

UNIVERSIDAD DE PALERMO
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales
Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Dispositivo alternativo de resocialización de niños y adolescentes que
posibilita su integración social, educativa y laboral

Alumna: Anabella Victoria Baratta

Tutora: Natalia DaSilva

Buenos Aires, 8 de Marzo de 2019

Índice

1. Introducción	2
2. Objetivos	2
2.1 Objetivo general.....	2
2.2 Objetivos específicos.....	2
3. Marco teórico	3
3.1 Modelo Médico Hegemónico y Modelo Asilar.....	3
3.2 Salud Mental: factores de riesgo y de protección en la niñez y la adolescencia.....	5
3.3 Atención Primaria de la Salud.....	8
3.4 Salud Mental Comunitaria.....	10
3.5 Dispositivos alternativos.....	12
3.6 Resocialización e Integración social.....	14
3.6.1 Integración educativa.....	17
3.6.2 Integración laboral.....	19
4. Metodología	21
4.1 Tipo de Estudio.....	21
4.2 Participantes.....	21
4.3 Instrumentos.....	21
4.4 Procedimiento.....	22
5. Desarrollo	22
5.1 Describir el funcionamiento del dispositivo alternativo de resocialización de niños y adolescentes con padecimientos severos.....	22
5.2 Describir y analizar cómo se trabaja en el dispositivo alternativo la resocialización de niños y adolescentes con padecimientos severos a partir de la integración social.....	25
5.3 Describir y analizar cómo se trabaja en el dispositivo alternativo la resocialización de niños y adolescentes con padecimientos severos a partir de la integración laboral y educativa.....	28
6. Conclusión	32
7. Referencias	38

1. Introducción

Se realizó la práctica profesional en un Ecoparque en el cual funciona un dispositivo alternativo cuyo objetivo es la resocialización, la integración educativa y laboral de niños/as y adolescentes con patologías severas. Está constituido por un equipo interdisciplinario del que forman parte tres psicólogas, dos terapeutas ocupacionales y dos psiquiatras infantiles.

Este programa depende de un Hospital Infanto-Juvenil y los niños y adolescentes son derivados de Hospitales de Día, Centros Educativos para la Atención de Alumnos con Trastornos Emocionales Severos y Hospitales de Salud Mental pertenecientes a la red de salud mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Las actividades que realizan los niños y adolescentes participantes son variadas y comprenden, según el grupo: alimentar a los peces, patos y maras, juegos en una plaza dentro del Ecoparque, tareas de vivero variadas, como regar plantas, podar, plantar, trasplantar, entre otras cosas. También algunos días los adolescentes se involucran en tareas de nutrición, aprendiendo y ayudando a preparar el alimento de los animales. Estas últimas actividades son de aprendizaje, de capacitación laboral. A aquellos adolescentes que cumplen los objetivos ocupacionales y sociales se les asignan becas, una remuneración desde el Ecoparque por las actividades que realizan.

Al comenzar las prácticas surgió interés sobre la forma en que el programa promueve y posibilita la resocialización de los niños y adolescentes que participan de él, debido a que gracias a éste muchos niños pueden integrarse en un colegio, aprender un oficio y herramientas útiles para desenvolverse en un trabajo y sobre todo, para integrarse lo más satisfactoriamente posible en la sociedad. Por lo tanto se buscó analizar cómo el dispositivo alternativo posibilita la integración social, educativa y laboral de niños y adolescentes con padecimientos mentales severos.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar cómo se trabaja en el dispositivo alternativo para posibilitar la resocialización de niños y adolescentes con padecimientos severos a partir de la integración social, educativa y laboral.

2.2 Objetivos específicos

- 1.** Describir el funcionamiento del dispositivo alternativo de resocialización de niños y adolescentes con padecimientos severos.

2. Describir y analizar cómo se trabaja en el dispositivo alternativo la resocialización de niños y adolescentes con padecimientos severos a partir de la integración social.

3. Describir y analizar cómo se trabaja en el dispositivo alternativo la resocialización de niños y adolescentes con padecimientos severos a partir de la integración laboral y educativa.

3. Marco Teórico

3.1 Modelo Médico Hegemónico y Modelo Asilar

A fines del siglo XVIII, se consolida el Modelo Médico Hegemónico, una construcción teórica que posee como característica fundamental el biologicismo. Este concepto reduce la enfermedad a lo corporal, a los signos físicos, dejando de lado aspectos sociales y culturales que influyen en el curso de la enfermedad, así como también los psicológicos. Dentro de la práctica médica se considera a la enfermedad como un hecho natural y biológico, no social (Menéndez, 1988).

La medicina mental, en sus comienzos, también se centró en interpretar la enfermedad en base a los signos que presenta, a través de la sintomatología y la nosografía. Dentro de ésta perspectiva la enfermedad es entendida como una esencia natural que se evidencia por medio de síntomas particulares, es decir, se la entiende como una realidad independiente. Con el tiempo ésta concepción de la enfermedad fue cambiando y comenzaron a tenerse en cuenta todos los aspectos de la vida de la persona, refiriéndose a una noción de totalidad. A través de ésta se tiene en cuenta la personalidad del individuo y su situación global en el mundo (Foucault, 1954).

Surge también en esa época, en concordancia con el Modelo Médico Hegemónico y con la medicina mental, el Modelo Asilar, cuyo objetivo era el encierro de aquellos que eran “diferentes”, “locos”, “inadaptados” para separarlos del resto de la sociedad, aislarlos, lo que los convertía en marginales. Las instituciones psiquiátricas buscaban crear un mundo aparte de su comunidad al enfermo, un mundo propio, separándolo del resto de sus semejantes. En el siglo XVII comienzan a crearse espacios de internación, pero el propósito no era curar a los padecientes, sino alejarlos de la sociedad. Aquellos que presentaban padecimientos mentales eran marginados para que no pudiesen participar en su sociedad. Recién en el siglo XVIII la reclusión se orienta al campo médico. Se crea el manicomio como una forma de control social, como un lugar de reclusión en el cual se contiene a aquellos con padecimientos mentales. Si bien éstos son tratados, en la mayoría de estos lugares, los pacientes tienen una vida inflexible, rutinaria, lo cual no favorece a la persona al momento de la

desinstitucionalización y resocialización. Estas instituciones cuentan con profesionales que se encargan de vigilar que las tareas sean realizadas y que se lleven a cabo bajo normas explícitas. Estos profesionales son quienes componen el grupo personal supervisor. Luego están los internados, quienes son manejados por el grupo previamente mencionado. Estos viven en la institución y su contacto con el exterior está limitado. La presencia de dos grupos marca una escisión dentro de la institución (Correa Urquiza, Silva, Belloc & Martínez Hernández, 2006; Foucault, 1945; Goffman, 1970; Ottaviano, 2011; Pinto, 2012).

Goffman (1970) utilizó el término *instituciones totales* para hacer referencia a aquellas instituciones que obstaculizan el contacto social con el exterior, tratándose de espacios donde la gente se encuentra encerrada y se le dificulta la interacción social con el afuera. La institución psiquiátrica es englobada bajo dicho término. Estas instituciones tienen determinadas características: la vida diaria se desarrolla dentro del mismo lugar y en compañía de otros que deben realizar las mismas actividades y reciben el mismo trato; a su vez, dichas actividades se encuentran previamente programadas por las personas que trabajan en la institución.

Dentro de los psiquiátricos, se va conformando un circuito del que son parte niños y adolescentes que son institucionalizados por patología severa y que dificulta que puedan regresar a su comunidad, a la vida social. Este circuito, según lo describe Massei (2009), comienza con *diferenciación disciplinaria* y tiene que ver con aquellas personas que catalogan al niño o adolescente como diferente, por ejemplo un médico; *internación*, que refiere a que nadie regula los efectos que la internación tiene sobre el paciente; *custodia*, porque el paciente se ve encerrado, marginado de la sociedad; y por último *segregación y marginalidad social*, debido a que la relación con los semejantes se verá condicionada por haber estado internado. Una vez que los niños y adolescentes transitan por éste circuito, no es fácil volver a la comunidad.

A partir de 1959, en Inglaterra, el modelo asilar comienza a ser centro de fuertes críticas, que luego se fueron extendiendo a varios países. Incluso en Argentina, comienzan a pensarse nuevas prácticas que permitan tratar y cuidar de un modo distinto a aquellos que tienen trastornos mentales. En el caso de niñas, niños y adolescentes se constata que en muchos casos sus derechos no son tenidos en cuenta, se prolongan los tiempos de internación sin ser necesario o son internados repetidas veces por su padecimiento y no hay actividades que impliquen que los niños y los jóvenes se relacionen con su comunidad. Por cuestiones como estas es que aún en día la institucionalización es criticada (CELS, 2017; Ottaviano, 2011).

Es importante destacar que mientras sigan funcionando los hospitales monovalentes (de una única especialidad) como primordial cuidado de las personas con padecimiento mentales la mayor parte de las derivaciones se realizarán hacia ellos, y será más difícil que se pueda intervenir sobre la exclusión social que atraviesan las personas que son internadas en éstas instituciones, y más aún, de aquellas cuyos períodos de internación son indeterminados. Se debe tener en cuenta que una alternativa a estos hospitales son los dispositivos dedicados al abordaje de la salud mental infantil, pero las estrategias y acciones de intervención que se desarrollan en torno a ellos son pocas. Es por esto que es necesario pensar en estrategias de desinstitucionalización que permitan la integración social, garantizar la protección de los derechos de las personas afectadas y sus familias y rehabilitar a aquellos con padecimientos mentales, a través de prácticas interdisciplinarias que se relacionen con la comunidad (Gerlero et al., 2010; Tisera, Leale, Lohigorry, Pekarek & Joskowicz, 2013).

3.2 Salud Mental: factores de riesgo y de protección en niñez y adolescencia.

En el campo de la salud mental hay problemas que aún no han sido resueltos, como por ejemplo, la cronicidad de muchas internaciones y las condiciones de abandono a las que están sometidas gran parte de las personas con trastornos mentales, la violación de sus derechos y la poca cantidad de prácticas de soporte social que les permitan el mayor grado posible de independencia y autonomía para desenvolverse en sociedad (Gerlero et al., 2010).

Hay factores biológicos y psicosociales que interactúan entre sí de distintas formas en la vida de cada individuo y que, por lo tanto, los afectan de diferentes maneras. Los factores biológicos se subdividen en genéticos y ambientales: los primeros refieren a que factores hereditarios se encuentran asociados con trastornos mentales; los segundos tiene que ver con agresiones sobre el desarrollo del sistema nervioso central por parte del medio externo, las cuales tienen consecuencias que alteran su formación. El grado de afectación dependerá de la intensidad de la agresión, la vulnerabilidad genética de la persona y la etapa del desarrollo en que se dé, ya que pueden ser prenatales (desnutrición, infecciones, abuso de sustancias), perinatales (trauma obstétrico, infecciones intrauterinas) o postnatales (desnutrición, traumatismos craneoencefálicos). Los factores psicosociales tienen relación con el medio ambiente social y físico y pueden ser pobreza, desnutrición, violencia familiar, poca contención, niños en situación de calle, inseguridad de empleo (en adolescentes) abuso de menores, entre otros. Debido a los problemas existentes, al desarrollar estrategias y acciones en salud mental, se debe tener en cuenta que muchas personas son excluidas del ámbito laboral, pierden sus vínculos, sus redes, la autonomía para decidir sobre cuestiones que los

rodean, sus derechos, la posibilidad de ser escuchados y, además, deben enfrentar los sentimientos diversos que generan en la sociedad. Estos son aspectos que deben tenerse en cuenta al momento de plantear acciones en el campo de la salud mental, porque el sufrimiento social que atraviesan las personas con padecimientos mentales influye en su calidad de vida y tratamiento (Correa Urquiza et al., 2006; Secretaría de Salud, 2001).

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 define la salud mental como un proceso que se ve influido y determinado por distintos factores, ya sean sociales, históricos, económicos, culturales, psicológicos y biológicos. Con la elaboración de los apartados de dicha ley se busca que se respeten los derechos de las personas que padecen trastornos mentales y además proteger la salud mental de la población. A su vez se plantea dentro de ésta, partir de la presunción de capacidad de todos los individuos (aunque haya antecedentes de hospitalización, por ejemplo) y que la presencia de un diagnóstico de trastorno mental no es suficiente para decidir si una persona es incapaz o es riesgosa para sí misma o para otros (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

En base a lo expuesto anteriormente es necesario argumentar que los trastornos mentales tienen consecuencias no sólo sobre la salud de los afectados, sino también sobre aspectos sociales y económicos, en muchos casos, como por ejemplo, desempleo y/o problemas en las familias o cuidadores debido al impacto que los padecimientos mentales producen. Las acciones que se realizan en torno a cuestiones de la salud de las personas no deben orientarse sólo hacia el cuidado físico, sino que debe tenerse en cuenta también la salud mental. Ésta tiene que ver con la experiencia personal e interpersonal, abarcando lo familiar y lo comunitario. Contar con buena salud mental posibilita que la persona pueda enfrentar los problemas que se le presenten en su vida diaria, entre otras cosas (Jané-Llopis, 2004; Rúa Martínez, 2003).

