

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera en Psicología

Trabajo Final Integrador

El proceso de reinserción socio-habitacional de pacientes externalizados de un hospital  
neuropsiquiátrico.

Alumna: Mirian Alejandra Gómez

Tutor: Lic. Verónica Fernández

Buenos Aires, 03 de agosto del 2020

## Índice

1. Introducción	2
2. Objetivos	2
2.1. Objetivo general	2
2.2. Objetivos específicos	2
3. Marco teórico	3
3.1. Concepto de salud	3
3.1.1. Atención primaria de la salud (APS): niveles, complejidad, promoción y prevención	4
3.1.2. Salud Mental en Argentina	6
3.2. Programas de atención en SM: cambio de paradigmas e implementación	10
3.2.1. Dispositivos de atención a la salud mental	12
3.2.2. Rehabilitación y reinserción social de sujetos con padecimiento mental	15
3.3. Programas residenciales de atención a la salud mental	16
3.3.1. Proceso de admisión a programas residenciales	17
3.3.2. Análisis de recursos: como obstáculos y/o fortalecedores	18
3.3.3. Intervenciones en dispositivos residenciales en salud mental	20
3.3.4. Roles en los dispositivos grupales de atención a la salud mental	22
4. Metodología	23
4.1. Tipo de estudio	23
4.2. Participantes	23
4.3. Instrumentos	24
4.4. Procedimiento	24
4.5. Presentación de casos	25
5. Desarrollo	27
5.1. Programas residenciales de atención a la salud mental en Argentina	27
5.2. Proceso de admisión a un programa residencial en atención a la salud mental de pacientes externalizados de un hospital neuropsiquiátrico	30
5.3. Recursos que se presentan como obstáculos y/o fortalezas para la reinserción socio-habitacional	32
5.4. Intervenciones de los profesionales pertenecientes a un programa residencial de atención a la salud mental	37
6. Conclusiones	40
7. Referencias bibliográficas	45

## 1. Introducción

El presente trabajo se encuentra enmarcado dentro de la Práctica de Habilitación Profesional que se ha llevado a cabo en un hospital monovalente, del cual forma parte un programa residencial de atención a la salud mental. Éste tiene como objetivo promover la inclusión socio-habitacional y procurar la orientación de la intervención para contribuir a la consolidación y continuidad de cuidados, como así también el sostenimiento de la externación de quienes han atravesado la internación en un hospital neuropsiquiátrico por diferentes períodos de tiempo.

Desde el año 2010, con la Ley de Salud Mental Argentina, se ha puesto en marcha el nuevo paradigma acerca del tratamiento a personas con discapacidad mental y es en base a ello que fueron reformulados los proyectos destinados a la atención de las mismas.

La asistencia a dicho programa ha permitido observar el proceso de admisión, las intervenciones realizadas por el equipo interdisciplinario, la dinámica de convivencia y avances de los pacientes externalizados de un hospital neuropsiquiátrico.

Es, por tanto, que surge la importancia de describir el proceso llevado adelante en forma multidisciplinar, del que son parte un psiquiatra, dos trabajadores sociales, un nutricionista y cuatro psicólogos. El programa residencial está conformado por dos dispositivos: la casa de medio camino, que se encuentra en el barrio de Flores, y el hospital de noche, que se encuentra ubicado dentro del predio del hospital especializado en salud mental, con la capacidad de albergar entre ambos a 14 pacientes. Cabe mencionar que, al momento de llevar a cabo la presente investigación, los mismos contaban con 10 residentes permanentes y 5 personas en condición de alta, en evaluación de admisión.

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo general

Describir el proceso (admisión, análisis de recursos e intervenciones) llevado a cabo en un programa residencial de atención en salud mental, para la inclusión socio-habitacional de pacientes externalizados de un hospital neuropsiquiátrico.

### 2.2. Objetivos Específicos

**Objetivo específico 1.** Explicar el desarrollo realizado para la admisión de nuevos residentes, en un programa residencial en atención a la salud mental, destinado a pacientes externalizados de un hospital neuropsiquiátrico.

**Objetivo específico 2.** Analizar los recursos (económicos, de redes de contención, rol en el grupo) que se presentan como obstáculos y/o fortalezas, en pacientes externalizados de un hospital neuropsiquiátrico, para la reinserción socio-habitacional llevada a cabo en un programa residencial.

**Objetivo específico 3.** Describir las intervenciones llevadas a cabo por los profesionales pertenecientes a un programa residencial de atención a la salud mental, para la reinserción socio-habitacional de pacientes externalizados de un hospital neuropsiquiátrico.

### 3. Marco Teórico

#### 3.1. Concepto de salud mental

La salud mental ha ocupado un lugar privilegiado en la agenda contemporánea de la salud pública. Sin embargo, ante la complejidad del conjunto de las interacciones de los sujetos, se dio un retardado reconocimiento de la misma como problemática del ámbito público; esto debido a la dificultosa tarea de percibir que comprendía al dominio público como al ámbito íntimo o doméstico de las personas con padecimiento mental (Salaverry, 2012).

En las últimas décadas, el concepto de salud mental ha tomado importancia en la agenda política mundial, entendiéndolo como un estado de completo bienestar físico, mental y social, dejando de lado el concepto de falta de enfermedad, por lo que se entiende que abarca al sujeto completo y no sólo a parte de él (OMS, 2018).

En este nuevo contexto mundial, la República Argentina, con la Ley Nacional de Salud Mental en 2010, da comienzo a nuevas estructuras institucionales para el tratamiento y atención de las personas con padecimientos mentales, con el objetivo de brindar protección de la salud mental a todas las personas como un derecho universal, para todos aquellos sujetos que se encuentren sobre el territorio nacional, tomando para ello los principios de Naciones Unidas, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la OMS (Ley 26.657, 2010).

Haciendo referencia a la Ley 26.657, ésta toma como dimensión central el respeto por los derechos humanos de todas aquellas personas con padecimientos mentales, dando cumplimiento a los principios universales dictaminados por los organismos internacionales (Tisera, Lohigorry, Bottinelli & Longo, 2018). Es por ello que para el presente trabajo se tomará el concepto de Salud Mental determinado en el Artículo 3° de la misma, donde la define como un proceso establecido por elementos históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, por lo cual su protección y conservación están ligadas a una dinámica social, estrechamente vinculadas a la solidificación de los derechos humanos y sociales de todos los sujetos (Ley 26.657, 2010).

Asimismo, en pos de evitar un riesgo de reduccionismo, se debe tener en cuenta que el campo de conocimiento de salud mental es extremadamente complejo e intersectorial, siendo atravesado por distintos saberes. Por este motivo, se entiende que la salud mental es un amplio campo de estudio, que se caracteriza por ser polisémico y plural, ya que no sólo aplica al estado mental del sujeto, sino a las interacciones con las colectividades con las que éstos habitan, considerando las posibilidades de relación entre la existencia humana y lo social (Amarante, 2009).

### 3.1.1. Atención primaria en salud (APS): niveles, complejidad, promoción y prevención

En todo el mundo, las enfermedades mentales se presentan de una forma común, crónica y discapacitante, y como se ha mencionado, proponen una problemática importante en salud pública. En la actualidad, se dispone de intervenciones médicas y psicosociales eficaces que logran, por la reducción de la mayoría de síntomas positivos, que los pacientes en salud mental se incorporen a la vida comunitaria y abandonen los hospitales (Irarrázaval, Prieto & Armijo, 2016). Aun así, el sistema de salud debe seguir mejorando en pos de sus usuarios.

En los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000), fijados por los estados miembros de las Naciones Unidas para ser alcanzados en 2015, se plantea que el camino más adecuado para lograr los mismos es sustentando los sistemas de salud en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). En este sentido, dicha estrategia se conceptualiza como un enfoque integral comunitario, basado en los principios de equidad y solidaridad, orientado a resolver las necesidades básicas de salud de una determinada población. Para ello, se promueven procesos de responsabilidad profesional, trabajo en equipo, accesibilidad geográfica, cobertura efectiva de los programas y evaluación permanente (Paganini et al., 2010).

Las características y objetivos de la APS fueron planteados durante la Declaración de Alma Ata (1978) para garantizar la universalidad de los derechos de salud. Esta estrategia conformó el mayor consenso a nivel mundial de los sectores y actores de la salud, siendo adaptada universalmente, según las necesidades de cada nación (Weisbrot, 2014). Como base, la APS tiene el papel fundamental en la articulación de todo sistema de salud, al brindar un servicio más equitativo y eficiente, adecuándose a las necesidades de la población a la que va dirigida. Por lo mismo, deben participar una diversidad de proveedores, organizadores, con una dinámica de gestión en los equipos de atención, tan diversos como las poblaciones a las que van dirigidas (Villabi, Pasarin, Montanes & Cabezas, 2003).

Por lo tanto, desde 1978, con el desarrollo de la conferencia de Alma Ata, mediante la estrategia de la APS, prevaleció un modelo basado en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por sobre los modelos biomédicos centrados en esta última. La APS, lejos de ser una atención destinada a poblaciones vulnerables socioeconómicamente, como un servicio de segunda clase, se establece como una estrategia para los diferentes sectores sociales, sin distinciones. Por ello, se define a la APS como una asistencia sanitaria básica y fundamental, sustentada en métodos y tecnología prácticos. Éstos son fundados científicamente y aceptados socialmente, al alcance de todos los miembros de la comunidad (Vignolo, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011).

En la APS, se deben diferenciar niveles de atención, de complejidad y de prevención, así como especificar claramente qué es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, para luego poder llevarlo específicamente al sector de la salud mental, logrando una correcta descripción del proceso llevado a cabo en los dispositivos de reinserción socio-habitacional. En la promoción, se pone el acento en la salud. Se trata de una estrategia establecida en Ottawa en 1986, donde se definió como un proceso que debe brindar las medidas de autogestión que conlleven al individuo a

tener mayor control sobre su salud y calidad de vida, mediante la creación de ambientes y entornos saludables. Su finalidad es establecer estilos de vida beneficiosos, forjando en la comunidad un espíritu emprendedor y participativo en las políticas saludables, implementándolas en su ámbito privado familiar, laboral y comunidad donde se desenvuelve (Vignolo et al., 2011). En cambio, la prevención pone el acento en la enfermedad, definiéndose como las acciones que se orientan a la erradicación, eliminación y minimización del impacto del padecimiento y la discapacidad; incluye medidas sociales, políticas, económicas y terapéuticas (Mejía, 2013).

Según González, Fernández Rodríguez, Pérez Rodríguez & Amigo (2006), la prevención se divide en tres niveles de actividad: primaria, secundaria y terciaria. En cuanto a la primera, se trata de aquellas medidas dirigidas a prevenir o evitar la aparición de enfermedades, a partir del control de los factores causales y predisponentes. En este nivel, la estrategia se dirige a disminuir la exposición de los sujetos a los factores que pueden causar enfermedades; no implica extinguirlos, sino que la exposición baje a niveles no nocivos para la salud. Su objetivo es prevenir la incidencia de la enfermedad, como, por ejemplo, la vacunación, el uso de protección para evitar enfermedades de transmisión sexual, programas educativos para informar de transmisión de enfermedades como el dengue, entre otros. Continuando con los mismos autores, la prevención secundaria está orientada al diagnóstico precoz de las enfermedades que no tienen manifestaciones clínicas; mediante el diagnóstico temprano de enfermedades en pacientes aparentemente sanos, se busca dar tratamientos oportunos. Para ello, se plantean exámenes médicos periódicos, brindando tratamientos apropiados y estableciendo los controles necesarios para evitar la aparición de secuelas o avance de la enfermedad. Su objetivo es captar la misma en la fase preclínica, donde el daño al organismo no ha evolucionado, y quizá los síntomas son aun aparentes, pretendiendo reducir la prevalencia de las enfermedades crónicas. Se puede citar como ejemplo de este segundo nivel la eficacia que guarda la prevención secundaria en cuadros de depresión, mediante tres intervenciones: terapia cognitivo-conductual, potenciación de recursos personales y apoyo social (González, Fernández Rodríguez, Pérez Rodríguez & Amigo, 2006). Por último, la prevención terciaria se da cuando la enfermedad ya está instalada. Trata de actividades dirigidas a la recuperación total de la enfermedad. Refiere a realizar un diagnóstico y tratamiento correcto, brindar rehabilitación física, psicológica y social en caso de manifestar secuelas producto de la enfermedad que se manifiesta. En este nivel, es fundamental el control y seguimiento de los pacientes que ya han manifestado clínicamente las enfermedades, para disminuir al mínimo el sufrimiento causados por la pérdida de la salud, mediante los tratamientos y la rehabilitación. Un ejemplo de prevención terciaria que se vincula con este trabajo es el de reinserción social de los pacientes que fueron externalizados después de haber estado internados en un hospital neuropsiquiátrico. Esto implica el respeto a sus derechos fundamentales y trabajar con su subjetividad y el entorno del que forman parte, formando redes de apoyo y contención (Cohen & Natella, 2013).

Resumiendo, estos términos, Giordis (2014) se refiere a la prevención primaria como la prevención del desarrollo inicial de una enfermedad; a la secundaria, como la detección precoz de una enfermedad existente para reducir la gravedad y sus complicaciones, y a la prevención terciaria, como la reducción del impacto de la enfermedad.

Asimismo, Vignolo y colaboradores (2011) presentan tres niveles de atención, que se refieren a la forma ordenada y estratégica de llevar a cabo la organización de los recursos existentes y lograr la satisfacción de las necesidades de la comunidad a la que va dirigida la misma. El primer nivel es el más cercano a la población, la atención se da en consultorios, centros de salud y policlínicas. Consta de organizar los recursos para resolver necesidades básicas, primarias y frecuentes que se dan en la comunidad, mediante la puesta en práctica de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y procesos de rehabilitación y recuperación. El segundo nivel de atención es aquel que debe resolver la mayoría de la problemática de la población, ubicado en las instituciones y hospitales donde se prestan servicios de atención a la medicina interna, pediátrica, ginecológica, etc. Las problemáticas de salud poco prevalentes son centralizadas en el tercer nivel de atención, constituido por aquellos establecimientos y hospitales destinados a la atención de patologías complejas, que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Estos centros atienden un aproximado del 5% de los problemas de salud de la población y deben tener un ámbito de cobertura de todo el territorio nacional (Vignolo et al., 2011).

Sin embargo, los pacientes con trastornos mentales graves siguen asistiendo a un infratratamiento, a través de la medicalización y la psiquiatrización. Al respecto, se considera que estos pacientes no serían capaces de afrontar eficazmente situaciones estresantes del ámbito cotidiano sin recurrir a la psicofarmacología. En este contexto, se percibe la importancia de llevar adelante las estrategias antes mencionadas de promoción de la salud mental, prevención primaria de los trastornos, diagnóstico precoz y atención integral y continuada de los padecientes (Buitrago Ramírez et al., 2018). En este sentido, estos autores mencionan los subprogramas incluidos en el Programa de Promoción de la Salud Mental y de la Prevención de sus trastornos, como la promoción de la salud y prevención del embarazo adolescente, el diagnóstico precoz de la depresión y de los trastornos por ansiedad, la prevención del suicidio, tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario y rehabilitación en caso de pérdida de funciones psicofísicas importantes.

### 3.1.2. Salud mental en Argentina

A través de la historia, las políticas de salud mental en la República Argentina han tenido vaivenes, debido a cuestiones en los ámbitos sociales, jurídicos y culturales, que determinaron los diferentes aspectos que ha atravesado la problemática en salud mental, pasando desde el polo biologicista hasta el polo comunitario. En medio, ha dejado un abanico de concepciones teóricas, que ofrecieron una amplia posibilidad de tratamientos y conceptos respecto a los usuarios del sistema de salud mental. Así también, en diferentes épocas, la psiquiatría ha quedado por fuera de las ciencias médicas basadas en la evidencia y los resultados, lo que posteriormente se ha ido aquietando mediante los avances farmacéuticos (Di Nano, 2008).

A principios de siglo, la problemática de la salud mental es tomada y vinculada a la higiene social, tratando de combatir aquellos agentes que pudieran perturbar el orden social, provocando un daño a la comunidad. Es así que son englobadas diferentes problemáticas en una sola, como

prostitución, alcoholismo, vagancia e indigencia son asociadas a enfermedades infecciosas. Esto tiene el objetivo de resguardar a una parte de la población, llamada "respetada", de este flagelo moral, siendo las autoridades sanitarias quienes debían llevar este proceso a cabo mediante la implementación de leyes, ordenanzas y la creación de instituciones adecuadas. Hasta la mitad de la década del '40, estas instituciones, subvencionadas y administradas tanto por el Estado como por la beneficencia, llevaron a cabo con los pacientes, actividades como fabricación de calzado, ropa, muebles, destinados para el consumo de los mismos y para la venta al exterior (Di Nano, 2008).

