autoestima.

5.5 DISPOSITIVOS DE REHABILITACIÓN

Las personas con discapacidad mental estarán inhabilitadas para vivir en su comunidad si no reciben antes de ser externadas de los hospicios, una rehabilitación que les permita aprovechar sus capacidades residuales y disminuir sus déficits. Es por ello que se hace necesario crear instituciones intermedias que promuevan el proceso de reintegración a la comunidad.

Las instituciones intermedias deben brindar un marco institucional y comunitario que estimule la autonomía del paciente y la salida a un medio lo menos restrictivo posible, según las posibilidades de cada caso en particular. Actualmente estas instituciones constituyen los

métodos más modernos de rehabilitación y resocialización de los pacientes afectados de trastornos mentales crónicos.

En la categoría de estas instituciones intermedias entran las denominadas casas de medio camino, cuya denominación hace referencia a que se encuentran a mitad de camino en la transición entre la institución cerrada y la comunidad, entre la dependencia y la autonomía (Fernández Bruno & Gabay, 2003).

Las Casas de Medio Camino constituyen dispositivos intermedios, espacios transitorios donde se trabaja en pos de reforzar los recursos de las personas, apoyarlas en la organización de sus tareas, procurando la reinserción social y laboral (Vicente et al., 1997).

Carpenter (1978) las definió como “residencias no medicas en la comunidad” (p.138). Estas residencias buscan ayudar a que los pacientes participen en la comunidad para que luego ellos puedan mudarse a modos de vida lo más normales posibles. Brindan a los pacientes la posibilidad de vivir de una manera supervisada y protegida dentro de la comunidad, de manera de evitar las internaciones crónicas y constituyen el método más económico, menos restrictivo y más próximo a la vida familiar y comunitaria. Estas residencias intermedias permiten que los pacientes vayan ganando independencia mientras comienzan a buscar empleos y trabajar, a buscar vivienda o encargarse de sus viviendas.

La organización de estos espacios de rehabilitación deben ser planificados de manera que los pacientes puedan ir progresando por el sistema hacia dispositivos cada vez menos restrictivos, menos supervisados, menos especializados, de manera de alcanzar el objetivo de autonomía y reinserción comunitaria. Es decir, que se debe brindar a los individuos diferentes niveles de atención, supervisión y restricción, de forma que puedan ir avanzando o retrocediendo según el momento de evolución de cada uno.

Existen diferentes tipos de residencias intermedias y no existen criterios uniformes que las caractericen, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) las agrupó en seis categorías y estableció que existen más de cien denominaciones. Según la APA las Casas de Medio Camino brindan atención las 24 horas del día a un grupo de entre diez y veinte personas, ofrecen un programa de rehabilitación planificado con el objetivo de entrenar las habilidades sociales, el autocuidado y la autonomía personal de los residentes (Fernández Bruno y Gabay, 2003).

En la provincia de Río Negro la implementación de Casas de Medio Camino está prevista en la Ley Sanitaria de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental 2440, antes mencionada (Cohen & Natella, 2007).

En la Ciudad de Buenos Aires los efectores de rehabilitación surgen conforme a lo previsto por la Ley 448 de Salud Mental, la misma propone una modalidad de atención reticular que supere el modelo hospitalocéntrico, incorporando para ello los recursos necesarios para una asistencia ambulatoria, orientada a la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria de las personas con sufrimiento mental. A los fines de un tratamiento personalizado, de alternativas terapéuticas que menos limiten la libertad, orientadas a la rehabilitación y reinserción familiar, laboral y comunitaria es que se propone el funcionamiento de HN y CMC en el artículo 14° de la misma (Ley 448, 2000).

En Francia a partir de la Política del Sector antes mencionada, han surgido alternativas a la internación clásica. Estas alternativas se pueden dividir según ofrezcan alojamiento o no, dentro del primer grupo entran los hospitales de día, talleres terapéuticos, servicios de internación domiciliaria y centros médico-psicológicos. En el segundo se puede incluir unidades de internación, centros de crisis, hospital de noche y departamentos de postcura (Fernández Bruno & Gabay, 2003).

En el anteproyecto de ley de salud mental de la ciudad de Buenos Aires (s.f.) se definen los Hospitales de Noche como espacios orientados a realizar prestaciones a pacientes con pronóstico favorable y con bajo factor de riesgo, que por problemas económicos o por carencias, presentan situaciones adversas o escasas posibilidades en su medio socio familiar. Su objetivo está centrado en consolidar los logros obtenidos durante la internación y concretar la reinserción laboral, familiar y social. La duración del tratamiento en este tipo de establecimiento no puede exceder de dos o tres meses.

Por su parte Quartino (2004) define el Hospital de Noche y la Casa de Medio Camino como residencias terapéuticas, transitorias y de puertas abiertas orientadas a la recuperación psicosocial de los asistidos. Plantea además, que Hospital de noche surge ante la necesidad de brindar un acompañamiento post-alta médica y judicial, con la finalidad de reforzar los logros obtenidos en la internación y evitar el fracaso al momento de readaptarse a la condición de ciudadano común que debe asumir el paciente luego del alta. La Casa de Medio Camino sería según esta modalidad de trabajo una etapa superadora de hospital de noche, ofrecería recursos terapéuticos que por su bajo costo prestacional permitiría brindar asistencia a mayor número de pacientes, por constituir una propuesta grupal con menor respaldo terapéutico, a diferencia de hospital de noche que implica una terapéutica intensiva cinco días a la semana.

La diferencia entre ambos efectores consistiría según esta autora, en que la Casa de Medio Camino sería de carácter extrahospitalario con respaldo terapéutico mínimo y la última etapa de todas las instancias del programa de rehabilitación.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Este es un estudio descriptivo.

Participantes

Los participantes de este trabajo han sido los profesionales del servicio de Hospital de Noche y Casa de Medio Camino del Hospital 1 conformado por la Jefa de servicio que es socióloga, la coordinadora del equipo que es psicóloga y por tres terapeutas y coordinadores de los talleres, también profesionales de psicología. Para distinguirlos se los denominará con nombres ficticios: el licenciado P y el licenciado N encargados de coordinar el grupo terapéutico y la licenciada B en el taller de salidas culturales. Cabe aclarar que algunos de los talleres son coordinados por dos de los terapeutas antes mencionados.

Así también se tomó como referencia, profesionales del servicio de Salud Mental del Hospital 2 de la ciudad de Viedma, Rio Negro. En este caso los entrevistados fueron la jefa de servicio que es psicóloga y tres operadores de salud mental: N,R y S.

Instrumento:

Como instrumento de recolección de datos se implemento la entrevista semiestructurada.

En este caso se entrevisto a profesionales del servicio de salud Mental del Hospital 2 así como también del Hospital de Noche y Casa de Medio Camino del Hospital 1.

Ejes de las entrevistas:

1. Funcionamiento y composición del servicio
2. Vías de ingreso y egreso de los pacientes
3. Características de la población asistida
4. Objetivos de trabajo
5. Medios utilizados para el logro de los objetivos de trabajo
6. Rehabilitación, actividades, estrategias
7. Aspectos a implementar y mejorar.

Procedimiento:

A fin de alcanzar los objetivos de este trabajo se ha entrevistado a la Jefa de Servicio del HN y CMC del Hospital 1, así como también a los coordinadores de los talleres en el ámbito del Hospital al cual se concurrió durante el tiempo de duración de la práctica profesional, que fue de un total de 320 horas. A dicho servicio se asistió cuatro días a la semana en horarios matutinos y vespertinos según las actividades correspondientes a cada día.

En el horario de la mañana se participó de actividades tales como: pre-admisiones, lectura de historias clínicas, entrevistas con pacientes y profesionales del hospital, reuniones de equipo, preparación y reparto de medicación, y de las distintas actividades que hacen al desempeño cotidiano del dispositivo. En el horario vespertino se desarrollaban los talleres terapéuticos, los cuales eran coordinados por los distintos profesionales del equipo terapéutico y que tenían lugar de lunes a viernes en el horario de 20 a 22 horas aproximadamente y que siguen el siguiente orden: grupo terapéutico, convivencia, musicoterapia y escritura, expresión corporal y salidas culturales.

En cuanto al servicio de Salud mental del Hospital 2 se concurrió al mismo a fin de entrevistar a jefes de servicio y profesionales en fecha y horario convenido con cada uno de ellos. En este sentido, la comparación realizada entre ambas instituciones será parcial puesto que en el caso del servicio de HN y CMC se ha entrevistado a los profesionales y se ha participado y trabajado en dicho dispositivo. Mientras que en el servicio de SM del hospital 2 se ha entrevistado a los profesionales pero no se ha participado del mismo.

Las entrevistas tuvieron el objetivo de recabar información concerniente al proceso de rehabilitación, las actividades que se desarrollan con ese objetivo y sobre las limitaciones prácticas que conforman dicho proceso, como así también sobre el funcionamiento y conformación del servicio.

DESARROLLO

En el siguiente apartado se desarrollará el análisis de los objetivos propuestos, enlazando la teoría que sirve de sustento a los fines de este trabajo y la práctica desde la cual surge el tema y los objetivos planteados. Estos se detallan a continuación:

CONFORMACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE HN Y CMC DEL HOSPITAL 1.

A partir de los movimientos de reforma psiquiátrica en América Latina en el año 1990, y específicamente con la Declaración de Caracas es que comienzan a plantearse objetivos de atención de la salud mental que estén basados en la comunidad y la descentralización, contrarios a la atención convencional del hospital psiquiátrico (Rodríguez, 2009). Conforme con esto es que la jefa de servicio y el licenciado N plantean que el servicio de HN y CMC son dos dispositivos de rehabilitación que pertenecen al mismo servicio y que se comienzan a implementar a partir del año 1994. Si bien funcionan dentro del predio del hospital Neuropsiquiátrico, están enmarcados en la ley 448 de la ciudad de Buenos Aires que promueve la desinstitucionalización.

Como antes se ha señalado, la desinstitucionalización es la estrategia de reformulación del modelo asilar (Barraco, 2006). No consiste en el vaciamiento de los hospitales o deshospitalación sino que implica cambios políticos, culturales y sociales así como la implementación de nuevos dispositivos (Cohen, 2009).

En la Ciudad de Buenos Aires, estos cambios se ven reflejados en los lineamientos propuestos en la Ley n° 448 (2000) en la cual se promueve una modalidad de atención reticular que supere el modelo hospitalocéntrico. Es a los fines de un tratamiento personalizado, de alternativas terapéuticas que menos limiten la libertad, orientadas a la rehabilitación y reinserción familiar, laboral y comunitaria que se propone en el artículo 14° de la misma el funcionamiento de efectores tales como Hospital de Noche, Hospital de Día, Casa de Medio Camino, talleres protegidos y otros.

A los fines de este trabajo se hará referencia a HN y CMC del Hospital 1. Dicha institución es el hospital neuropsiquiátrico de referencia para la población adulta masculina con trastornos graves de salud mental en la CABA y en gran parte del área metropolitana. El mismo se encuentra organizado en diversas áreas especializadas, dentro de estas funciona el departamento de Rehabilitación, conformado por una serie de servicios destinados a la tarea de rehabilitación (Garralda, 2010).

Tal como plantean el licenciado P y la jefa de servicio, los servicios 164 y 165, uno es Hospital de Noche y el otro Casa de Medio Camino, ambos dependen del Departamento de Rehabilitación.

Como se muestra en la figura 1 este departamento cuenta con varios servicios.

Figura 1, Organigrama del departamento de Rehabilitación del Hospital 1.

En torno a estos servicios de rehabilitación Quartino (2004) antes citada, la coordinadora de equipo y los licenciados N y B coinciden al plantear que estos dispositivos están destinados a pacientes que han pasado por una internación psiquiátrica prolongada. Están pensados como residencias terapéuticas de puertas abiertas, como instancias transitorias intermedias entre el hospital y la comunidad. Constituyen espacios para dar continuidad al tratamiento y rearmar un proyecto de vida, son una etapa previa a volver a sus casas o buscar un nuevo hogar. Esta descripción es coincidente con lo que Fernández Bruno y Gabay (2003) denominan instituciones intermedias, las cuales promueven la autonomía del paciente y la reintegración a la comunidad, constituyéndose así en métodos modernos de rehabilitación.

1 De "Estructura del Hospital" por J. Garralda, 2010, Revista del Hospital Borda, p. 23 Hospital José T. Borda

Departamento de Rehabilitación

Psicomotricidad y análisis lúdico

Hospital de Noche y Casa de Medio

Camino

Servicio Arte

Terapia y actividad corporal

Psicología Social

Servicio de Terapia ocupacional

Estos autores plantean además, que la organización de los espacios de rehabilitación debe estar planificada de tal manera que los pacientes puedan ir avanzando por el sistema hacia dispositivos cada vez menos supervisados, menos restrictivos que les permita ir ganando autonomía. En tal sentido el licenciado N plantea que:

"Hospital de Noche constituye una instancia intrahospitalaria, es decir funciona dentro del predio del Hospital, con una mirada profesional más profunda, es una instancia que viene luego de la internación, pero que a diferencia de otros servicios es un dispositivo a puertas abiertas, con salida directa a la calle, y donde cada uno de los residentes posee una llave para disponer de la salida cuando lo desee".