Se debe tener en cuenta que la salud mental se ve influida por aspectos biológicos, socioculturales y psicológicos que interactúan entre sí, por lo tanto las situaciones o factores a las que se ve expuesta una persona guardan relación, en parte, con la salud mental. Estos factores por los que puede verse perjudicada pueden ser individuales, pueden estar relacionados con la interacción en la sociedad, con la cultura. La pobreza, la desesperanza, la exposición a la violencia y el nivel económico, por ejemplo, son factores que producen vulnerabilidad a desarrollar trastornos mentales. Estos acontecimientos pueden ser normativos o no normativos. Los primeros refieren a sucesos habituales o evolutivos, como empezar la escuela. Los sucesos no normativos, por su parte, son aquellos que no son habituales, son imprevisibles y conllevan cierta inestabilidad ya que la persona no puede

controlarlos, como por ejemplo pobreza, desempleo. Por otro lado, la salud física y la salud mental no existen de forma independiente, sino que se relacionan entre sí. La OMS (2001) ha definido la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2004, p. 14; Rúa Martínez, 2003).

Hay dos conceptos muy importantes que deben ser desarrollados para hablar de salud mental: factores de riesgo y factores de protección. Cuando se habla de factores protectores se hace referencia a las características, situaciones o condiciones que actúan como mecanismos que una persona, familia o sociedad posee para proteger o potenciar sus capacidades y les permiten fortalecerse frente a situaciones de riesgo o adversas. Reducen la posibilidad de que la persona presente un trastorno regulando el estrés y los síntomas transitorios. Los factores de riesgo, por el contrario, tienen que ver con las condiciones que favorecen el desarrollo de un padecimiento mental o que agravan las situaciones, el estado de salud emocional, físico o social. La persona puede estar expuesta a factores de riesgo de forma prolongada en el tiempo o durante un corto periodo de tiempo. Puede hablarse de factores de riesgo personales, genéticos, ambientales, psicosociales y relacionales. Cabe destacar que ante un mismo (o mismos) factor de riesgo no todos los niños o adolescentes desarrollan trastornos, sino que dependerá de los factores de protección que posea (a nivel personal y contextual) (Artigue & Tizón, 2013; Secretaría de Salud, 2001).

Los factores protectores y de riesgo que serán nombrados, en su mayoría, son propios tanto de niños como de adolescentes. Los factores de protección pueden ser individuales (habilidad social, habilidades de relación, cercanía con la familia, habilidades en la resolución de problemas, autoestima, entre otros), familiares (padres que brindan ayuda y cuidado, familia segura y estable, comunicación afectiva, expresión emocional), escolares (sentimiento de pertenencia, colaboración y apoyo por parte de profesionales y de pares, reglas en la escuela contra la violencia, reconocimiento de logros) y sociales (relación cercana con una persona significativa, vivienda digna, acceso al mercado laboral, buena salud). Los factores de riesgo también pueden ser individuales (genéticos, problemas prenatales, perinatales o postnatales, discapacidad física o intelectual, escasas habilidades sociales, autoestima baja, aislamiento, consumo de sustancias, lo cual es muy importante en adolescentes), familiares (tener una madre adolescente, violencia familiar, divorcio, separación, cuidados negligentes hacia el niño, falta de atención a los hijos, desempleo de los padres (prolongado), padres que tengan padecimientos mentales, rechazo), escolares (negligente manejo de la conducta,

fracaso escolar, relaciones insatisfactorias, grupo de pares que aísla a un niño o adolescente, rechazo), sociales (discriminación, pobreza, condiciones inadecuadas de vivienda, aislamiento social) y/o eventuales (abuso emocional, sexual o físico, desempleo, pobreza, inseguridad económica, falta de hogar) (Secretaría de Salud, 2001).

El campo de la salud mental solía ser objeto de la atención psiquiátrica en instituciones mentales, pero hace unos años se ha comenzado a plantear que también concierne a la comunidad. Esto ocurre con el planteamiento de la Atención Primaria de la Salud como estrategia que permita abordar mejor y de forma más amplia las cuestiones relacionadas con la salud y la salud mental. Esto tuvo como consecuencia que el trabajador de la salud mental no sólo se encargue del tratamiento de aquellos afectados dentro de una institución de salud mental, sino que implica que también tenga en cuenta otros niveles de acción y planificación de estrategias (Levav, 1992).

3. 3 Atención Primaria de la Salud

En 1978, se reunieron en la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud representantes de varios países para planificar y desarrollar una estrategia que permita promover y proteger la salud a nivel mundial. En esta declaración se trataron temas relacionados al ámbito de la salud, como por ejemplo la desigualdad que existe entre los países (e incluso entre los ciudadanos de un mismo país); el desarrollo social y económico para posibilitar que las políticas de salud alcancen a la mayor cantidad posible de personas así como también para reducir dichas desigualdades; y por último la promoción de la participación colectiva e individual en temas de salud. Sin embargo, el tema fundamental de ésta conferencia tiene que ver con la Atención Primaria de la Salud (APS). Se concluye que la APS es una de las estrategias más adecuada para lograr un estado óptimo de salud mental (De Vos et al., 2009; Minoletti, Rojas & Horvitz-Lennon, 2012).

La APS es una estrategia de asistencia sanitaria que apunta tanto a los individuos en particular como a la comunidad promoviendo su participación en temas de salud, así como también la de distintos profesionales, servicios e instituciones que deban tomar parte en cada caso. Está orientada a prevenir, rehabilitar, promover y curar (Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, 1978).

La prevención de la enfermedad y la promoción de la salud son estrategias dentro de la APS que contribuyen a mejorar la salud de aquellos afectados, así como también el tratamiento y la rehabilitación. Estas acciones son complementarias, pero no se sustituyen entre sí. La promoción de la salud se centra en los determinantes de la salud y la prevención

de la enfermedad en las causas de la enfermedad. Un propósito que ambas tienen en común es mejorar la salud mental de las personas, siendo estrategias complementarias al tratamiento. La promoción de la salud tiene como objetivo llevar a cabo acciones que permitan mejorar la salud social, psíquica y física. La prevención de la enfermedad, por su parte, tiene como fin planear y ejecutar estrategias para evitar la aparición de la enfermedad, o los daños que ésta puede conllevar, intentando que no se generen secuelas (Jané-Llopis, 2004; OMS, 2004; Rúa Martínez, 2003).

La promoción de la salud se centra en crear ambientes, entornos y estilos de vida que sean saludables para las personas y facilitar la participación social. En cuanto a ésta estrategia, cabe destacar que es necesario contar con intervenciones que se centren tanto en la persona (de forma individual) como colectivas. Es importante conocer la comunidad en la que se intervendrá, debido a que lo que se considera salud mental puede variar de una sociedad a otra, y para poder abordar los problemas satisfactoriamente hay que tener en cuenta las diferencias culturales al momento de desarrollar acciones. Debe centrarse en crear las condiciones que permitan mejorar la calidad de vida de las personas, tanto a nivel individual como social, centrándose en aspectos psicofisiológicos (Jané-Llopis, 2004; OMS, 2004).

Por otro lado, al hablar de prevención de los trastornos mentales, se debe intentar promover los factores de protección y reducir los factores de riesgo que estén relacionados con padecimientos mentales. Su objetivo es poder reducir la incidencia y prevalencia de éstos. Hay distintos niveles de prevención, los cuales apuntan al desarrollo de distintas estrategias y se dirigen a distintos problemas. La prevención primaria apunta a reducir la incidencia del problema/enfermedad. La prevención secundaria tiene como objetivo diagnosticar la enfermedad que aún no se ha manifestado, es decir, se intenta realizar un diagnóstico temprano para poder tratar y controlar la patología. La prevención terciaria apunta a lograr que la persona se recupere de la enfermedad que ya se ha manifestado. Esta requiere un adecuado diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, ya sea social, física y/o psicológica (Jané-Llopis, 2004).

Para planear y llevar a cabo acciones de promoción y prevención deben tenerse en cuenta la existencia de determinantes que influyen tanto en la salud como en la salud mental en distintos niveles. Los determinantes de la salud son los agentes que mejoran o comprometen la salud de una persona o de una comunidad, los cuales pueden abarcar aspectos individuales, sociales, ambientales y/o económicos y se plantean en distintos niveles. El primero es el nivel general, y tiene que ver con aquellos determinantes a nivel

social, como condiciones políticas, económicas, culturales, etc., de la sociedad en conjunto. Luego está el nivel particular, relacionado a los estilos de vida de cada grupo de una población, como por ejemplo, familiar y laboral. Por último está el nivel individual, en el cual influyen las características propias de cada individuo, es decir, variaciones físicas, psicológicas, genéticas, por ejemplo (OMS, 2004; Rúa Martínez, 2003).

3.4 Salud Mental Comunitaria

Investigaciones que se llevaron a cabo en la Ciudad de Buenos Aires evidenciaron las dificultades que presentan los servicios de salud, tanto en accesibilidad como en ofrecer los cuidados necesarios, cuando se trata de niños y adolescentes con padecimiento psicosocial severo. Esto se puede ver en la dificultad para detectar tempranamente los trastornos, en la falta de equipos capacitados que trabajen de forma interdisciplinaria, en los tiempos que se estipulan de tratamiento y en la escasez de estrategias que promuevan que los niños y adolescentes sean incluidos en la comunidad. Dichas investigaciones, también presentaron que el aumento de las internaciones psiquiátricas y de los tiempos de internación, los cuales se prolongan frente a la falta de dispositivos terapéuticos en la comunidad, no asilares, que permitan a los niños continuar el tratamiento o alojarse, en caso de no tener familia (Barcala et al., 2012).

En base a lo anteriormente mencionado, es necesario destacar y agregar que las personas con padecimientos mentales se enfrentan con problemas sociales, personales, familiares y emocionales, como por ejemplo la estigmatización social y la discriminación, las cuales dificultan que la persona, y en algunos casos su familia, pueda ser tratada e integrada adecuadamente en su comunidad. La capacidad para vivir con otros en comunidad y para lograr vínculos satisfactorios se ven afectadas en la mayor parte de los trastornos mentales, es por eso que al hablar de salud mental en la comunidad se busca resguardar los vínculos sociales, familiares de las personas con padecimientos mentales y rehabilitarlos promoviendo su integración social (Ardila & Galende, 2011; Valencia Collazos, 2007).

La Salud Mental Comunitaria se plantea como una intervención para que se produzca un pasaje de la institución psiquiátrica hacia una participación comunitaria activa, es decir, que los padecimientos relacionados con la salud mental puedan abordarse y/o solucionarse mediante la intervención de diversos sectores y actores de la comunidad. Plantea una relación terapéutica que no sea objetivante (como sucedía con el modelo asilar) para que pueda tenerse en cuenta el padecimiento subjetivo de cada persona. Busca también promover la circulación de los conocimientos y que las decisiones sean tomadas en conjunto (a través de

espacios de reflexión colectiva, por ejemplo) con un equipo de salud interdisciplinario, intersectorial y con suficiente formación (Galende, 1990).

En concordancia con el párrafo anterior, es importante agregar que la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 plantea que el tratamiento y la atención sean llevados a cabo por un equipo interdisciplinario de profesionales y trabajadores capacitados de las áreas de psicología, terapia ocupacional, psiquiatría, trabajo social y entre otras más que sean necesarias. También debe intentarse que la atención y el tratamiento se realicen, con un abordaje intersectorial, en lo posible fuera del ámbito hospitalario, buscando recomponer y/o reforzar los lazos sociales. Por lo tanto es necesario que se lleven a cabo, para éstos niños y adolescentes prácticas y programas de salud que se basen en un trabajo interdisciplinario e intersectorial que permita la integración social en la comunidad. Esta intersectorialidad conlleva trabajar con escuelas, instituciones, juzgados, hogares, etc., que para que se respete su derecho a la igualdad, no se los excluya y disminuya su sufrimiento. Lo que se plantea es entrecruzar la salud mental con prácticas sociales, para prevenir que niños y adolescentes con padecimientos severos deban enfrentarse a la exclusión social, a la marginalidad, a la discriminación, lo que en la mayor parte de los casos refuerza sus síntomas y les impide integrarse en su comunidad, ya sea a nivel escolar o laboral (Barcala, Torricelli, Álvarez Zunino & Marotta, 2009; Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

Hablar de interdiscipliniedad, refiere a comprender que se trata de un posicionamiento. Esto quiere decir que aquellos que plantean un abordaje interdisciplinario, comprenden y reconocen la incompletud, la insuficiencia de cada disciplina en el abordaje de problemas. Se trata de que los profesionales de las distintas disciplinas realicen un trabajo cooperativo. También puede englobarse dentro de ella la utilización de saberes no disciplinarios. La interdisciplina es muy necesaria cuando deben tratarse problemáticas sociales complejas, como lo son, por ejemplo, los padecimientos mentales. Se debe tener en cuenta que dos sociedades no son iguales, por lo tanto las intervenciones que se planteen deben responder al problema particular de cada sociedad y deben realizarse acciones interdisciplinarias, debido a que trabajar con éste tipo de problemas requiere múltiples saberes que se entrecrucen para abordar situaciones que, por separado, serían más complejas de abordar. Esto requiere que los profesionales de las distintas disciplinas que intervengan sean flexibles en cuanto a sus saberes y creen espacios de intercambio (Heller, Petrella & Vilarnovo, 2013; Stolkiner, 2005).