En el año 1946, con el arribo del gobierno justicialista, se crea la Secretaria de Estado de Salud Pública, en reemplazo del Departamento Nacional de Higiene, que, en 1949, precedido por el Dr. Ramón Carrillo, se convierte en Ministerio de Salud Pública. Es con esta implementación que se innova respecto a las políticas públicas de salud, implementando nuevos y modernos conceptos terapéuticos, reorganizando establecimientos de internación, incorporando como una estrategia la cercanía de familiares a los pacientes de salud mental. A partir de 1956, estas políticas de salud mental pierden continuidad (Di Nano, 2008).

En los años '60, el Dr. Mauricio Goldenberg, al frente de su equipo, inició una transformación en el servicio de psicopatía del Policlínico Lanús, donde fueron instaladas salas de internación para pacientes con afectaciones mentales en un hospital general. Se llevó a cabo la creación del hospital de día y se fueron organizando consultorios externos para niños, adolescentes y adultos, donde se promovían interconsultas con otros servicios y se desarrolló la extensión comunitaria. Se trató de un proyecto que convocó a diversos profesionales, promoviendo un paradigma de equipos interdisciplinarios, donde participarían las diferentes áreas clínica, farmacológica, psiquiátrica y terapéutica desde diferentes enfoques (Tisera, Lohigorry, Bottinelli & Longo, 2018). Durante la dictadura y terrorismo de estado (1967-1975), se incorporan las comunidades terapéuticas en los asilos como experiencia piloto, las cuales fueron posteriormente cerradas por la profundización de la intervención militar (Bruni, 2018).

En los años '70, vuelven a ser planteadas las políticas de salud mental pregonadas en 1949 por el Dr. Ramón Carrillo, basadas en las preocupaciones para lograr mejor atención en este ámbito. Es así que, en 1973, el Dr. Arturo Carrillo asume la Dirección de Salud Mental, tomando conceptos de Maxwell Jones acerca del abordaje basado en la psiquiatría comunitaria, implementándose así servicios de salud mental en los hospitales generales. El Dr. Carrillo pregona en su discurso que el concepto de salud mental no debe ser considerado como una especialidad médica centrada solamente en el aspecto clínico psiquiátrico. En efecto, debería abarcarse desde un ámbito más amplio y complejo, enfocado desde un punto de vista multidisciplinario, que destine sus acciones a diferentes áreas, como el trabajo, la educación y la justicia. De igual manera, se tienen en consideración los factores culturales y socio-económicos de los diferentes grupos sociales, con el fin de promover el concepto de salud no sólo a los individuos, sino a la comunidad donde están inmersos (Di Nano, 2008). Estas políticas, así como el proyecto iniciado por el Dr. Mauricio Goldenberg en el Policlínico Lanús, fueron canceladas con la llegada al poder de la dictadura militar en 1976, llevando al proceso de transformación del sistema de salud mental a su nulidad, como resultado de las



desapariciones, detenciones y desprotección de la salud comunitaria (Tisera et al., 2018). De este modo, durante el Proceso de Reorganización Nacional (1976-1983), hubo una regresión en cuanto a las reformas en salud mental y a la participación política, profundizando la desigualdad social (Bruni, 2018).

Desde 1983, ya con el fin de la dictadura militar, se dio inicio al proceso de desmanicomialización en Argentina. Con el objetivo de buscar el desarrollo y la consolidación del sistema democrático, comienzan a implementarse acciones concretas para lograr el fortalecimiento del sistema político (Semprini, 2015). Las estrategias generales para la Salud Mental fueron desarrolladas por Vicente Galli, Director en la Dirección Nacional de Salud Mental durante el periodo 1984- 1989, promoviendo la integración de las políticas en Salud Mental con las políticas generales de salud; la integración intersectorial; la ampliación de la cobertura; el desplazamiento del eje centrado en el modelo Hospital-Enfermedad hacia el modelo Comunidad-Salud y el incremento de presupuestos para ello; la transformación de los grandes Hospitales Psiquiátricos y, con ello, el desarrollo de la APS (Bruni, 2018). Los primeros pasos de desmanicomialización se dan en la provincia de Río Negro, mediante el cierre del Hospital Psiquiátrico de Allen y su reconversión en Hospital General. Asimismo, otra de las acciones llevadas a cabo por esta provincia fue la promulgación de la Ley 2440/91 de promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental. En ella, se plantean preceptos como la reparación de la identidad, respeto y dignidad para los usuarios con padecimiento mental, con el objetivo de lograr la reinserción comunitaria de los mismos (Tisera et al., 2018).

Es decir que, tanto en Argentina como a nivel internacional, en la segunda mitad del siglo XX, se propone una transformación en el sistema de salud mental. Hasta ese momento, éste se basaba en un modelo manicomial y se propone llevarlo a un modelo de atención centrado en la comunidad. Allí, se ampliaría el concepto de la problemática en salud mental, modificando la estructura de los servicios en pos de una correcta implementación de estas nuevas políticas que fueron interrumpidas por diversos factores políticos y culturales (Bang, 2014).

Sin embargo, con las políticas de los años '90 en Argentina, lejos queda el espíritu original de la declaración de Alma-Ata (1978), ya que la implementación de la APS se dio de un modo selectivo, con acciones de prevención y programas dispuestos sólo para población sin recursos. Esto llevó a una mayor precarización en los sistemas de atención a los sectores desfavorecidos, contrario a los postulados de la APS, que plantea una perspectiva integral, puesto que la estrategia consiste en sistemas universales de salud, con base en la idea de derechos, para el reordenamiento de la estructura (Bang, 2014). En ese momento, comienza un proceso de descentralización de las políticas públicas, en el marco de la reforma del Estado en el gobierno de Menem, degradando a la Dirección Nacional de Salud Mental a simplemente dirección. Del mismo modo, se traspa a las provincias la responsabilidad de la implementación de nuevas políticas, las que a su vez se relegan a los municipios (Semprini, 2015). En 1993, se crea la modalidad de Hospital Público de Autogestión, la cual trajo consecuencias: las políticas de externamiento compulsivo y el abandono de los pacientes internados, escasez de recursos, ajustes presupuestarios en los hospitales, demanda creciente de pacientes y un discurso que planteaba el cierre de instituciones, pero sin ofrecer alternativas (Bruni, 2018).

A comienzos del siglo XXI, se retoman los postulados originales de la Declaración de Alma-Ata (1978) con respecto a la Atención Primaria de la Salud. Como ya se ha mencionado, los primeros pasos se dieron en Río Negro en 1991, para continuar en la Ciudad de Buenos Aires mediante la implementación de la Ley 448, en el año 2000, y su reglamentación en 2004 (Tisera, Leale, Lohigorry, Pekaren & Joskowics, 2013). La Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (Ley 448, 2000) toma los lineamientos de la Ley Básica de Salud de la CABA (Ley 153, 1999), para dar garantías de derecho en salud mental a todas las personas con este padecimiento en la nombrada ciudad. En el marco de la Ley 153, se enumeran los derechos de todas las personas en su relación con el sistema de salud en general y con los servicios de atención, como respeto a la intimidad, dignidad e identidad, confidencialidad de la información, acceso a la historia clínica, entre otros. Mientras que la Ley 448 promueve similares derechos, pero se enfoca en los padecientes mentales. Ambas leyes constituyen una herramienta de cambio para el desarrollo de la APS (Tisera et al., 2013).

Más tarde, en 2010, en Argentina se promulga la nueva Ley Nacional de Salud Mental, que brinda un marco legal para lograr la implementación de un sistema de salud mental con base en la comunidad, pregonando la integración de acciones dentro de los criterios de la APS. Ésta promueve la importancia de los conceptos de prevención y promoción de la salud comunitaria, ya que reconoce los lazos y cruces que existen por ser un campo de alta complejidad. Asimismo, acentúa la necesidad de un enfoque integral, basado en un trabajo intersectorial e interdisciplinario (Bang, 2014). Tres años más tarde, bajo el Decreto 603/2013 fue reglamentada la Ley antes mencionada, en la cual se entiende como salud mental a un proceso establecido, que combina elementos históricos, culturales, psicológicos, biológicos, sociales y económicos, teniendo en cuenta los derechos humanos y sociales de los sujetos (Ley 26.657, 2010). Considerando el tema abordado en este trabajo, acerca de la reinserción habitacional de pacientes externalizados de un hospital neuropsiquiátrico, se puede citar como relevante de esta ley el inciso e del artículo 7°, que promueve el derecho del paciente a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento, por sus familiares u otras personas que se designen para tal fin; así como también el inciso n del mismo artículo que manifiesta el derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable.

Como se viene relatando, la aplicación de esta ley determina una nueva concepción acerca de la asistencia en salud mental, que abarca los procesos de internación, los equipos tratantes y conceptos sobre inserción social. Es de allí que, con esta nueva mirada, surgen cambios en los dispositivos de reinserción social, económica y habitacional de pacientes que han formado parte de las instituciones tratantes de salud mental, así como también estableciendo la prohibición de la creación de nuevos hospicios con las mismas características (Tisera et al., 2018).

Sintetizando este apartado, Galende (2017) sostiene que la historia de la Salud Mental tiene dos partes convergentes: la internación prolongada en hospitales psiquiátricos cerrados y los diversos tratamientos que allí se efectuaron. De igual forma, refiere que la salud mental comunitaria surge de un triple fracaso de los hospitales psiquiátricos: la ineficacia para restablecer la salud, cronificar los cuadros y avalar graves faltas éticas a la función de respetar la dignidad, proteger y ayudar al ejercicio de derechos humanos de las personas internadas (Galende, 2017).

### 3.2. Programas de atención a la salud mental: cambio de paradigma e implementación

En este nuevo contexto cultural y jurídico, a lo largo de Latinoamérica y el resto del ámbito internacional, tomando como referencia los postulados que surgen como universales a partir de la APS, en 2001, la Organización Mundial de la Salud, lleva a cabo el informe de salud en el mundo, llamado "Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas". Éste proporciona un nuevo enfoque respecto a los padecimientos mentales, el cual deviene en esperanza para los sujetos que los padecen y para sus familiares, alcanzando también a la comunidad toda. Pretende ser un examen a nivel global de los factores que influyen en el proceso de salud mental en su conjunto, para evaluar el alcance de la prevención y los obstáculos que se presentan en los procesos, llevando a cabo un examen acerca de la prestación y la planificación de servicios. Asimismo, ofrece un conjunto de recomendaciones de gran alcance, que se pueden adaptar a todos los países, teniendo en cuenta sus necesidades y los recursos con los que cuentan. Estas recomendaciones hacen un total de 10, las que luego serán tomadas para construir el modelo participativo comunitario del que se hablará más adelante, y son las siguientes (Organización Mundial de la Salud, 2001):

1. Dispensar tratamiento en la atención primaria: trata de capacitar a todo el personal de atención a la salud en la detección de padecimientos mentales, para que, mediante la detección temprana de la problemática, se pueda brindar una mejor atención. Es decir que la salud mental debe ser un concepto incluido incluso en los planes de formación general.
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos: en todas las instituciones de atención a la salud y en todos sus niveles se debe garantizar la existencia de medicamentos psicotrópicos esenciales.
3. Prestar asistencia en la comunidad: se deben brindar servicios de atención a la salud mental en la comunidad, lo que facilitaría la detección temprana del padecimiento.
4. Educar al público: establecer campañas de información en salud mental, para lograr la reducción de la estigmatización y obstaculización de la atención y adhesión al tratamiento.
5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores: a través de la participación de las políticas públicas.
6. Establecer políticas y legislación a escala nacional: las políticas deben ser serias y sostenidas en el tiempo, mediante la actualización y respeto a los derechos humanos.
7. Desarrollar recursos humanos: mejorando la capacitación de los profesionales en salud mental.
8. Vigilar la salud mental de las comunidades: teniendo en cuenta los indicadores de padecimiento mental.
9. Apoyar nuevas investigaciones: para el mejor tratamiento de la salud mental, se deben establecer investigaciones, en pos de crear conocimiento sobre la problemática.
10. Establecer vínculos con otros sectores: deben participar todos los sectores sanitarios, la comunidad, sector laboral, educación y judicial.

Es en base a estos lineamientos que se plantea la planificación de acciones en un modelo participativo comunitario, que se ha de sustentar en preceptos como la capacidad de la comunidad de resolver esta problemática, que el 80% de las patologías son de resolución simple, la necesidad de educar a la población en la problemática y cómo resolverla, brindar accesibilidad a los servicios como una medida preventiva y curativa, y trabajar en función de la salud y no de la enfermedad (Di Nano, 2008).

Este modelo participativo comunitario propone un proceso de gestión de salud mental, donde participen todos los sectores, con el fin de reducir y evitar el daño psíquico en la población. A partir de instaurar acciones de promoción y rehabilitación de la salud, se pretende construir redes preventivas y asistenciales, presentando una reformulación de las instituciones psiquiátricas y de los asilos para sujetos con padecimientos mentales. Para ello, debían llevarse a cabo medidas profundas en el sistema de salud, como la integración de la salud mental a los servicios generales, promover políticas de promoción y prevención de la salud mental y favorecer la construcción de redes sociales mediante organizaciones sociales. Para llevar a cabo una estrategia de implementación de este nuevo plan de acción, se necesitaría de cinco etapas: diagnóstico y análisis situacional, fortalecimiento de las unidades de atención primaria, promoción de nuevos modelos de atención, desarrollo de recursos humanos y vigilancia epidemiológica (Di Nano, 2008).

Esto sería sólo el comienzo de un largo camino por recorrer por los países latinoamericanos, y como tal para Argentina. Esta nueva dimensión toma el tratamiento de la salud mental y la sostenibilidad financiera, necesarias para garantizar el funcionamiento de los nuevos servicios. Sin embargo, se presentan obstáculos en el proceso, como la implantación de camas en hospitales generales destinadas a los pacientes con padecimiento mental, la falta de capacitación para brindar soporte, la falta de programas y equipamiento para llevar a cabo el plan de acción; así también enfrentarse con la realidad de que muchos de los pacientes han transcurrido muchos años internados en hospicios mentales, lo que ha comprometido sus habilidades, situación agravada por la falta de redes sociales y de contención, que brinden apoyo financiero y emocional, dejando a estos pacientes en situaciones de vulnerabilidad social (Dimenstein, 2013). De igual manera, se presentan barreras en el proceso de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26657, 2013), como la falta de políticas públicas para la creación de dispositivos alternativos al manicomio. Aunque es la falta de inversión en recursos en general el principal obstáculo a vencer, siendo el 54,17 %, frente a la resistencia al cambio que representa el 20,83%. Esta resistencia se presenta tanto en el plano institucional, con la dificultad de la reorganización y reasignación de recursos, como en el plano interdisciplinario, anteponiendo la hegemonía médica, conflictos profesionales y la pérdida de poder por encima del bienestar que se busca alcanzar. En tercer lugar, aparece como obstáculo la falta de dispositivos específicos para llevar a cabo un trabajo colectivo, referido a la vulnerabilidad social, frente a las personas en situación de pobreza, que hace aún más difícil la externación de estos pacientes. Por último, con un 4,17%, surgen las resistencias del imaginario social, que deja ver las dificultades de los familiares, vecinos y de la comunidad en general en comprender lo importante de la integridad social para las personas con padecimientos mentales, no sólo por su padecimiento en sí,

sino porque los procesos de internación llevan al deterioro de habilidades necesarias para vivir en comunidad (Zaldúa, Pawlowicz, Tisera, Longo, Sopransi, Lenta, Moschella & Lohigorry, 2014).

A causa de estos obstáculos, la Ley Nacional de Salud Mental ha transcurrido un proceso de aplicación lento, pero que al mismo tiempo avanza manteniendo, como dimensión central, el respeto a los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales, enmarcando el sostenimiento de su autonomía, la no discriminación y teniendo como eje fundamental una perspectiva comunitaria. A partir de su implementación, y a través de los años, surgen los dispositivos residenciales, con el objetivo de acompañar el camino de la reinserción socio-habitacional de estos pacientes. Estos dispositivos proponen un abordaje integral, procesual, participativo, interdisciplinario y en formato de redes de apoyo social, con instituciones de ayuda comunitaria y gubernamentales, para lo que se toman diferentes antecedentes de dispositivos habitacionales en salud mental, de diferentes regiones del mundo, que vienen avanzados en estos procesos de cambio (Tisera et al., 2018).