Por otra parte la licenciada B agrega que:

"La Casa de Medio Camino constituye un espacio superador de Hospital de Noche, es decir los residentes pasan primero por Hospital de Noche y luego por la Casa".

Es así que Quartino (2004) plantea que la Casa de Medio Camino es la última instancia del programa rehabilitador, con una asistencia terapéutica mínima y que por su menor costo prestacional permite la asistencia de un mayor número de pacientes.

En concordancia con esta idea la coordinadora de equipo, el licenciado N y B plantean que: una vez dadas ciertas condiciones de autonomía se pasa a una segunda instancia que es la casa de Medio Camino, la misma constituye una instancia extrahospitalaria, donde se comparte consorcio con otros vecinos. En ella hay menos presencia profesional, es una casa por lo cual ellos tienen que organizarse como si vivieran en una casa, que es lo que realmente hacen.

Las Casas de Medio Camino se hallan insertas en la comunidad, reproducen en un medio protegido condiciones de vida que los residentes luego deberán enfrentar cuando sean dados de alta (Fernández Bruno & Gabay, 2003).

En cuanto a la organización y funcionamiento de estos dispositivos de rehabilitación no existe en la actualidad suficiente literatura al respecto. Es por ello, que en este trabajo se desarrollará fundamentalmente lo aportado por los profesionales entrevistados.

Los mismos coinciden al plantear que: la vía de ingreso a estos dispositivos es por derivación de otros servicios de internación, del mismo hospital o de otras instituciones hospitalarias. La derivación llega a ellos a través de una nota de solicitud de ingreso cuando el paciente está pronto a ser dado de alta. Es decir, que el paciente puede pasar por este servicio o puede directamente ir a su casa. Lo que sucede es lo que el licenciado N y B describen como la metáfora de la puerta giratoria, consiste en que los pacientes al ser directamente externados comienzan a transitar de internación en internación, sea porque abandonan los tratamientos o porque no encuentran la contención necesaria para mantenerse en el afuera.

Fernández Bruno y Gabay (2009) definen el fenómeno de la puerta giratoria como una continuidad externación-internación por la que transita un paciente, en un corto periodo de tiempo, sea por altas prematuras, por salidas a medios no continentales o desfavorables para el individuo.

En cuanto a la vía de ingreso al servicio de Hospital de Noche, es que los profesionales entrevistados plantean que: a partir de la derivación de un paciente, algún integrante del equipo se acerca al servicio en el cual se encuentra internado el paciente. Lo que primero se hace es una pre-admisión, consiste en la lectura de la historia clínica, entrevista con el paciente y con los profesionales que lo asisten. El objetivo de este proceso es evaluar si el perfil del paciente coincide con los requerimientos establecidos para el ingreso al dispositivo de Hospital de Noche.

Esta evaluación se base en una serie de criterios de admisión:

- Estructura de personalidad, es decir el servicio está destinado y especializado en pacientes con psicosis o neurosis graves,

- Alta médica y judicial, para ingresar a este servicio los pacientes tienen que estar dados de alta, este trámite lo lleva a cabo el médico que asiste al paciente ante el juez competente y es otorgado entre 48 o 72 hs. Este criterio es importante puesto que este servicio es a puertas abiertas entonces cuando ingresan disponen de una llave de ingreso para entrar y salir cuando deseen,
- Estabilización de la patología que motivo la internación, al momento de ingreso debe estar compensando sino es imposible rehabilitar,
- Edad, si bien el rango etéreo es muy amplio y puede haber excepciones es esperable que el paciente no tenga más de 65 años por una cuestión de imposibilidad en la inserción laboral,
- Enfermedades infectocontagiosas u orgánicas graves, dado que el servicio no cuenta con enfermería ni con los medios para proveer los cuidados necesarios,
- Capacidad de socializar, es decir que sea agrupable.

Siguiendo con la descripción del proceso de admisión el licenciado P agrega que: además de la lectura de la historia clínica, las entrevistas al paciente y profesional que lo atiende, se le pide al postulante que realice un pedido de admisión al servicio comentando sus razones e interés por participar de esta instancia. A partir de la cual participa de todos los talleres terapéuticos de Hospital de Noche pero vuelve a dormir al servicio de internación. Con respecto a esto el profesional expresa:

“Acá el paciente es protagonista, es decir, se busca que el paciente también decida, no que se lo ponga acá, que se lo saque de un servicio y se lo ponga en otro. Lo que tratamos es que en ese mes de pre-admisión el paciente conozca el servicio y que de ahí decida si quiere participar o no de esta instancia de rehabilitación, porque sino directamente puede ir a su casa”.

Según expresa la coordinadora de equipo: la pre-admisión es la instancia que permite evaluar al paciente observando cómo se incluye al grupo, si participa, si concurre a los talleres y se compromete, si puede asumir responsabilidades. Estos ítems van a dar la pauta de si el trabajo del servicio le va a servir a él y al grupo.

Los profesionales del equipo concuerdan al plantear que: toda esta información es trabajada en reuniones de equipo y si se resuelve que el perfil del paciente concuerda con el perfil requerido para estos dispositivos se lo ingresa.

La licenciada B y el licenciado N plantean la necesidad de que el paciente este de acuerdo y que presente interés en participar del dispositivo, en ese caso firma un Contrato Terapéutico por tres meses, generalmente renovable por tres meses más, donde se explicitan las pautas de convivencia de Hospital de Noche. El tiempo promedio de esta instancia es de un año, cuando se logran ciertas condiciones de autonomía se hace el traspaso a la Casa de Medio Camino.

Esta idea concuerda con lo expresado en el anteproyecto de ley de salud mental de la ciudad de Buenos Aires, donde se establece que el tiempo de residencia en los hospitales de Noche es de un lapso de dos o tres meses. Tiempo previsto para consolidar los logros obtenidos en la internación, concretar la reinserción social y laboral en pacientes con pronóstico favorable

pero que por condiciones adversas o carencias en su medio socio familiar no presentan los apoyos necesarios (Asociación Argentina de Psiquiatría, s.f).

La jefa del servicio explica que: cumplido el tiempo y logros esperados en Hospital de Noche, los residentes transitan otra etapa en la Casa de Medio Camino donde llevan una vida más independiente, muchos llegan a esta instancia sosteniendo un trabajo, estudiando y en miras de regresar a sus hogares en el caso de que sea posible o evaluando otras posibilidades de vivienda según el caso. Cumplido estos objetivos se les otorga el alta institucional.

En cuanto al modo de trabajo los licenciados P y N expresan que: es en equipo, es decir que las decisiones e intervenciones se diseñan en equipo. Plantean además, que ambos servicios están coordinados por un equipo interdisciplinario, en este caso constituido por una jefa de servicio que es socióloga, psicólogos, psicopedagoga, una profesora de expresión corporal y un psiquiatra que si bien pertenece al servicio de consultorios externos, se coordinan acciones para trabajar en conjunto. Según Cohen (2009) uno de los principios que sirven de fundamento a la estrategia de desinstitucionalización es el trabajo en equipo conformados por distintas disciplinas.

CONFORMACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL 2

Como antes se ha mencionado en la provincia de Río Negro con la llegada de la democracia en el año 1983 se inicia un proceso de reforma en el ámbito de la salud mental, en cuanto se cierra el único neuropsiquiátrico de la provincia ubicado en la localidad de Allen. A partir de este suceso se comienzan a formar equipos de salud mental comunitarios en los hospitales generales a fin de asistir las crisis en el lugar donde se producen y tendiendo a evitar las internaciones prolongadas. Esta modalidad de trabajo que pretende superar el modelo psiquiátrico tradicional es actualmente conocida como modalidad Rionegrina que más tarde será formalizada en la ley provincial 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental antes citada (Vicente et al, 1997).

Cohen y Natella (2007) plantean que los equipos de salud mental están organizados en dos niveles, uno provincial coordinado por un jefe de departamento, en este donde se trabaja en capacitación, resolución de problemas, diseño de estrategias y reuniones provinciales. A nivel local funcionan los servicios de salud mental insertos en los hospitales generales, en este nivel se trabaja con los casos específicos.

Tal como describe la operadora N del servicio de salud mental del Hospital 2 ubicado en la ciudad de Viedma, éste cuenta en principio con una guardia que funciona todos los días y que es la vía por donde ingresan los pacientes en crisis, aquí pueden ser atendidos por un psicólogo o un psiquiatra. Otra vía de ingreso es por consultorios externos, para ser atendidos por aquí los pacientes deben solicitar turno por la ventanilla. Estos servicios funcionan dentro del hospital general. La salud mental es considerada en este sentido una clínica más dentro de las otras (Cohen & Natella, 2007).

La jefa de servicio nombra los servicios disponibles que pueden servir como vías de ingreso, diciendo que pueden ser:

“por guardia, por admisión en consultorios externos, a través de los periféricos que funcionan en los barrios de la ciudad, por interconsulta, por intermediación de la justicia o por derivación de otra localidad dentro de la provincia.

Continúa explicitando que: sea cual sea la vía de ingreso se trabaja en reuniones de equipo la estrategia a seguir, puede ser que solo sea atendido en consultorios externos o que se decida derivarlo a la Casa de Medio Camino que es otro dispositivo de salud mental dependiente del mismo servicio. Tal como antes se las ha descrito, éstas constituyen instancias intermedias, en Rio Negro existen en las localidades de El Bolsón, General Roca, Viedma, Cinco Saltos y Sierra Grande. Constituyen una instancia transitoria que procura reforzar los recursos de salud de las personas con el objetivo de facilitar la reinserción social de los usuarios que han atravesado una crisis (Vicente et al., 1997).

El operador de salud mental H explica que: cuando un paciente entra con una crisis por la guardia, puede que se lo interne unos días hasta que es compensando y luego se lo deriva a la casa de medio camino. Esto es sobre todo en los casos donde no existe familia que contenga y acompañe el proceso de recuperación del usuario, cuando las crisis son recurrentes o cuando sumado a la patología de base hay por ejemplo, consumo de sustancias. Si no, puede ir directamente a su casa.

En consonancia con lo que se establece en la ley 2440 queda prohibido a partir de la reglamentación de la misma la habilitación y funcionamiento de manicomios o neuropsiquiátricos de carácter públicos o privados. Es por ello que en los casos de ser necesaria una internación se dispondrá de camas en los hospitales generales, donde el tiempo de internación será el mínimo posible y el último recurso terapéutico a adoptar (Cohen & Natella, 2007).

Los operadores de salud mental coinciden al plantear que: lo único que se realiza en el hospital es el pase de sala, la guardia, la admisión en consultorios externos y algunos retiran medicación, pero la mayor parte del trabajo se realiza en la comunidad. Además el servicio de salud mental cuenta con una chacra, un vivero, la Casa de Convivencia y la Casa de Medio Camino.

Es en la Casa de Medio Camino donde los usuarios pasan gran parte del día y a la noche regresan a dormir a sus casas, es aquí donde realizan actividades, participan de los grupos, de los talleres y comparten tiempo con otros usuarios e integrantes del equipo de salud mental. Es aquí donde los operadores de salud mental están más en contacto con el usuario y la familia.

El operador S y la jefa de servicio coinciden al plantear que el fin último de trabajo y todas las acciones que se emprendan tienen por finalidad la reinserción comunitaria, esta idea es coincidente con lo planteado en la ley 2440 (1991).

De esta modalidad de trabajo surge una nueva figura que es la del operador en salud mental, esta figura tiene por misión el trabajo en equipo y la elaboración de estrategias, es quien está en contacto directo con el paciente, realizando con él una diversidad de tareas que pueden ser desde tramites o buscar empleo hasta una actividad de recreación (Cohen & Natella, 2007).

La jefa de servicio explicita además, que para ser operador existe una capacitación previa, por lo general son enfermeros capacitados en el área de salud mental. Estos son quienes:

“trabajan cuerpo a cuerpo la mayor parte del tiempo con el usuario, acompañando no solo a estos sino también a las familias, realizan visitas y múltiples tareas relacionadas con la vida cotidiana del paciente y con sus tratamientos para que permanezca inserto en la comunidad”.

El operador S expresa que:

“los operadores son los que operan, accionan o actúan con los usuarios”.

La denominación usuarios es otra característica de este modelo que implica pensar la enfermedad mental en términos de sufrimiento mental, entendiendo por esto que cualquiera puede sufrir una crisis (Vicente et al., 1997). Es en este sentido que Cohen y Natella (2007) plantean como lineamiento de la ley 2440 modificar la representación social de la locura como algo peligroso.

Los equipos de salud mental tienen como tareas prioritarias la atención en crisis y la reinserción social. Estas tareas implican atender la crisis en el lugar de residencia del paciente, haciendo para ello uso de sus recursos saludables e incluyendo en este proceso a familiares, referentes institucionales y comunitarios (Vicente et a., 1997).