En base a lo anteriormente mencionado, se puede enunciar que la salud mental comunitaria plantea que los sectores implicados en cada caso particular deben participar

activamente para poder enfrentar la complejidad que plantean las problemáticas relacionadas con la salud mental. Se trata de que las decisiones pertinentes a cada caso sean tomadas por profesionales, el paciente, la familia y otras instituciones como el colegio, por ejemplo, en conjunto. Se busca que la comunidad participe en la contención de las personas con padecimientos mentales, para lo cual debe estar preparada para abordar problemáticas psicosociales, permitiendo así fomentar una comunidad más inclusiva (Bang, 2014; Elvira, 2012).

Teniendo en cuenta la dirección que toman éstas prácticas se utiliza el concepto promoción de salud mental comunitaria, a través del cual se designan prácticas comunitarias mediante las cuales se intenta realizar un abordaje que articule la promoción de la salud con la salud mental. A través de dicho concepto, se plantea que la comunidad tenga una participación activa y que se establezcan vínculos solidarios entre la comunidad y aquellos con padecimientos mentales. En base a esto, se espera que la comunidad forme parte, junto con otros actores, en la toma de decisiones en relación con el proceso salud-enfermedad. Las prácticas que se lleven a cabo dependerán de las necesidades y recursos de cada comunidad, pero en todo caso será necesario fomentar espacios de encuentro e intercambio que permitan la circulación de la información, para que así cada población pueda participar en la promoción de la salud mental (Bang, 2014).

3. 5 Dispositivos Alternativos

Actualmente las necesidades en cuanto a la salud mental de muchas personas no son atendidas adecuadamente debido a la carencia de dispositivos que sustituyan al Hospital Monovalente y que actúen en la comunidad, lo cual las deja en situación de vulnerabilidad, como por ejemplo abandonar los tratamientos en los servicios de salud mental. La creación de alternativas que entrecrucen lo comunitario y el tratamiento hospitalario, o por fuera de éste, de aquellas personas con padecimientos mentales proporciona un medio para una atención que pueda amoldarse a las necesidades de tratamiento de cada persona (Vázquez Bourgon, Carulla & Vázquez Barquero, 2012).

En base a esto se intenta y se promueve que la comunidad permita desarrollar estrategias no ortodoxas y ambientes propulsores de salud, implementando dispositivos alternativos que permitan que las intervenciones apunten a la resocialización, a la reintegración de los niños y adolescentes en su comunidad utilizando espacios no convencionales, como podría ser una plaza o un zoológico. Estos dispositivos permiten, a su vez, devolver los derechos que les fueron expropiados, en muchos casos, fomentando la

integración social e intentando alejar lo más posible a la persona de ser excluida, discriminada, estigmatizada, como ocurría con el modelo manicomial. Estos dispositivos, que proponen que se creen espacios sociales que le permiten a la persona con padecimientos severos autonomía, en el grado que les sea posible. Su objetivo es brindar una alternativa al tratamiento de los pacientes que se encuentran o encontraban internados en instituciones psiquiátricas, así como también de aquellos pacientes que no fueron internados pero cuyas necesidades requieren estrategias alternativas que los favorezcan para poder prevenir la hospitalización (Alonso Suárez, Bravo Ortiz & Fernández Liria, 2004; Correa Urquiza et al., 2006; Vasen & Masei, 2006).

Se trata de dispositivos con efectos terapéuticos que promuevan la integración social de los niños y adolescentes con patologías severas, debido a que frente a la ausencia de respuestas acertadas para combatir la marginalidad y la exclusión social desde el ámbito sanitario, es necesario promover la integración de los pacientes a su comunidad. Estos dispositivos alternativos deben permitir que se tenga en cuenta la multidimensionalidad de los factores que se ponen en juego en las problemáticas de salud mental, para poder trabajar sobre ellas. Pero hay que tener en cuenta, también, que estas problemáticas han surgido en un contexto y por lo tanto es necesario el aporte de distintas disciplinas, cuyos saberes se entrecruzan para que surjan otros nuevos ajustados a la singularidad de una situación o de cada persona. Esto demuestra la necesidad de abordar la salud mental, en éstos dispositivos, de forma interdisciplinaria. En síntesis, se espera que estos programas estén formados por un equipo de trabajo integrado por profesionales de distintas disciplinas que coopere, sea flexible y abierto a las propuestas y saberes de otros, que promueva las redes entre los pacientes y otros individuos (Barcala et al., 2009; Romano et al., 2007; Vasen, 2009).

Es necesario reiterar que los dispositivos alternativos se fundamentan en la integración social y en rescatar espacios no convencionales, porque al vincular a los niños y adolescentes con padecimientos severos con el afuera se intenta y se promueve que la ayuda provenga de lo que la comunidad puede brindar, y también permite que pueda pensarse desde una perspectiva distinta a la médico hospitalaria. Una investigación llevada a cabo en Madrid, determinó que es importante que los programas realicen intervenciones en la comunidad y con ella, utilizando los recursos que ésta puede brindarle, y que sean llevados a cabo por equipos que se desempeñen activamente con los pacientes y la familias de los afectados (Alonso Suárez et al., 2004; Masei, 2009).

Un estudio llevado a cabo para evaluar el funcionamiento de un programa de atención comunitaria (para niños y adolescentes con padecimientos severos) reflejó que con la puesta

en marcha de dicho dispositivo más consultas se han realizado y han sido atendidas, promoviendo y facilitando el acceso de esta población a la asistencia sanitaria. A su vez, otro programa de rehabilitación y externación asistida que surgió en 1999 y que funciona a través de dispositivos intrahospitalarios, ya sea el dispositivo de admisión al programa o el dispositivo de talleres para la externación, y de dispositivos extrahospitalarios como actividades asistenciales y comunitarias, ha demostrado estadísticamente la importancia de contar con programas que posibiliten y promuevan que las personas salgan del hospital psiquiátrico. Dicho programa presenta una gran cantidad de pacientes externadas y otras en rehabilitación. Según dicho estudio, son pocas las personas que pasaron por el programa y tuvieron que volver a ser internadas, aunque previamente a formar parte de él, la reinternación era necesaria a menudo (Cáceres, Druetta, Hartfiel & Riva Roure, 2009; Torricelli & Barcala, 2010).

En base a lo anteriormente expresado se vuelve necesaria la existencia de dispositivos que funcionen como alternativas a la hospitalización, las cuales se dirigen hacia la atención comunitaria y la resocialización y rehabilitación de las personas con padecimientos mentales. Es importante recordar que el pronóstico de la enfermedad mental se encuentra atravesado por factores sociales, psicológicos y también biológicos, por lo tanto cabe destacar la importancia de las respuestas de la sociedad hacia dichas personas (Gabay & Fernández Bruno, 2009).

3.6 Resocialización e Integración social

La Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes sancionada en el años 2005 plantea una serie de derechos, los cuales no deben ser vulnerados: derecho a la protección de la vida y a obtener y disfrutar de una buena calidad de vida; se los tiene en cuenta como sujetos de derecho y personas en desarrollo que tienen derecho a la dignidad, así como también a la integridad física, psíquica, sexual y moral; derecho a acceder a los servicios de salud, a programas de rehabilitación, asistencia integral e integración, así como también a recibir asistencia sanitaria en igualdad de oportunidades para acceder a servicios y acciones. Otros derechos que plantea son el derecho a no ser discriminados, a una educación gratuita y pública, a ser oídos, expresar su opinión y a ser tenidos en cuenta (Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061, 2005).

Al considerar las enfermedades mentales importa, además de su prevalencia y su gravedad, su impacto en el desempeño de la persona y su repercusión social. Hay distintos factores sociales que repercuten en el tratamiento, el desempeño y las posibilidades de

resocialización de las personas con padecimientos mentales. Algunos de ellos son la posibilidad de recibir educación o de tener un empleo y tener una vivienda digna. Cuando una comunidad considera a los afectados como peligrosos y violentos sus posibilidades (y las de sus familias) de tener una buena calidad de vida se reducen, dificultando que la persona, y en algunos casos su familia, pueda ser tratada e integrada adecuadamente en su comunidad. Las personas con esquizofrenia, por ejemplo, son temidas debido a la falta de información y educación sobre dicho trastorno, considerándolos individuos peligrosos y violentos a los cuales hay que temer. Como consecuencia de estas creencias, las personas que padecen esquizofrenia, en muchos casos no pueden ser integradas en su comunidad, lo que tiene consecuencias negativas en su calidad de vida ya que se les impide u obstaculizado ser ciudadanos de pleno derecho (Gabay & Fernández Bruno, 2009; Rodríguez Pulido, Rodríguez Díaz & García Ramírez, 2004; Ochoa et al., 2011; Valencia Collazos, 2007).

Galende (2009) plantea que resocializar es devolverle a la persona lo social que le quitó la institución manicomial, de igual forma o más que los padecimientos que le provocó su enfermedad. Afirma que la resocialización debe orientarse a la integración social de las personas con patologías severas, a la recuperación de sus derechos como ciudadanos, a ser reconocidos por otros como semejantes. Teniendo en cuenta este concepto, desarrolla que es distinto a hablar de reinserción social, porque ésta no permite que el sujeto, que ya no está internado, pueda ser desprendido de la marginalidad, de la alienación de ser tenido en cuenta como diferente y de depender de forma crónica de la institución psiquiátrica.

Teniendo en cuenta el concepto de resocialización, es necesario distinguir reinserción de integración. La integración refiere a recuperar los derechos que, en este caso el paciente, posee como ciudadano y uno fundamental es el de que los otros puedan reconocerlo como su semejante. Tiene que ver con lograr la participación total en la vida en sociedad, en los derechos ciudadanos. Hablar de reinserción, en cambio, es referirse a intentos de conservar una inserción que disminuya los riesgos sociales. Es por esto que la resocialización del paciente debe estar dirigida no tanto a la remisión de sus síntomas (la cual es importante en la medida en que sea posible), sino a enfocarse en las habilidades y capacidades de la persona afectada para que pueda independizarse lo más posible. Es necesario, por esto, que cada estrategia se piense con cada paciente particular para que pueda ser dirigido hacia la institución o programa que posibilitará en mayor medida su rehabilitación (según sus necesidades particulares), tanto a nivel personal como social (Gabay & Fernández Bruno, 2009; Vasen, 1997).

La desinstitucionalización del hospital psiquiátrico derrumba las barreras físicas, pero no las imaginarias que no le permiten a la persona integrarse a su sociedad de manera exitosa. La discapacidad no involucra sólo a la persona, sino también a su familia, a la comunidad, la sociedad y a la cultura. Éste es uno de los motivos por los que se plantea la integración social de la persona con padecimientos mentales, para que pueda participar activamente en su sociedad. La integración social busca que se respeten los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales, implica tener en cuenta la heterogeneidad de los individuos en base a las diferencias y que, sin embargo, las relaciones entre los sujetos se basen en el respeto. La integración social de aquellos con padecimientos severos permite que se abran espacios de socialización con los miembros de su comunidad, pero también es beneficiosa para los integrantes de dicha comunidad, para que adquieran conocimiento sobre las patologías y aprendan a convivir con aquellos a quienes ven como diferentes (Ardila-Gómez et al., 2016; Corti, 2000; Céspedes, 2005; Madoz-Gúrpide, Ballesteros Martín, Leira Sanmartín & García Yagüe, 2017).

La integración de los pacientes a la comunidad conlleva la creación de instituciones que fomenten y posibiliten la rehabilitación, poner en marcha estrategias para actuar, contar con los recursos necesarios y con profesionales formados que puedan intervenir para llevarla a cabo. Sin embargo, hay casos en los que es necesario la intervención del hospital psiquiátrico como lugar que le permita al afectado tratarse y que le proporcione los cuidados y servicios necesarios para su mejoría. Incluso es casi fundamental en aquellos casos en los que la persona no puede cuidar de sí misma o no tiene a nadie que lo haga, o si la persona corre peligro de lastimarse a sí misma o a otro/s y no hay otra alternativa que le asegure su protección. Se define como rehabilitación al conjunto de intervenciones que buscan mejorar el funcionamiento y disminuir la discapacidad de las personas con condiciones de salud (lesiones, discapacidad, trastornos, enfermedades, entre otras cosas), alcanzando y sosteniendo un nivel adecuado de desempeño social, intelectual, sensorial, físico y psicológico. En salud mental la importancia de los programas de rehabilitación radica en recuperar el mayor grado posible de autonomía de las personas con padecimientos severos, para que puedan integrarse y quedarse en su comunidad (Gabay & Fernández Bruno, 2009; Rodríguez Pulido et al., 2004).