### 3.2.1. Dispositivos de Atención en Salud Mental

Tal como se ha narrado, la problemática en salud mental en Argentina como en el resto de los países de Latinoamérica, ha presentado diversas mutaciones en cuanto a su resolución. Tomando en consideración la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26657, 2010), se pretende llevar adelante políticas que resuelvan este flagelo en la comunidad, teniendo en cuenta la creación efectiva de dispositivos sustitutivos y de apoyo a los hospitales monovalentes. Éstos serán casas de medio camino, casas de convivencia, hospitales de día y hospitales de noche, dispositivos de apoyo comunitario y laborales que formen redes. Asimismo, se promueve la existencia de recursos reales, brindando capacitación a todos los profesionales y sectores intervinientes en salud mental, adecuándolos a los lineamientos de la nueva ley. En tercer lugar, se fomenta la inclusión de la comunidad para la transformación de los imaginarios sociales, llevando a la comunidad a una participación activa, brindando la información necesaria para comprender los padecimientos mentales y así desnaturalizar los conceptos de locura y las prácticas tutelares. De este modo, permite debatir la problemática en salud mental como parte de una salud integral. En cuarto lugar, se tiene como requisito una interface salud-justicia, que determine lineamientos para la comunicación interdisciplinaria, que regule el accionar de los nuevos actores que surgen, como la figura del curador, nueva presentación del juez, y se determinan los instrumentos que controlen la legalidad de las prácticas en salud mental (Zaldúa, et al., 2014).

Estos lineamientos y este nuevo paradigma se presentan con conceptos comunes en todos los reglamentos y leyes, sean provinciales o nacionales, como la desinstitutionalización, el trabajo interdisciplinario, rehabilitación y resocialización de los sujetos con padecimientos mentales, redes de apoyo, participación comunitaria y reinserción social (Tisera y Moreno, 2007). Para dar cumplimiento a estas nuevas políticas, se establece la conformación de redes asistenciales, que deben respetar el accionar y brindar los servicios establecidos, mediante la determinación de metas actuales, para lo que se establecen efectores tales como centros de salud y acción comunitaria, dispositivos

especializados en salud mental de intervención domiciliaria, residencias protegidas, talleres protegidos, casas de medio camino, hogares y familias sustitutas, entre otros (Ley 448, 2000). El primer objetivo de las nuevas políticas es fomentar que las autoridades de cada jurisdicción en el ámbito de salud, en trabajo conjunto con las áreas de educación, desarrollo social y trabajo, lleven a cabo acciones es pos de la inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Es decir, se requiere un trabajo intersectorial, donde los profesionales de cada área tengan el mismo grado de igualdad, tanto para la conducción como para la gestión de servicios, valorándose la idoneidad para el cargo y capacidad para integrar los diferentes saberes. De este modo, se promueve el desarrollo de dispositivos que logren satisfacer las necesidades emergentes, ante la implementación de estas nuevas políticas en salud mental (Ley 26657, 2010).

En el marco de estos nuevos lineamientos generales en política de salud mental, surgen los dispositivos de atención a la salud mental, que posibilitan la integridad del cuidado de la salud mental. Éstos se fundamentan en la acción de desmontaje manicomial, como en las diferentes experiencias internacionales y nacionales de desinstitucionalización, tomando como aspectos claves las intervenciones en los ámbitos laboral, habitacional y sociocultural. A través de ellos, se busca establecer un equilibrio entre el paradigma asilar-tutelar y el de derechos humanos, con el objetivo de favorecer los procesos de externación e inclusión social de estas personas con padecimientos mentales, las que luego de formar parte de una institución mental, presentan vulnerabilidad social (Tisera et al., 2017).

Los programas citados anteriormente contemplan procesos que se adaptan a la individualidad del paciente dado de alta, teniendo como lineamientos generales la búsqueda de autonomía, conocimientos y personalización de espacios, tiempos y apoyo no parentales, la ampliación de actividades de la vida cotidiana -como cocinar, lavar la ropa, asistir a talleres, trabajo o centros de estudio-, así como pautas de cuidado y autocuidado, en las que se encuentran la prevención de caídas, toma de medicación e higiene personal y se pondera la participación en espacios socioculturales y los intercambios sociales (Tisera et al., 2017).

Los dispositivos de atención a la salud mental proponen servicios de rehabilitación e inclusión social para los usuarios de servicios de salud mental. Estos plantean espacios para el desarrollo de habilidades sociales, intercambio y producción de la subjetividad (Amarante, 2009). La instauración de estos dispositivos de reinserción no es arbitraria, sino que está basada en investigaciones previas. De allí surgieron datos, como que la interdisciplina se reducía a la pareja terapéutica médico-psicólogo, no son tenidos en cuenta los diferentes factores sociales que interactúan con el paciente y los equipos tratantes son cambiantes, dificultando la continuidad de un tratamiento. Además, no son evaluados el contexto económico, familiar y social de los pacientes (Tisera & Moreno, 2007).

Es así que estos dispositivos proponen un proceso de acción para lograr sus objetivos. El mismo consta de diferentes momentos de actuación: la admisión, recuentos de recursos, establecimientos de metas y objetivos, intervenciones estratégicas, reevaluación de cumplimiento y logro de las metas establecidas. En este último punto se valora aquello que ha resultado un obstáculo y/o un facilitador, como así también se replantean los objetivos, de ser necesario. Este proceso está

delimitado por la concepción de que toda actividad que sea relativa a la rehabilitación y reinserción social de las personas con padecimiento mental, imponen realizar un análisis de cada situación por su complejidad (Tisera & Moreno, 2007).

Los dispositivos o estrategias de intervención corresponden a una noción instrumental, que permite imaginar formas de intervención en el campo social. Esta noción es apertura en tanto da lugar a la incertidumbre. Se trata de modalidades (consultorio, talleres, grupos terapéuticos, intervenciones en crisis, etc.). Su nivel de abordaje puede ser individual, familiar, grupal, comunitario, etc. Al crear un dispositivo, hay que considerar sus objetivos (intencionalidad, plazos, etc.), las problemáticas a ser abordadas, los espacios donde se desarrollan (comunitarios, institucionales), los tiempos dedicados a cada actividad, las disciplinas que intervienen (psicología, trabajo social, medicina, etc.), los sectores que forman parte (salud, educación, justicia, etc.); el rol del psicólogo, la vinculación con la APS y la modalidad de registro (Parra, 2016).

En este sentido, bajo el paradigma de la desmanicomialización y la salud comunitaria surgen diferentes “talleres/emprendimientos productivos” que funcionan de forma articulada con “Centros de día”. Los mismos se presentan como nuevas experiencias que buscan capacitar y acompañar a los pacientes en la adquisición de ciertas habilidades que les permitan incorporarse al campo laboral, ya que en muchos casos las pensiones que pueden llegar a percibir no alcanzan a cubrir sus necesidades básicas. Estas experiencias buscan combatir la situación de vulnerabilidad a la que se encuentran sometidos los pacientes psiquiátricos luego de transitar por largos periodos de internación (Guaresti, 2018).

Entre otras cosas, los centros de día propusieron organizar diferentes espacios y actividades conocidos como “talleres”, cuyo objetivo es despertar las subjetividades arrasadas de los pacientes cronificados en el hospital psiquiátrico. De esta manera, se incursiona en diferentes estrategias que tienen como fin último el de regenerar vínculos sociales perdidos por la sobre-institucionalización. Por ello, se busca trabajar en distintos planos de la vida de un paciente, acompañando su externación y atendiendo a diferentes demandas o necesidades de los mismos en cada caso (Guaresti, 2018).

Atentos a las necesidades de los sujetos, algunos espacios han apostado a la construcción de propuestas o dispositivos que se centren en la dimensión del trabajo, entendido como un derecho, así como la oportunidad de reconstruir vínculos sociales y la posibilidad del ejercicio de ciudadanía (Yujnovsky, 2016; Spampinato & Testa, 2016). En dicho abordaje, se trabaja en la adquisición de ciertos saberes específicos, contemplando el tratamiento particular de cada paciente. Allí se estimula su reinserción social, regenerando los vínculos comunitarios y buscando contrarrestar las dificultades que suelen sufrir los pacientes psiquiátricos al momento de intentar reincorporarse al mercado de trabajo. Se aspira a alcanzar el mayor grado de autonomía posible en cada caso, mediante la posibilidad de generar un ingreso económico a través del producto de su trabajo.

La progresiva reinclusión de pacientes psiquiátricos en la comunidad a través de diferentes dispositivos, redes vinculares y sociales que posibiliten el tratamiento ambulatorio y la contención extramuros, se vuelve una condición necesaria para el cierre definitivo de los manicomios. Este proceso requerirá de un profundo trabajo de deconstrucción, puesto que el prejuicio y el rechazo

intervienen en diferentes entidades como el Estado, la familia y la sociedad en general, manifestándose a partir del miedo, indiferencia y exclusión social. La etiqueta con la que cargan aquellas personas que son identificadas como poseedoras de una enfermedad mental es la razón por la que rápidamente son apartados de sus actividades más convencionales y excluidas de sus círculos sociales. Por ello, es que se considera que con estos obstáculos se debe trabajar para conseguir una reinserción positiva (Guaresti, 2018).

### 3.2.2. Rehabilitación y reinserción social de sujetos con padecimiento mental

Las nuevas propuestas en el campo de la salud mental invitan al desarrollo de dispositivos centrados en la comunidad, promoviendo la interacción entre el ámbito de salud mental y la atención psicosocial, poniendo el acento en el derecho, el acceso al trabajo, educación, vivienda, cultura, contención y acompañamiento de las personas con padecimiento mental, como ejes centrales para garantizar el ejercicio de la ciudadanía y la promoción de la inclusión social (Tisera, Lohigorry & Lenta, 2013).

Es así que los profesionales participantes en este nuevo proceso interdisciplinario deben poner el acento en que los abordajes se llevan a cabo en un contexto comunitario, promoviendo la recuperación y producción de lazos sociales, ya que se entiende que el proceso de desinstitucionalización debe tener en cuenta los derechos, la recuperación y rehabilitación de los sujetos con sufrimiento mental, que han transcurrido por instituciones manicomiales, con el objetivo de lograr la reinserción en la comunidad (Tisera, Lohigorry & Lenta, 2013).

El criterio de rehabilitación se define como aquel conjunto de procedimientos biológicos y socio-psicológicos que son utilizados en pacientes con padecimientos mentales, que han presentado dificultades en el ajuste social, como consecuencia de alguna afección psiquiátrica. Su objetivo fundamental es lograr la integración en la sociedad, de la forma más equitativa que le sea posible. Por su parte, se entiende como rehabilitación psicosocial al proceso terapéutico que conlleva al sujeto a volver a crear habilidades laborales, emocionales y de convivencia, para alcanzar el objetivo de la participación comunitaria, en los ámbitos laborales, familiares e institucionales. De esta manera, se busca la inserción social, evitando el aislamiento social, ya que se entiende que los sujetos con padecimiento mental, que en algunos casos han transcurrido internaciones largas, son más vulnerables al estrés y presentan mayores dificultades para afrontar las exigencias del medio, presentando reducción en sus habilidades y en la capacidad de manejarse en forma autónoma (Rodríguez Cárdenas, Martínez Hernández, González Ledesma, Rodríguez Hernández, Zamora Lombardía & Sierra Muñiz, 2015).

Es entonces que la rehabilitación se erige como una estrategia de intervención, que permite la restauración de la autonomía de la ciudadanía plena de la persona con padecimiento mental, favoreciendo su externación e inclusión social. Desde la misma, se trabajan habilidades sociales prácticas, como la autonomía, cuidado personal, intercambios cotidianos, administración del dinero, participación social, entre otros. Asimismo, se tienen en cuenta tres ejes fundamentales: el hábitat,



ligado directamente con un espacio donde habitar, se trata de una estrategia de rehabilitación conjunta, que no debe confundirse con la adquisición de una casa, sino que refiere a un lugar donde poder vivir/habitar. En segundo lugar, el eje bazar o red social, centrado en la creación de espacios que le den al sujeto externalizado la posibilidad de intercambio social; se trata de una estrategia de fortalecimiento, que busca evitar futuras recaídas, mediante la creación de vínculos familiares y afectivos, al mismo tiempo que busca mejorar la vida de la persona y su entorno. En tercer lugar, el eje trabajo se basa en la inserción laboral, con la promoción un proceso de articulación de intereses, necesidades y deseos, creando medios de subsistencias y de realización personal (Sarraceno, 2003).

Como se ha mencionado anteriormente, la rehabilitación se centra en reestablecer los niveles de funcionamiento mental, físico y sensorial óptimo del individuo, mediante medidas médicas, sociales, educativas y vocacionales, que lo ayuden a reintegrarse a la sociedad. Esta intervención pone la tilde en la relación del sujeto con su contexto y situación social, en cómo esta relación puede afectar al padecimiento del individuo, y cómo este último es visto por su entorno, es decir, cómo estos factores afectarán a la integración o reinserción social de la persona. El proceso de reinserción social busca vincular la vida del paciente a recursos residenciales, ocupacionales, socio afectivos y de comportamiento, por lo que debe llevarse a cabo desde un ámbito interdisciplinario, ya que con la intervención clínica y psiquiátrica no se pueden afrontar todas las variables a trabajar, requiriendo la participación de profesionales de otras redes, instituciones y servicios comunitarios (Garcés Trullenque, 2010).

La reinserción social de aquellas personas asiladas en hospitales psiquiátricos y su integración comunitaria han sido el eje central del trabajo de desmanicomialización en Río Negro. Este principio indicó el respeto por los derechos de las personas, que se tradujeron en la necesidad de vivir en comunidad, manteniendo vínculos afectivos, sociales y laborales plenos, productivos y creativos. En este contexto, la reinserción no se desarrolló como un momento posterior a la promoción, prevención y tratamiento de la enfermedad, sino que se postuló como la preservación de capacidades y relaciones preexistentes, apuntando a desarrollar nuevas herramientas para vivir cotidianamente. De igual manera, junto con el dispositivo vivienda para los pacientes, se llevaron a cabo actividades recreativas y culturales, instancias habitacionales y laborales, con el fin de crear oportunidades que faciliten su socialización, el aprendizaje y la promoción de vínculos afectivos (Cohen y Natella, 2013).

### 3.3. Programas residenciales de atención a la salud mental

Los programas residenciales de atención a la salud mental se establecen en el marco de un modelo basado en la promoción de la salud y de los cuidados de las personas con padecimientos mentales, que marcan un camino hacia la prevención, atención y rehabilitación social. Debido a la complejidad del proceso llevado adelante, se propone un abordaje comunitario, integral, multidisciplinario e intersectorial, basado en el individuo, su padecimiento y el contexto donde el mismo desarrolla su vida cotidiana. Estos programas residenciales que requieren de un abordaje interdisciplinario, al mismo tiempo forman parte de un proyecto terapéutico ampliado, que asume la

estructura de red integrada de salud mental con base en la comunidad. Esta red tiene como objetivo dar respuestas de salud a los individuos usuarios de los servicios de salud mental y a su entorno, brindando garantías de acceso a los cuidados formales necesarios y su respectiva articulación con los cuidados informales. Se apunta a la integración y sostén del sujeto con padecimiento mental en comunidad, garantizando a todo sujeto de derecho, atención y valoración a la diversidad (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018).

Los programas residenciales se fundan bajo los preceptos de rehabilitación psicosocial y continuidad de cuidados. Los conceptos de rehabilitación y recuperación son entendidos desde una concepción dinámica, evitando verlo como un proceso continuo, lineal y como un resultado o producto final. Persigue como objetivo el proceso rehabilitador, poniendo énfasis en el proceso de retorno de la persona a los puntos de funcionamiento previos a las situaciones críticas, que lo llevaron a ser usuario del sistema de salud mental. Estos programas apuntan a la adquisición de las herramientas por parte del individuo, que les sean útiles y posibiliten el avance y la adquisición de la autonomía personal, promoviendo la construcción de espacios vitales nuevos, basados en una perspectiva de integración comunitaria y bienestar personal y social (Tisera et al., 2018).

### 3.3.1. Proceso de Admisión a programas residenciales

Los pacientes en condición de alta de los servicios de la red de salud mental son derivados a los programas residenciales de reinserción social. Allí se da comienzo al proceso, comenzando con una pre-admisión. Los equipos de estos programas plantean el trabajo en conjunto con el equipo tratante primario. Éste incluye a psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, nutricionistas, sumados al proceso de rehabilitación y reinserción social del paciente (Tisera et al., 2018).

Luego del contacto entre los profesionales del equipo tratante y de los programas residenciales, comienzan las entrevistas de admisión con el paciente. En ellas, la comunicación entre el sujeto y el profesional de salud tendrá una vital importancia. Es así que se tendrá en cuenta la interacción de los participantes, principalmente del paciente a ser admitido. Ésta se dará en tres niveles, en primer lugar, en el nivel público, cuando el paciente llega a la entrevista y su relación en cuanto a los espacios, la espera, los sonidos. En segundo lugar, el nivel privado está ligado estrechamente con la biografía del individuo y su historia. El tercer nivel es el íntimo, el más difícil de describir, ya que tiene que ver con las funciones emotivas, la relación de uno a uno, paciente-profesional (Bonnin, 2012).