Estas tareas son llevadas a cabo por equipos multidisciplinarios. En relación a ello la operadora N explica que: se trabaja mucho en equipo, estos están compuestos por asistentes sociales, psicopedagoga, psicólogos, psiquiatras y operadores. La jefa de servicio añade que es en las reuniones de equipo donde se arma la estrategia a seguir y donde según las características del usuario se nombra un referente del equipo de salud mental para el usuario y su familia. Esta modalidad de abordaje esta prevista además, en el artículo N° 8 de la Ley Nacional de Salud Mental (2010).

Por otra parte, en la Ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas con sufrimiento mental (1991) se proponen equipos de trabajo que además de profesionales de la salud mental promuevan la inclusión de referentes de la comunidad, docentes, familiares y personas recuperadas, entre otras, a fin de lograr una percepción ampliada de la problemática y cubrir un ámbito de acción más vasto. En relación a esto Cohen y Natella (2007) plantean que esta modalidad de trabajo permitió descentralizar la atención de la salud mental hacia un modelo de trabajo comunitario.

En la misma línea de estas ideas es que los entrevistados plantean que: por ejemplo, funcionan talleres que no están dirigidos exclusivamente a los usuarios sino también a personas de la comunidad en general, como es el caso del taller de telar que se dicta en la casa de medio camino, en cuanto a los grupos terapéuticos hay algunos de ellos a los que asisten familiares o amigos de los usuarios y el grupo GIA (Grupo Institucional de Adicciones) es coordinado por personas recuperadas.

Por las características de esta Modalidad Rionegrina de trabajo se puede decir que las mismas coinciden en su mayoría con las del Modelo Comunitario antes descrito. Es así que podrían citarse los principios propuestos por Gisbert et al. (2002):

- Asistencia de los problemas de salud mental en el lugar donde se producen.
- Articulación de servicios y dispositivos en la comunidad que favorezcan la desinstitucionalización y reinserción social de las personas con problemas de salud mental.
- La hospitalización no debe ser el único recurso terapéutico sino un complemento de los servicios comunitarios.
- Continuidad en los cuidados de la población enferma.

Por otra parte Desviat (2007), establece que este enfoque comunitario conlleva la estrategia de desinstitucionalización y el consecuente encuentro con la comunidad. En comparación con el modelo Manicomial de atención psiquiátrica el modelo comunitario en salud mental implica tres desplazamientos principales: del sujeto a la comunidad, del psiquiatra al trabajo en equipo y del hospital a los centros comunitarios.

ESTRATEGIAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN EL SERVICIO DE HN Y CMC DEL HOSPITAL 1 Y EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL 2.

Trabajar en pos de la rehabilitación psicosocial no consiste simplemente en dar de alta a un paciente, sino en ayudarlo a hacer el mejor uso de sus capacidades residuales (Bennet, 1990). Desarrollando más el concepto, Anthony, Cohen y Cohen (1984) señalan que implica ayudarlo a reintegrarse a la sociedad de manera que pueda moverse en ella del modo más autónomo e independiente posible, es decir, mejorar el funcionamiento psicosocial.

En este sentido la jefa del servicio de HN y CMC plantea que el objetivo de estos dispositivos es la rehabilitación psicosocial, lo que significa:

“volver a reinsertarse en la sociedad, en el ámbito laboral, con los lazos familiares si los tiene, con el grupo de amigos, en el ocio, volver a elegir donde pasear”.

El licenciado N del mismo servicio compara los componentes de la rehabilitación usando como metáfora las patas de una mesa, y explica:

“una de estas patas sería el tratamiento psicológico individual y grupal, otra sería el tratamiento farmacológico y finalmente lo social que tiene que ver con sostener un trabajo, los lazos sociales y familiares... si se saca una pata se cae la mesa”.

En concordancia con estas ideas la jefa de servicio de salud mental del Hospital 2 considera que: la rehabilitación psicosocial tiene que ver con una serie de componentes que incluyen lo familiar, lo laboral y lo social. Plantea además, que:

“es una cuestión de dignidad de la persona, tiene que ver con ser un ciudadano más y tener las mismas posibilidades que los demás”.

La construcción del derecho a la ciudadanía sería para Saraceno (2003) el eje de la rehabilitación psicosocial, entendiendo por ello el derecho y acceso a las relaciones sociales como posibilidad de cualquier ciudadano.

Es así que la coordinadora de equipo del servicio de Hospital de Noche explica que desde que los pacientes entran al servicio se promueve el trabajo con ellos para que se vean a sí mismos como ciudadanos comunes con todos sus deberes y derechos. La misma explicita que:

“se trabaja todo lo que tenga que ver con saber que como ciudadano debe o puede y manejarse en la sociedad”.

Saraceno y Fleichman (2009) definen la rehabilitación psicosocial en términos de recuperar las habilidades de la vida diaria a efectos de ejercer la condición de ciudadano.

Es en esta dirección que puede decirse que estos servicios implementan una serie de estrategias de rehabilitación, tendientes al entrenamiento de las habilidades y competencias necesarias para funcionar de manera eficaz en la sociedad (Gisbert et al., 2002).

Si bien no existen en la actualidad parámetros unánimes en cuanto al modo de implementar la diversidad de estrategias en rehabilitación que pueden encontrarse bajo esa denominación, la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial en consenso con la OMS (1997) plantean una serie de estrategias de rehabilitación psicosocial a nivel individual, social y de los servicios de salud mental. En el primer nivel se incluyen: el tratamiento farmacológico, el entrenamiento en las habilidades para la vida cotidiana, el adiestramiento en habilidades sociales, apoyo psicológico a pacientes y familiares, alojamiento, ocio y rehabilitación vocacional y empleo.

En torno a éstas se desarrollará el modo de implementación del servicio de HN y CMC del Hospital 1 y del Servicio de Salud Mental del Hospital 2, para ello se dividirá la sección por estrategias para un mejor orden de la información:

a) Tratamiento Farmacológico

En el Servicio de HN y CMC el tratamiento farmacológico es trabajado según la coordinadora de equipo, desde la terapia individual donde se busca que el paciente tome conciencia de la necesidad e importancia de la medicación para evitar recaídas y mantener estable el cuadro de base. Para la administración de la misma los días miércoles se prepara un sobre con el nombre del residente y con la medicación para toda la semana. Se promueve que cada uno de los residentes adopte el hábito de tomar su medicación.

A esto la licenciada B agrega que:

“según la rutina de cada paciente se acuerda con cada uno de ellos el horario o momento del día más conveniente para la administración de los psicofármacos, para evitar que los efectos secundarios de los mismos, como por ejemplo la somnolencia, interfieran lo menos posible en sus actividades”.

En el caso del servicio de Salud Mental del Hospital 2 la operadora N comenta que una vez a la semana se prepara la medicación en sobres individuales divididos en mañana, tarde y noche para una mejor organización de la misma. En cuanto a la entrega a los usuarios es según el caso, algunos van directamente al hospital y retiran la medicación correspondiente, a otros se les entrega una vez por semana y en otros casos se hacen visitas diarias o semanales en los domicilios para la administración. El operador R explica que:

“Es importante trabajar con el paciente y la familia para que tomen conocimiento de la enfermedad, los síntomas y la necesidad de tomar la medicación, para evitar que la suspendan cuando se sienten mejor y vuelvan a recaer”.

Estas acciones son coincidentes con el modelo psicoeducativo en rehabilitación psicosocial que plantea como objetivo de la intervención psicoeducativa, evitar los factores que precipitan las recaídas. Para ello la primera fase de esta intervención consiste en capacitar a la familia sobre la enfermedad, la sintomatología, el curso y tratamiento con la finalidad de que desarrollen la comprensión sobre la enfermedad y la capacidad resolutoria (Guinea Roca, 1997).

b) Habilidades de la vida cotidiana:

En cuanto al entrenamiento en las habilidades para la vida cotidiana en el servicio de HN y CMC, éstas se promueven todos los días en el desempeño cotidiano y se trabajan puntualmente en el taller de Convivencia. El licenciado N coordinador de este taller explica que en el mismo:

“se trata todo lo referente al hacer cotidiano, lo que hace a la convivencia y cosas que para nosotros parecen obvias pero que para muchos de los residentes son hábitos que han desaprendido, por haber estado mucho tiempo internados y por efecto de la patología”.

Este fenómeno ha sido denominado síndrome de deterioro social, implica que los pacientes no solo pierden hábitos y destrezas como producto de internaciones prolongadas sino que también adquieren comportamientos bizarros efecto de los ambientes insalubres de las instituciones (Gruenberg,1967).

Goffman (2004) plantea además, que los internos al ingresar a las instituciones y perder el contacto con el mundo exterior son despojados de ciertos roles sociales, se produce una tensión entre el mundo habitual del paciente y el mundo institucional que impone su propia rutina de actividades y modos de hacer las cosas, provocando en el sujeto una desculturación, que este autor denomina muerte civil. Este proceso constituye una característica de las denominadas instituciones totales antes descritas.

El coordinador del taller continúa explicando que en el taller de convivencia se trabaja con los residentes diferentes habilidades:

“se les enseña que deben bañarse regularmente, cepillarse los dientes, ir al odontólogo...cuidar el aseo y mantenimiento del lugar donde viven, cocinar, poner la mesa... parece fácil pero es algo que cuesta...implica registrar a otro, sentarse todos juntos... lleva tiempo y práctica”.

Este taller se desarrolla los martes, aquí se trabaja todo lo referente a las actividades de la vida cotidiana, alternadamente cada uno de los residentes se encarga de ir registrando en un acta lo que se va trabajando en el taller. Esta tarea busca poner en práctica la capacidad de registrar, escuchar y escribir que muchos han perdido. En relación a esto el coordinador de taller explica que una vez finalizado el registro los residentes deben firmar y escribir el nombre. Este acto supone:

“hacerse cargo de algo que firmo...implica poner el nombre y reconocerse como tal, soy alguien”.

Bialakowsky, Lusnich y Rosendo (2000) plantean que las actividades manicomiales conllevan prácticas rutinarias y repetitivas que convierten a los pacientes en un número de cama o de historia clínica, provocando el anonimato de los mismos.

La coordinadora de equipo agrega que en el trabajo de rehabilitación:

“ponemos el acento en que el paciente se convierta en sujeto”, explica que esto tiene que ver con recuperar su identidad y ser una persona autónoma, capaz de decidir. Esto se trabaja desde cosas tan elementales como tramitar el documento de identidad, puesto que muchas veces los pacientes llegan al servicio sin nada que certifique su identidad, salvo una historia clínica.

En el caso de los usuarios del servicio de Salud Mental del Hospital 2 la pérdida de identidad no es un aspecto que se trabaje puntualmente puesto que según comenta la jefa de servicio:

“en la modalidad de trabajo en este servicio no se producen internaciones prolongadas, estas son de pocos días, se realizan en una sala común del hospital o pueden ser domiciliarias...no hay pacientes institucionalizados, por tanto no son cronificados al no perder los contacto ni las relaciones cara a cara”.

Es por ello que podría decirse que la pérdida de habilidades no es tan marcada como en el caso anterior, aunque por las características de las patologías de base habría hábitos que deben ser reforzados en los usuarios según cada caso en particular.

En este servicio quienes están más en contacto con los usuarios son los operadores, quienes apoyan y trabajan más de cerca con las necesidades y requerimientos de cada paciente en particular, si bien los entrevistados coinciden al plantear que las estrategias terapéuticas son diseñadas en equipo. Además del trabajo personalizado que se realiza con los usuarios y su familia, en la Casa de Medio Camino se implementan, según comenta el operador Sebastián talleres que suelen ir cambiando, uno de los que más perdura suele ser el de cocina. Para la implementación de los talleres explica la operadora N:

“se va viendo las capacidades de cada uno, qué pueden hacer...también pueden ir a hacer actividades a otro lado”.

Es decir que algunos talleres se dictan en la Casa de Medio Camino y otros en juntas vecinales, clubes y otras instituciones donde los usuarios deben trasladarse para asistir.

c) Habilidades sociales y ocio:

Las habilidades sociales han sido definidas como “las habilidades necesarias en situaciones sociales e interpersonales”, se considera en torno a éstas que el adiestramiento de las mismas debe ser dado en contextos de experiencias reales y cotidianas (WAPR & OMS, 1997). En concordancia con esta idea la licenciada B, coordinadora del taller de salidas culturales del servicio de HN y CMC, plantea que dicho taller:

“es el taller de reinserción social por excelencia...es un taller que a diferencia de los demás es abierto en el sentido de que cada uno puede invitar a alguien o más de uno, familiar, amigo, esposa, vecino...también los coordinadores podemos hacerlo. Esta actividad consiste en salidas grupales a diversos lugares de la ciudad como ser al cine, teatro, museo, una exposición, un shopping.”