La resocialización se alcanza cuando la persona tiene una experiencia afectiva intensa en su comunidad (cuando se siente parte de ella), tal que le permite respetar las normas que la configura, lo que le permite vincularse de forma adecuada con aquellos que forman parte de ésta. Resocializar debe ser una intervención clínica cuando se trata de padecimientos

mentales, ya que la persona debería encontrarse dentro de una socialización permanente. La intervención tendría que encontrarse en cualquier tratamiento, no ser de tipo opcional o sólo para aquellos con un diagnóstico prolongado en el tiempo (Douat Loyola, 2017; Galanti, Pawlowicz, Moreno, Rossi & Touzé, 2010).

3.6.1 Integración educativa

Cuando se habla del derecho a la educación, no debe referirse sólo al aprendizaje de las materias escolares, sino que se debe educar a los niños y adolescentes de una forma que los habilite y les permita desarrollar sus capacidades, aptitudes, la confianza en sí mismos y su autoestima. Se plantea que es importante la adquisición de saberes relevantes, la construcción y comprensión de estrategias y conocimientos que sean beneficiosos en cuanto a su vida social activa, como ser responsable, resolver conflictos, tomar decisiones fundamentadas. Sin embargo, incumpliendo ese derecho, una gran cantidad de niños y adolescentes con trastornos mentales o con alguna discapacidad son dejados por fuera del sistema educativo regular y son limitados al hogar o a instituciones de educación especial. Esta separación que se realiza de los sujetos con padecimientos severos tiene como consecuencias marginación social y discriminación. Por el contrario, que niños y adolescentes sean educados en escuelas regulares tiene ventajas a nivel psicológico, ya que promueve la interacción con otros niños y permite que desde una temprana edad pueda combatirse la discriminación (Ademar Ferreyra, 2017; Crosso, 2010).

La Conferencia de Salamanca (1994) destacó que hay niños con necesidades especiales no matriculados en escuelas pero que podrían estarlo si la escuela se mostrará abierta a aceptarlos, niños matriculados pero que no logran progresar y niños con padecimientos mentales (o de otro tipo) cuyas necesidades educativas no son tenidas en cuenta y no son atendidas. Esto permite plantear que la educación de éste colectivo debería desarrollarse y comprenderse de forma integrada con su comunidad, para lo cual se plantea permitir y promover que la comunidad colabore para que el niño y el adolescente pueda acceder a la educación, lo cual es su derecho (UNESCO, 1994).

Debido a lo expuesto previamente, la integración educativa surge de la necesidad de que todos los niños y adolescentes puedan ser educados juntos teniendo en cuenta sus dificultades particulares y sus diferencias. Hablar de integración educativa permite tener en cuenta las necesidades de cada niño dentro de un aula regular. Esto repercute positivamente a nivel social, debido a que se promueve la comunicación entre niños y adolescentes, para que puedan ser educados juntos y se promueva el desarrollo de sus potencialidades La

participación en la educación de aquellos con padecimientos mentales severos permitirá y ayudará también a que la persona pueda ser integrada en la sociedad. Se plantea que exista, por ejemplo, la flexibilidad del programa, para que las escuelas puedan brindar opciones que se adapten a todos los niños, que las escuelas se transformen en espacios que en los cuales los niños y los jóvenes puedan aprender con otros y puedan desarrollar capacidades que les faciliten la integración social (Fernández, 2003; Lezcano Barbero, 2013; Romero & Lauretti, 2006).

La integración escolar (o educativa) refiere a que aquel con necesidades educativas diferentes pueda participar en un aula regular realizando actividades académicas y extraacadémicas, lo que le permite desarrollar y mejorar aprendizajes y habilidades de socialización para que pueda desempeñarse de forma satisfactoria en su comunidad. Se busca que niños y niñas con cualquier tipo de discapacidad puedan educarse en escuelas donde se promueva su desarrollo e integración social. La integración escolar de éste colectivo se debe tener en cuenta mayormente porque, más allá de ser un derecho, la educación permite preparar a los niños para la vida adulta y prepararlos, también, para la consecución de un empleo en su vida futura (UNESCO, 1994; Vaca, 2008).

El objetivo de la Conferencia de Salamanca (1994) es la reforma del sistema educativo para que pueda llevarse a cabo la integración educativa de todos los niños. Plantea que los niños con discapacidades (entre otros), en muchos casos, no tienen la posibilidad de realizar aprendizajes y adquirir conocimientos y aptitudes, lo cual es su derecho. El medio social en el que viven suele ser un obstáculo para que la integración se lleve a cabo (falta de conocimiento sobre las patologías que lleva a no aceptarlas o comprenderlas, carencia de un programa que se adapte a los requerimientos de cada niño, falta de formación por parte de los profesionales) por lo que se pretende que al adaptarse a las necesidades de cada joven o niño en particular (mayormente si requieren educación especial) permitiría eliminar dichos obstáculos. Si se conocen las dificultades y capacidades de cada uno, los objetivos de trabajo que se planteen podrán adaptarse a cada caso particular, permitiendo que pueda darse el desarrollo educativo. La integración educativa es importante en la medida en que permite al niño o joven aprender y ser educado junto con pares y desarrollar sus potencialidades particulares en el contacto con otros (Calle de Medinaceli & Utria Rodríguez, 2004; UNESCO, 1994).

La buena educación en la infancia repercute de manera positiva en la supervivencia, el desarrollo, el crecimiento y las posibilidades de aprender, por lo tanto todos los niños deberían poder educarse, ya sea en la escuela o en programas alternativos, incluyendo a

aquellos con necesidades educativas especiales. Los jóvenes, a su vez, deben poder adquirir saberes, valores, aptitudes que le permitan tener una participación plena en su sociedad, incluyendo el desarrollo de sus potencialidades para lograr conseguir un empleo (UNESCO, 2000).

3.6.2 Integración laboral

En relación con el apartado anterior, puede decirse que una integración social exitosa depende de capacitar a la persona para que pueda incorporarse al mundo del empleo y tenga acceso al mercado de trabajo. El empleo es una forma de participar plenamente en la comunidad e integrarse en ella; por el contrario, el desempleo es visto como causante de marginación social, lo que afecta las posibilidades de la persona en cuanto a la socialización y disminuye su calidad de vida. Tener un empleo influye y repercute en tres ámbitos relevantes en la vida de la persona: social, económico y psicológico. En base a la dimensión social, poseer una ocupación, promueve la integración y la participación del sujeto en la sociedad. En cuanto a lo económico, el obtener una remuneración, un salario, le permite tener independencia económica, así como también poder aportar a la economía de la comunidad. En base al ámbito psicológico, tener un empleo promueve la comunicación con los demás, el establecimiento de relaciones sociales y también permite reforzar la autoestima. Poseer un empleo le permite a la persona correrse de su rol de enfermo, para asumir un rol de trabajador (Porras Velásquez, 2013; Rodríguez Pulido et al., 2004).

En el contexto laboral, hay factores que dificultan a las personas con padecimientos mentales la obtención de un empleo e incluso su mantenimiento. Uno de ellos (y sumamente importante) es la creencia por parte de las personas de que aquellos que tienen trastornos mentales son violentos y peligrosos. En estas condiciones obtener un empleo se dificulta para este colectivo debido a que muchos no quieren contratarlas. Se conoce también que los afectados tienen dificultades para comunicar su padecimiento a quienes trabajan con ellos, debido a las consecuencias que puede conllevar el conocimiento por parte de los otros de su afección. Temen ser despedidos, recibir actitudes y comentarios negativos, no tener apoyo social o que se les exija más que al resto de los trabajadores (Magallares Sanjuan, 2011).

La integración laboral trata de incorporar a un individuo que padece una discapacidad a un puesto de trabajo en una empresa común, perteneciente al sector público o privado, en la cual dicha persona trabaja con otras sin discapacidad e interactúa con ellas. Hay diversos factores que dificultan la integración de éstos individuos y uno de ellos son las barreras de la integración. Estas refieren a que, al momento de buscar un empleo la persona con

padecimientos mentales deberá entrenar sus habilidades y aptitudes para realizar un trabajo adecuado, pero también deberá enfrentar barreras psicosociales (las creencias que carecen de conocimiento sobre las patologías), culturales y cognitivas. Estas barreras pueden tratarse de: dificultades derivadas del prejuicio social, las cuales tienen que ver con la poca o nula aceptación de la personas con padecimientos mentales por parte de la comunidad, ya sea debido a la falta de información sobre el tema o a la imagen errónea que se tiene sobre éste colectivo; dificultades derivadas de la propia enfermedad, como pueden serlo el deterioro cognitivo, la conducta inapropiada, la carencia de habilidades sociales, dificultad propia para elegir un trabajo, conseguirlo o conservarlo, entre otras cosas. Que la persona pueda superar éstas barreras es fundamental, debido a que las personas con padecimientos mentales que poseen un trabajo tienen un sentido de bienestar personal y se perciben como eficaces. En muchos casos la autoestima mejora, los síntomas se reducen, poseen más vínculos sociales y aumenta su calidad de vida (Porrás Velásquez, 2013; Rodríguez Pulido et al., 2004).

Algunos autores plantean la necesidad de que los programas y acciones destinados a la resocialización de las personas con trastornos mentales severos presenten un amplio conjunto de intervenciones que posibiliten su integración laboral. Algunas de las intervenciones que plantean necesarias son: programas de rehabilitación psicosocial, evaluar las posibilidades y necesidades de empleo en cada caso particular, actividades y programas de formación profesional y acciones de orientación, apoyo en la búsqueda de empleo e intervenciones de apoyo en el puesto de trabajo. La resocialización debe plantearse como una intervención fundamental dentro de la salud mental, debe plantearse dentro del tratamiento y no como una acción opcional (Douat Loyola, 2017; López Álvarez et al., 2004).

Muchos programas de atención comunitaria buscan posibilitar que los adolescentes puedan iniciarse en el mundo del empleo. Se intenta que la persona pueda acceder, en lo posible fácilmente, a un empleo y que logre mantenerlo. Esto se debe a que una gran cantidad de personas con padecimientos mentales severos no tienen empleo o lo pierden y no logran conseguir otro, lo que hace complejo que esta población se mantenga laboralmente activa. Algunos factores que influyen en esta problemática son: la enfermedad en sí misma, la influencia que el trastorno tiene sobre la persona, las consecuencias que puede producir el tratamiento y la repercusión de la enfermedad a nivel social, que afecta a la persona con padecimientos severos a través del estigma y la discriminación. Frente a lo anteriormente mencionado se plantea la integración de las personas con padecimientos mentales a su comunidad, pero ésta no es tarea fácil, debido a que es necesario contar con las instituciones y equipos de profesionales necesarios para posibilitar estrategias y programas adecuados para

la rehabilitación y resocialización de los afectados que sustituyan al Hospital Monovalente (Gabay & Fernández Bruno, 2009; López Alvarez et al., 2004).

Teniendo en cuenta lo expuesto a lo largo de éste apartado completo, es de importancia plasmar algunos derechos que promueve la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Estos, entre otros, tienen que ver con el derecho a tener acceso gratuito a una atención sanitaria humanizada e integral que permita preservar o recuperar la salud y que sea, también, equitativa e igualitaria; derecho a que el tratamiento sea aquel que más convenga para cada caso particular y que menos limite la libertad y los derechos de la persona, teniendo en cuenta alternativas terapéuticas y la promoción de la integración laboral, familiar y también comunitaria; derecho a que un órgano de revisión se encargue del seguimiento de las internaciones voluntarias prolongadas o involuntarias; derecho a que no se etiquete o discrimine a la persona por un padecimiento mental que tiene o tuvo (Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, 2010).

4. Metodología

4.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo

4.2 Participantes

Se trabajó con los niños y adolescentes participantes del programa, teniendo los menores 5 años y los mayores 18 años, quienes son derivados de un Hospital Infanto-Juvenil, de CENTES y de otras instituciones estatales.

Participaron también cinco mujeres integrantes del dispositivo: tres psicólogas cuya orientación teórica es psicoanalítica y dos terapistas ocupacionales, quienes se encargan del seguimiento contextual y clínico de los niños y adolescentes, a través de la comunicación que establecen con sus familias, los Hospitales y los Centros Educativos. La mayoría se encuentran trabajando en el Programa hace varios años, excepto dos de las psicólogas, que se incorporaron el año pasado. También participaron seis acompañantes terapéuticos que se encontraban realizando prácticas.

4.3 Instrumentos

Se realizaron observaciones participantes con el fin de describir cómo trabaja el programa para promover y posibilitar la resocialización de los niños y adolescentes que participan de él.