En el sentido del proceso, la admisión es vista como una estrategia, ya que se realizan las entrevistas y, en función del diagnóstico, se propone la modalidad de intervención (Ressia & Sánchez, 2015). Se trata del punto de partida. Los profesionales de los programas residenciales, conjuntamente con otros actores y el sujeto, llevan a cabo una planificación, un proyecto individual que se ajuste a la singularidad del caso. Se realiza mediante la evaluación de los recursos con los que cuenta o no el probable residente, considerando las distintas propuestas habitacionales, seguridad social y del sector de salud mental, entre otros (Tisera et al., 2018).

Es entonces que el proceso de admisión se considera una estrategia, que da comienzo con la solicitud de diferentes efectores de salud mental. Está conformado por una serie de entrevistas, basadas en el modelo de los derechos humanos (Gallici, 2015). Las personas que acceden a estos servicios cumplen ciertos criterios generales, como presentar deterioro en sus funciones mentales y/o sociales, ser derivado de una unidad de atención a la salud mental, estar estabilizado en su situación psicopatológica, no presentar conductas agresivas y/o peligrosas para sí o para terceros (Navarro, 2015).

Por otro lado, es relevante acceder al consentimiento informado, tanto por parte del usuario como de un responsable del mismo. Su confección se fundamentó a través de la necesidad e importancia de trabajar en forma participativa con los usuarios de los programas residenciales. Esto significa que se trata de poner en conocimiento la propuesta y las implicancias de la misma al futuro residente del dispositivo. En éste se plasman los criterios de admisión y permanencia en el programa, así como también las pautas de convivencia, utilización de espacios comunes, la estructura y régimen de actividades dentro del programa, que serán de carácter colectivo y convivencial. Este proceso se realiza para lograr establecer metas y objetivos realistas, teniendo en cuenta la situación individual de cada postulante (Tisera et al., 2018). Como se ha mencionado, en el proceso de admisión se lleva a cabo la evaluación de recursos, la planificación de objetivos y la confección del consentimiento informado. Este último se basa en la legislación vigente, donde se determina que el mismo se establece como un proceso con base en la autonomía de la persona con padecimiento mental. Cumple la función de brindar información que le permita al sujeto hacer ejercicio de su capacidad jurídica, manifestando su voluntad y permitiendo la toma de decisiones con respecto a la atención de su salud (Iglesias, 2015, citado en Tisera et al., 2018).

### 3.3.2. Análisis de recursos: obstaculizadores y/o facilitadores.

Se entiende por recurso al conjunto de elementos disponibles para resolver una necesidad o llevar adelante tal designio (Real Academia Española de la Lengua, 2018). En el ámbito psicológico, el término recurso es tomado por diferentes marcos teóricos, entre los que se encuentra la perspectiva cognitiva-conductual, que plantea la concepción de recurso psicológico. Este último es considerado como un concepto relacionado a las teorías del manejo de las situaciones de crisis y de aplicación en condiciones de estrés. Desde este modelo, se toma al ser humano en un proceso de evaluación constante de las señales del contexto, donde interactúan creencias y cogniciones acerca de sí mismo y el ambiente que lo rodea. Al mismo tiempo, las personas hacen evaluaciones de los recursos con los que cuentan. Si su percepción es que los recursos son suficientes, ya sean personales, familiares o de su entorno más cercano, entonces sentirán que son capaces de afrontar la situación que se les presente. Si, en cambio, de la evaluación de sus propios recursos el individuo determina que sus recursos no fueran suficientes, la situación a afrontar se podrá transformar en una crisis (Heredia & Padilla, 2012).

Desde la teoría de conservación de recursos, se plantea la existencia de diferentes recursos en las personas. Éstos pueden ser objetos materiales, circunstancias de la vida o cualidades personales, entre otros. Sólo la percepción de pérdida de estos recursos puede ser determinante para producir una crisis en el sujeto. Se utilizan especialmente para enfrentar situaciones percibidas como problemáticas y generadoras de estrés (Rivera Heredia, Andrade de Palos & Figueroa, 2006).

En estos dispositivos, se hace referencia a recursos, puesto que se establece un conjunto de elementos o condiciones que se encuentran disponibles, para lograr resolver una determinada problemática, que en este caso es la reinserción socio-habitacional de usuarios del sistema de salud mental. Estos programas residenciales utilizan, para su accionar, modelos de atención comunitaria, donde se plantean como recursos variantes como situación económica (pensión no contributiva, certificado único de discapacidad (CUD), posibilidades de salida laboral), redes de apoyo social (situación familiar, amistades), factores de resiliencia y aptitudes sociales (Tisera et al., 2017). Estos recursos son evaluados es pos de llevar adelante un proceso de reinserción socio-habitacional real, ya que éstos deben ser acompañados de intervenciones que promuevan un proyecto de autonomía consolidado, para lograr el acceso a los derechos universales, a la salud, vivienda, trabajo digno, como también participación e intercambio social (Tisera et al., 2018).

En los dispositivos residenciales, para establecer las propuestas de consolidación de autonomía, se evalúan los recursos y se sustentan en propuestas individuales y grupales. Al mismo tiempo, estos recursos son basados en ejes, como cualidades biográficas y contextuales, factores de resiliencia y posibles roles que el residente podrá desarrollar en el grupo. Es en esta instancia donde se determinará si cada uno de estos recursos se instaurará como un obstáculo o un facilitador para el proceso. De allí, se llevará a cabo la planificación de las intervenciones a realizarse, en cada caso en particular, evaluando cómo las mismas repercutirán sobre el grupo (Tisera et al., 2017).

Se llamará obstáculo a todo recurso con el que no cuente el residente, y facilitador a todo recurso o habilidad que ayude al residente a llevar a cabo el proceso de forma positiva. El equipo de profesionales del programa residencial implementará una serie de intervenciones, estableciendo como objetivo que una variable que en un principio se constituyera como obstáculo, pase a formar parte de los facilitadores (Tisera, 2018).

En esta misma línea, Cohen y Natella (2013) plantean que el trabajo con los recursos humanos es el más importante para un cambio en el sistema de salud, porque cambios en sus intervenciones pueden generar cambios en las estructuras. Los recursos de salud propios de las personas son formas autónomas de resolver problemas, ligadas a su cultura, los hábitos y costumbres de la sociedad, a las tradiciones y conocimientos transmitidos generacionalmente, y que funcionan como un primer sistema de atención. Admitir, favorecer e intercambiar estos recursos amplía las posibilidades de intervención y de resolución (Cohen y Natella, 2013).

### 3.3.3. Intervenciones en dispositivos residenciales en Salud Mental

Las intervenciones en Salud Mental se centran en el individuo, sobre las capacidades que tiene éste en el quehacer, es decir, qué es capaz de hacer y qué podría a llegar a hacer la persona en el proceso de reinserción social. Sin embargo, este proceso requiere planes de tratamiento específicos, que se basan en objetivos determinados para cada sujeto y que recaen sobre las problemáticas socio-familiares, consecuencias sociales del padecimiento mental y la accesibilidad al ámbito laboral (Garcés Trullenque, 2010).

El quehacer profesional en salud mental requiere técnicas y metodologías adecuadas a la complejidad de la problemática, por lo que se requiere una adecuada formación, que debe incluir la mayor cantidad de modelos de intervención posible. Éstas deben llevar al profesional a la comprensión de la situación psicosocial del sujeto, pudiendo intervenir en todas las dimensiones que se presentan en la relación individuo-contexto. Al mismo tiempo, debe permitirle interactuar en este ámbito interdisciplinario, ya que se deberá intervenir sobre una problemática tan compleja, para la cual serán necesarias formas de intervenciones diversas. Esto demandará realizar una elección rigurosa de la orientación práctica al momento de intervenir, que se adecue a la problemática y sus variantes. Como cada individuo es único, la problemática que se presente será igualmente única, aunque se adapte a un eje general socio-familiar, situacional o económico (Garcés Trullenque, 2010).

Por su parte, un estudio llevado a cabo en 2017 da como resultado que los principales factores que dificultan el proceso de externación son la falta de contención familiar, la ausencia de recurso residencial alternativo y la presencia de discapacidad intelectual (Somoza, De Lellis, Keena & Rossetto, 2017). Estos resultados consolidan los ejes que se habían venido trabajando, desde los programas de externación para sujetos con padecimientos mentales desde 1990, bajo la perspectiva de lograr la rehabilitación de los sujetos. Los programas de pre-alta toman como experiencia reformas internacionales y nacionales, como en Italia la de Trieste (Pasquale, 2000) y en Argentina la de Río Negro (Cohen & Natella, 2013), buscando como principal objetivo la externación sostenida en el tiempo de los usuarios de instituciones monovalentes en salud mental, que se encuentren en condición de alta. Para ello, se toman los antes mencionados ejes planteados por Sarraceno en 2003: laboral, hábitat y red social (Lohigorry, 2015).

Desde el mismo lugar, las intervenciones son todas aquellas acciones realizadas por los profesionales del equipo residencial para lograr un cambio en determinado comportamiento, situación socio-cultural, habitacional y económica-laboral del residente. Se entiende a la rehabilitación como un concepto dinámico, que conlleva un proceso continuo y no estático, es decir, se pretende que el sujeto adquiera herramientas que le posibiliten avanzar en la construcción de espacios vitales nuevos, que se enfoquen en la autonomía, proponiendo una rehabilitación integral en el plano psicológico, biológico y social (Tisera et al., 2017).

En el proceso de reinserción socio-habitacional, las intervenciones a llevarse a cabo son evaluadas en la particularidad de cada caso. Sin embargo, existen intervenciones que podrían llamarse básicas en la implementación del proyecto, porque indefectiblemente deben llevarse a cabo

en la totalidad de los casos tratados. Por ejemplo, en el eje económico, la obtención del C.U.D. y la tramitación de la pensión no contributiva; en el eje de redes de apoyo, el acercamiento a familiares y grupos sociales; manteniendo el foco de la intervención en la preservación de la autonomía del residente, el respeto a los derechos humanos y el marco social-normativo del programa (Tisera et al., 2018).

Las intervenciones en los distintos ámbitos reducen las recaídas en crisis, así como también ayudan a los pacientes con padecimiento mental a vivir nuevamente en comunidad (Moscazano Tapia, Lips Castro & Moreno Aguilera, 2013). Estas intervenciones son parte del proceso, y se presentan como alternativas de tratamiento y rehabilitación con una base comunitaria, llevadas a cabo por instituciones que buscan que los usuarios de hospitales monovalentes puedan ser parte de otros dispositivos comunitarios, como un espacio de paso, para luego lograr la reinserción en comunidad (Somoza et al., 2017).

Entre los ejes anteriormente mencionados, se encuentra el económico. Las intervenciones realizadas sobre el mismo se basan en el acompañamiento para la obtención de algunos recursos, como el CUD, subsidio habitacional y pensión no contributiva. Sin embargo, la inserción laboral es un concepto clave para la reinserción plena del sujeto con padecimiento mental a la comunidad, ya que el empleo es el acceso al mercado productivo, al mismo tiempo que brinda estructuras cotidianas, remarca rutinas definidas y significativas para el individuo, brindando también solvencia financiera. Este eje es trabajado interdisciplinariamente, con programas diseñados para desarrollar o acondicionar las habilidades laborales de los sujetos con padecimiento mental, como los talleres protegidos (Moscazano Tapia, Lips Castro & Moreno Aguilera, 2013).

En el eje hábitat, se contempla que los usuarios de las instituciones para la atención a la salud mental pueden y deben vivir en comunidad, por tal es el Estado quien debe proveer y garantizar el cumplimiento al derecho a la vivienda, así como el de fomentar el desarrollo de redes habitacionales y de apoyo (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018). Es en este punto donde se debe garantizar a los sujetos acciones de inclusión social comunitaria, garantizando el desarrollo de dispositivos, como casas de convivencia, hogares y familias sustitutas (Ley 26657, 2010). La carencia de viviendas presenta un impedimento al momento de la externación de los residentes de instituciones de atención a la salud mental, asimismo aumenta el grado de vulnerabilidad de los mismos (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2018).

En cuanto al eje socio-cultural y de redes sociales, se entiende que las estrategias tienen que estar fundamentadas en función a la creación de redes de apoyo social, que contribuyan en los procesos de recuperación y favorezcan las estrategias de afrontamiento de los usuarios de instituciones de atención a salud mental. Se entiende que, luego de largos periodos de internación, los individuos vean reducido el contacto con sus vínculos afectivos y con el contexto en general, siendo la causa de que los vínculos interhospitalarios se vean favorecidos. De este modo, se presentan como un obstáculo al momento de la externación, por lo que, en cuanto a este eje, se busca la creación de nuevos vínculos sociales, como también fortificar los vínculos familiares y amistosos existente, siendo

que los aspectos vinculares y de intercambios sociales constituyen una fuente de sostén y preventiva de futuras recaídas (Lohigorry, 2015).

#### 3.3.4. Roles en los dispositivos grupales de atención a la Salud Mental

Se contempla el cumplimiento de roles en cuanto a las relaciones en contextos sociales como una inevitable vinculación entre el desempeño de cada uno de los sujetos y el conjunto de obligaciones del rol que desempeña. Por ello, se presenta el menester de poner el acento en crear estrategias que favorezcan la presentación de roles deseables y socialmente normalizados. Esto dará un sentido significativo a sus vidas, en la medida que estos sujetos almacenen diferentes identidades de rol, como medio que pretenderá alcanzar el bienestar psicológico del usuario del dispositivo de externación (Fernández Peña, 2005).

Según estudios realizados por Tapia Cárdenas, Grandón Fernández y Bustos Navarrete (2018), el funcionamiento social de los pacientes que viven en hogares y residencias se encuentra determinado por variables individuales de cada sujeto, aunque también hay ciertas características del dispositivo y del área sanitaria que impactan en los individuos, dependiendo del tipo de habilidad social que éstos manifiesten.

Asimismo, los autores argumentan que vivir en un dispositivo de residencia de salud mental está asociado con un aumento en el funcionamiento cognitivo y social, así como las habilidades domésticas de los residentes, el incremento de las redes sociales y la satisfacción con este nuevo estilo de vida de mayor autonomía. Se señala la necesidad de que estos dispositivos faciliten la recuperación y reintegración en la comunidad. Los vínculos positivos entre los usuarios y los cuidadores se relacionan con una disminución de las tasas de reingreso hospitalario y con un aumento del funcionamiento social de los residentes (Tapia Cárdenas, Grandón Fernández & Bustos Navarrete, 2018).

Respecto al rol específico del profesional en los dispositivos, Franco-Giraldo (2015) enfatiza la materialización de un equipo de salud mental con una orientación comunitaria. Sin embargo, remarca que es imprescindible que los psicólogos que formen parte del mismo dejen atrás el enfoque biopatológico que sólo consideraba la enfermedad, para tener una concepción integral del sujeto que atienden. De esta forma, se pondría el foco en los roles que cada individuo debe cumplir en la residencia, en sus habilidades y en su actitud para enfrentarse a este desafío de estar fuera del hospital.

De este modo, los trabajadores de la salud mental, como actores sociales, deben centrarse en la estrategia de atención primaria. Por este motivo, la importancia de fortalecer la formación de los profesionales, potenciando su capacidad para colaborar mediante el conocimiento del contexto en el que se encuentran y teniendo en cuenta las habilidades que pueden extraer de los mismos pacientes. En este sentido, se trata de un trabajo en conjunto, donde se consideran tanto los roles de los profesionales como de los individuos alojados en los dispositivos residenciales de salud mental (Franco-Giraldo, 2015).

Continuando con el rol profesional, Parra (2016) sostiene que el mismo se centra en acompañar a los pacientes, dar charlas psicoeducativas, coordinar el trabajo de los acompañantes terapéuticos, derivar a otros sectores, intervenir en crisis, trabajar en el pasaje al dispositivo de rehabilitación y reinserción social y atender a las nuevas necesidades de los pacientes.

Respecto a los coordinadores que forman parte de los grupos constituidos para officiar de apoyo en este traspaso del hospital al dispositivo de reinserción social, Decarlini y Díaz (2018), sostienen la importancia de centrarse en los beneficios obtenidos por el paciente, indagando sobre sus emociones respecto a los logros que está obteniendo e intentar dar respuesta a los nuevos interrogantes y ansiedades que aparecen en esta etapa. La tarea principal es de escucha y contención (Decarlini & Díaz, 2018).

Asimismo, el rol de coordinador en un dispositivo grupal requiere determinadas competencias vinculadas con el “saber ser”, es decir, destrezas personales y relacionales que corresponden a lo esencial del terapeuta. Éste es quien posee la técnica, por lo tanto, orienta el trabajo grupal y personal, bajo la cooperación de los miembros del grupo, que tienen una función activa en el tratamiento. El rol del coordinador puede ser entendido como aquella función que dentro del grupo se encarga del encuadre, incentiva las relaciones y la producción del grupo, identifica estrategias para superar los obstáculos que se presentan al interior o durante la dinámica grupal, facilitando la tarea (Zuluaga Gómez, 2008).