Para organizar estas salidas cada semana se nombran dos delegados quienes serán los encargados de organizar y buscar el lugar que se visitará el viernes siguiente. Para ello se debe buscar información de los lugares, de las actividades que se van a desarrollar, horarios y líneas de colectivo que permitan llegar al destino. Seleccionado el lugar se pauta el horario de encuentro, cada uno debe llegar hasta el destino por sus propios medios, es decir no es la coordinadora que los lleva hasta el lugar sino que ellos también ponen en práctica el hecho de tomar colectivos y moverse en la ciudad.

La coordinadora del taller resume en palabras de un ex residente lo que significa el trabajo en este taller:

“yo en este taller aprendí a moverme entre la gente”.

Otro aspecto que se trabajaría a partir de este taller es el Ocio, es decir la capacidad de participar y disfrutar de actividades de recreación de elección personal (WAPR & WHO, 1997).

Es en este sentido que el licenciado N coordinador del taller de convivencia plantea que la rehabilitación tiene que ver también con “el ocio, con el elegir donde pasear”. Continúa diciendo que en este taller además se pone en práctica el hecho de: “tener que vestirse para salir de modo presentable, compartir con otros y llegar al lugar como cualquier ciudadano, no que los lleven o con el cartel del Borda como sucede muchas veces, sino ponerse en una cola como cualquier persona...tener hábitos dentro de los lugares”.

En cuanto al servicio de Salud Mental del hospital 2 no ha sido descrito en las entrevistas un taller específico orientado al trabajo de las habilidades sociales. Sin embargo, podría pensarse que el trabajo de éstas no sería necesario puesto que los usuarios nunca fueron aislados de la sociedad o que son trabajadas en el cotidiano de los pacientes, en los grupos y talleres o cuando por ejemplo, el usuario debe realizar trámites es acompañado por un operador que lo guía. En relación al ocio la operadora N plantea que se desarrollan en la Casa de Medio Camino talleres de recreación que van cambiando de acuerdo a las propuestas que vayan surgiendo. Suelen estar relacionados con el trabajo manual, artesanal y lúdico.

d) Apoyo psicológico a pacientes y familiares:

Los profesionales entrevistados del servicio de Hospital de Noche y Casa de Medio coinciden al plantear que el apoyo psicológico brindado a los residentes es individual y grupal. En el espacio individual cada paciente tiene designado un terapeuta del servicio con el cual mantiene un encuentro semanal o dos, según las necesidades. Con respecto a este espacio el licenciado P explica que:

“la dirección de la cura de algún paciente es concerniente al terapeuta, pero cuando deben tomarse decisiones en torno al alta o alguna intervención puntual se trabaja en equipo, se busca que haya distintas miradas al momento de tomar una decisión”.

El espacio grupal es para todos los residentes del servicio, se desarrolla los días lunes y es coordinado conjuntamente por el licenciado P y N. Estos coordinadores explican que la dinámica del taller parte de un enfoque psicoanalítico, que la consigna de trabajo consiste en que digan todo lo que se les ocurra al modo de la asociación libre. El licenciado N agrega que:

“se interpreta según el momento de cada uno...es interesante porque se fusionan personas que están en distintas etapas, personas en pre-admisión, personas que están residiendo en la Casa de Medio Camino, personas que están en Hospital de Noche y personas que ya han sido dadas de alta”.

En relación al trabajo con familiares en el servicio de HN y CMC, no funciona un grupo o taller específico para familiares ni existe suficiente información al respecto pero, según explica la jefa de servicio, se cita a las familias pero no siempre concurren, en muchos casos pierden contacto o generalmente es el paciente quien va a visitarlos, puesto que este es un servicio a puertas abiertas y se promueve visitar a la familia los fines de semana que es cuando tienen más tiempo libre y no al revés como en los servicios de internación.

En el caso del servicio de Salud Mental del 2 cada usuario mantiene su espacio individual con un terapeuta, por lo expuesto por los operadores R y N es fundamental el trabajo con las familias, se trabaja mucho con estas y existe un grupo específico para familiares y amigos de pacientes con psicosis. La jefa de servicio agrega que uno de los grupos que funciona es el grupo AMAS (Asociación manos abiertas y solidarias) y explica que el trabajo con las familias es de importancia porque es con estas donde el paciente vive y son los familiares quienes servirán de sostén del usuario más allá del trabajo que se pueda realizar en el servicio. Es por ello, que es necesario incluirlas en el tratamiento del paciente y concientizarlas sobre una patología como la psicosis, que es una enfermedad que no se cura y que solo podrá mantenerse compensada mientras se sostengan los tratamientos. De aquí también la importancia de la continuidad de los tratamientos, por ejemplo en algunos casos los pacientes concurren al servicio cada un mes o más o los operadores realizan visitas domiciliarias, estos encuentros permiten ver cómo está el paciente y evitar futuras recaídas.

En el grupo AMAS se trabaja todo lo concerniente a la psicosis y lo que traen los familiares y amigos de los usuarios. Es un espacio donde se comparten experiencias y se brindan instrumentos para abordar situaciones comunes.

Los operadores plantean que otro de los grupos terapéuticos que funciona en el servicio es el grupo GIA (Grupo Institucional de Adicciones), aquí concurren personas con problemas de adicciones, estos encuentros son coordinados por usuarios recuperados acompañados por un operador, funcionan a modo de grupos de autoayuda.

En relación al funcionamiento de estos grupos Vicente et al. (1997) plantea que el coordinador en recuperación está capacitado para la labor, recibe un sueldo por su trabajo y es reconocido como miembro del equipo de salud mental.

e) Alojamiento:

En referencia al alojamiento o lugar de residencia, la coordinadora de equipo de HN y CMC plantea que:

“en el caso de los pacientes que no pueden regresar con sus familias una vez dada el alta o que no cuentan con vivienda, es esperable que se vayan de la Casa de Medio Camino teniendo una fuente laboral que les permita alquilarse un lugar y vivir en el afuera”.

Esta idea es coincidente con la caracterización que hacen Fernández Bruno y Gabay (2003) en torno a la función de las Casa de Medio Camino, en cuanto consideran que éstas deben brindar a los residentes un modo de vida supervisado que les permita participar en la comunidad y así luego, mudarse a vivir a modos de vida lo más normales e independiente posible.

La misma profesional comenta que en la ciudad de Buenos Aires existe un subsidio otorgado por el gobierno de la ciudad que suele denominarse de distintas maneras, pero que está dirigido a los sin techo, consiste en otorgar un dinero, a fin de que puedan rentar una habitación por un periodo de seis meses y que puede ser renovable por seis meses más. El licenciado N añade que:

“otra ayuda para sostenerse en el afuera son las pensiones no contributivas que se pueden tramitar por incapacidad... Pero resulta difícil para la mayoría mantenerse en el afuera sobre todo en los casos donde no hay familia que contenga, por ello es necesario hacer un seguimiento... los ex-residentes continúan concurriendo al servicio y se les da la posibilidad de elegir participar en alguno de los talleres a su elección”.

En el caso del servicio de Salud Mental del Hospital 2 los usuarios al no pasar por internaciones prolongadas no pierden el contacto con su familia y su hogar, aunque tal como plantea la jefa de servicio:

“hay casos donde las familias son tan disfuncionales que resulta perjudicial que regresen a sus casas, es por ello que las opciones pueden ser familias sustitutas, alquilar un lugar o funciona también una Casa de Convivencia dependiente del servicio de salud mental. En esta última, residen usuarios que están dados de alta pero que no cuentan con familiares que los alojen, que no tienen la posibilidad de sostener un alquiler o no están en condiciones de vivir solos. Actualmente viven allí cuatro personas del sexo masculino, que hacen una vida normal, es decir, estudian, trabajan y realizan sus actividades. Una vez a la semana se realiza una asamblea para trabajar y acordar todo lo referente a la convivencia, en estas asambleas son acompañados por un operador”.

La implementación y funcionamiento de Casas de Convivencia y las familias sustitutas están previstas en el artículo 11 de la actual Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2011).

f) Rehabilitación vocacional y laboral:

La coordinadora de equipo plantea que lo laboral se trabaja en principio desde un taller pre-laboral donde comienzan confeccionando su curriculum, esta tarea implica:

“conectarse con su historia laboral, muchas veces los detonantes en sus trabajos

han sido los que desencadenaron la enfermedad...se abren temas a ser trabajados en las terapias individuales y grupales”.

Esta profesional explica además, que deben ser evaluadas las posibilidades actuales, porque muchos pacientes han ocupado cargos directivos o han tenido gente a cargo, pero luego de las crisis pierden sus contactos y no pueden retomar sus antiguos puestos, por el quiebre que producen las internaciones psiquiátricas.

“Entonces desde sus posibilidades actuales se ve qué trabajo pueden hacer, los ayudamos a hacer búsquedas en internet, en bolsas de trabajo, los estimulamos a que consulten el diario, a que tengan su correo electrónico”.

En la etapa laboral se promueve una búsqueda más activa llamando a avisos en los clasificados, dejando curriculum en determinados lugares, presentándose a entrevistas para las cuales se hace un entrenamiento previo en las sesiones individuales y a partir de roleplaying.

También existe un programa denominado COPIDI, que consiste en otorgar becas para que la gente se capacite, algunos de los residentes se han capacitado en electricidad o computación, estas herramientas permiten ampliar la búsqueda laboral.

Otra alternativa laboral son los talleres protegidos que es útil como etapa de aprendizaje puesto que les permite ponerse en movimiento, comenzar a levantarse temprano, cumplir un horario, tener una responsabilidad y tener un dinero para ellos. Sin embargo, continúa explicando la coordinadora de equipo:

“lo que ganan en talleres no les alcanza...les pagan \$250...en una primer instancia les sirve pero luego comienza a surgir la necesidad de que tienen que buscar otro trabajo”.

En concordancia con estas ideas en el consenso de la Asociación Mundial de rehabilitación Psicosocial y la OMS (1997) se plantea la importancia del área laboral en pos de la satisfacción, autoestima y habilitación de los usuarios. Para promover esta estrategia se plantea que la inserción laboral debería promoverse comenzando en el marco hospitalario y desplazarse luego al exterior, a talleres protegidos que estén en contacto con el mercado laboral. Otra opción que aseguraría condiciones de trabajo permanente sería la creación de cooperativas o empresas sociales.

En el caso del servicio de Salud Mental del Hospital 2 la inserción laboral se promueve desde la opción de las cooperativas y empresas sociales. En este sentido la jefa de servicio plantea que existen varios microemprendimientos que surgen por ejemplo, a partir de un taller como puede ser el de cocina, donde el año pasado se elaboraban viandas dietéticas por encargo. Otra opción ha sido la elaboración de milanesas de soja ofrecidas en la feria municipal de la ciudad, que se desarrolla los martes y sábados.

En relación a la inserción laboral desarrollada en el Programa de Salud Mental en la provincia de Río Negro, Vicente et al. (1997) plantea que se promueve la inserción de los usuarios en emprendimientos productivos a partir del convenio con otras instituciones o de

emprendimientos cooperativos o empresas sociales gestionados por usuarios, familiares, trabajadores de salud mental y referentes comunitarios.

En este sentido la operadora de salud mental N comenta además, que: “en los talleres no solo participan usuarios sino gente de la comunidad en general...y lo que se elabora suele ser una salida laboral. Otros talleres implementados con estas características han sido carpintería, cerámica y costura... se han comprado maquinarias y se han confeccionado toallas, repasadores y guardapolvos para vender”.

La operadora N continua explicitando que otra opción y recurso del servicio son la chacra y el vivero, donde los usuarios trabajan la tierra y siembran. Luego se vende lo producido, un porcentaje de lo recaudado es para comprar insumos y el resto es ganancia para los que trabajan en estos emprendimientos.

En el artículo 6° de la ley 2440 (1991) que enmarca esta modalidad de trabajo se plantea la promoción laboral y el trabajo como un derecho y recurso terapéutico, cuyo acceso debe estar garantizado por la provincia.

Estas son las opciones que ofrece el servicio de Salud Mental, pero en otros casos los usuarios continúan con sus oficios o pueden obtener un trabajo por intermedio de familiares o conocidos. El operador S plantea que:

“sería de ayuda establecer convenio con otras instituciones y que se cumpla la ley que plantea que en cada empresa cada X cantidad de empleados debe haber un empleado con discapacidad”.

Es el artículo 8 de La ley del Sistema de Protección Integral de los discapacitados N° 22.431 (1981) que prevé para las empresas públicas y privadas la obligación de ocupar personas discapacitadas en una proporción no inferior al 4 % de la totalidad de su personal.

FORTALEZAS Y DEBILIDADES DE LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL 1 Y DEL HOSPITAL 2

Analizando las características de estos dispositivos de rehabilitación se podría plantear que si bien ambos están orientados hacia la estrategia de desinstitutionalización, la cual promueve la externación de pacientes psiquiátricos y su permanencia en la comunidad (Cohen, 2009), estos están insertos en estructuras institucionales diferentes.