Se tuvo acceso a las historias clínicas de los niños y adolescentes del programa para poder revisar casos que posean relevancia para analizar la forma de trabajo orientada hacia la resocialización, teniendo en cuenta en qué posición el niño/adolescente llega a programa y los avances que pueden verse a lo largo del tiempo.

4.4 Procedimiento

La observación participante se realizó los días lunes, martes, miércoles y viernes de 9 a 13 hs en el espacio de realización de trabajo y de juego, prestando atención a la realización de actividades y al intercambio con otros, y durante el tiempo de almuerzo de los adolescentes. Se observó el funcionamiento de la institución, el trabajo de las profesionales y de los acompañantes terapéuticos en relación a la integración social, educativa y laboral y el desempeño de los niños y adolescentes en relación a sus actividades.

5. Desarrollo

5.1. Describir el funcionamiento del dispositivo alternativo de resocialización de niños y adolescentes con padecimientos severos.

El dispositivo alternativo que se caracteriza, entre otras cosas, por ser una alternativa que entrecruza el abordaje comunitario y el tratamiento hospitalario, tal como definen Vázquez Bourgon et al. (2012), tiene lugar en un Ecoparque de la ciudad de Buenos Aires. Funciona los días lunes, martes, miércoles y viernes de 9 horas a 13 horas. Algunos días jueves el dispositivo participa en actividades de docencia dentro del Hospital. Dicho dispositivo depende de un Hospital Infanto Juvenil y se trata de un proyecto el cual, en concordancia con las características que expresan Heller Petrella et al. (2013) y Stolkiner (2005), puede definirse como interdisciplinario e interinstitucional. Esto se debe a que funciona en conjunto con otras instituciones, escuelas, CENTES y escuelas de recuperación de las cuales son derivados niños y adolescentes, y con los cuales se mantiene contacto con otros profesionales (como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) para realizar el seguimiento de cada caso particular, así como también se busca la forma de integrar a estos jóvenes y niños en el contexto que se requiera, ya sea laboral, social y/o escolar, para que puedan ejercer estos derechos que les corresponden y la sociedad los reconozca como semejantes, como plantea Vasen (1997).

Está conformado por tres psicólogas con orientación psicoanalítica y dos terapistas ocupacionales. Al comenzar la práctica también integraban el dispositivo alternativo dos psiquiatras, pero a los pocos meses de haber comenzado la práctica se jubilaron. También

realizan allí sus prácticas seis acompañantes terapéuticos, los cuales concurren en distintos días: uno de ellos va los días lunes, otro los martes y cuatro los días miércoles; éstos se encargan de supervisar a los niños y acompañarlos en sus actividades, ayudando a las integrantes del programa e intentando posibilitar que los niños y adolescentes jueguen y socialicen entre sí. Es importante destacar que para poder participar del dispositivo alternativo es condición que el niño o adolescente se encuentre realizando un tratamiento que no sea privado. Es por esto que las derivaciones provienen de instituciones, hospitales y otros lugares públicos.

Cada día se realizan distintas actividades según el grupo que concurre: los días lunes van los preadolescentes, los días martes y viernes los adolescentes y los miércoles los más pequeños. Los grupos no sólo se dividen por edad, sino que también se tiene muy en cuenta qué actividades puede realizar cada niño o joven en particular y qué grupo sería el más indicado según sus características, lo cual según la UNESCO (1994) es necesario para pensar objetivos de trabajo beneficiosos para cada caso. Esto también se tiene en cuenta a la hora de pasar a un participante del programa de un grupo a otro, por ejemplo: si un niño puede pasar del grupo de los días miércoles al de los días lunes va a depender de su edad así como también de las tareas que pueda realizar y de si éste nuevo grupo es adecuado según aquellas capacidades que, en cada caso, se deba trabajar.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado se procederá a explicar cómo está conformado cada grupo y qué actividades realiza. Los días lunes se trabaja (junto con la gente que se ocupa de los viveros) con el grupo de preadolescentes, quienes realizan distintas tareas relacionadas con actividades de jardinería como regar, plantar y trasplantar plantas, cuidar el compost, entre otras cosas. Se intenta, a la vez, que interactúen entre sí. El objetivo de este Grupo Intermedio es que aprendan hábitos ocupacionales, logren realizar tareas simples (las cuales son guiadas por algún trabajador del vivero) y socialicen. Los días martes y viernes concurren al dispositivo alternativo los adolescentes, quienes se encargan de las mismas tareas que los jóvenes de los días lunes pero realizando un trabajo más pesado y en ocasiones realizan actividades en el área de nutrición (como cortar y preparar los alimentos, cargar bolsas, entre otras cosas). Los días miércoles son los más pequeños quienes, alimentando a los peces, a las maras y a los patos, aprenden a cuidar de un otro. Esto es muy importante ya que cuando los alimentan e interactúan con estos animales se les enseña la forma correcta de hacerlo y cómo tratarlos adecuadamente. Luego de realizar esta actividad, van a jugar en una plaza en la cual se intenta que los niños se vinculen y jueguen entre sí, ya que una de las dificultades principales de éste grupo es que socialicen entre sí, por lo tanto se aprovecha este

espacio lúdico para que puedan jugar con sus pares. Esta dificultad se observa también en el grupo de los días lunes, por lo que se busca e incentiva que los preadolescentes se comuniquen entre ellos.

Las integrantes del programa se encargan de supervisar y acompañar a los participantes de cada grupo en sus actividades, intentando potenciar sus capacidades. Los días que ingresan niños o adolescentes se realizan las admisiones, en las cuales una o más integrantes del programa obtienen información sobre el diagnóstico, cómo está compuesta la familia, tratamientos que realiza, escuela a la que asiste y demás datos relevantes para ser tenidos en cuenta. Luego el niño o joven va al programa algunos días en el grupo que se le indique para probar si le gusta y si es provechoso para complementar su tratamiento. Algo importante para destacar en cuanto al trabajo que realizan las profesionales en el programa es que no tienen en cuenta el diagnóstico del niño o adolescente para decidir de qué grupo formará parte (teniendo en cuenta las tareas que realiza cada grupo), sino que esto dependerá de las actividades que cada uno pueda llevar a cabo, de sus capacidades, sus aptitudes y la edad (todos estos factores se ponderan al momento de tomar la decisión).

Quienes integran el programa también se encargan de evaluar si un niño o adolescente puede pasar de un grupo al siguiente o si es momento de darle el alta del programa y recomendarle otros sitios a los que puede ingresar, ya sea por mayoría de edad o porque el dispositivo ya no puede beneficiarlo más de lo que ya lo ha hecho, tal como plantean Gabay et al. (2009) se debe pensar qué instituciones o programas beneficiarán a cada uno a nivel personal y social. Que un niño o joven pueda o no pasar de un grupo al otro dependerá de si en el período en que se lo prueba (en el grupo que le sigue al suyo) logra adaptarse a las tareas y a sus pares y de cómo se siente con éste cambio.

Como ya se ha mencionado, también en el programa trabajan acompañantes terapéuticos, quienes realizan prácticas ya que se forman como tales en el Hospital Infanto-juvenil. Su rol dentro del programa también es acompañar y supervisar a los niños y adolescentes en la realización de sus actividades y ayudarlos a vincularse entre sí. Además, al igual que las integrantes del programa, piensan actividades y juegos (con los más pequeños) que puedan promover la comunicación y el intercambio con sus pares.

La descripción y el análisis de la manera en que el programa trabaja la resocialización poniendo el acento en la integración social laboral y educativa se lleva a cabo en un apartado diferente para poder explicar de forma abarcativa estos tres procesos fundamentales en la resocialización de niños y adolescentes con padecimientos severos.

En síntesis, puede describirse al programa como un dispositivo alternativo cuyo objetivo es la resocialización de niños y adolescentes con padecimientos mentales severos en el cual se trabaja de forma interdisciplinaria e interinstitucional para poder abordar la mayor cantidad de cuestiones posibles que engloban el padecimiento subjetivo de cada individuo. No se trabaja sobre el diagnóstico, debido a que como señala la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, el diagnóstico no alcanza para hablar de incapacidad, por lo tanto se trabaja sobre las habilidades que pueden ser potenciadas o adquiridas en cada caso particular para favorecer y posibilitar la integración a nivel social, educativo o laboral (según lo requiera cada caso), lo cual es necesario para que se dé una resocialización exitosa según Gabay et al. (2009) y Vasen (1997).

5.2 Describir y analizar cómo se trabaja en el dispositivo alternativo la resocialización de niños y adolescentes con padecimientos severos a partir de la integración social.

En base a la observación participante que se realizó a lo largo de la práctica se pueden rescatar varios puntos que permiten destacar la resocialización, como un proceso fundamental en el tratamiento de niños y adolescentes con padecimientos mentales severos. A su vez, es importante destacar que el dispositivo funciona posibilitando que dicho proceso pueda ser tenido en cuenta como un aspecto necesario en el abordaje y el tratamiento de las problemáticas relacionadas con la salud mental, tal como propone Douat Loyola (2017), para que la persona con padecimientos mentales pueda acceder a ésta intervención desde un primer momento en que se lleva a cabo el diagnóstico y pueda estar permanentemente socializada.

En un primer lugar, cabe destacar la importancia de que el dispositivo funcione por fuera de una institución psiquiátrica, es decir, en un lugar diferente y que no tenga las características de aquellos lugares que Goffman (1970) definía como instituciones totales. En las instituciones psiquiátricas, los jóvenes son pacientes en todo momento en cambio, dentro del dispositivo, no son puestos en el lugar de pacientes que deben ser tratados, sino que se los acompaña en la adquisición y el desarrollo de capacidades que les permitan vincularse con los otros de su comunidad y en este proceso van ocupando distintos roles, permitiendo que los niños y adolescentes salgan del circuito que se da en los psiquiátricos y que según Massei (2009) tiene como consecuencia la segregación y marginalidad social. Esto se debe a que no sólo interactúan con las integrantes del programa (quienes sí tienen profesiones relacionadas con el área de salud), sino que entran en contacto con otras personas ajenas a conocimientos de salud mental, como lo son los cuidadores, las personas que trabajan en el vivero y las

personas de seguridad. Esto posibilita a su vez, que muchas personas que forman parte de la comunidad se vinculen con los niños y adolescentes y puedan dejar de lado los prejuicios que puedan tener o las etiquetas que las personas suelen ponerles a aquellos con padecimientos mentales y logren reconocerlos como semejantes, lo cual es un derecho fundamental de cualquier niño y adolescente, ya que como refiere Gabay et al. (2009) la respuesta de la comunidad hacia las personas con padecimientos mentales puede obstaculizar o mejorar el tratamiento de la enfermedad mental. A su vez, esto permite que estas mismas personas que entran en contacto con los participantes del programa puedan informarse sobre las patologías y transmitir su conocimiento a otras personas de la sociedad, lo que permite que la información circule, disminuyendo el estigma hacia dicho colectivo. Incluso, las integrantes del programa realizaron una reunión con los trabajadores del vivero para poder brindarles información sobre cuestiones de salud mental y sobre los adolescentes y niños con los que trabajan, también se les permitió que realicen las preguntas que quisieran para informarse. El contacto en tareas cotidianas con los niños y adolescentes promueve que los trabajadores los perciban de forma diferente y esto permite que se trabaje el lazo social con personas que son parte de la comunidad de los niños y jóvenes, es decir, se trabaja el vínculo de niños y adolescentes con los integrantes de su comunidad, lo cual es beneficioso teniendo en cuenta que tal como plantean Ardila et al. (2011) y Valencia Collazos (2007), este colectivo suele tener dificultades a nivel social que obstaculizan que sean integrados a la comunidad.

Durante la práctica se informó a la pasante de un caso en el cual lo expuesto previamente puede verse representado: del programa participa un adolescente que suele abrazar a las personas para saludarlas. Una trabajadora del vivero manifestaba tener miedo de los jóvenes cuando aún no los conocía y no había tenido contacto con ellos. Las primeras veces que trabajó con éste grupo se mostraba tensa y asustada cuando éste adolescente la saludaba con un abrazo o cuando iba a hablarle, sin embargo, a medida que fue pasando el tiempo, las integrantes del programa comenzaron a notar que la trabajadora se encariñaba con el joven, era ella quien iba a saludarlo e incluso preguntaba por él cuando éste no iba. En este ejemplo y siguiendo la línea de los planteos de Gabay et al. (2009), Rodríguez Pulido et al. (2004), Ochoa, et al. (2011) y Valencia Collazos (2007) queda demostrado cómo a veces las creencias que los individuos tienen acerca de las personas con padecimientos mentales obstaculizan que se genere un vínculo con ellas, debido al miedo o a la idea de que aquellos con trastornos mentales pueden ser violentos, y tal como plantean los autores previamente mencionados, podría verse afectada la calidad de vida de aquellos con padecimientos mentales.