El equipo de profesionales tiene la responsabilidad de brindar las herramientas necesarias para que el paciente continúe su tratamiento fuera de la institución. Es por ello la importancia de los dispositivos de residencia, que permiten el seguimiento del individuo, pero con un grado mayor de autonomía del mismo (Fernández Orsi, 2017).

Es así que, en función de las nuevas formas de concebir las prácticas profesionales en salud mental, adquiere relevancia la formación de recursos humanos tendiente al derecho de los pacientes. En Argentina, a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26657, 2010) ya mencionada, se hace indispensable formar a los psicólogos con estos nuevos paradigmas de salud, para su aplicación efectiva (Cataldo, Liberatore & Hermosilla, 2018).

## **4. Metodología**

### **4.1. Tipo de Estudio**

El presente estudio fue exploratorio descriptivo.

### **4.2. Participantes**

Los participantes fueron ocho profesionales que forman parte del programa residencial de atención a la salud mental, de ambos sexos, de edades entre 30 y 55 años, formados en psiquiatría, psicología, nutrición y asistencia social. Al momento de realizada la práctica, contaban con dos años



de trabajo en el dispositivo. Asimismo, formaron parte 10 residentes del programa residencial de asistencia a la salud mental, de sexo masculino, con edades entre los 25 a los 63 años. El periodo que los pacientes estuvieron internados variaba entre seis meses a 20 años de internación. Cada uno de ellos contaba con el alta del hospital neuropsiquiátrico. A su vez, cinco pacientes que estaban en proceso de admisión al programa residencial, de sexo masculino, de edades entre 24 y 57 años. El periodo que estuvieron internados variaba según cada caso, con variantes de seis meses a dos años de internación. Cada uno de ellos estaba en condición de ser dado de alta del hospital neuropsiquiátrico. En el caso de los pacientes, las patologías que se presentaban predominantes son, en primer lugar, la esquizofrenia, seguida por el trastorno límite de la personalidad.

#### 4.3. Instrumentos

-Observaciones participantes y no participantes de entrevistas de admisión a pacientes en condición de alta de un hospital neuropsiquiátrico, para evaluar su posible ingreso al programa residencial de atención a la salud mental. Se indagó acerca de los recursos con los que cuenta el paciente, así como sobre las expectativas e interés que tenían para ingresar al dispositivo.

-Observación participante de reuniones de grupo de profesionales, reuniones de convivencia de residentes del programa residencial, salidas programadas con residentes y acompañantes terapéuticos, entrevistas de seguimiento a residentes que formaban parte del programa residencial, donde los profesionales realizaban en forma individual seguimiento de los residentes, sobre situación de convivencia, intereses de permanecer en el programa, avance de objetivos establecidos y planteo de nuevas metas.

-Observación participante de acompañamiento de pacientes reinsertos socio-habitacionalmente para conocer la forma en que éstos se adaptan a las distintas actividades y al nuevo estilo de vida.

-Lectura de historias clínicas para conocer el estado de los pacientes que forman parte de este trabajo.

-Entrevistas semi-dirigidas a profesionales del programa residencial, tomando como ejes principales los recursos que se evalúan en el proceso de admisión, como situación financiera, si cuenta con redes de apoyo, puntos de interés que tenían los pacientes al ingresar al programa, cómo puede afectar el ingreso al grupo existente, la planificación de metas e intervenciones a realizarse en caso del ingreso, la viabilidad y la proyección en el tiempo de las mismas.

#### 4.4. Procedimiento

El procedimiento se llevó a cabo en el marco de la Práctica de Habilitación Profesional, con una duración aproximada de cuatro meses, mediante la observación participante y no participante de entrevistas de admisión de pacientes en condición de alta de un hospital neuropsiquiátrico. Se llevaron a cabo cinco entrevistas por paciente. Se realizó observación participante de las reuniones de equipo

profesional, que se llevaban a cabo con una frecuencia de 15 días con duración de tres a cuatro horas. Se observaron reuniones de convivencia de residentes del programa residencial, que se llevan a cabo una vez a la semana con duración de dos horas. Asimismo, se observaron las salidas programadas con los residentes y acompañantes terapéuticos, los días sábados con duración de seis horas, y las entrevistas de seguimiento de residentes, una vez por semana con una duración de aproximada de 40 minutos (puede variar, según la necesidad del residente, hasta una hora semanal). Se realizó la lectura y resumen de historias clínicas de los residentes y de los pacientes que estaban en proceso de admisión. Luego, se llevaron a cabo entrevistas semi-dirigidas a los profesionales pertenecientes a un programa residencial con una frecuencia semanal, de duración de 40 minutos, por un periodo de cuatro meses.

#### 4.5. Presentación de casos

En este apartado, se considerarán los casos relevantes que se han extraído de la práctica profesional. Se trata de diez residentes, cinco de ellos en Hospital de Noche y cinco en casa de medio camino; y cinco que están en proceso de admisión.

Los primeros cinco casos forman parte del Hospital de noche.

1. F. tiene 40 años y padece de esquizofrenia. Cumple el rol de llevar adelante la mayor cantidad de actividades, entre las que se incluyen la cocina, el planeamiento de paseos y la participación en reuniones de convivencia. Asiste a talleres protegidos. Tiene un hermano que no se encuentra muy presente por razones laborales, con quien se intenta reestablecer el vínculo. Cuenta con Certificado Único de Discapacidad (CUD) y una pensión no contributiva y no recibe apoyo económico familiar.
2. J. tiene 48 años y tiene una esquizofrenia afectiva. Demuestra participación en las tareas del grupo y propone nuevas actividades, pero no participa activamente de la cocina y quehaceres. Por tener un buen pasar económico, funciona como proveedor, según sus conveniencias, lo cual crea conflictos en el grupo, debido a las preferencias que suele presentar. Cuenta con CUD. Por su buen pasar económico, no alcanza a beneficios como pensión no contributiva.
3. N. tiene 25 años y padece de esquizofrenia. Se encuentra en el programa hace 9 meses y quiere irse a vivir a una pensión, debido a la experiencia de un ex compañero que, al mudarse a ese lugar, logró conseguir trabajo y una pareja. No participa de las actividades el día sábado porque acude a visitar a un primo, a quien considera un "modelo" a seguir por tener trabajo y pareja. Participa en talleres protegidos, que cubre un peculio de \$800. Cuenta con CUD. A partir de adquirir la pensión no contributiva, no quiere asistir más a talleres, entonces se establece como nueva meta la organización de gastos.
4. E. tiene 27 años y padece de esquizofrenia. Su rol en el grupo es pasivo, le cuesta participar en las actividades con las que no está de acuerdo. Generalmente, se siente mal anímicamente en las reuniones de convivencia. No cuenta con red de contención familiar ni económica que

no sean beneficios gubernamentales. Participa de talleres protegidos, por lo cual tiene un peculio de \$800. Cuenta con CUD y pensión no contributiva.

5. A. tiene 63 años y padece de delirios místicos. Es europeo. No demuestra interés por ninguna actividad propuesta. Sin embargo, cumple el rol de chef a la hora de las tareas de cocina. Asiste a las actividades de los días sábado, pero siempre quiere volver antes. Presenta dificultades en el aseo personal y la asistencia a consultas médicas. Cuenta con CUD y tarjeta ciudadana porteña. No asiste a talleres protegidos.

Mientras que los siguientes son los residentes de la casa de medio camino del barrio de Flores.

1. G. tiene 38 años y padece esquizofrenia y depresión. Al comienzo, G. muestra gran dificultad para hacer actividades fuera de la casa; en esos momentos, se siente mal física y emocionalmente. En la casa, muestra participación en el grupo, pudiendo llevar adelante la toma de decisiones y proponer actividades para hacer en conjunto. Suele tomar un rol pasivo, dependiendo de otros. G. muestra gran adaptación en las metas de cuidado personal, asistencia médica y participación en talleres y tareas propuestas, como danza mix, tango y computación. Participa en la compra de elementos comunes de la casa (papel higiénico, productos de limpieza). No cuenta con red de contención familiar o de amigos fuera del programa. Cuenta con CUD, pensión no contributiva y tarjeta ciudadana porteña. También asiste a talleres protegidos (peculio de \$800). Si bien cuenta con todos los requisitos para mudarse a una pensión, el equipo tratante considera que todavía no está preparado.
2. O. tiene 42 años y padece esquizofrenia. Es la segunda vez que participa en el programa, porque anteriormente tuvo una recaída. Llevó un paso de aproximadamente tres meses por la casa de medio camino y se mudó a una pensión. Tiene un rol participativo en las actividades de limpieza, cocina y reuniones de convivencia. Los fines de semana visita a sus familiares, por lo cual no participa de salidas grupales. Muestra autonomía en el aseo personal y asistencia médica. Cuenta con red de apoyo familiar (hijo, ex esposa, suegros, hermanos). Cuenta con CUD, tarjeta ciudadana porteña, pensión no contributiva y subsidio habitacional.
3. C. tiene 45 años y padece esquizofrenia. Participa en actividades de cocina y limpieza. Tiene autonomía en el aseo personal y asistencias médicas. Cuenta con CUD y pensión por hijo discapacitado por parte de su madre. Tiene casa propia, la que alquilará a alguno de sus compañeros cuando esté en condiciones.
4. D. tiene 30 años y padece esquizofrenia. Participa activamente de las actividades en general. Participa en talleres (\$800). No cuenta con redes de apoyo fuera del dispositivo residencial. Cuenta con CUD, pensión no contributiva y tarjeta ciudadana porteña. Le alquilará una habitación a C. (su compañero mencionado anteriormente).
5. R. tiene 43 años y padece esquizofrenia. Es extranjero. No participa en actividades, muestra desinterés por la asistencia médica. Tiene un hermano al que visita, pero con poco vínculo. Durante la práctica, tuvo una recaída, por lo que fue internado en un hospital de salud mental y quedó fuera del programa.

Por otro lado, se encuentran los cinco pacientes que están en proceso de admisión a residencia de reinserción socio-habitacional.

1. T. tiene 40 años y padece esquizofrenia. Tuvo un año de internación por violencia familiar. Se llevaron a cabo tres entrevistas de admisión, ya que se encuentra en condición de alta. No muestra interés en comenzar los trámites del CUD, tarjeta ciudadana porteña y subsidio habitacional, que son considerados recursos para la vida en comunidad. Tiene un amigo de la infancia como referente.
2. B. tiene 28 años y padece esquizofrenia. Se pone en contacto con su comunidad en Argentina. Lleva un año de internación. Ingresa al programa con “su última oportunidad” y demuestra buena predisposición a participar. No puede acceder a beneficios ni subsidios, ya que no cuenta con el tiempo mínimo en el país. Las barreras culturales representan un obstáculo.
3. Z. tiene 24 años y padece esquizofrenia agresiva. Lleva un año de internación. No cuenta con redes de apoyo y se muestra agresivo con sus compañeros en general.
4. M. es extranjero, tiene 57 años y padece esquizofrenia. No cuenta con DNI argentino. Participa en talleres y el Programa de Externación Asistida para la Integración Social (PREASIS). Faltan redes de contención. Tiene el CUD en trámite.
5. H. tiene 27 años y padece esquizofrenia. Lleva dos años y medio de internación. Participa en talleres protegidos, pero dejó su actividad en PREASIS. No cuenta con redes de apoyo ni beneficios. No se da cuenta de su padecimiento.

## 5. Desarrollo

### 5.1. Programas residenciales de atención a la salud mental en Argentina.

La concepción de la salud mental ha sufrido a través de la historia mutaciones, muchas veces en favor de las personas que padecen deficiencia mental y otras veces aplicando discriminación e injusticia hacia los sujetos que llamaban “enfermos, diferentes, etc.”, como por ejemplo en la dictadura militar. Esto no es una problemática que se presentó y se presenta en la república Argentina, sino que es un flagelo a nivel mundial, que con el paso de las décadas y los siglos se pudo entender que la salud mental es un conjunto complejo de interacciones entre sujetos y las comunidades como lo manifiesta Salaverry (2012); es entonces que se presentan los nuevos paradigmas para la atención a la salud mental, donde se entiende, que la protección a la salud mental de las personas con padecimientos debe ser un derecho universal, como se plantea en la Ley Nacional de salud mental (2010), es en base a esta Ley y a los lineamientos que establece, que se lleva a cabo el proceso de reinserción social de pacientes que han estado internados en hospitales monovalentes por diferentes periodos de tiempo.

El programa residencial al que se ha asistido se encuentra en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, los profesionales que llevan adelante las diferentes tareas, toman no solo la Ley nacional de

Salud Mental, sino como lo explican Tisera y Moreno (2007), tomando los conceptos comunes de las Leyes de la Ciudad autónoma de Buenos Aires, las experiencias en atención a la salud mental de otras jurisdicciones, como la de rio negro, con la práctica llevada a cabo en el hospital Psiquiátrico de Allen, donde se proyectaron preceptos como la identidad, el respeto y la dignidad para las personas con padecimientos mentales, así también en el dispositivo en el que se participó, se implementa la participación intersectorial de personal de personal de salud como lo relatan en Tisera y otros (2018), en primer lugar con la conformación del equipo de profesionales de planta, ya que cuentan con psiquiatra, psicólogos, asistentes sociales y nutricionistas, en segundo porque se ocupan de la salud general de los residentes, acompañándolos en la obtención de turnos para las diferentes áreas hospitalarias, de asistencia social pública, etc., he aquí uno de los conceptos más importantes de estos dispositivos, el acompañamiento, se ha observado en los diferentes momentos del proceso, que no se hace la tarea por el residente, sino que se acompaña a que el sujeto lleve a cabo la misma, como lo explica Rodríguez Cárdenas y colaboradores (2015), se busca restablecer las habilidades del sujeto y su capacidad de manejarse de forma autónoma.

Es entonces que se presenta otro concepto fundamental en los dispositivos de reinserción socio-habitacional, la autonomía para la participación en comunidad, y como lo dicen Tisera y otros (2013), junto a los derechos que los asisten, llegar a garantizar el ejercicio de la ciudadanía y la promoción de la inclusión social; un ejemplo de la concepción de autonomía es el acompañamiento de armado de pastilleros, esta tarea como cualquier otra requiere un proceso, los residentes saben de qué se trata la medicación que ingieren, esta tarea es llevada adelante por la psiquiatra en forma individual con el paciente, después se les presenta el pastillero, se les explica los beneficios de su utilización en cuanto organización, se le enseña su forma de armado y se establece un día a la semana para elaborar la tarea, ese día puede variar según las necesidades del residente y siempre se trata de acompañarlos no de armárselos.

Este concepto de autonomía se implemente desde el primer momento del proceso, en la admisión cuando con los entrevistados se consensua la fecha y hora en que asistirán a la próxima cita, teniendo en cuenta las habilidades del paciente, como por ejemplo se presencié entrevistas del proceso de admisión del caso B y T; B, nigerino de 28 años, tiene no solo las dificultades comunes a las personas con padecimiento mental, sino que la barrera del idioma genera la necesidad de adecuar las estrategias de intervención de manera que sean claras al paciente B, se utilizan alarmas de teléfono sumado a la presentación y anotaciones en un calendario, a diferencia del caso T, argentino de 40 años, que no presenta la barrera del idioma, en el cual se utiliza el calendario y anotaciones que el mismo realiza. En ambos casos se implementan estrategias para reconstruir su autonomía, utilizando herramientas que están al alcance del residente, en búsqueda de que se incorporen a la vida en comunidad y abandonen los hospitales, tal como lo mencionan Irrázaval y colaboradores (2016).

Como se ha mencionado los programas residenciales se encuentran conformados por diferentes especialistas en salud y como refiere Paganini y otros (2010), se promueven criterios de responsabilidad profesional, trabajo en equipo y evaluación permanente, esto se pudo observar

durante la participación de las reuniones de equipo, con un periodo quincenal, donde se planificaban las actividades semanales, se ponían en común los acontecimientos de las semanas anteriores y se trabajaba sobre las dificultades y avances que se presentaron. Así también se exponían las entrevistas de admisión que se habían realizado, esta puesta en común facilitaba la evaluación ya que se presentaban las diferentes miradas y/o evaluaciones sobre un mismo sujeto, uno de los ejemplos claros de estas puestas en común fue el caso del sujeto T, quien en las diferentes entrevistas manifestó su necesidad de ingresar al programa residencial como un “lugar donde estar, hasta que su proyecto de vivienda y trabajo se realice”, en todas las entrevistas se mostró con una actitud pasiva a la obtención de los beneficios como CUD, Pensión no contributiva y tarjeta alimentaria ciudadanía porteña, es aquí un ejemplo donde el trabajo en equipo y la evaluación de los diferentes profesionales cobra eficacia, los diferentes sectores arribando a un mismo resultado, ya que estos dispositivos se encuentran articulados en base a los preceptos emanados de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, y como indican Villabi y colaboradores (2003), deben brindar un servicio equitativo y eficiente, es entonces que se entiende que el caso de T, para el ingreso al dispositivo puede presentar falencias, al tener el sujeto poca predisposición para realizar algunos de los objetivos del programa, como por ejemplo la obtención de beneficios, esto no significa que la no obtención de los mismos sea un impedimento para el ingreso, sino que la falta de interés que presenta T, inclina al equipo de profesionales a evaluar en más profundidad al requirente.