En el caso del servicio de HN y CMC, es un servicio perteneciente a un hospital neuropsiquiátrico, donde pese a los avances y cambios en la manera de ver y entender la locura, persisten prácticas provenientes del modelo médico hegemónico y del modelo Manicomial antes descriptos, que podrían pensarse como una debilidad para el funcionamiento del servicio. En cuanto en este tipo de instituciones predominan prácticas individuales y concepciones hegemónicas, donde la internación es un fin en sí mismo y no un medio terapéutico, generando así la cronificación de los internos tal como plantea Schiappa Pietra (1992). En este sentido el licenciado N explicita que:

“En el hospital (1) nadie sabe dónde queda Hospital de Noche, no está muy presente para la estructura hospitalaria, es como que son más importante las internaciones, todo lo que

representa lo médico tradicional, es decir, el modelo médico hegemónico... en un hospital neuropsiquiátrico como este, con tantos pacientes, tendría que haber lista de espera habiendo un solo hospital de noche o casa de medio camino... y no hay lista de espera, al contrario a veces hay lugar”.

Goffman (2004) por su parte, denomina a los neuropsiquiátricos instituciones totales, en cuanto por sus características y prácticas, evitan el contacto de los internos con el mundo exterior cumpliendo en este sentido, una función más bien custodial antes que terapéutica.

En concordancia con este planteo el licenciado P sugiere como debilidad del dispositivo la dificultad a la hora de rehabilitar en el caso de pacientes que ingresan al servicio con varios años de internación y el hecho de que por los altos costos que suponen los tratamientos psicológicos y psiquiátricos, el Hospital al ser público termina convirtiéndose en muchos casos en un depósito de pacientes cronificados.

En el informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina (MDRI & CELS; 2007) se hace notar que las personas con discapacidad mental que carecen de los recursos económicos para solventar sus tratamientos se ven obligados a recibir atención en un sistema de salud público que generalmente es inadecuado, los segrega de la sociedad y no respeta sus derechos humanos fundamentales.

Es así, que si bien en estos dispositivos de rehabilitación insertos en el Hospital 1 se busca diferenciar y romper con las prácticas del modelo Manicomial, el licenciado P plantea el problema que genera trabajar en este tipo de instituciones:

“terminamos siendo absorbidos por la institución...terminas teniendo comportamientos que son parte del pasaje por la institución que no te dejan ver otras cosas”.

En este sentido Schiappa Pietra (1992) considera que una característica de lo Manicomial es el aislamiento respecto de la comunidad, de otras instituciones y de otros sectores de salud que se produce no solo en los internos sino también en los efectores.

En cuanto al servicio de Salud Mental del hospital 2 éste forma parte de una estructura hospitalaria polivalente, donde la salud mental es considerada según Cohen y Natella (2007) una clínica más entre las otras. Se diferencia además del modelo Manicomial al considerar la internación como el último recurso terapéutico, es decir se recurre a ella cuando se han agotado otras instancias. Tal como explicita la jefa de servicio:

“En el caso de ser necesaria una internación se realiza en una sala general sin apartar al interno de los contactos familiares ni sociales”.

Este modelo de trabajo se podría catalogar dentro del Modelo Comunitario en cuanto promueve la integración de los servicios de salud mental en la atención en general y la participación activa de los diferentes actores y referentes comunitarios (Funk, Faydi & Drew, 2009). Con respecto a éste la operadora Norma de éste servicio de Salud Mental plantea como fortaleza, el modelo de trabajo en Rio Negro en sí y manifiesta que:

“se trabaja en pos del beneficio del paciente y su familia...se trabaja para que continúe con su vida y no recaiga”.

La jefa de servicio añade que lo beneficioso de este modelo de trabajo es que al no haber internaciones prolongadas se evitan todos los efectos negativos que estas conllevan:

“se evita la cronificación de los pacientes, por tanto estos no dejan de ser seres vitales”.

El hecho de considerar la internación como último recurso terapéutico es uno de los principios fundamentales de la ley 2440 de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental (1991) que enmarca el modelo de trabajo en Río Negro, así como también está presente en el artículo 14 de la actual Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010).

En relación al funcionamiento de ambos servicios, se diferencian fundamentalmente en cuanto al grado de especificidad, la población que asisten y las vías de ingresos.

El servicio de HN y CMC está especializado en pacientes con psicosis y neurosis graves. Dentro de estos cuadros los posibles ingresantes deben además, contar con un perfil particular que se evalúa según los criterios de admisión del servicio. En cuanto a la vía de ingreso es por derivación de los servicio de internación fundamentalmente del mismo hospital, por tanto ingresan pacientes que han adquirido hábitos de los servicios de internación y han perdido otros que son los que se intentan recuperar desde el trabajo en HN. En este sentido el licenciado N plantea como debilidad el hecho de que la rehabilitación no debería venir luego de la internación sino que debería comenzar a trabajarse desde la internación. A partir de que el paciente esta compensado, de modo de evitar los aspectos negativos de las internaciones y el hecho de que terminen convirtiéndose en un número de cama o historia clínica.

Por su parte el servicio de Salud Mental del Hospital 2 asiste a la población en general y cuenta con diferentes dispositivos y grupos según las necesidades de cada paciente en particular. En este sentido se podría decir, que no cuenta con la especificidad del servicio del Hospital 1 , sino que asiste a personas con diferentes patologías y características. Situación que podría conllevar como debilidad, el hecho de no poder brindar a los usuarios el tratamiento específico para su patología, por la diversidad de situaciones que ingresan o el riesgo de caer en ofrecer el mismo tratamiento para todos.

Es así que si bien el servicio cuenta con diferentes dispositivos e instancias el operador R plantea como debilidad en este sentido el escaso personal y el hecho de que los operadores deben realizar tareas tan diversas que muchas veces no les alcanza el tiempo para concretar talleres o actividades programadas.

En relación a las vías de ingreso a éste servicio de salud mental existen varias instancias como ha mencionado la jefa de servicio:

“por guardia, por admisión en consultorios externos, a través de los periféricos que funcionan en los barrios de la ciudad, por interconsulta, por intermediación de la justicia o por derivación de otra localidad dentro de la provincia”.

Como fortaleza se podría plantear el hecho de que al funcionar efectores como los periféricos o centros que funcionan en los barrios y más en contacto con la comunidad, estos deberían funcionar como instancias preventivas, evitando crisis graves y por ende las internaciones. Éste modo de operar entraría dentro de los principios de Brasilia (2005) que promueven un sistema de salud basado en la atención primaria de la salud y en la atención del enfermo en su medio comunitario. A su vez, sería característico del modelo comunitario en salud mental descrito por Minolletti, Narváez y Sepulveda (2009).

Por su parte el servicio de HN y CMC del Borda posee mayor especificidad y los ingresantes deben poseer ciertas características y contar con un perfil determinado, que es evaluado por los profesionales del equipo. En este sentido los profesionales entrevistados acuerdan al plantear que deben cumplir con los criterios de admisión del servicio, descritos en el primer objetivo.

El riesgo que se corre en este sentido es rehabilitar únicamente a aquellos que tienen más posibilidades de hacerlo. Es así que Watts y Bennet (1990) advierten la necesidad de diferenciar rehabilitación de reubicación. La no diferenciación de estos conceptos puede llevar a intentar rehabilitar solo a aquellos que tienen posibilidades de reubicarse social y laboralmente o tomar la reubicación social como medida de una rehabilitación exitosa.

Sin embargo, con respecto a esto último el licenciado P comenta que:

“no es que desde el servicio se discrimine o se sea excluyente sino que el servicio de HN está destinado a pacientes con ciertas características, habrá otros servicios que estén destinados a otros, es decir, cada uno posee su especificidad”.

En relación a la reubicación la jefa de servicio plantea como debilidad la dificultad a la hora de reinsertar laboralmente a los residentes debido a la escasa oferta laboral y a los prejuicios que se tienen frente a los enfermos mentales. A diferencia de este servicio el del

Hospital 2 cuenta con más opciones de inserción laboral.

Vicente et al. (1997) plantea que el programa de salud mental de la provincia de Río Negro promueve la inserción laboral de los usuarios a través de emprendimientos productivos, del convenio con otras instituciones, empresas sociales o emprendimientos cooperativos llevados adelante por usuarios, familiares, referentes comunitarios y trabajadores de salud mental. Lo explicitado por los profesionales de dicho servicio en relación a este tema ya ha sido desarrollado en el apartado Rehabilitación vocacional y laboral.

Como aspectos negativos compartidos, según lo planteado por los profesionales entrevistados sería en torno al escaso presupuesto y al recurso humano insuficiente.

Es así, que el licenciado P del servicio de HN y CMC manifiesta el hecho de no contar en el equipo con un psiquiatra, puesto que si bien trabajan en conjunto con un médico psiquiatra designado para ese servicio, éste está físicamente en consultorios externos lo cual muchas veces enlentece o dificulta la tarea. Continúa explicitando en torno a este profesional que:

“se acerca al servicio cuando él puede porque está sobrecargado y a veces no puede moverse de los consultorios...sería importante tener más contacto para evaluar el avance de los residentes, programar una estrategia y aunar criterios, porque a veces sucede que el paciente va a la consulta con el psiquiatra dice que está bien y no siempre es así”.

También sería importante porque:

“por ejemplo, para los que ingresan hasta que se consigue el turno en consultorios externos quedan en stand by entre la internación y consultorios externos, en cambio si tendríamos uno acá habría mayor seguimiento y sería más fácil el ingreso de los pacientes a este servicio”.

El licenciado N concuerda con la necesidad de contar con un médico psiquiatra en el equipo y refiere además, como debilidad o aspecto negativo la inestabilidad laboral de los profesionales del servicio. Con respecto a esto último expresa:

“yo y el licenciado P no somos planta permanente del servicio sino que estamos adscriptos, y la profesora de expresión corporal trabaja ad honorem...esto da inestabilidad al servicio...”.

En relación al recurso humano existen informes que plantean que Argentina es uno de los países con mayor riqueza de profesionales de salud mental capacitados. En este sentido se considera injustificada la segregación a gran escala de las personas institucionalizadas. Sin embargo, se ha demostrado que esta riqueza profesional no se traduce en políticas generales conducentes (MDRI & CELS, 2007).

Por su parte, en el servicio de salud mental del hospital 2 funciona un equipo multidisciplinario tal como comenta la operadora N:

“se trabaja mucho en equipo, donde hay asistentes sociales, psicopedagoga, psicólogos, psiquiatra y operadores en salud mental... la estrategia se trabaja en equipo porque por ahí ellos ven una cosa en los consultorios y nosotros vemos otra en las Casitas, donde el usuario pasa más tiempo”.

Sin embargo, los operadores explicitan que son pocos y que muchas veces no les alcanza el tiempo para realizar todas las actividades que deberían desarrollarse.

61

Este modo de abordaje es acorde con uno de los principios de la estrategia de desinstitucionalización planteado por Cohen (2009) según el cual para la elaboración de estrategias eficaces el trabajo debe ser en equipo e incluir diferentes disciplinas. Así también esta previsto en el capítulo V de la Ley Nacional de salud mental (2010).

Por otra parte la jefa de servicio del hospital 2 comenta que habría varias cosas para implementar como por ejemplo, el proyecto de la Casa del Inimputable pero, sin embargo, no existiría el presupuesto destinado a salud mental ni los recursos humanos necesarios. Tampoco cuentan con presupuesto que pueda ser destinado a:

“mobiliario, a abrir más casas de convivencia, para los microemprendimientos”.

Otro aspecto es la necesidad de contar con una movilidad del servicio que esté en condiciones para hacer las visitas domiciliarias y buscar a los usuarios cuando es necesario.

La ausencia de presupuesto ha sido un tema también planteado por los profesionales del hospital 1. En relación a este tema el MDRI y CELS (2007) han demostrado que en la ciudad de Buenos Aires las tres instituciones psiquiátricas más importantes consumen el 80 % del presupuesto destinado a salud mental. Este presupuesto que podría ser usado para desarrollar servicios de atención comunitaria es absorbido por las hospitalizaciones a largo plazo, nuevamente se hace notar la ausencia de una política general conducente.

CONCLUSIONES

En el curso de este trabajo se ha podido dar cumplimiento a los objetivos propuestos y en relación a ellos se desarrollarán a continuación las principales conclusiones.

En torno a la conformación y funcionamiento de ambos servicios se puede plantear que: difieren por un lado, en relación a los dispositivos, instancias y tareas con las que cuentan. En el caso del servicio de HN y CMC cuenta con dos dispositivos, Hospital de Noche como instancia intrahospitalaria y Casa de Medio Camino como instancia extrahospitalaria, ambos orientados específicamente a la tarea de rehabilitación.

Por su parte, el servicio de salud mental del hospital 2 se encuentra conformado por: consultorios externos, casa de medio camino, chacra de salud mental y periféricos. En este sentido no solo se centra en la tarea de rehabilitación, sino también se ocupa de la atención en crisis, de la formación en oficios, de emprendimientos laborales, asistencia a familiares, entre otras tareas. Es así, que este servicio tendría un campo más vasto de acciones y no solo asistiría a las personas con sufrimiento mental sino que buscaría incluir a familiares, vecinos, referentes comunitarios, etc., según la información aportada en las entrevistas. Esto sería acorde con lo propuesto por Funk, Faydi y Drew, (2009) en relación al modelo comunitario de atención en salud mental.