Otro punto a tener en cuenta para describir cómo se trabaja en el programa la resocialización se relaciona con el pasaje de niños y adolescentes por el dispositivo alternativo para atender cuestiones particulares relacionadas a problemas sociales, personales, familiares y emocionales, a los cuales deben hacer frente las personas con padecimientos mentales según Ardila et al. (2011) y Valencia Collazos (2007). Este es un pasaje activo, los niños y adolescentes aprenden, desarrollan sus potencialidades, establecen lazos sociales con adultos y pares y todo esto repercute de forma singular. Esto quiere decir que el recorrido que cada uno realiza por el programa, si bien se trata de un dispositivo que funciona en grupo, es una experiencia particular, por lo tanto la integración social de niños y jóvenes también tendrá características singulares, ya que se debe tener en cuenta que el padecimiento es subjetivo: no todos tienen las mismas aptitudes, la misma contención fuera del programa (por ejemplo hay adolescentes que tienen familia y otros que viven en hogares), no a todos se les dificultan las mismas actividades y no todos tienen problemas para establecer lazos sociales, algunos participantes del programa no logran establecer vínculos con otras personas, otros lo logran y otros no lo hacen de forma adecuada. Es por esto que la integración social se trabajará con cada uno de forma particular, ya que como plantea Galende (1990) se debe atender al padecimiento subjetivo de cada individuo. Se debe tener en cuenta que el pasaje por el programa promueve ayudar a cada niño y joven a potenciar aquellas cosas que puede realizar y a desarrollar aptitudes y formas de vincularse que permitan que su integración social sea exitosa para que pueda, entre otras cosas, estudiar, recibir contención por parte de su comunidad y conseguir y mantener empleo, lo cual es necesario ya que se debe tener en cuenta que el padecimiento involucra al afectado, a la familia, a la sociedad, a la cultura y a la comunidad para que se tengan en cuenta las diferencias de cada individuo y se puedan establecer relaciones basadas en el respeto, siguiendo los planteos de Corti (2000), Céspedes (2005) y Madoz-Gúrpide et al. (2017). En cuanto al trabajo que se realiza en el programa para promover y lograr la integración educativa y laboral, éste será descrito y analizado en un apartado distinto, para poder explayarse sobre estos temas.

En un primer momento, dentro del programa, se trabajaba con las familias a través de un grupo de padres, el cual estaba a cargo de una de las psicólogas que integra el programa y estaba conformado por los padres, hermanos u otras personas que acompañaran al niño o joven al dispositivo. Se trabajaban cuestiones sobre ellos relacionadas con el padecimiento mental de los participantes del dispositivo y sobre las dificultades y potencialidades de los niños y adolescentes, la manera en que se establecen vínculos entre las familias y los jóvenes o niños y cómo pueden ayudarlos. Si bien éste grupo de padres, actualmente, dejó de

funcionar se conversa con los padres o con quien acompañe a los pequeños o a los jóvenes al programa en el caso de que necesiten guía en cuanto al tratamiento o para conseguir otros espacios o dispositivos que puedan complementarse con el tratamiento. Puede ocurrir también que se decida que el dispositivo hizo todo lo que estuvo a su alcance para ayudar en un caso particular y que se considere que lo mejor sería dar de alta al niño o adolescente y encontrarle otro espacio, institución o dispositivo que le permita continuar desarrollando sus potencialidades y adquiriendo capacidades (dentro de sus posibilidades) y que beneficie al niño o adolescente de maneras que el programa no puede, por ejemplo a través de la realización de actividades que en el Ecoparque no podrían ser realizadas.

En la práctica pudo observarse que el trabajo desde el programa para posibilitar la integración social abarca un abordaje interdisciplinario e intersectorial e involucra la participación de profesionales, de otras instituciones, de los niños y adolescentes con padecimientos mentales severos, de sus familias y de la comunidad, tal como indica necesario la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (1978). La importancia recae en que ayuda (junto con los otros tratamientos que la persona posea) a que los niños y jóvenes puedan ser desinstitucionalizados o a prevenir su internación y les brinda un espacio de contención no sólo de parte de profesionales de la salud sino de personas ajenas a éstos conocimientos que son parte de su comunidad y con quienes establecen vínculos que favorecen la circulación de conocimientos en cuanto a los padecimientos mentales. Ser parte de un lugar en el cual se aprende y se trabaja con personas de la sociedad por fuera de una institución psiquiátrica favorece que los niños y adolescentes puedan sentirse y ser parte de su comunidad, es por esto que Galende (1990) plantea la Salud Mental Comunitaria como intervención favorecedora y posibilitadora de una participación comunitaria activa.

5.3. Describir y analizar cómo se trabaja en el dispositivo alternativo la resocialización de niños y adolescentes con padecimientos severos a partir de la integración laboral y educativa.

En cuanto a la integración educativa, teniendo en cuenta la definición de Vaca (2008) y la UNESCO (1994), este es un proceso que atraviesa a todos los jóvenes y niños, desde los más pequeños hasta los más grandes, debido a que es un derecho de todos y les brinda herramientas para que puedan desempeñarse adecuadamente en su vida adulta (dentro de sus posibilidades). En el programa puede verse que, si bien, la totalidad de los niños y adolescentes que asisten están siendo escolarizados (ya sea en centros educativos para trastornos emocionales severos, en escuelas de recuperación o en escuelas comunes), muchos

de ellos no logran realizar la jornada completa o tienen dificultades para trabajar en grupo, respetar los límites y los tiempos, resolver conflictos de una manera adecuada y no violenta, tomar decisiones y vincularse con sus pares.

Dentro del programa la integración educativa se trabaja mayormente en el grupo de los más pequeños, debido a que son quienes más inconvenientes presentan en torno a las dificultades previamente expresadas, por lo tanto éste grupo será tomado para describir y analizar la integración educativa, quedando el grupo intermedio y el de los adolescentes disponible para enfocarse en la cuestión de la integración laboral.

Como ya se ha expuesto previamente, los días miércoles concurre al dispositivo el grupo de niños que alimenta a algunos animales y luego tienen un espacio de juego en una plaza dentro del Ecoparque. Estas actividades se realizan en grupo, lo que permite que se trabaje el lazo social con otros y con sus pares (con éstos últimos es con los que más cuesta), tal como plantea Barcala et al. (2009) y Romano et al. (2007) al referir que los dispositivos deberían facilitar y promover las redes con la comunidad y entre quienes forman parte de ellos. En lo que refiere a la tarea de alimentación, los niños aprenden a cuidar de un otro no sólo dándoles de comer, sino que muchas veces se les indica que para acercarse al animal deben hacerlo despacio, de una forma que no sea brusca y no deben ser violentos con él, de lo contrario no podrán tocar al animal o acercarse a él. También al momento de alimentarlos se trabaja que no les arrojen bruscamente la comida, sino que lo hagan con cuidado para no lastimarlo. Cuando dos o más niños están alimentando a los animales con la misma bolsa de comida y no dan lugar a que el otro pueda agarrar alimento para arrojar a los animales, es un buen momento para trabajar la espera, el compartir y el respeto por el turno del otro. Esto implica indicarle al niño (o a los niños) que permitan que otro pueda formar parte de la misma actividad con él, logrando esperar que el otro realice la actividad, y que puedan así, realizar actividades en conjunto respetando al otro. El aprender a esperar también se trabaja cuando un niño no quiere participar de la actividad, se le indica que en ese momento la actividad es esa y que en el caso de no querer realizarla debe acompañar al grupo y aguardar a que la actividad cambie. Esto se trabaja tantas veces como sea necesario y el trabajo a realizarse con los niños tanto a nivel grupal como individual, en cuanto a las cuestiones expresadas previamente, se va planteando todas las semanas luego de que el grupo termina las actividades, ya que cuando el grupo se va, las integrantes del dispositivo y los acompañantes terapéuticos plantean situaciones conflictivas o aspectos a trabajar en el próximo encuentro y también se idean formas de abordar las cuestiones planteadas la próxima semana.

Durante la práctica se pudo observar que éste grupo se vinculaba muy poco entre sí, y en gran medida con los adultos, es por esto que en el espacio de juego de la plaza, lo que más se trabaja es que los niños puedan vincularse adecuadamente entre sí. Para esto se les proponen y se los incita a pensar juegos que puedan realizarse de forma grupal, para que puedan conectar con sus pares. Uno de los juegos con los que más se entusiasmaron fue ponerse en círculo y pasarse la pelota, con el cual se trabajaban cuestiones como compartir (no quedarse con la pelota) y arrojarla suavemente para no lastimar al otro. Se trabajaba también que los niños puedan pedirse la pelota entre sí. La plaza cuenta con un tobogán, que también permite trabajar la espera y el respeto por el turno del otro, ya que muchas veces varios niños querían deslizarse al mismo tiempo, por lo que se les indicaba que aguarden y perciban que sus compañeros también querían utilizar ese juego. Lo mismo ocurre con los niños que jugaban en la arena con juguetes, para lo que se trabajaba también aprender a compartir y poder crear un juego conjunto.

En dicho grupo se manifestó la necesidad de trabajar éstas cuestiones (más allá de las singulares que cada niño puede requerir) porque estos aprendizajes acerca de compartir, esperar, respetar y cuidar al otro y vincularse adecuadamente pueden extrapolarse hacia la institución educativa, debido a que son cuestiones que se remarcan en los informes que se envían desde los centros educativos al derivar a los niños, esto es necesario debido a que como plantean Ademar Ferreyra (2017) y Crosso (2010) educar no refiere sólo al aprendizaje de las materias escolares, sino al desarrollo de capacidades, aptitudes, tener confianza en uno mismo, adquirir y poner en práctica saberes y estrategias que sean de ayuda para la vida social. Muchas veces, los niños con padecimientos severos no son aceptados en colegios regulares porque la escuela plantea que no es lugar para ellos por distintas cuestiones (ya sea por tener mal comportamiento, por no haber desarrollado el lenguaje o por no respetar la jornada, por ejemplo) lo cual puede verse en algunas historias clínicas. La UNESCO (1994), Ademar Ferreyra (2017) y Crosso (2010) han expresado ésta problemática en la cual niños y adolescentes con padecimientos mentales son dejados por fuera de instituciones educativas regulares. Poder trabajar estas cuestiones y que los niños las internalicen es fundamental para que puedan vincularse adecuadamente con otros, es especial con sus pares, para que puedan ser admitidos en colegios comunes (más allá de requerir o no acompañamiento en la integración) y que la resocialización pueda ser exitosa. Se debe tener en cuenta que la educación es un derecho de todos los niños, niñas y adolescentes y por esto es fundamental para plantear una resocialización tal como la define Galende (2009).

Para realizar la descripción y el análisis de la forma en que se trabaja en el programa para realizar el proceso de integración laboral, comprendiéndolo como lo entienden Porras Velásquez (2013) y Rodríguez Pulido et al. (2004), como ya se ha mencionado, se tomarán en cuenta los grupos intermedio y adolescentes, ya que las tareas que realizan están orientadas hacia actividades laborales. El grupo intermedio realiza tareas de vivero, no poseen el espacio de juego que tienen los más pequeños y no alimentan a los animales. Si bien las actividades que realizan son variadas están todas orientadas a empezar a capacitarlos en un empleo. Algunos de los jóvenes que forman parte de éste grupo solían ser parte del grupo de los más pequeños, por lo que el cambio en las actividades es notorio. En el grupo de adolescentes se realizan las mismas tareas, con un nivel de exigencia un poco mayor. En éste grupo también algunos pasaron por los grupos anteriores, por lo tanto hace varios años que son parte del programa. En ambos grupos, las actividades que se realizan les permiten a los jóvenes ocupar el rol de trabajador, aprenden tareas de vivero y las llevan a cabo en grupo y en ocasiones con los demás trabajadores.

Las tareas que se realizan con el grupo intermedio permiten que los jóvenes vayan adquiriendo conocimiento sobre tareas laborales y lo que un trabajo implica, así como comprendiendo el sentido del trabajo. Con el grupo de adolescentes, en cambio, las tareas les permiten aprender un oficio en una situación real de trabajo, ya que dentro del Ecoparque son trabajadores como aquellos que no forman parte del programa, son uno más de ellos. Esto le permite a ambos grupos adquirir hábitos laborales (como puntualidad y vestimenta adecuada, socialización), adquirir y mejorar capacidades relacionadas a lo vincular y lo laboral y les permite percibir que pueden llevar a cabo actividades de tipo laboral más allá de sus padecimientos y sentir que son capaces de conseguir y mantener un empleo.