En el programa residencial de atención a la salud mental se observó claramente los conceptos planteados en Guaresti (2018), donde los procesos deben adaptarse a la individualidad del paciente dado de alta, planteando objetivos reales que sean evaluados constante mente, como se establece desde la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018), se apunta a la integración y sostén de las personas con padecimiento mental en comunidad, es por ello que en los dispositivos de atención a la salud mental se interviene de una manera integral, interdisciplinaria e intersectorial y en diferentes aspectos como presenta Bang (2014). Ya se ha relatado como es el proceso interdisciplinario, en cuanto a lo sectorial e integral, se pudo observar la participación de otras instituciones del estado y privadas, como por ejemplo talleres protegidos, donde las personas con padecimiento mental llevan a cabo actividades y aprenden oficios como carpintería, serigrafía, costura, panadería entre otros y a cambio reciben un peculio que asciende a \$800, que los sujetos administran, el personal del programa lleva a cabo reuniones de convivencia, martes en casa de medio en flores y los viernes en hospital de noche (a las que no se asistió), es en esas reuniones donde los profesionales, entre otras actividades, llevan adelante intervenciones de acompañamiento para que los residentes administren sus ingresos de la forma más eficaz posible, una de las actividades propuesta fue llevar a cabo las compras de elementos básicos de higiene y limpieza de forma conjunta y equitativa, armando un fondo común donde cada residente aporte \$100, esta propuesta presento aceptación entre los residentes, sin embargo dos meses después de la implementación presentaba falencias, por lo que se adecuo a la compra de los elementos en forma individual por parte de los sujetos, según la necesidad que se presentara y turnándose de a uno a la vez, en virtud de cómo lo

presentan Tisera y Otros (2018), se busca la obtención de herramientas por parte de los individuos y que estas les sean útiles y posibiliten el avance en la adquisición de la autonomía personal.

5.1. Proceso de admisión a un programa residencial en atención a la Salud Mental de pacientes externalizados de un hospital neuropsiquiátrico.

Como se ha relatado, en los programas residenciales de reinserción social se plantea llevar a cabo un trabajo en conjunto con el equipo tratante primario del paciente en condición de alta; teniendo en cuenta interdisciplinario planteado desde los paradigmas comunitarios de las últimas décadas para la reinserción socio-habitacional de las personas con padecimientos mentales a la vida en comunidad, como plantea Tisera y otros (2018). Este proceso se pudo apreciar en su totalidad durante la participación en un dispositivo de reinserción ubicado en un hospital monovalente en el que se aplican los lineamientos planteados en la Ley Nacional de Salud Mental de la República Argentina (2010).

Respecto al proceso de admisión, se considera como parte fundamental en la tarea a llevar a cabo por los profesionales de Salud, los pacientes con padecimientos mentales y la comunidad donde estos deben interactuar. El primer acercamiento se realizará entre los miembros de los equipos tratantes primarios, aquellos que darán de alta al paciente después de un periodo de internación, y equipo tratantes que conforman el programa residencial, como expone Tisera y colaboradores (2018), esta pre-entrevista formara parte del proceso de admisión, como un primer acercamiento al futuro residente.

Mediante la práctica se pudo observar que se realizan una cantidad variable de entrevistas de acuerdo a las necesidades y características de cada paciente, estas entrevistas tiene un promedio de cinco encuentros programados con periodo de 15 días entre cada una, y tiene la particularidad de que cada una es realizada por los diferentes profesionales que conforman el equipo del programa residencial, teniendo esto como objetivos, obtener diferentes miradas acerca del entrevistado y brindarle a este la posibilidad de crear diferentes conexiones en cuanto afinidad, sin embargo, esta variación de entrevistadores está sujeta a la necesidad del paciente, esto se relaciona con lo argumentado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2018) acerca de la importancia de que el proceso de admisión cuente con la presencia de un equipo interdisciplinario. Es decir, se tienen en cuenta las necesidades del individuo y la creación de vínculos, por lo cual, si determinado profesional percibe mayor empatía desde el sujeto, se evalúa la posibilidad de que lleve a cabo las entrevistas el mismo, durante todo el proceso de admisión, siendo acompañado por otro profesional. En este sentido, las variables que tiene la entrevista de admisión se evalúan en pos de lograr el mejor proceso para el sujeto con padecimiento mental, manifestando su voluntad y permitiendo la toma de decisiones con respecto a la atención de su salud, tal como expresa Iglesias (2015).

En las entrevistas se toman en consideración determinados aspectos, como el tema económico, si cuenta con redes de apoyo fuera de la institución y, fundamentalmente, si está preparado para el desafío de incorporarse a un programa residencial. En este sentido, se establecen las condiciones para llevar adelante los trámites necesarios para obtener el CUD, la tarjeta ciudadanía

porteña, subsidios y pensiones, los que se consideraran recursos y/o herramientas en el proceso de reinserción socio-habitacional; Así como también ayudaran a adaptarse a la vida en comunidad (compras, transportes).

En las entrevistas en que se participaron, se pueden plasmar dos casos contrapuestos que, al mismo tiempo, tienen puntos en común al momento de evaluar la posible admisión al programa residencial, los que fueron presentados en el apartado anterior y que serán profundizados. El primero de ellos es T, argentino de 40 años, padece esquizofrenia, el segundo es B, nigerino de 28 años, padece esquizofrenia, ambos llevan un año de internación y se encuentran en condición de alta del hospital monovalente. T, participa de un taller de serigrafía en remeras que se encuentra dentro del predio del hospital monovalente y que es llevado a cabo por personas externas a la institución, los participantes de este taller funcionan como red de contención para T y mantienen la promesa de brindarle una habitación para hospedarse y un trabajo al finalizar la construcción de un taller de serigrafía en zona sur de Buenos Aires, por lo que el programa residencial para T, se presenta como una opción habitacional de paso hasta que el proyecto propuesto se realice,. B, en cambio no cuenta con red de apoyo, ya que se ve alejado de la comunidad nigerina en Argentina desde su internación, para B, el programa residencial surge como "...mi última oportunidad...", (según dice en su segunda entrevista), en ambos casos se presenta la falta de CUD, pensiones y tarjeta ciudadanía porteña para compras de alimentos, lo que podría hacer que el proceso de reinserción se vuelva prolongado, sin embargo en el caso de T, esta falta de recursos se debe a su desinterés en obtenerlos, ya que su objetivo, está establecido en la espera de la fundación del taller de serigrafía, a diferencia de B, que la imposibilidad de obtención de estos beneficios, se da por no cumplir el tiempo mínimo de permanencia en el país para su adjudicación. Es por lo tanto que surge de estas entrevistas la necesidad de evaluar los recursos y/o herramientas con las que cuentan los futuros residentes, la posibilidad de su obtención, pero no menos importante la predisposición para formar parte del programa, es entonces que el proceso de admisión se presenta como una estrategia, como exponen Ressia y Sanchez, (2015), donde se partirá desde las entrevistas, en función de un diagnóstico y se propondrá las diferentes modalidades de intervención.

Como se ha mencionado las entrevistas son desarrolladas mediante citas programadas, tratando de adecuarlas a las necesidades del sujeto y teniendo en cuenta sus derechos, como también lo especifica Gallici (2015). En ellas se implementa la evaluación de los recursos con que cuenta el sujeto, qué rol podrá cumplir en el grupo, en qué espacio se le podrá brindar mejor atención (hospital de noche o casa de medio camino), teniendo en cuenta que el residente deberá interactuar con sus iguales, por lo que se debe considerar los aspectos personales en función del grupo, al respecto podemos graficarlo con el caso de Z, argentino de 24 años, padece de esquizofrenia y presenta conductas agresivas, si bien el objetivo de estos dispositivos es acompañar a los residentes en el proceso de reinserción, debe tenerse en cuenta, cómo el comportamiento agresivo de un miembro, puede afectar al grupo en su totalidad o en sus individualidades, como sostiene Bonnin (2012), otro aspecto que se considera necesario para admitir a un paciente en el programa de reinserción es su capacidad de interactuar con sus compañeros y otras personas del entorno, ya



que, como afirma Navarro (2015), no pueden ser admitidas personas con conductas peligrosas para sí o para terceros.

Es entonces que, el proceso de admisión permite a los profesionales de la salud fijar deferentes parámetros para la ingreso de los pacientes en condición de alta de un hospital monovalente, al programa residencial, lo que se llevara a cabo en tres diferentes niveles de interacción, como lo indica Bonnin (2012), en primer lugar el nivel público, los futuros residentes son citados en horarios pautados para las entrevistas, estas se llevan a cabo en consultorios dentro del hospital de noche, este lugar está ambientado como una casa propiamente dicha, donde los residentes cuentan con espacios de recreación, habitaciones individualizadas, cocina, etc. En segundo lugar el nivel privado, para lo que se realiza la lectura previa a la entrevista, de la historia clínica, así como una presentación del equipo tratante primario que determina el alta del paciente con padecimiento mental, en este nivel también se propondrá ponerse en contacto con familiares y amigos del paciente en caso de que contara con ellos y por último en el nivel íntimo es donde el individuo manifiesta sus necesidades, sus emociones y expectativas con respecto al programa y la reinserción a la comunidad, este nivel es especialmente importante por el nivel de compromiso que demostrara el futuro residente, el ejemplo de T, es claro en falta de compromiso, por lo que podría anticiparse una dificultad en el establecimiento y cumplimiento de objetivos.

El proceso de admisión tendrá como finalidad lograr establecer metas y objetivos realistas para el sujeto como expone Tisera y Otros (2018), y en función de ello se confeccionara el consentimiento informado, al que deben acceder el paciente con padecimiento mental y un responsable del mismo, permitiendo hacer uso de su capacidad jurídica, manifestar su voluntad y tomar decisiones sobre la atención a su salud al residente, como lo expresa Iglesias (2015), citado en Tisera y Colaboradores (2018), brindándole información como un paso en el proceso con base en la autonomía; este último punto de la admisión puede verse frustrado en casos como el de H, argentino de 27 años, padece esquizofrenia, que lleva dos años y medio internado y no da cuenta de su padecimiento.

## 5.2. Recursos que se presentan como obstáculos y fortalezas para la reinserción socio-habitacional

El concepto de recursos, puede observarse en diferentes momentos del proceso llevado a cabo en los programas residenciales, si bien este concepto se entiende como un conjunto de elementos que se encuentran disponibles para resolver una necesidad o solventar un propósito según lo define la Real Academia Española de la Lengua (2018), en el aspecto psicológico toma esta y otras variaciones.

En los programas residenciales se evalúa los recursos y su presentación ante el sujeto y los objetivos planteados para la reinserción socio-habitacional, la presencia o no de estos pueden presentarse como obstáculos y/o facilitadores en el proceso, ya que serán utilizados como herramientas. Sin embargo, la ausencia de recursos como herramienta, no es un obstáculo que no se pueda atravesar, es decir, que el único obstáculo verdaderamente difícil ante la falta de recursos, está

dado por la percepción que tiene el residente en cuanto a la evaluación de sus recursos, como lo explican Heredia y Padilla (2012), si en la evaluación de sus propios recursos, el sujeto determina que no fueran suficientes, las situaciones a afrontar se podrían transformar en una crisis.

En cuanto a la participación en el programa residencial, se pudo observar que se evalúan no solo la percepción del residente en cuanto a los recursos con los que cuenta, sino recursos económicos, redes de contención y rol que puede ejercer en el grupo donde llevara a adelante el proceso de reinserción socio-habitacional, no como una evaluación de exclusión sino como una mirada objetiva al momento de plantear objetivos reales, ejemplo de plantado, se da en la evaluación de los cinco casos en proceso de admisión que se pudieron observar durante el periodo de práctica, en los que se encontraban tres sujetos de nacionalidad Argentina y 2 extranjeros, en el caso de los extranjeros la obtención de beneficios económicos como tarjeta alimentaria ciudadanía porteña o pensión no contributiva, se ve dificultada por su falta de DNI en el caso de B y M y tener el tiempo de permanencia mínima en el país en el caso de B, lo que podría entenderse que ser extranjero dificulta la admisión a los programas residenciales, lo que resulta totalmente falso. Por otro lado, se encontraban en evaluación el caso de T de 40 años, Z de 24 años y H de 27 años, los tres de nacionalidad argentina y con mayores posibilidades de obtención de beneficios económicos. En cuanto a las redes de apoyo social, en los cinco casos se presentaba escasa o nula. Por último, la valoración en cuanto al rol en el grupo donde serían incluidos, los tres sujetos argentinos presentan diferentes dificultades, T por su falta de interés y compromiso, Z presenta conductas agresivas contra sus compañeros en general y en cuanto a H no da cuenta de su padecimiento. Es entonces que al habilitarse una vacante para el ingreso al programa, se realiza la evaluación de los 5 casos y se ingresa el paciente B, nigerino de 28 años, que la herramienta con la que cuenta, es un posible acercamiento con su comunidad establecida en Argentina, que se encuentra en consideración por los miembros nigerinos, sin embargo se toma como bisagra para su ingreso, su buena predisposición a participar en el proceso de reinserción, así como también su percepción acerca del programa al que ve "como su última oportunidad".

En la práctica, se pudo observar que la evaluación de recursos, no solo se realiza en la etapa de admisión para establecer objetivos y llevar a cabo una planificación de rehabilitación. Sino que posteriormente en las reuniones de equipo se reevalúan en cuanto a su crecimiento y a la obtención de otros recursos, un ejemplo de ello es el caso de C, argentino de 45 años, padece esquizofrenia y ha mantenido una conducta de acumulación en su hogar por varios años, cuenta con recursos económicos, casa propia, CUD y pensión por hijo discapacitado de su madre, en el caso de C, el proceso de reinserción se fundamentó principalmente en cuanto a tener conductas de aseo personal, asistencia a las prácticas médicas, así como también se presentó como intervención la colaboración para la limpieza de su hogar, donde se iría a vivir y así como también alquilaría una habitación a su compañero de casa de medio camino D, argentino de 30 años, quien cuenta con CUD, pensión no contributiva y recibe \$ 800 en concepto de peculio por sus tareas realizadas en talleres protegidos, en el caso de C, se lo acompaña en la tramitación de un subsidio habitacional que consiste en un monto de dinero para afrontar el gasto de un alquiler donde vivir, he aquí un recurso con el que no contaba un

residente y según la necesidad fue evaluado y establecido como objetivo en el proceso de reinserción socio-habitacional, como se expresa en Tisera y Otros (2017).

Si bien se llamara obstáculo a toda falta de recurso Tisera (2018), da cuenta que todos los profesionales que conforman el equipo de reinserción socio-habitacional, implementaran una serie de intervenciones que contribuya a transformar ese obstáculo en facilitador o bien equilibrar la falta de uno o varios recursos con otros que lo compense. Es aquí que, como lo plantean Cohen Y Natella (2013), los recursos humanos es un eje muy importante en el sistema de salud y la implementación de los nuevos paradigmas, ya que una se deben tener en cuenta a los profesionales y su accionar como recursos y presentarse como obstáculo o fortalecedor en el proceso, un ejemplo se da en cuanto a la reevaluación de los recursos y objetivos planteados con cada residente, esta nueva valoración de procedo se da de una forma muy eficiente en el programa residencial en cual se participó, esto se pudo observar en el caso de O, argentino de 42 años Padece esquizofrenia, es la segunda ve que O, participa del programa, tras su paso por el mismo pudo reinsertarse socio-habitacionalmente y trabajar en la venta de la revista Hecho en Buenos Aires, cuenta con red de contención familiar, beneficios económicos, en su primer paso por el dispositivo residencial el proceso llevo una duración de tres meses, para posteriormente ir a alquilar una habitación en una pensión mediante la obtención del subsidio habitacional, unos meses después de su nuevo comienzo en la vida comunitaria tuvo un nuevo episodio por falta de ingerir la medicación, en su segundo ingreso al programa residencial, si bien se tuvieron en cuenta los acontecimientos anteriores, si produjo una nueva evaluación de recursos y planteamiento de objetivos, poniendo el acento en el eje de redes sociales y contención familiar, así como también se reinició la solicitud de subsidio habitacional, ya que al ser internado pierde vigencia.