Estos servicios de salud mental difieren además, en torno a los modelos de trabajo y a las estructuras institucionales en las que se encuentran insertos. El servicio de HN y CMC del Hospital 1 pertenece a un hospital neuropsiquiátrico monovalente, en el cual predominarían prácticas individuales correspondientes al modelo médico tradicional, donde la internación sería el medio terapéutico predominante en concordancia con lo planteado por Schiappa Pietra (1992), en referencia a las características de este tipo de instituciones.

En cambio el servicio de Salud Mental del Hospital 2 pertenece a un hospital polivalente, donde la salud mental es considerada según Cohen y Natella (2007) una clínica más entre las otras, donde las prácticas de este servicio estarían orientadas a un modelo comunitario que recurriría a la internación como último recurso terapéutico.

Sin embargo, estos servicios comparten lineamientos en común, en líneas generales ambos tienden a la reinserción social, familiar y laboral de los pacientes, promoviendo la externación y la vida autónoma de los mismos. Es decir, ambos basan su trabajo en la estrategia de desinstitucionalización, la cual requiere sustituir políticas centradas en el hospital psiquiátrico

por otras basadas en la comunidad, cambios en las practicas asistenciales y el desarrollo de nuevos dispositivos en salud mental (Cohen, 2009).

El dispositivo en común para llevar adelante este trabajo sería la Casa de Medio Camino, éstas se asemejarían en cuanto constituyen dispositivos intermedios extrahospitalarios, es decir ubicados fuera del ámbito hospitalario, insertos en la comunidad y en tanto fundamentan sus actividades en reforzar los recursos de los usuarios a fin de lograr la inserción laboral y social de los mismos. Para ello se utilizan diversas estrategias, implementadas a través de los diferentes talleres descritos, y desarrollados según los criterios de cada servicio en particular puesto que no existe en la actualidad criterios específicos para la implementación de los mismos.

En concordancia con lo establecido por la APA, en torno a la ausencia de unanimidad en la caracterización de estos dispositivos intermedios (Fernández Bruno & Gabay, 2003), es que no se puede establecer en este caso criterios uniformes que los caractericen, si bien la denominación y el objetivo de trabajo son análogos.

En cuanto a las diferencias entre ambas CMC, se podrían pensar en relación a los servicios que prestan. En el caso de la perteneciente al hospital 1 los residentes realizan allí talleres, actividades y además viven en ella. Mientras que la del Hospital 2 brinda actividades terapéuticas, recreativas, de oficio y laborales, pero no aloja a los usuarios. En este sentido, este último dispositivo estaría más alineado a lo propuesto en la actual Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, en cuanto promueve modos de atención ambulatorios y en Hospitales Generales no monovalentes.

En referencia al tercer objetivo de trabajo se podría concluir que pese a las dificultades al momento de establecer una definición unánime en torno a la rehabilitación, tal como plantean los autores citados, existen criterios en común encontrados en las entrevistas realizadas. En referencia a éstas se podría definir la rehabilitación psicosocial como un proceso orientado a la construcción del derecho a la ciudadanía, entendiendo por ello la necesidad de que el sufriente mental recupere su dignidad como persona, haga uso de sus derechos y obligaciones como cualquier ciudadano común. Esta conclusión sería afín a lo planteado por Saraceno (2003), quien supone como eje de la rehabilitación psicosocial la construcción del derecho a la ciudadanía.

Los profesionales entrevistados acordarían además, al manifestar que los elementos fundamentales de todo proceso rehabilitativo debe abordar el aspecto social, familiar y laboral. En torno al trabajo en estas áreas resultaría fundamental tener en cuenta los siguientes puntos:

- Importancia del tratamiento farmacológico para evitar futuras recaídas,
- Efecto negativo de las internaciones prolongadas,
- Importancia de brindar espacios terapéuticos individuales y familiares,
- Importancia del área laboral y el trabajo en la reinserción social de la persona.

Las estrategias de rehabilitación psicosocial implementadas por los servicios de salud mental aquí citados serían acordes con las estrategias de rehabilitación en el nivel individual propuestas en la Declaración de Consenso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial y la OMS (1997).

En torno al análisis de las fortalezas y debilidades de estos servicios, se podría concluir que en el caso del servicio de HN y CMC una dificultad recurrente resulta ser el hecho de que al ser un servicio inserto en una estructura hospitalaria monovalente con las características del modelo médico hegemónico y manicomial, que ya se han expuesto, se ve dificultada la tarea principal de rehabilitación. Esto por los efectos negativos de las internaciones prolongadas y por constituir un servicio con una función menos relevante para la estructura hospitalaria en relación a los servicios de internación, tal como han manifestado los profesionales entrevistados.

En relación a las fortalezas se podría decir que resulta valorable el hecho de que dentro de este tipo de instituciones se pueda estar pensando en prácticas diferentes a las tradicionales, que permitan trabajar en pos de la externación de los pacientes y en pos de cortar con lo que los profesionales entrevistados han nombrado como la puerta giratoria.

Por su parte, el servicio del Hospital 2 enmarcado en un modelo de trabajo comunitario, ofrecería medios terapéuticos y dispositivos de atención que buscarían evitar la segregación y cronificación de los pacientes. Sin embargo, existirían limitantes en sus prácticas como ser la asistencia de pacientes con patologías severas, que suele ser una crítica recurrente hacia este modelo asistencial y que podría ser una posible línea de investigación que complemente este trabajo.

Otra dificultad evidente en el caso del servicio de HN y CMC resulta ser la limitante a la hora de concretar la inserción laboral de los usuarios puesto que cuentan con menos opciones en relación al servicio del hospital 2. En relación a este tema y tomando en cuenta que para el servicio de HN y CMC resulta imprescindible la capacidad laborativa del paciente al momento de evaluar su admisión, resultaría importante diferenciar rehabilitación de reubicación. De lo contrario y tal como establecen Watts y Bennett (1990), se correría el riesgo de rehabilitar sólo a aquellos que pueden trabajar o medir el éxito en la rehabilitación cuando se efectiviza la inserción laboral.

Es en este sentido que se podría ampliar la investigación estudiando la relación entre rehabilitación y trabajo, la importancia de lo laboral en la rehabilitación, así como también la eficacia y los métodos de implementación de las estrategias de rehabilitación, puesto que hasta el momento ésta información es limitada.

Por otro lado, una limitante común encontrada en las entrevistas ha sido el bajo presupuesto destinado a la salud mental, que se visualiza fundamentalmente en el escaso personal y en los recursos necesarios para la implementación de talleres, actividades y dispositivos. Cuestión que habría que investigar y despejar si se trata de un presupuesto insuficiente, absorbido por las grandes instituciones psiquiátricas o de un presupuesto que no es acompañado de una

política en salud mental conducente que promueva servicios de atención comunitaria tal como han sugerido los informes del MDRI y CELS (2007).

En cuanto a las fortalezas resulta valorable el trabajo en equipo y la necesidad de conformar equipos multidisciplinarios para el abordaje de la salud mental tal como sugiere la actual ley nacional de salud mental en su artículo n° 8 (2010).

En relación a la institución seleccionada y al tema de trabajo propuesto se considera que no ha habido limitantes o fallas que dificulten el desarrollo del mismo, salvo la búsqueda de material bibliográfico referido a la rehabilitación psicosocial y a la implementación de la misma en instituciones con las características de las que aquí se han tomado como referencia.

En torno a la metodología de trabajo seleccionada se considera que hubiese sido útil y significativo, utilizar como instrumento complementario la observación participante así como también haber tomado mayor número de entrevistas que permitiesen ampliar la información, sobre todo en el caso del servicio del Hospital 2 donde no hubo participación activa en el mismo.

Por otra parte, este trabajo ha permitido, comparar dos modalidades de asistencia, insertos en modelos de institución diferentes que responden a paradigmas en referencia a la enfermedad mental y al modo de asistirla que parten de supuestos diferentes pero que sin embargo, comparten puntos en común. Estos puntos de intersección pueden ser vistos a la luz de las nuevas leyes de salud mental y derechos humanos que orientan las prácticas de asistencia a modelos más comunitarios y de atención ambulatoria. A partir de estas comparaciones se puede ver que además de ser estructuras de atención diferentes se encuentran insertas en contextos diferentes. En el caso del servicio de salud mental del hospital 2 se puede ver como el trabajo en la comunidad y con las familias de los usuarios se encuentra favorecida por ser una población más pequeña en relación a la capital federal, donde las distancias son más cortas y existe mayor familiaridad entre los miembros de la comunidad. En este sentido en futuras investigaciones se podría analizar y comparar los aspectos positivos y negativos de la atención ambulatoria en poblaciones grandes y pequeñas.

Este trabajo ha permitido además, vislumbrar la rehabilitación psicosocial a la luz de dos modelos de atención diferentes. De aquí surgen algunas líneas de pensamiento, como ser:

- Importancia de iniciar el proceso de rehabilitación desde los servicios de internación en el caso del Hospital 1, y así evitar la cronificación y efectos negativos de las internaciones prolongadas.
- Importancia de los dispositivos de rehabilitación para evitar futuras internaciones, concretar la inserción socio-laboral y favorecer la vida en comunidad de los pacientes psiquiátricos.
- Comparando las características de los pacientes con los que trabaja cada servicio, el proceso rehabilitativo resultaría más eficaz en el caso de pacientes no cronificados.
- Necesidad de que funcionen políticas de salud mental que orienten los recursos y las prácticas hacia modelos de atención comunitaria.

En lo personal la confección de este trabajo y la experiencia de la práctica profesional en la institución seleccionada ha permitido conectar teoría y práctica referida al tema de investigación, experimentar el rol de psicólogo en un ámbito de interés personal, donde se ha podido tomar conocimiento sobre el modo de funcionar de las instituciones con las cuales se ha tomado contacto, y tomar conciencia sobre la importancia de que las prácticas que buscan romper con el modo de atención médico tradicional estén acompañadas y sustentadas en políticas de salud mental conducentes que permitan avanzar hacia un cambio de paradigma.

BIBLIOGRAFÍA

Anthony, Cohen & Cohen, (1984) citado en: Grupo de trabajo de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo, Situación actual y recomendaciones. Cuadernos Técnicos, 6. Madrid, (2002). Recuperado el 10 de junio de 2010, de <http://www.omeaen.org/grupos/CuadernoTecnico6Rehabi.pdf>

Barraco, A. (2006). Desmanicomialización: los límites de la ley. Revista Topia. 15 (45), 8-10.

Barraco, A. (2008). Salud mental en la ciudad de Buenos Aires: el decidido avance de la reacción. Recuperado el 21 de enero de 2013 de www.topia.com.ar

Barraco, A. (2013). Salud Mental, leyes y desmanicomialización. Avances y resistencias. Recuperado 10 de febrero de 2013 de <http://www.topia.com.ar/articulos/saludmental-leyes-y-desmanicomializacion-avances-y-resistencias>

Barrientos, G. (2007). Salud Mental en atención primaria en América Latina: avances y obstáculos en los últimos 15 años. En J., Rodríguez, (Ed.) La reforma de los servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. (p. 108-120) Washington, D. C.: OPS.

Bennett D. (1990). Antecedentes de los servicios de rehabilitación. En F., Watts, & D.,

Bennett, (Comp.), Rehabilitación psiquiátrica Teoría y Práctica. (pp.27- 55). México: Noriega Limusa.

Bialakowsky, A.; Lusnich, C. & Rosendo, E. (2000). Padecimiento, trabajo e institución Manicomial. Revista acta psiquiátrica y psicológica de América Latina, 46 (3). Recuperado el 20 de agosto de 2012 http://www.exclusion.net/images/pdf/314_qiros_padecimiento_research.pdf

Caldas de Almeida, J. (2007). Logros y obstáculos en el desarrollo de políticas y servicios de salud mental en los países de América Latina y el Caribe después de la Declaración de Caracas. La reforma de los servicios de Salud Mental: 15 años después de la Declaración de Caracas. Washington, D.C.: OPS.

Carpenter, M. (1978) citado en: Fernández Bruno & Gabay. (2003) Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves. Buenos Aires: Polemos.

Chiarvetti, S. (2008). La reforma en Salud Mental en Argentina: Una asignatura pendiente. Revista Argentina de Clínica psicológica. 17 (2), 173-182.

Cohen, H. (2009). De la desinstitucionalización a la atención en la comunidad. En J.,

Rodríguez, (Ed.). Salud mental en la comunidad. (p.119-131). Washington, D.C.: OPS.

Cohen, H., (2009). La creación de los sistemas de Salud Mental basados en la comunidad, en el contexto de experiencias exitosas en la región de las Américas. En H., Cohen, (Ed.). Salud mental y derechos humanos. (pp. 105-120). Buenos Aires: OPS. Recuperado el 16 de agosto de 2012 de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf

Cohen, H. & Natella, G. (2007). Trabajar en Salud Mental: La desmanicomialización en Río Negro. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Desviat, M. (2007). Revista Gaceta Psiquiatría Universitaria. Vigencia del Modelo Comunitario en Salud Mental: Teoría y Práctica. 3 (1), 88-96.