Es importante destacar que dentro del programa, si bien en la admisión se consulta el diagnóstico del joven, el trabajo que se realizará de forma grupal e individual no dependerá de éste, sino de las potencialidades del niño o adolescente, de los logros que puede alcanzar y las tareas que puede aprender a realizar, esto se debe a que como refieren Porras Velásquez (2013) y Rodríguez Pulido et al. (2004) hay dificultades que son parte de la patología, por lo tanto superarlas, o aunque sea mejorar, les permitirá poder conseguir un empleo (en el mejor de los casos). Con los adolescentes se trabaja en gran medida, a través de éstas actividades laborales, las conductas y habilidades sociales, el cumplimiento de hábitos laborales, la independencia personal y que puedan aprender a usar y a independizarse en el transporte público. Cuando se realizó la práctica éste último punto pudo verse reflejado en el caso de un adolescente de 18 años que depende mucho de sus padres para concurrir al dispositivo y que

se encontraba intentando aprender a viajar sólo. Es pertinente expresar que en los casos en que los adolescentes están muy medicados, lo cual es un factor que dificulta la realización de algunas tareas, se busca que puedan realizar las mismas tareas que los otros jóvenes en el caso de que esto sea posible. Si no lo es, se buscará adaptarlas para que sean beneficiosas para el joven.

Otro aspecto a tener en cuenta dentro del grupo de los adolescentes es que aquellos jóvenes que tengan 16 años podrán ser becados recibiendo un pago, pero deberán cumplir con ciertas condiciones como ser puntuales, asistir al dispositivo (lo cual se controla con una planilla de asistencia en la cual deben firmar el horario de entrada y de salida), realizar las actividades que se les plantean, respetar el uniforme de trabajo, entre otras cosas. Cobrar esta beca, es una forma de demostrarles que son capaces de realizar un trabajo y ser responsables. Algunos jóvenes, las semanas siguientes a cobrarla comunican sonrientes en qué lo han gastado o si lo han ahorrado. Es importante el trabajo en la integración laboral de los jóvenes porque a través de éste proceso pueden aprender a tener un empleo y conocer qué implica, se vinculan con otros como pares, como compañeros de trabajo y los aprendizajes que internalizan pueden ser aplicados en otras áreas de su vida (muchos jóvenes comienzan a interesarse en las plantas y comienzan a armar huertas o a plantar en sus casas), en otros empleos. Esto es fundamental ya que cuando el adolescente, por su edad, debe ser dado de alta del programa se buscará integrarlo a un puesto de trabajo dentro del mercado laboral para el cual será capacitado. Esto se realiza en conjunto con la institución que provee las becas al programa. Se trata de un paso fundamental que le abre al joven un lugar en el mercado de trabajo, como una persona capaz de tener un empleo, de ser responsable y de tener un sueldo para sentirse independiente, al menos económicamente (total o parcialmente), como un sujeto de derecho capaz de realizar actividades laborales como cualquier otro ciudadano de su comunidad, más allá de su diagnóstico. Esto, como plantean Porras Velásquez (2013) y Rodríguez Pulido et al. (2004) tiene consecuencias beneficiosas a nivel psicológico, social y económico que le permitirán a los jóvenes ser parte de un empleo y realizar aportes a su comunidad, lo que le permite dejar de lado su rol de enfermo y asumir otros nuevos más satisfactorios, además de poder desarrollarse en la sociedad a la que pertenece.

6. Conclusión

A modo de conclusión se debe señalar que el trabajo final integrador presentó como objetivos analizar y describir la forma en que el dispositivo alternativo trabaja para posibilitar y facilitar que niños y adolescentes con padecimientos mentales severos puedan ser

resocializados, prestando atención a la integración social, laboral y educativa, lo cual es de importancia fundamental en todo tratamiento siguiendo la línea de Douat Loyola (2017) y Galante et al. (2010). Para esto fue de gran importancia exponer brevemente el funcionamiento de las instituciones manicomiales, siguiendo Correa Urquiza et al. (2006), Foucault (2016), Goffman (1970), Ottaviano (2011) y Pinto (2012) para que pueda comprenderse a qué se llama dispositivo alternativo y por qué éste programa es uno. También se buscó explicar lo más abarcativamente posible en qué consiste la resocialización, tomando la definición de Galende (2009) para poder realizar un análisis acerca de cómo el programa la favorece y promueve en base a la información obtenida a través de la observación participante y de las historias clínicas a las que se tuvo acceso.

Dicha observación permitió constatar que el dispositivo alternativo trabaja de forma interdisciplinaria e interinstitucional, además de incluir personas externas al campo de la salud mental, como lo son los padres o acompañantes de los participantes del programa y los trabajadores del Ecoparque. Éstos últimos tienen un rol muy importante (el cual no fue analizado), ya que transmiten sus saberes a los niños y jóvenes y, en conjunto con las profesionales del programa, ayudan a que éstos logren desarrollar y adquirir habilidades y aptitudes necesarias para que su resocialización pueda ser llevada a cabo lo más satisfactoriamente posible y así los niños y jóvenes puedan sentirse parte de su comunidad. Una característica muy importante del programa es que desde el primer momento en que los niños y adolescentes llegan a él entran en contacto con personas que trabajan en el Ecoparque, pero que no son parte de su familia ni son profesionales de la salud mental. El intercambio con estas personas posibilita el acercamiento a la sociedad. Siguiendo ésta línea, el programa presenta características que podrían definirlo como un dispositivo alternativo en salud mental comunitaria, como la caracterizan Bang (2012) y Elvira (2012)

Otra característica que puede destacarse del dispositivo alternativo es que tiene lugar en un espacio abierto, distinto a las instituciones psiquiátricas, dotado de una gran cantidad de estímulos sensoriales, lo que ayuda y en algunos casos facilita que los adolescentes y los niños (mayormente) estén dispuestos a volver a ese lugar, lo cual es importante según refieren Alonso Suárez et al. (2004) y Massei (2009). Se trata de un espacio con plantas y animales que se les acercan a los jóvenes y a los niños y que en muchos casos estimulan el desarrollo de capacidades o habilidades que no están presentes. En la práctica esto pudo verse expresado mayormente en niños que no hablaban o emitían muy pocos sonidos. El contacto con los animales empezó a generar que los niños quieran llamarlos o que comiencen a reproducir sus sonidos, hasta incluso llegaron a decir algunas palabras.

Se debe destacar que además de promover la integración social, el programa tiene efectos terapéuticos que posibilitan y fomentan la integración educativa y laboral, debido a que los aprendizajes que se realizan, si bien no tratan de contenidos académicos, posibilitan que los niños y adolescentes adquieran habilidades, conocimientos y aptitudes necesarios para desempeñarse adecuadamente en el ámbito educativo y laboral, más allá del ámbito social. Esto tiene que ver con que puedan percibirse (mayormente los adolescentes) como sujetos de derecho capaces de realizar las mismas actividades, en la medida en que les sea posible, que el resto de las personas, lo cual la UNESCO (2000), Porrás Velásquez (2013) y Rodríguez Pulido et al. (2004) plantean como beneficioso para la calidad de vida de la persona con padecimientos mentales.

En cuanto a las limitaciones de este trabajo final integrador, se pueden mencionar varios aspectos. Se encontraron limitaciones teóricas relacionadas con la dificultad de encontrar información sobre otros dispositivos que se desarrollen en espacios similares o cuyas características de trabajo se den en las mismas condiciones, es decir, en lugares donde se aprenda y se trabaje con gente que no tiene conocimientos sobre los padecimientos mentales. Si bien se pudo encontrar información sobre otros dispositivos alternativos, evaluados en investigaciones de Cáceres et al. (2009) y Torricelli et al. (2010), más allá de la información que se pudo recabar a través de la observación participante, no se pudieron obtener datos de otros programas similares para poder realizar una comparación.

Se presentaron también limitaciones de metodológicas que tienen relación con los instrumentos utilizados para la recolección de información. En primer lugar, se debieron modificar los objetivos debido a que para recabar información sobre uno de ellos era fundamentalmente necesario que se respondiera una entrevista escrita entregada a las integrantes del programa, pero por una cuestión de tiempo esto no pudo llevarse a cabo, por lo cual se debió proceder a la modificación anteriormente expresada. Por otro lado, los casos que pudieron ser aportados para incorporar en el desarrollo no son extensos debido a que el dispositivo alternativo no es el tratamiento principal de los niños y adolescentes y en las historias clínicas se cuenta con la información que se recaba en la admisión, la que se completa en base al paso de los participantes por el programa y los aportes que otras instituciones en las que se trata el niño o adolescente o que otros profesionales que se encargan de su tratamiento brindan, lo cual depende de lo que cada institución o profesional quiera aportar y en muchos casos no es extensa.

Por último se pueden señalar limitaciones institucionales, que si bien no están en relación con el programa en sí, tienen que ver con el espacio en el cual el dispositivo tiene

lugar. Una de ellas relacionada a la falta de un lugar para que el dispositivo pueda funcionar los días de lluvia, debido a que al tratarse de un espacio abierto no se cuenta con un lugar cerrado lo suficientemente espacioso como para que los niños y adolescentes puedan llevar a cabo tareas los días de lluvia. Esto se considera una limitación debido a que si el mal clima se repite los mismos días de distintas semanas consecutivas los jóvenes o los niños no pueden asistir y no pueden beneficiarse con el trabajo del programa. Siguiendo ésta línea, otra limitación relacionada al espacio tiene que ver con que el Ecoparque se encuentra en remodelación y no está abierto al público, por lo tanto sólo pudo observarse cómo se relacionan los niños y adolescentes con las integrantes del programa y los trabajadores del Ecoparque y no con gente externa que ingrese de paseo.

En cuanto al aporte personal, la pasante pudo comprender las características y el trabajo del dispositivo alternativo desde dentro del mismo, teniendo contacto con todos los participantes y todas las integrantes y pudiendo formar parte de las actividades. También, en el transcurso de la realización del presente trabajo, pudo incorporar conocimientos novedosos utilizados dentro de la psicología en el ámbito comunitario. Los meses de práctica profesional permitieron a la pasante, como ya se ha dicho, estar en contacto con los niños y adolescentes participantes del programa lo que fue beneficioso a nivel profesional debido a que realizar actividades con ellos así como también poder conversar, le permitió adquirir práctica en cuanto al acercamiento a pacientes, ya que durante la carrera el conocimiento práctico que permite una participación activa es limitado. En síntesis, la integración teórica y práctica realizada, así como también la participación activa que se llevó a cabo durante la práctica fueron beneficiosas para la pasante para posibilitar tanto un crecimiento personal como profesional.

Como ya se ha mencionado como una limitación, es importante destacar como sugerencia que debería proponerse un espacio en el cual los niños puedan realizar actividades los días de lluvia, un lugar dentro del Ecoparque donde se propongan juegos y actividades lúdicas que permita trabajar el vínculo de los niños (mayormente) con sus pares, para que no se desaproveche el programa los días de lluvia. Otra sugerencia sería que se retome el grupo de padres, ya que si bien no se trabaja con los niños, se podría trabajar con las familias para que puedan favorecer y continuar en el hogar los aprendizajes y las capacidades que los niños y adolescentes van adquiriendo y desarrollando en el programa, así como también para guiar a los padres, con más tiempo, sobre tratamientos u otros dispositivos que podrían beneficiar al joven o niño. Si bien se habla con los padres el espacio que se les dedica es muy acotado (a menos que algún padre solicite hablar con alguna de las profesionales y se coordine un día) y

la participación de los padres en la salud mental de los hijos en cuanto a cuidado y cercanía puede considerarse un factor de protección según la Secretaría de Salud (2001). Esto se propone en base a que durante la práctica se pudo observar que hay niños y adolescentes que llevan años asistiendo al programa y los padres buscan obtener información de las integrantes del dispositivo.

Una pregunta que surge en base a la práctica realizada es si el dispositivo alternativo funciona, en la mayor cantidad de casos, posibilitando la resocialización a largo plazo de los niños y adolescentes con padecimientos severos que participan de él, debido a que si bien durante la práctica pudieron observarse avances a nivel grupal e individual, este tema queda por fuera de la observación participante realizada dentro del programa y no se encontraron datos actuales referidos a dicho interrogante. Que funcione a largo plazo es importante porque como expresan Gabay et al. (2009) Y Rodríguez Pulido et al. (2004) es importante que aquellos con padecimientos mentales puedan tener autonomía (en el mayor grado posible) y así poder quedarse en su comunidad, tener una participación activa en ella y que, a su vez, la comunidad pueda adquirir conocimientos sobre salud mental y así participar en cuestiones referentes a ella, como plantea Bang (2014).

En relación con esta primer pregunta surge otra relacionada con el seguimiento de aquellos niños y adolescentes que consiguen ser integrados en colegios o trabajos, ya que durante la práctica ningún niño o joven dejó de concurrir al programa por ser dado de alta. Esto se debe a que al hablar de resocialización para Galende (2009) es necesario que haya una integración social, educativa y laboral de la persona, para que sea reconocida como semejante y posea sus derechos, que le son propios como ciudadano. Así mismo, la Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005) plantea que los derechos de éste colectivo no deben ser vulnerados, por lo tanto, un seguimiento de la resocialización permitiría que constatar que los derechos de quienes forman o formaron parte del dispositivo alternativo se cumplan. Por lo tanto esta segunda pregunta tiene que ver con el rol del programa en el seguimiento de aquellos participantes del dispositivo que por ser dados de alta o derivados a otra institución o programa que pueda beneficiarlos ya no concurren a él, teniendo en cuenta si se realiza o no un seguimiento, durante cuánto tiempo y qué ocurre en el caso de que el nuevo lugar al que el niño o adolescente concurre no sea adecuado para él. Esto es importante debido a que como expresa Gabay et al. (2009), una adecuada integración social, educativa o laboral debe ser pensada estratégicamente con cada paciente según sus necesidades, pensando qué programa, escuela o institución permitirá que se rehabilite en la mayor medida posible.