En estos dispositivos, como lo presenta Serraceno (2003), se tienen en cuenta tres ejes fundamentales, en primer lugar el habitad, no es solo un lugar donde vivir sino un hogar, un espacio donde habitar, ejemplo de ello es el caso de D, quien en lugar de alquilar una habitación en una pensión, elije alquilar una habitación a su compañero C, donde compartirán espacios comunes y podrán conversar y acompañarse, asimismo los residentes que completaron el proceso de reinserción socio-habitacional, pueden ir a almorzar o cenar a los dispositivos, brindándoles así no solo un apoyo económico en cuanto a la alimentación sino un sitio de acompañamiento tanto profesional como de sus pares con los que han establecido un vínculo, que da paso al segundo eje llamado red, donde el sujeto externalizado tendrá la posibilidad del intercambio social, que no solo será con los residentes sino con sus familiares y amigos, el mayor ejemplo de este eje se da en el caso de B, quien ha perdido contacto con la comunidad nigerina en argentina, ya que si bien la creación de nuevos vínculos es favorable, la recuperación de lazos anteriores que sean productivos para el sujeto deben fomentarse, y por último el eje trabajo, si bien los individuos reciben asistencia del estado en caso de necesitarlo, la atención de un trabajo favorece la realización personal, como también la creación de medios de subsistencia, como también la aplicación de la interacción social y la creacion de vínculos, como también el ejercicio de ciudadanía como refieren Yujnovsky (2016) y Spampinato y Testa (2016).

Como se ha mencionado anteriormente, la obtención de autonomía por parte de los residentes es uno de los objetivos principales de los programas residenciales de atención a la salud mental, ya que, se entiende que estos sujetos, que han atravesado en muchos casos internaciones largas, son más vulnerables al estrés y presentan mayor dificultad para afrontar las exigencias del medio, porque han presentado disminución de su autonomía, lo que ahora se trata de fomentar, en concordancia con lo expuesto por Rodríguez Cárdenas y colaboradores (2015) y Guaresti (2018), para llevar a delante esta tarea, entre otras actividades, se fomentó actividades de cocina los días jueves, las que se implementaron en el hospital de noche con la colaboración de tres practicantes de enfermería, entre las diversas actividades, se implementó el armado de un recetario, donde cada jueves se escribía el proceso del plato preparado, las recetas se adecuaban a los elementos con los que se contaba en la heladera y alacena del hospital de noche, asimismo se buscaba la historia de cada platillo, para fomentar la lectura y que los residentes buscaran variantes según sus gustos, esta actividad requería de la participación colectiva y generalmente eran comandadas por los residentes F, de 40 años y A, de 63 de nacional ucraniano, quien luego paso a formar parte de casa de medio camino y al momento de participar de la cocina decía “en hospital de noche era chef y en casa de medio camino soy ayudante”, si bien A, no mostraba gran interés en las actividades, cuando paso a casa de medio camino decidió que no quería reinsertarse en la comunidad mediante un alquiler y se dio inicio al trámite para su internación en un geriátrico de su elección, al terminar la práctica esto todavía se encontraba en proceso .

Respecto a las limitaciones, ya se han mencionado dos de ellas, las barreras culturales y la falta de apoyo social. Esto último se puede apreciar con G. argentino de 38 años, miembro de la casa de medio camino, quien cuenta con los requisitos para mudarse solo a una pensión y manifiesta querer hacerlo, pero los profesionales consultados no lo ven preparado, puesto que tiene limitaciones en forma de relacionarse y no tienen red de contención fuera del programa. El apoyo social es uno de los recursos necesarios en los programas residenciales, tal como indican Tisera y colaboradores (2017), por lo que se le da mucho valor ya que puede presentarse como retroceso en cuanto al proceso, se puede ejemplificar lo narrado en cuanto a la realización de actividades los días sábados, donde en conjunto con otra practicante y una acompañante terapéutica, se planificaban y realizaban salidas juntos a los residentes a diferentes lugares, para efectuar las mismas los residentes día antes elegían el lugar, y el día pautado se trazaba una ruta, verificando como llegar en transporte público y como volver, entre otros lugares se visitó el jardín japonés, rosedal, planetario, diferentes plazas y se vieron variedad de películas, es entonces que en una de las salidas al cine G, presento un estado de crisis, por el cual se lo tuvo que asistir para retirarse de la sala y posteriormente acompañarlo hasta casa de medio camino y en otra de las ocasiones en el camino de regreso a la casa de flores presento estado de angustia y ansiedad en el interior del subte, es por esta y otras variantes evaluadas que el equipo de profesionales considera que en el caso de G, el proceso todavía debe seguir evaluándose y llevando a cabo intervenciones.

Otro de los obstáculos que se presentan tiene que ver con la personalidad del paciente, como es el caso de E. de nacionalidad argentina 27 años que forma parte del Hospital de noche y tiene una

participación pasiva, depende de los demás y se siente mal anímicamente cuando se realizan reuniones de convivencia. En este aspecto, A. de 63 años que forma parte del mismo dispositivo es quien posee mayores limitaciones, porque no quiere relacionarse y se cansa con facilidad cuando realizan salidas; tampoco concurre al médico y tienen dificultades en el aseo personal. Así también el caso de R, de nacionalidad boliviana de 43 años, muestra desinterés en casi todos los aspectos y objetivos, no participa en ñas actividades generales ni en las reuniones de convivencia y sobre todo en la asistencia médica. Pacientes con estas características dificultan su proceso de reinserción, porque no tienen las herramientas para desenvolverse en sociedad, ya que como menciona Garces Trullenque (2010), las intervenciones en el proceso de reinserción social pone el acento en la relación del sujeto con el contexto y la situación social, en como esta relación puede afectar el padecimiento del individuo, en el caso de R, tuvo en nuevo episodio de esquizofrenia que lo llevo a quedar nuevamente internado en un pabellón de asistencia a la salud mental del hospital monovalente.

Por otro lado, se encuentran las fortalezas, que facilitan el proceso de reinserción socio-habitacional, esto no quiere decir que la obtención de recursos garantice la reinserción socio-habitacional, como ya se ha dado del ejemplo de G, y sus dificultades en cuanto al afrontamiento de la vida en comunidad. Entre ellas se cuenta con el factor económico, como es el caso de J. de 48 años quien oficia de proveedor del grupo del hospital de noche, J, proviene de una familia de un nivel social-económico favorecido y utiliza estos recursos para hacer su voluntad en el dispositivo en cuanto a sus compañeros, mediante compras de alimentos y gaseosas que reparte según interés. Contar con un buen pasar económico, en este caso, es un facilitador, pero también genera conflictos, porque él provee, pero con preferencias y con el objetivo de ejercer su voluntad sobre la del grupo. En cuanto a lo económico, también se puede citar la ventaja de contar con casa propia, como es el caso de C. de 45 años, que una vez resuelva sus problemas de acumulación y deje la casa en condiciones, alquilará un espacio a sus compañeros, lo cual fortalecerá los vínculos como ya se ha mencionado, al tiempo que constituye una entrada económica, que se suma a lo que recibe por su pensión. La mayoría de los residentes cuenta con CUD y pensión no contributiva, recursos considerados relevantes por Tisera y otros (2017), así como también participan de talleres protegidos, en los cuales obtienen un peculio de \$800 Como se ha narrado anteriormente, sin embargo hay casos en que el objetivo de la ejecución de autonomía favorable no se ha podido concretar, como es el caso de N, argentino de 25 años, que al pasar a cobrar la pensión no contributiva dejo de asistir a talleres protegidos por lo que no recibirá más el capital de \$800, así como lo primero en que gasto el dinero de la pensión fue en un par de zapatillas de más de la mitad del monto recibido y un celular en una casa de dudosa procedencia que luego no funciono, es así que los objetivos deben replantearse al igual que las intervenciones, teniendo en cuenta que los residentes son pacientes dados de alta, con pleno derecho de llevar a cabo o no lo planteado.

Un recurso pronunciado por Cohen y Natella (2013), es el de ser participativo en las actividades del dispositivo, estando predispuesto a vincularse y hacer salidas y tareas grupales, fortalece el clima de los miembros, y también el rol personal de querer cambiar el estilo de vida, adaptándose a los cambios, como es el caso de F. argentino de 40 años que es residente del hospital

de noche, quien participo en casi todas las actividades propuestas, es quien lleva adelante la planificación de la ruta para los paseos, tiene conocimiento del transporte público y sentido de orientación, en cuanto a la cocina participa generalmente, así como también tiene actitudes inequitativas a la hora de comer, si bien es un aspecto a trabajar no se considera un obstáculo.

## 5.2. Intervención de los profesionales pertenecientes a un programa residencial de atención a la Salud Mental

Respecto a las intervenciones llevadas a cabo por los profesionales pertenecientes a un programa residencial de atención a la salud mental para la reinserción socio-habitacional de pacientes externalizados de un hospital neuropsiquiátrico, se centran en el individuo, como expone Garcés Trullenque (2010), se enfocan en lo que el paciente puede hacer, en fomentar sus capacidades para que pueda reinsertarse, ya que cada individuo es único y como tal la problemática que presenta será igualmente única, por lo que cada proceso se planifica teniendo en cuenta la individualidad de cada sujeto, como explican Tisera y otros (2017), apuntado las acciones desarrolladas por los profesionales a lograr un cambio en determinados comportamientos, situación socio-cultural, habitacional y económica-laboral.

Para analizar las intervenciones, se toman tres ejes: laboral, hábitat y red social, especificados por Lohigorry (2015). Resumiendo lo antes mencionado y llevándolo al territorio de las intervenciones, desde el eje laboral, se cuenta con intervenciones específicas en estos dispositivos observados, tales como la ayuda a los pacientes para la obtención de pensiones no contributivas, que se le entregan a los ciudadanos que, en situación de necesidad, no posean bienes u otro medio de subsistencia, tal como lo expresaron las profesionales entrevistadas; el CUD que acredita al sujeto a viajar sin abono en transportes públicos; tarjeta ciudadana porteña para la compra de alimentos en supermercados adheridos; subsidio habitacional para que el individuo tenga la posibilidad de alquilar una pensión o habitación; la participación en talleres protegidos y PREASIS, donde obtienen un peculio. No obstante, se apunta a la obtención de habilidades laborales, mediante la adquisición de oficios mediante los talleres, en las entrevistas llevadas a cabo con los profesionales surge el relato del caso X, quien paso por el proceso de reinserción socio-habitacional, no solo pudiendo recuperar autonomía y poder vivir en una pensión de alquiler, sino también realizar un curso de electricidad y conseguir trabajo estable de su oficio y luego conocer a una mujer con la que conformo una familia, el caso X, pudo llevar a cabo el proceso de reinserción en forma completa y mantenerlo en el tiempo, en el periodo de asistencia al dispositivo residencial, el sujeto X, asistió 2 veces al mismo a compartir un almuerzo con los residentes y los profesionales del equipo, fue en esas ocasiones donde se pudo escuchar los relatos del individuo, así como también las acotaciones de los profesionales.

Desde el eje hábitat de Lohigorry (2015), se puede observar que siempre se busca la manera de que el individuo encuentre un lugar para vivir. Es el caso de los dispositivos mencionados (hospital de noche y casa de medio camino), que constituyen espacios de paso, como lo refieren Somoza y otros (2017). Más adelante, podrán alcanzar el alquiler de una pensión o habitación. Estas acciones

de inclusión social comunitaria están representadas por la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26657, 2010), por ejemplo, N. de 25 años hace nueve meses que está en el hospital de noche, pero quiere irse a vivir a una pensión, debido a la experiencia de su ex compañero X, como se ha relatado anteriormente, quien mudándose a una pensión consiguió trabajo y pareja. Es de destacar el caso de C. de 45 años, que cuenta con casa propia y las practicantes ayudaron a ambientarla, para poder ser habitada por él y por su compañero D. de 30 años, a quien le alquilará una habitación, con la posibilidad de alquilar otros espacios a otros residentes, lo que tiene doble mérito de intervención ya que abarca al eje hábitat y al eje red social.

En cuanto al eje redes sociales, las intervenciones se ven centradas en la obtención de vínculos saludables, como cuenta una de las profesionales en las entrevistas, volver a vincular a los residentes con familiares y amigos que fomentaron su padecimiento no es una opción, ya que como narra Lohigorry (2015), son los aspectos vinculares y de intercambio social los que constituyen un fuerte sostén y pueden prevenir futuras recaídas, estos aspectos se pueden graficar con el caso R, de 43 años, quien cuenta con un hermano en quien se busca apoyo, pero este no asiste a las citas programadas y tiene dificultad en recibir a R en su casa los fines de semana por causas laborales, es entonces que las intervenciones fallan y deben buscarse nuevas, lo que se dificulta por la falta de predisposición de R, lo que conlleva a la nueva internación del paciente en un pabellón de atención a la salud mental en un hospital monovalente.

Otro punto para poner el acento al establecer estrategias de intervención, es el juego de roles que se da en los dispositivos residenciales, como expone Fernández Peña (2005), se deben crear estrategias que favorezcan la presentación de roles deseables y socialmente normalizados, una de las maniobras implementadas en pos de este requerimiento son las reuniones de convivencia, en la que se exponen las vivencias semanales y se da lugar a los residentes a exponer su punto de vista acerca de determinadas situaciones, de una manera consensuada y guiada para que no resulte ofensiva y al mismo tiempo que no se generen posibles reacciones violentas, una de las diferencias notables, que surgían en las reuniones era el concepto de limpieza e higiene personal, siendo que algunos residentes no se bañaban por varios días, como tampoco mantenían el aseo de los sectores comunes, uno de los puntos conflictivos eran las habitaciones compartidas. Es entonces se pasaba a intervenciones que apuntaban a la conciencia colectiva y al entendimiento de que la falta de higiene puede derivar en enfermedades, se pudieron apreciar dos contrapuestos en cuanto a las intervenciones con respecto al aseo personal y de la casa, en el caso de G, de 38 años, se bañaba hasta 2 veces por día y esencialmente antes de la reunión de convivencia, lo que provocaba en ocasiones que estas empezaran mucho después de lo convenido y totalmente opuesto el caso de A, de 63 años quien se encontraba en hospital de noche y paso formar parte de casa de medio camino y su falta de aseo personal paso de una barba prominente a una infección en un pie.

En este sentido, en el dispositivo se le da mucha importancia a la interacción de los pacientes con el entorno. Por ello es que se realizan las salidas de los sábados en el hospital de noche y la casa de medio camino, para que los pacientes aprendan a moverse en comunidad, a manejarse con el tema del transporte público, de hacer actividades sociales y de tener vínculo con el afuera de la

institución, así como con otras personas que pasan por su misma situación y que forman parte de otra residencia. En este sentido, la mayoría recibe la propuesta de la actividad con predisposición, pero otros no muestran interés, como el caso de A. de 63 años del hospital de noche y R. de 43 años de la casa de medio camino.

La relevancia a la interacción entre los profesionales de la atención a la salud mental y los residentes, en cuanto las intervenciones, pone en evidencia lo provechoso de un trabajo en conjunto donde los roles que cada uno de ellos presentan como lo explica Franco-Giraldo (2015), como ser el rol profesional según expone Parra (2016), se centra en el acompañar al paciente y una de las principales intervenciones se da mediante la escucha y contención como describen Decarlini y Diaz (2018), eh aquí la importancia de las intervenciones no solo en el ámbito grupal sino en el ámbito individual, mediante el seguimiento del caso, como por ejemplo las sesiones terapéuticas semanales con los profesionales psicólogos, a las que durante la práctica se ha podido asistir, tomar nota que luego quedarían en la historia clínica del residente y hacerle preguntas sobre los acontecimientos de la semana.

Otro ejemplo a destacar en cuanto al rol profesional y al rol de los residentes, fueron las presentaciones, al grupo de practicantes se nos presentó como profesionales de la salud, con el fin de llevar tranquilidad a los residentes en cuanto a la asistencia a las entrevistas y a las diferentes actividades. Quedando en claro que toda acción se presenta como una intervención con un fin último que es lograr la reinserción socio-habitacional de los residentes a la vida en comunidad y con ejercicio de su autonomía.

Las intervenciones como lo plantea Fernandez Orsi (2017), se implementan con el fin de brindar herramientas que son necesarias para que el residente pueda vivir en comunidad, así como también el residente siga su tratamiento fuera de la institución de atención a la salud mental y de los dispositivos residenciales.