Fernández Bruno, M. & Gabay, P. (2003) Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves. Buenos Aires: Polemos.

Fernández Mouján, A. & Mauri, D. (1988) Revista Territorios. Una sociedad sin manicomios es posible?, 4, 27-34.

Foucault, M. (1967). Historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de cultura.

Funk, M., Faydi, E. & Drew, N. (2009). Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental. En Rodríguez, J. (Ed.). Salud Mental en la comunidad. (pp. 105-117). Washington, D.C.: OPS.

Galende, E. (1990). Psicoanálisis y Salud Mental. Buenos Aires: Siglo XXI.

Galende, E. (2006). Fundación de la psiquiatría y el nuevo orden jurídico para el loco. En E.

Galende, & A. Kraut. El sufrimiento mental: El poder, la ley y los derechos (pp.37- 51). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Garralda, J. (2010). Estructura del Hospital. Revista del Hospital Borda. 2 (3) 5-32.

Gisber, C., Arias, P., Camps, C., Cifre, A., Chicharro, F., Fernández, J., et al. (2002). Atención integral a las personas con trastorno mental severo. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo, Situación actual y recomendaciones. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. Recuperado el 10 de junio de 2010, de <http://www.ome-aen.org/grupos/CuadernoTecnico6Rehabi.pdf>

Goffman E. (2004). Internados Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.

Gómez Prieto, M. (2006). Rehabilitación y resocialización psiquiátrica y psicoterapéutica.

En libro electrónico sobre interdisciplina y psiquiatría, Vol. 1, Nº 1. Buenos Aires: Stern producciones.

Gruenberg, E. (1967) citado en Levav, I. Salud mental: una prioridad de la salud pública. Revista de Maestría en Salud Pública, 1 (2). Recuperado el 12 de octubre de 2012 <http://msp.rec.uba.ar/revista/docs/002levav.pdf>

Guinea Roca, R. (1997). Rehabilitación psicosocial: una teoría, una práctica, una ética. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 18 (65), 151-164.

Huertas, R. (1991). Salud pública y salud mental: El nacimiento de la política de sector en psiquiatría. Revista de la Asociación Española en Neuropsiquiatría, XI (37), 73-79.

Ingenieros J. (1919). Los estudios psiquiátricos en la Argentina. La locura en argentina (p. 67-78). [Versión electrónica] Recuperado el 19 de noviembre de 2012 de <http://literatura.itematika.com/libro/446/la-locura-en-la-argentina.html>.

Lawrence, O. (2009). Ley de derechos humanos y discapacidad mental internacional: libertad, dignidad, igualdad y derecho. En Cohen, H. (Ed.). Salud mental y derechos humanos, vigencia de los estándares internacionales. (p. 25-32). Buenos Aires: OPS.

Lellis, M. & Rossetto, J. (2009). Cien años después: Transformaciones de una institución asilar en la República Argentina. Ea journal, 1 (1), 1-28. Recuperado el 12 de enero de 2013 de www.ea-journal.com

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos, (2013). Ley Nacional Nº 26.657 de Salud Mental. Recuperado el 10 de octubre de 2013 de: http://www.Jus.gob.ar/media/1199853/pol_ticas_p_blicas_en_salud_mental.pdf

Levav, I. (2003). Salud mental: una prioridad de la salud pública. Revista de Maestría en Salud Pública, 1 (2). Recuperado el 12 de octubre de 2012 de: <http://msp.rec.uba.ar/revista/docs/002levav.pdf>

MDRI & CELS (2007), Vidas Arrasadas la segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos: un informe sobre derechos humanos y salud mental en Argentina. Washington, D.C.: MDRI.

Minoletti, A., Narváez, P. & Sepúlveda, R. (2009). Desarrollo de políticas y planes de salud mental comunitaria. En Rodríguez, J. (Ed.). Salud Mental en la comunidad. (p. 89- 103). Washington, D.C.: OPS.

Organización de las Naciones Unidas, (1991). Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. (Resolución ONU 46/119). Recuperado el 20 de Mayo de 2012 de <http://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm>

Organización Mundial de la Salud, (1991). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Resolver los problemas de la salud mental. (p.49-73). OMS: Ginebra, Suiza. Recuperado el 10 de diciembre de 2012 de <http://www.who.int/whr/2001/es/>

Organización Mundial de la Salud, (2006). Políticas, planes y programas de salud mental (versión revisada). España: Edimsa.

Organización Panamericana de la Salud, (1978). Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Recuperado el 20 de marzo de 2013 de <http://search.who.int/search?q=almaata>

Pasquale, E. (2009) La reforma psiquiátrica en Trieste, Italia. Recuperado el 21 de febrero de 2013 <http://www.topia.com.ar/autores/evaristo-pasquale>.

Quartino, M. (2004). Programa de Hospital de Noche. En M., Materazzi, Salud Mental Enfoque Transdisciplinario. Buenos Aires: Salerno.

Rigone de Montes, M. & Kozak, S. (1999). Actitudes mitos y prejuicios respecto del enfermo mental internado. Trazos edición especial de la Asociación de profesionales del Hospital Jose T. Borda, 3-29.

Rodriguez J. (2009). Una visión general de la salud mental. En J., Rodriguez, (ed.). Salud mental en la comunidad. (p.3-12). Washington, D.C.: OPS.

Saraceno, B. (2003). La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. México: Pax México.

Saraceno, B. & Fleischman, A. (2009). La salud mental desde una perspectiva mundial. En J., Rodriguez, (Ed.), Salud Mental en la comunidad (p. 13-25). Washington, D.C: OPS.

Schiappa Pietra, J. (1992). Trabajos en Salud Mental Modalidad Rionegrina. El Bolsón: Fundación Valle Nuevo.

Spivak, M. (1987) citado en: Saraceno, B. (2003). La liberación de los pacientes psiquiátricos: de la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible. México: Pax México.

Stingo, N., Florio, L. (ed) (2010, marzo): Estructura del Hospital en Revista del Hospital Borda, 3, 23.

Stolkiner, A. (2003). De la epidemiología psiquiátrica a la investigación en el campo de la salud mental. Vertex Revista argentina de Psiquiatría, 14 (54), 313-319.

Stolkiner, A. & Solitario, R. (s.f). Atención primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. Buenos Aires: UBA. Recuperado el 15 de agosto de 2012 de <http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia>.

Vezzetti, H. (1985). Higiene social y medicina mental. La locura en Argentina. (pp. 23-50). Buenos Aires: Paidós.

Vicente, B., Cohen, H., Saldivia, S., Natella, G., Vilma, M., Santayo, J. C., Ianowski, V. (1997). Programa de Salud Mental en la Provincia de Río Negro (Argentina). Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría, XVII (64), 753-762.

Watts F. & Bennett D. (1990). Introducción: el concepto de rehabilitación. En F., Watts, y

D., Bennett, (Comp.), Rehabilitaci3n psiquiatrta Teor3a y Pr3ctica. (p.15- 26). M3xico: Noriega Limusa.

ANEXO

Ejes de las entrevistas:

- *Funcionamiento y composición del servicio
- *Vías de ingreso y egreso de los pacientes
- *Características de la población asistida
- *Objetivos de trabajo
- *Medios utilizados para el logro de los objetivos de trabajo
- *Rehabilitación, actividades, estrategias
- *Cosas a implementar y a mejorar

Entrevista 1

Servicio de Salud Mental - Hospital 2 - Viedma – Río Negro

“El servicio cuenta en principio con una guardia de salud mental que funciona todos los días, que es por donde ingresan los pacientes cuando sufren una crisis, donde los recibe un psicólogo o un psiquiatra. También pueden pedir turnos por la ventanilla para ser atendidos por consultorios externos. Esto es lo que funciona principalmente dentro del hospital”.

“Desde acá se ve lo que le pasa a la persona, cual es el problema y de ahí el equipo decide si lo deriva a otro profesional, si necesita psiquiatra, si es necesario que concurra a las Casitas de Salud Mental se lo deriva. Donde sí por ejemplo, hay un problema de adicción concurre al grupo GIA (Grupo institucional de Adicciones)”.

“En las casitas están los operadores, que son los que operan, accionan o actúan con los usuarios. Acá se decide la estrategia a seguir con el paciente, se trabaja mucho en equipo donde hay asistentes sociales, psicopedagoga, psicólogos, cada dos días va una psiquiatra y los operadores que somos todos enfermeros pero con el rol de operadores en Salud Mental. La estrategia se trabaja junto con los del equipo, porque por ahí ellos ven una cosa en el consultorio y nosotros vemos otra en las Casitas donde el usuario pasa más tiempo. Según las necesidades del usuario puede participar también del trabajo en la Chacra de salud Mental o el vivero. El servicio cuenta también con este recurso”.

“Otra cuestión que siempre es importante y necesaria abordar es la familia, trabajar para que la familia tome conciencia de que hay una enfermedad como puede ser una psicosis, que es algo que no se cura y que hay que trabajar mucho con la familia. También hay grupos para las familias, hay grupos de jóvenes, grupos para los usuarios y familiares con psicosis”.

-“Se deriva a las Casitas cuando por ejemplo, entra en principio a la guardia con una crisis, durante la crisis fuerte queda internado uno o dos días donde se lo va observando, tomando contacto con la familia y de ahí se deriva a la casita cuando la crisis esta mas compensada. Cuando no hay familia contenedora se necesita acompañarlo más, sino generalmente se va trabajando junto con la familia y es más fácil. Hay casos que no es ni siquiera necesario que concurra a las casitas pero si con los casos donde hay situaciones de dramas familiares, cuando las crisis son recurrentes o cuando hay sumado a las patologías de base consumo de sustancias. Muchas veces no son solo los familiares directos o con los que vive el paciente los que sirven de contención sino que muchas veces participan también amigos, abuelos, tíos. Otros integrantes que comienzan a ser los referentes con los cuales se trabaja para que el paciente lleve adelante su tratamiento y sirva de enlace con los familiares cercanos que es donde el usuario vuelve luego de la internación. Por eso siempre es el caso por caso”.

“También tenemos usuarios judicializados que en este momento son cuatro, algunos vienen de otros lados y están viviendo en un hogar para gente que no cuenta con recursos ni familiares que los alojen. Otra opción que tenemos es la Casa de Convivencia donde viven un tiempo, donde los operadores vamos a ver como están, una vez por semana hacemos asambleas donde se acuerdan las tareas que hay que hacer, se trabajan las cuestiones de convivencia, las cosas cotidianas y todo lo que tenga que ver con vivir en una casa y compartir los espacios. Estos usuarios también participan del trabajo en la chacra, van a la mañana vuelven a la tarde, también tienen el vivero que está en el patio de atrás”.

“En la chacra se trabaja la tierra, plantan, cosechan... ahora por ejemplo, están produciendo hongos. A partir de lo que se produce se arman también microemprendimientos, donde producen y venden lo producido. Esto les permite trabajar y tener su dinero”.

*“En la casa además de los grupos hay talleres que suelen ir cambiando, pueden ser de costura, se han comprado máquinas, ha habido de carpintería, de cerámica, el de cocina suele ser uno de los que se repite. En los talleres no solo participan usuarios sino también gente de la comunidad. Las cosas que se hacen en los talleres también suelen ser una salida laboral porque hacen toallas, repasadores. En el de cocina han hecho milanesas de soja y se han vendido en la feria de la ciudad, han hecho viandas dietéticas”.

“También hay talleres de recreación y manualidades. Que están más orientados a los usuarios. Se va viendo las capacidades de cada uno, que pueden hacer. O también pueden ir a hacer actividades a otro lado, algunos hacen pileta”.

“Después cada uno tiene su terapia individual y grupal. Otra cosa que hacemos son visitas domiciliarias, cuando por ejemplo, dejan de venir o hay que ver a la familia y no viene.

También se hacen para repartir la medicación y constatar que la tomen, entonces se aprovecha para ver como están, con quien viven, como está la familia, etc.

“Una vez a la semana se prepara la medicación armada en sobrecitos para la mañana, otro p la tarde y otro para la noche. Tenemos en este momento una lista de ochenta usuarios, algunos van directamente al hospital, otros se lo vamos dando por semana y otros vamos a la casa a llevar la medicación. Pero esto también hay que trabajarlo con la familia, para que sepan como

es, que no dejen de tomar la medicación cuando están un poco mejor. Concientizar a la familia para que el usuario no vuelva a recaer”.

“El objetivo es que la persona no recaiga, que las patologías como ser psicosis, esquizofrenia se estabilizan pero no se curan. Por eso es importante trabajar para que no recaigan, es importante la medicación, el trabajo con la familia”.

-“Los niveles socioeconómicos son diversos, no trabajamos solo con gente de bajos recursos sino que también hemos tenido usuarios de familias bien, donde el problema no es lo económico sino la estructura familiar y demás.