En referencia con lo expuesto anteriormente puede plantearse como nueva línea de investigación llevar a cabo un estudio que analice el impacto de la reapertura del Ecoparque sobre el funcionamiento del programa y sobre el desempeño de los niños y adolescentes que de él forman parte, debido a que esto no pudo ser observado en la práctica y se puede pensar que quizás podría implicar la realización de algún cambio en la forma de trabajo de las integrantes del programa o en las actividades que los jóvenes y niños realizan en el lugar. Esto se plantea debido al trabajo que lleva el dispositivo para posibilitar la resocialización de los participantes y en la importancia que posee la comunidad respecto a éste tema, ya que los niños y adolescentes, cuando el Ecoparque funcione nuevamente, estarán en contacto con las personas que concurran, lo que posibilitará que se trabaje con la comunidad, pudiendo psicoeducar a aquellas personas de la sociedad que se acerquen al Ecoparque y que deseen entender cómo trabaja el programa, por ejemplo, debido a que como plantea Bang (2014) se debe promover el establecimiento de vínculos beneficiosos entre la comunidad y aquellos con padecimientos mentales, así como también espacios de encuentro que permitan un intercambio entre ellos y que la información respecto a cuestiones de salud mental circule. Otra línea de estudio podría ser investigar el rol que cumplen los trabajadores y los cuidadores como transmisores de conocimientos no académicos, ya que como plantea Ademar Ferreyra (2017) el aprendizaje no debe centrarse sólo en las materias que se enseñan en la escuela, sino también en el desarrollo de aptitudes, capacidades, confianza en sí mismo, entre otras cosas, para que puedan desempeñarse adecuadamente en su vida social, resolver conflictos y ser responsables, por ejemplo. Esta línea de investigación se plantea debido a que durante la práctica pudo observarse que en el transcurso de las actividades que realizan los grupos de los jóvenes (lunes, martes y viernes) se les enseña un oficio y lo desempeñan como si fuesen uno más, y los trabajadores del Ecoparque que realizan las actividades con ellos los guían y acompañan para que puedan desempeñar adecuadamente los distintos trabajos que se les asignan. Estos dos interrogantes surgen también, de pensar en los beneficios del contacto entre aquellos con padecimientos mentales y su comunidad teniendo en cuenta lo expresado por Ardila-Gómez et al. (2016), ya que en la integración social no hay un beneficio unidireccional dirigido sólo a aquel con trastornos mentales sino que la comunidad adquiere conocimientos sobre aspectos de la salud mental y puede aprender a convivir con aquellos que presentan patologías mentales.

7. Referencias

- Ademar Ferreyra, H. (2017). Capítulo IV Educación. Más tiempo, experiencias diversas y otros espacios en la educación primaria: reflexiones en torno a la jornada extendida en la provincia de Córdoba, Argentina. *Biopolítica e Infancia*. Guadalajara: Coordinación Editorial.
- Alonso Suárez, M., Bravo Ortiz, M., & Fernández Liria, A. (2004). Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la comunidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (92), 25-51.
- Ardila, S., & Galende, E. (2011). El concepto de comunidad en la salud mental comunitaria. *Salud Mental y Comunidad*, 1(1), 39-50.
- Ardila-Gómez, S., Hartfiel, M. I., Fernández, M. A., Ares Lavalle, G., Borelli, M., & Stolkiner, A. (2016). El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. *Salud colectiva*, 12, 265-278.
- Artigue, J., & Tizón, J. L. (2014). Una revisión sobre los factores de riesgo en la infancia para la esquizofrenia y los trastornos mentales graves del adulto. *Atención Primaria*, 46(7), 336-356.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120.
- Barcala, A., Álvarez Zunino, P., Marotta, J., De Gemmis, V., González, V., Brown, M. F., Rajnerman, G., Calvo, S., Pignata, N., & Torricelli, F. (2012). Relato de una experiencia en salud mental comunitaria: cuando de la niñez se trata. Programa de Atención Comunitaria de Niños, Niñas y Adolescentes con Trastornos Mentales Severos (PAC) Dirección de Salud Mental. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. *Salud Mental y Comunidad*, 2(2), 85-92.
- Barcala, A., Torricelli, F., Zunino, P. Á., & Marotta, J. (2009). Programa de atención comunitaria a niños/as y adolescentes con trastornos mentales severos: una construcción que articula la experiencia clínica, la investigación académica y su transferencia al sistema sanitario 1. *Vertex*, 20(86), 282-92.
- Cáceres, C., Druetta, I., Hartfiel, M., & Riva, M. R. (2009). El PREA, una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 20(86), 299-307.

- Calle de Medinaceli, J., & Utria Rodríguez, Ó. (2004). Trastorno de Asperger en adolescentes: Revisión del concepto y estrategias para la integración escolar. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(3), 517-530.
- CELS. (2017). *El recrudescimiento del dispositivo manicomial*. Derechos Humanos en la Argentina. Informe.
- Céspedes, G. M. (2005). La nueva cultura de la discapacidad y los modelos de rehabilitación. *Aquichan*, 5(1), 108-113.
- Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, (1978). *Alma-Ata, URSS*, 6-12.
- Correa Urquiza, M., Silva, T. J., Belloc, M. M., & Hernáez, Á. M. (2006). La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, (22), 47-69.
- Corti, A. M. (2000). Socialización e integración social. *Fundamentos en humanidades*, (2), 129-152.
- Crosso, C. (2010). El derecho a la educación de personas con discapacidad. Impulsando el concepto de educación inclusiva. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva*, 4, 79-95.
- De Vos, P., Malaise, G., De Ceukelaire, W., Pérez, D. P., Lefèvre, P. L., & Van der Stuyft, P. (2009). Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización. *Medicina Social*, 4(2), 127-134.
- Douat Loyola, C. M. (2017). Salud mental y enfermería psiquiátrica: contribuciones para la resocialización de la persona en sufrimiento psíquico. *Escola Anna Nery*, 21(3). DOI: 10.1590.
- Elvira, M. S. (2012). Participación en la salud mental comunitaria. *Salud mental en comunidad*, 2, 105-109.
- Fernández, A. (2003). Educación inclusiva: Enseñar y aprender entre la diversidad. *Revista digital UMBRAL*, 13, 1-10.
- Foucault, M. (1954). *Enfermedad Mental y Psicología* (1ra ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Gabay, P. M., Bruno, F., & Mónica, D. (2009). Alternativas a la hospitalización crónica. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 20(86), 268-281.
- Galanti, A., Pawlowicz, M. P., Moreno, D., Rossi, D., & Touzé, G. (2010). Uso de drogas: ¿acto responsable?, ¿voluntario?, ¿controlado? El discurso de los especialistas que trabajan en la atención a usuarios de drogas en Buenos Aires. *Norte de salud mental*, 7(36), 24-34.

- Galende, E., (2009). La construcción de alternativas. En Barenblit et al., *Del invento a la herramienta. Una experiencia diferente en el campo de la Salud Mental con niños y adolescentes* (pp. 205-220). Buenos Aires: Polemos.
- Gerlero, S. S., Augsburger, A. C., Duarte, M. P., Escalante, M. A., Ianowski, M. V., Mutazzi, E. C., & Yanko, D. I. (2010). Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública, 1*(2) 24-29.
- Goffman, E. (1970). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Heller, A., Petrella, A., & Vilarnovo, A. (2013). La dignidad humana y los padecimientos mentales: una relación en construcción. *Salud Mental y Comunidad, 3*(3), 51-59.
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (89)*, 67-77.
- Levav, I. (1992). Introducción. Los modelos de atención en la comunidad. En Levav et al., *Temas de salud mental en la comunidad* (14-19). Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Ley N° 26.061. *Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes*. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina 28/09/2005.
- Ley N° 26.657. *Ley Nacional de Salud Mental*. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina 25/11/2010.
- Lezcano Barbero, F. (2013). Alumnado con enfermedad mental. La asignatura pendiente. *Educar, 49*(2), 245-266.
- López Alvarez, M., Laviana Cuetos, M., Alvarez Jiménez, F., González Alvarez, S., Fernández Doménech, M., Peláez, V., & Paz, M. (2004). Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo: algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (89)*, 31-65.
- Madoz-Gúrpide, A., Ballesteros Martín, J. C., Leira Sanmartín, M., & García Yagüe, E. (2017). Necesidad de un nuevo enfoque en la atención integral a los pacientes con trastorno mental grave treinta años después de la reforma psiquiátrica. *Revista Española de Salud Pública, 91*, 201701007.
- Magallares Sanjuan, A. (2011). El estigma de los trastornos mentales: discriminación y exclusión social. *Quaderns de Psicologia, 13*(2), 7-17.

- Massei, H., (2009). Una clínica particular. En Barenblit et al., *Del invento a la herramienta. Una experiencia diferente en el campo de la Salud Mental con niños y adolescentes* (pp. 97-106). Buenos Aires: Polemos.
- Massei, H., (2009). La utilización de los recursos comunitarios. En Barenblit et al., *Del invento a la herramienta. Una experiencia diferente en el campo de la Salud Mental con niños y adolescentes* (pp. 73-83). Buenos Aires: Polemos
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 451-464.
- Minoletti, A., Rojas, G., & Horvitz-Lennon, M. (2012). Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. *Cuadernos de Salud Colectiva*, 20(4), 440-447.
- OMS (2004). *Promoción de la Salud Mental*. Informe. Ginebra
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., ... & Autonell, J. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 31(3), 477-489.
- Ottaviano, L. (2011). La institución psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la salud mental. *Revista Electrónica de Psicología Política*, (26), 44-53.
- Pinto, B. (2012). Los sistemas de salud mental: del modelo asilar a la promoción de derechos fundamentales. *Revista Monitor Estratégico*, 2, 60-65.
- Porrás Velásquez, N. R. (2013). Inserción laboral y salud mental: una reflexión desde la psicología del trabajo. *Tesis psicológica: Revista de la Facultad de Psicología*, 8(2), 98-117.
- Rodríguez Pulido, F., Rodríguez Díaz, M., & García Ramírez, M. (2004). La integración laboral de las personas con trastorno mental grave. Una cuestión pendiente. *Psiquis*, 25(6), 264-281.
- Romano, S., Novoa, G., Gopar, M., Cocco, A., De León, B., Ureta, C., y Frontera, G. (2007). El trabajo en equipo: una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 135-152.
- Romero, R., & Lauretti, P. (2006). Integración educativa de las personas con discapacidad en Latinoamérica. *Educere*, 10(33), 347-356.
- Rúa Martínez, L. H. (2003). Acciones de promoción y prevención en salud mental: una experiencia desde el plan de atención básica en Bogotá, 2002-2003. *Revista colombiana de psiquiatría*, 32(1), 37-46.

- Secretaría de Salud (2001). *Programa de Acción en Salud Mental*. Capítulo II. Conceptos generales. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_cap2.pdf
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y salud mental. *IX Jornadas*.
- Tisera, A., Léale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A. L., & Joskowicz, A. (2013). Salud Mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones*, 20(1), 251-258.
- Toricelli, Flavia y Barcala, Alejandra (2010). Funcionamiento de un programa de salud mental comunitaria infantil en la ciudad de Buenos Aires: la accesibilidad de un grupo vulnerable a un dispositivo sanitario. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- UNESCO (1994). Declaración de Salamanca y Marco de acción para las Necesidades Educativas especiales. Recuperado de http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_S.PDF
- UNESCO (2000). Marco de Acción de Dakar. Educación para todos: cumplir nuestros compromisos comunes. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001211/121147s.pdf>
- Vaca, P. (2008). Análisis de la integración escolar en Bogotá. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 7(1), 45-57.
- Valencia Collazos, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud mental*, 30(2), 75-80.
- Vasen, J., (2009). Los supuestos compartidos. En Barenblit et al., *Del invento a la herramienta. Una experiencia diferente en el campo de la Salud Mental con niños y adolescentes* (pp. 45-56). Buenos Aires: Polemos.
- Vasen, J., & Massei, H. (2006). Reinserción social en adolescentes a través del programa “Cuidar-cuidando”. *VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría*, 17, 432-439.
- Vasen, J. (1997). Resocializar, Integrar, Insertar. Recuperado de <http://juanvasen.com.ar/resocializar-integrar-insertar/>

Vázquez Bourgon, J., Carulla, L. S., & Vázquez Barquero, J. L. (2012). Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves. *Actas Esp Psiquiat*, 40(6), 323-32.