“En cuanto a las edades hay muchos jóvenes, más que nada en esta época donde las drogas están haciendo estragos, las edades son muy diversas. Cuando son muy jóvenes existe una institución que también depende de Salud que es el SIC que es a dónde van los adolescentes con adicciones. De 18 en adelante van al grupo GIA”.

“...la idea es que los usuarios sigan haciendo su vida, que hagan cosas, que se sientan productivos pero también para esto es necesario que haya una continuidad, como un seguimiento porque la mayoría siempre necesita que los estén como apuntalando, acompañando. Por eso con algunos se pauta que concurren de vez en cuando, cada un mes o dos, con otros hacemos visitas”.

-“Depende del caso por caso como se insertan, muchas veces consiguen trabajo por intermedio de familiares o conocidos, otros trabajan en los microemprendimientos, otros siguen con sus oficios o trabajos que tenían antes de las crisis. Por ahí lo que faltaría es que haya convenio con instituciones, que se cumple la ley que plantea que en cada empresa debe haber cada X cantidad de empleados una persona con discapacidad”.

-“La aceptación de los usuarios en la comunidad se hace a partir de los talleres y como que ellos nunca pierden el contacto con la gente entonces no es algo que se complique en el sentido de que la gente ya está acostumbrada, siempre hay como una desconfianza pero fue algo que se fue trabajando con los vecinos”.

-“Por ahí faltarían mas talleres, organización falta a veces porque falta alguien y como somos pocos no hay tiempo para las reuniones o para hacer mas talleres. También sería bueno que cada uno se ocupe de una tarea y se dedique a eso porque si falta alguien capaz te llaman del Hospital para cubrir y ya no te puedes dedicar a hacer visitas, entonces hay cosas que tenes que dejar de lado y que son importantes hacerlas para los pacientes y para la continuidad del tratamiento”.

“Por otro lado faltaría trabajar más el tema de la autonomía de los pacientes porque sino se los trae se los lleva, y la familia de a poco se involucra menos”.

“Lo positivo es que se está con los pacientes, que pasa algo y todos nos ponemos. Pero en cuanto al modelo de trabajo en Rio Negro me parece que es muy positivo, porque estamos buscando ver la enfermedad mental como una más entre otras, sin estigmatizar, sin encerrar”.

Entrevista 2

Servicio de HN y CMC - Hospital 1 – Buenos Aires.

-“Los dos servicios pertenecen a la rehabilitación, están conformados por un equipo interdisciplinarios es decir, la jefa de servicios que es socióloga, por psicólogos, profesora de expresión corporal. Hemos tenido en alguna oportunidad abogados, médicos psiquiatras como parte del equipo. Hoy por hoy la parte psiquiátrica la hacemos por consultorios externos”.

“Bueno como dije antes esta en el área de rehabilitación, la función es la Rehabilitación Psicosocial ingresan desde un servicio de internación se les da el alta entonces tienen varias opciones, una puede ser que se vayan directamente o sea del hospital, pero esto ocurría que era una puerta giratoria generalmente era externación dejaban la medicación, dejaban los tratamientos, psicológicos y volvían a reingresar a la internación, entonces estos dispositivos se piensan en el año 94' como un lugar para tratar de cortar esta puerta giratoria de internación en internación.

-“Se piensa un alta desde un servicio de internación se hace un pedido a HN, desde HN vamos a ver primero la historia clínica a partir de la cual si le va a servir a él y al grupo que esta residiendo, es una residencia terapéutica es distinto a otras áreas del hospital que son internaciones, hace una pre-admisión, una vez que se ve la historia clínica comienza la preadmisión en la cual participa de todas las actividades de HN, participa de los grupos terapéuticos y de los talleres y vuelve a dormir al lugar de internación. Una vez que paso la pre-admisión ingresa como residente de HN, el objetivo primordial de estas residencias es la rehabilitación psicosocial es decir volver a ponerse en marcha, volverse a insertarse, es importante lo de la reinserción psicosocial es decir volverse a reinserirse en la sociedad, esto significa volver a reinserirse en el hábito laboral, con los lazos familiares si los tiene, con el grupo de amigos otros familiares, en el óseo, volver a elegir donde pasear”.

-“Los objetivos de HN, si bien el HN es a puertas abiertas por que cada residente posee una llave y una salida al exterior, dispone de esa salida cuando quiere lo único que tiene que cumplir es con las actividades del servicio, es decir con los talleres y los grupos, pero en el otro horario puede disponer salir o entrar cuando quiere, por eso son dispositivos a puertas abiertas , realmente son unos de los pocos dispositivos que están enmarcados en la ley 448 y rompen con lo tradicional del hospital, no muchos dispositivos tienen la posibilidad de disponer de una salida directa a la calle”.

-“El HN es una instancia que viene luego de la internación, está dentro del predio del hospital, hay una mirada de los profesionales más profunda y después contamos con la CMC que queda en el barrio de Flores, comparten el consorcio con otros vecinos. En este sentido es una instancia superadora al HN implica que ya no hay tanta mirada de los profesionales si bien las actividades para ambos dispositivos son las mismas”.

-“Es distinto salir a la calle en un barrio que salir a la calle en la misma cuadra del hospital simbólicamente significa mucho, es estar en otro ámbito, estar desde otro lugar. Una reinserción superadora busca la CMC, ya está casi como viviendo afuera es decir, es superador al HN esa es la diferencia por que las actividades son las mismas. Los criterios que se tienen en

cuenta para una persona pase del HN a la CMC es la autonomía que el residente haya logrado. Esto se evalúa cuando logra ya empezar a salir porque lo decide él, empezar a buscar trabajo y sostenerlo, tiene sus cosas ordenadas... puede sostener una casa no solo desde lo económico sino de todos los aspectos, puede hacer lazos afuera con otras personas, viaja sin inconvenientes, decide, es decir puede decir yo deseo”.

-“ Los contratos son por 3 meses cuando ingresan al HN, firman un contrato terapéutico, generalmente renovable por 3 meses más, a veces el término promedio es 1 año que están y después pasan a la CMC porque si estuviese mucho tiempo empieza haber iatrogenia, hay un retroceso”.

-“...en la psicosis se pierde autonomía, necesitan como algo que lo estructure desde afuera y que le diga bueno ahora hay que bañarse, ahora hay que cocinar, hay que reaprenden a hacer todo de nuevo”.

-“La rehabilitación psicosocial tiene que ver desde lo psíquico con revisar todas aquellas cuestiones que lo llevaron a la internación, también tiene que ver con poder sostener los tratamientos, esto es fundamental, esto es como una mesa con patas, si saco una pata se cae la mesa, una de las patas es la parte psicológica sus terapias individuales y grupales, la otra pata es la parte farmacológica, la medicación que tiene que sostenerlo, es decir la parte psiquiátrica, y lo social es la otra pata que sería sostener trabajo, poder insertarse en lo laboral, empezar a decir bueno pertenezco al mundo, soy volatero, soy administrativo, soy cadete, empieza hacer ir dejando esto que trae de la internación que soy un número, soy un esquizofrénico porque esa es la presentación de la internación”.

-“La reinserción laboral se trabaja con talleres laborales y pre laboral donde revisan su historia laboral, eso muy terapéutico porque uno ve en su historia laboral si lo pudo sostener, si hubo crisis a partir de sostener un trabajo de muchas horas... arman un curriculum, cada uno empieza a decir de que tendrían ganas de empezar a trabajar, se revisan si lo que tiene ganas condice con el momento de cada uno y después se realiza con cada uno una búsqueda laboral”.

-“Hay convenios, por ejemplo COPIDI del gobierno de la ciudad que es una bolsa de trabajo para discapacitados, también hicimos lazos con el gobierno nacional en donde tuvimos entrevistas, en donde la idea era incluir a los residentes en una bolsa laboral... no hay ningún residente actual porque lamentablemente estos programas rechazan siempre la salud mental, le dan trabajo a la discapacidad física, pero no a la salud mental..., es como un estigma estar acá , lo mismo cuando hacen lazos sociales si se encuentran y conocen alguna mujer, algún amigo le decimos que lo primero no es decirle soy del hospital 1 porque esto ya corta toda esta posibilidad de relación , después cuando lo conozcan y hagan un lazo ya es distinto”.

-“... también tratamos de hacer vínculos con los familiares, a veces, algunos los tienen, algunos los han perdido totalmente, bueno convocamos a la familia, vemos si hay, les decimos que no se encarguen del paciente sino que lo acompañen, esa es la idea, la búsqueda de la autonomía del paciente, muchas veces los residentes ayudan a las familias... porque a veces están mejor después de los tratamientos que algunos miembros de la familia, a ocurrido muchas veces esto.... tratamos de que vallan a actividades afuera, terminar estudios si no terminaron, esto

hace que se pueda conectar con otras personas, muchas veces tienen la idea de terminar los estudios dentro del hospital, pero nosotros trabajamos para que sea afuera del hospital, los lazos sean hacia afuera no hacia adentro, no pensar la vuelta al hospital sino pensar la salida del hospital”.

-“En el caso de los residentes que no tienen donde vivir, si consiguiesen algún trabajo y podrían, se pueden alquilar algo, generalmente van a vivir a hoteles, por una cuestión de garantía, si tienen un trabajo se lo pagan con su trabajo, sino hay algunos pacientes que ya venían de internación con subsidios, es decir con pensiones no contributivas, esto los ayuda a mantenerse afuera, también en un primer momento piden subsidios habitacionales que se los dan por seis meses... salir de golpe es fuerte, salir a vivir a un hotel o a una habitación solo, pero nosotros realizamos el seguimiento. El residente que se va generalmente sale de la CMC, siguen concurriendo a algunas actividades, entonces hacemos un seguimiento en los primeros meses, lo vemos tres veces por semana, entonces vemos si está limpio, si mantiene el trabajo, como viven... se hace un seguimiento para que después, valla logrando la autonomía, cuando se dan de alta, el tratamiento lo hacen por consultorios externos, como cualquier persona que vive afuera y tiene que irse a tratar... en principio las terapias individuales las sigue haciendo en el HN, un tiempo hasta que hacemos un cierre, para ver este seguimiento en el afuera como es, después no”.

-“ en el hospital 1 es como que nadie sabe donde que queda el HN, no está muy presente para la estructura hospitalaria, es como que es más importante a veces las internaciones, todo lo que representa lo médico, lo tradicional médico, es decir, el modelo médico hegemónico, es como mucho más fuerte, mas importante, sigue estando, en algunos casos no, pero en muchos casos si... es como que la rehabilitación es como que todavía no tiene un lugar muy importante ni firme, es como un lugar que la institución quiere desconocer, hay un síntoma, habría que preguntarse qué pasa con esto. Cuando alguien entra algún lado a una cueva siempre tiene que tener presente la salida, sino queda ay adentro en un laberinto, es decir, en el laberinto pasa eso uno entra se queda perdido adentro, en estas instituciones me parece que sería igual, uno cuando entra la institución tiene que tener planificada la salida, me parece que se tiene más planeado la entrada a este lugar y muchas veces se cronifica al internado porque quedan atrapados en este laberinto dentro del hospital... entonces tendría que estar planificada la salida, uno entra, es compensado y empieza a ir a rehabilitación, tendría que empezar del vamos, cada uno con sus posibilidades... hay servicios donde los pacientes quedan como cronificados con la medicación en una cama y es más difícil después la rehabilitación estas mucho tiempo, no se si hay que cerrar los hospitales, habría que darle una vuelta, pensar en hospitales no con muros tan cerrados”.

-“Tendría que haber más hospitales de noche, más hospitales de día, más lugares de prealta donde se hacen talleres laborales, mas talleres protegidos que son laborales, son terapéuticos pero con un aprendizaje de una actividad laboral, más CMC, considero que tendría que haber cola, lista de espera en el HN, en la CMC, en el hospital de día y no hay lista de espera al contrario a veces hay lugar. En un neuropsiquiátrico donde hay 200 mil pacientes tendría que haber lista de espera habiendo un solo HN, o una sola CMC”.

-“Las características de los residentes, el hospital está pensado para psicosis, para depresiones, no está pensado para trastorno de personalidad por ejemplo, pero hay trastorno de personalidad, hay psicosis, hay depresiones, hay adicciones, no es un hospital que hoy por hoy no, no digo que no se puedan rehabilitar, hoy por hoy no está preparado para adicciones. En el HN la mayoría son psicosis, también depresiones y a veces se mezcla algún trastorno de personalidad disfrazado, la experiencia nos dice que no es el lugar, porque es como que un trastorno de personalidad usa al psicótico como un instrumento, cuando tiene una psicopatía grave, entonces no le sirve a él ni al grupo. Las edades de los residentes han fluctuado, hay criterios de admisión... no puede ingresar al HN quien esté atravesando una enfermedad infecto contagiosa, porque alguien que está con tratamiento no puede sostener un trabajo, no puede sostener las actividades terapéuticas, porque necesita tiempo para tratarse”.