Es por ello, que hay intervenciones que deben considerarse de aplicación general en los procesos de reinserción social de personas con padecimiento mental, las que se observaron se detallan a continuación:

- Entrevistas de admisión; con un promedio de cinco entrevistas por cada postulante al ingreso al dispositivo residencial de atención a la salud mental, estas tienen como objetivo evaluar y conocer al postulante, ya que por la falta de infraestructura y cupos en los dispositivos muchas veces los residentes tienen que esperar para poder formar parte del proceso, sin embargo en este proceso de admisión se busca fortalecer los recursos con los que cuenta el paciente y en casos puntuales desde esta etapa acompañar al sujeto en su reinserción a la vida comunitaria, como por ejemplo en el caso de T, de 40 años, se lo acompañaba en el entendimiento y la necesidad de tramitar los diferentes beneficios que lo ayudarían en su retorno a la vida en comunidad.
- Elaboración de consentimiento informado; este documento se confecciona por la necesidad e importancia de fomentar la participación del residente y de un responsable del mismo, poniendo en conocimiento la propuesta del programa y las implicancias futuras de la misma. En este escrito se



plasman los criterios de admisión y permanecía en el programa, las pautas de convivencia, metas y objetivos que se planifican en conjunto con el sujeto, este consentimiento se renueva cada tres meses. Reuniones de convivencia; como se ha mencionado anteriormente se llevan a cabo una vez a la semana, con la puesta en común de inquietudes, nuevos acontecimientos, necesidades de los residentes, entre otras.

- Armado de pastilleros; fomentando autonomía y conciencia de su padecimiento y del tratamiento.

- Salidas recreativas; las que por lo general se realizaban los días sábados, con el objetivo de que los individuos puedan recuperar habilidades de orientación, entre las salidas que se realizaron, se planeó una visita al planetario, a la que los residentes de hospital de noche dijeron que asistirían en su totalidad. Al llegar el día pactado, N, de 25 años opto por ir a visitar a su primo, al que él tenía como referencia (y así sucedió en casi todas las actividades programadas), en el caso de F, de 40 años, llevo adelante la organización de la actividad, planteando una ruta para llegar al destino y contando anécdotas de su vida antes de la internación, por su lado E de 27 años, A de 63 años y J de 48 años, se mostraban predispuestos a llevar a cabo la salida. Es mediante estas salidas recreativas que se busca crear un ambiente de colaboración entre los residentes, así como también aplicar el CUD para viajar y asistir a eventos, es decir que adquieran el conocimiento de los beneficios que se les ha otorgado y como hacer uso de ellos.

- Actividades de cocina; en casa de medio camino se llevaban a cabo con la colaboración de un acompañante terapéutico, se acompaña a los residentes en la elección de los alimentos que resulten más saludables para su alimentación, así como también en la adecuación de los menús en forma semanal, de esta actividad se participaba los días martes después de la reunión de convivencia, a diferencia de hospital de noche, donde todos los residentes colaboraban en la cocina en forma conjunta, en casa de medio camino se establecía grupos de 2 sujetos que cocinaban por día.

- calendario de actividades de limpieza y cocina de forma semanal; con el fin de que los sujetos conserven un orden en las tareas y equidad al momento de hacerlas. Se observó que en ocasiones los residentes reorganizaban el calendario y/o se cambiaban las tareas que no querían llevar adelante, esto se dejaba a criterio de los mismos, siempre que no generara conflictos.

## **6. Conclusiones**

Las concepciones sobre salud mental han sufrido mutaciones a través de la historia, entendiendo la problemática desde una perspectiva de higiene social, tomando a los sujetos con padecimiento mental y encerrándolos, hasta llegar a la actualidad donde se aplica una visión comunitaria, entendiendo a los individuos con padecimiento mental como sujetos de derecho, donde en la República Argentina como a nivel universal, se toma como dimensión central el respeto a los derechos humanos de estos, lo que lleva a los profesionales en salud mental a trabajar de forma productiva y fructífera, al mismo tiempo que se entiende que las personas con padecimiento mental

son capaces de hacer una contribución a su comunidad, como expresa la definición de la Organización Mundial de la Salud (2018).

Sin embargo, se considera que existen tantas definiciones de salud mental como teorías psicológicas, ya que este campo es extremadamente complejo y es necesaria la participación de las instituciones y de los profesionales en una forma intersectorial, así como también, se encuentra atravesado por las posibilidades de relación que se presentan en la interacción de los seres humanos y el contexto social en el que éstos se encuentran inmersos. Por ello es que, en este trabajo se procede a la descripción de la necesidad de tratamientos tan diversos y hasta enrevesados para satisfacer los menesteres que se presentan en el afrontamiento de este complejo campo de acción, donde se entiende que la atención a la salud mental debe formar parte de un proceso donde se tengan en cuenta los diferentes componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, como lo manifiesta la Ley Nacional de Salud Mental (2010) en la República Argentina.

Es en este contexto que, desde los diferentes sectores de atención a la salud mental se han planteado la necesidad de llevar adelante la implementación de dispositivos de pre-alta y programas residenciales de atención a la salud mental, para sujetos con padecimiento mental que han atravesado por diversos periodos de internación y ya en condición de alta deben afrontar nuevamente la vida en comunidad, es por ello que, se implementan estos dispositivos y programas con el objetivo de acompañar a estas personas en un proceso de rehabilitación y reinserción socio-habitacional, logrando restablecer su autonomía para vivir en comunidad y poder sostenerlo en el tiempo.

En el presente trabajo, se describe el proceso actual llevado a cabo en un programa residencial de atención a la salud mental ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, destinado a pacientes externalizados de un hospital neuropsiquiátrico. En el dispositivo nombrado se pueden observar tres ciclos en el proceso de reinserción socio-habitacional, la admisión, la implementación de estrategias y la evaluación, que sin embargo se presentan en forma consecutiva por protocolo y organización, pero en cuanto a la aplicación propiamente dicha, los profesionales de atención a la salud mental interactúan continuamente con estos momentos y de ser necesario reorganizan y producen cambios en favor de la rehabilitación del individuo, volver a el momento de admisión para reevaluar las metas y objetivos establecidos y de ser necesarios renovarlos, no es visto como un retroceso en el evolución, sino como un reajuste a las necesidades del sujeto y esto indefectiblemente producirá cambios en las estrategias y la evaluación.

En la admisión se tomaran en cuenta la capacidad del individuo de interactuar con su entorno como contar con redes de apoyo social y recursos que faciliten su inserción en el programa, donde estarán en compañía de otros sujetos, uno de los puntos que se debe tener en cuenta es la conducta, por lo cual, no deben ser agresivos consigo mismos ni con terceros, como lo expresa Navarro (2015), no pueden ser admitidas personas con conductas peligrosas para sí o para terceros, este el único factor que puede ser determinante al momento de retrasar una admisión, ya que se debe acompañar al sujeto en la transformación de sus conductas agresivas en pacíficas antes de incorporarse al dispositivo, no con el fin de segregarlo sino para evitar futuras agresiones contra el

mismo y los otras residentes con lo que interactuara en el programa residencial y posteriormente con la comunidad donde se incorporara.

En segundo lugar, las estrategias de intervención se planifican en base a la valoración de los recursos (económicos, redes de apoyo social y rol que presentara en el grupo y la comunidad), del paciente con padecimiento mental, que se ha llevado adelante en el proceso de admisión, los recursos son valorados como fortalezas u obstáculos para la reinserción socio-habitacional de los pacientes, no como un aspecto excluyente, sino, con el objetivo de planificar las estrategias a implementarse en el proceso de reinserción socio-habitacional. Se observó la ejecución de las intervenciones llevadas a cabo por los profesionales pertenecientes a un proceso residencial. Entre ellas, se encuentran las intervenciones específicas de ayuda en trámites, para que el residente pueda obtener su CDU, tarjeta alimentaria y subsidios. También intervienen en reuniones de convivencia que son de utilidad para acompañar a los pacientes en la organización general, en cuanto a la comida, limpieza, actividades diarias, con el fin de que los residentes adquieran autonomía.

En tercer lugar, se observó la metodología de evaluación del proceso de reinserción socio-habitacional de los residentes. El equipo de profesionales del programa residencial es interdisciplinario y realizan reuniones para evaluar los resultados que tienen las intervenciones en cuanto al proceso de reinserción, los avances y las dificultades que puedan surgir, con el objetivo de seguir adelante o replantear las metas según las necesidades de cada residente y el grupo, en la evolución del camino hacia la incorporación de la persona con padecimiento mental a la vida comunitaria, como lo explica Irarrázaval y otros (2016) .

Desde un punto de vista interno, los nuevos lineamientos en atención a la salud mental remarcan la necesidad de la ampliación de recursos en el sistema de salud para estos dispositivos, el cambio de paradigma en cuanto al tratamiento de los pacientes con padecimiento mental, sigue siendo relativamente nuevo en cuanto a la perspectiva comunitaria, como se expresa desde las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (2001), ejemplo de ello es la falta de cupos en los programas residenciales de atención a la salud mental consecuencia de la falta de recursos económicos y nombramientos de profesionales, lo que conlleva a que los pacientes en condición de alta de hospitales monovalentes, deban esperar para ser admitidos en los dispositivos residenciales por la falta de vacante, teniendo en cuenta que esta transición es menester para ellos por varios factores, como ser que han atravesado por largos periodos de internación, por lo que han perdido habilidades sociales y motrices para llevar adelante la vida en comunidad, que van desde el uso de una llave, hábitos de alimentación, etc., hasta utilización del transportes públicos, otra dificultad que se presenta es la falta de un espacio donde habitar y contención de redes de apoyo social, por lo que les resulta como única opción, quedarse dentro de los nosocomios hasta que puedan ingresar a los programas de pre-alta o a los dispositivos de reinserción socio-habitacional.

Desde el punto de vista externo, existen diversos factores que intervienen en la aplicación de los programas residenciales de atención a la salud mental. En primer lugar, se presenta la mirada crítica de la sociedad desde el desconocimiento de la problemática, si bien a través de los años se han puesto en marcha campañas de información y concientización acerca de sufrimiento y las necesidades

de las personas con padecimiento mental, el rechazo y el aislamientos de los mismos, sigue siendo un obstáculo en cuanto al recurso red social; en segundo término, la falta de infraestructura, ya que desde 2010, mediante la Ley Nacional de salud mental se prohíbe la creación de hospicios con las mismas características que los “llamados manicomios”, sin embargo son pocos los espacios readecuados a las necesidades que surgen en el proceso de reinserción socio-habitacional de las personas con padecimiento mental, ya que el porcentaje de camas en los dispositivos residenciales es mucho inferior a los que existen en los hospitales donde se encuentran internados pacientes con padecimiento mental, como lo presentan Zaldúa y Colaboradores (2014), la falta de recursos en general presenta el principal óbice en cuanto a la implementación del nuevo paradigma, ascendiendo al 54,17% en tanto a otros obstáculos como la resistencia al cambio que se considera de un 20.86%.

En cuanto a las limitaciones del presente trabajo, se considera el hecho de contar con una cantidad de horas limitadas para observar el proceso llevado a cabo por los profesionales de atención a la salud mental, lo cual deja huecos en la descripción del proceso, ya que sólo el proceso de admisión lleva un promedio de cinco entrevistas, es decir, un total aproximado de un mes y medio, para lograr la planificación y la firma del consentimiento informado. Esta planificación está basada para cumplimentarse en un aproximado de tres meses, con posibilidad de ser renovada, concibiendo un tiempo mayor a los cuatro meses aproximados, con los que se contaba para la Práctica de Habilitación Profesional, por lo que resultó imposible lograr el seguimiento de un proceso completo, de comienzo a fin. No obstante, los profesionales del programa residencial permitieron la participación activa, guiada y evaluada de las intervenciones y proceso de admisión, lo cual es visto como una fortaleza dentro del trabajo realizado. Otro punto en cuanto a las limitaciones, es la inasistencia a varias de las actividades realizadas, como ser reuniones de convivencia del grupo de hospital de noche entre otras, por no llevarse a cabo en los días y horarios en los que se asistía a la práctica profesional, sin embargo se han podido documentar en las reuniones de grupo realizadas los días lunes y en las entrevistas con los profesionales que conforman el equipo del programa residencial.

A partir de la realización de la práctica profesional y el análisis del proceso de rehabilitación y reinserción socio-habitacional, esta pasante pudo llegar a un mayor entendimiento de los nuevos paradigmas de atención a la salud mental. Fue enriquecedor contar con la observación del abordaje interdisciplinario y la posibilidad de participar activamente en cada etapa del proceso, aun con las limitaciones antes mencionadas. Se puede observar que, desde los programas de reinserción socio-habitación de personas con padecimiento mental, interactúan los sectores en forma conjunta, es decir, el equipo tratante, el equipo de profesionales del programa residencial, las instituciones gubernamentales destinadas a satisfacer las necesidades básicas, las instituciones de reinserción laboral y la comunidad. Al mismo tiempo, todos estos sectores trabajan desde una forma interdisciplinar, como por ejemplo el programa residencial está conformado por psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, asistentes sociales y acompañantes terapéuticos, que a su vez participan con todos los sectores nombrados anteriormente y con los servicios de salud generales, como clínica médica, odontología, podología, traumatología, etc., reuniendo las condiciones estipuladas en la Ley Nacional de Salud Mental (2010).

Entonces, tomando una postura crítica, se puede concebir que los nuevos paradigmas en atención a la salud mental y la implementación de las normativas vigentes se llevar a cabo desde una concepción novedosa para ciertos sectores, al mismo tiempo que resultan humanitarias e inclusivas para toda la sociedad. Sin embargo, desde la observación participante, se ha podido discernir que es un camino largo a ser recorrido, que faltan recursos de infraestructura a nivel institucional y, al mismo tiempo, que los recursos con los que cuentan los usuarios de estas instituciones son limitados y, muchas veces, es esa falta de recursos lo que prolonga la estadía de los individuos en estos programas de rehabilitación y reinserción socio-habitacional.

En cuanto a los futuros líneas de investigación, a criterio de esta pasante, deberían tenerse en cuenta los recursos actuales con los que cuenta el sistema de salud en cuanto a atención a la salud mental, tener una perspectiva real del punto donde se encuentra inserto el nuevo paradigma, puede facilitar la concepción de lineamientos con mayor efectividad al momento de llevar a cabo la tarea de rehabilitación, facilitando la integración social de personas con dificultades en el ajuste social. Otro factor que debería observarse, es la inserción en la temática de los diferentes sectores que participan en el proceso, ya que como expresa Parra (2016), la problemática debe ser afrontada desde los sectores de salud, educación, judicial, etc., y abordadas en los espacios comunitarios e institucionales, por lo la obligatoriedad de brindar información debe ser irrefutable, con la finalidad de adquirir un mejor entendimiento de la problemática y abarcar el mayor campo de estrategias, soluciones y acompañamiento el proceso de rehabilitación, así como la reinserción en comunidad y su sostenimiento en el tiempo.

## Referencias bibliográficas

Amarante, P. (2009). *Superar el Manicomio: Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Editorial Topia.

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. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl> doi: 10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE2-FULLTEXT-399

Bonnin, J. E. (2012). *Condiciones de trabajo e interacción en salud mental: sobre el impacto de la precarización*. Buenos Aires: Lugar.

Bruni, M. (2018). *Del modelo alienista al de Salud Mental comunitaria: El caso de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones en el devenir histórico de la política nacional de salud y salud mental*. Universidad Nacional de Lanús.

Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chacrón, L., Fernández Alonso, M. C., García Campayo, J., Mantón Franco, C. & Tizón García, J. L. (2018). Prevención de los trastornos de salud mental en Atención Primaria. Actualización PAPPS 2018. *Atención primaria*, 50(1), 83-108.

Cataldo, R., Liberatore, G. & Hermosilla, A. M. (2018). Aplicación de la Ley 26.657 de Salud Mental: una mirada desde la formación de psicólogos en la Universidad Nacional de Mar del Plata. *Interdisciplinaria*, 35(2), 277-289.

Cohen, H. & Natella, G. (2013). *La desmanicomialización: Crónica de la Reforma del Sistema de Salud en Rio Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Decarlini, M. F. & Díaz, M. G. (2018). *Tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad*. Buenos Aires: SAHA.

Declaración de Alma-Ata. (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud*. URSS: PAHU.

Dimenstein, M. (2013). La reforma psiquiátrica y el modelo de atención psicosocial en Brasil: en busca de cuidados continuados e integrados en salud mental. *CS Cali, Colombia*, 11, 43-72.

Di Nano, A. E. (2008). Hacia la Construcción de una Política en Salud Mental: Rescatar la Historia, Destacar los Logros del Federalismo, Fortalecer la Institucionalidad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 17(2), 155-166.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2018). Dispositivos de inclusión Habitacional. Recuperado de [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000\\_0001260cnt-2019-01\\_dispositivos-inclusion-habitacional.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/000_0001260cnt-2019-01_dispositivos-inclusion-habitacional.pdf).

Fernández Orsi, E. (2017). Estudio de caso sobre el usuario egresado del Hospital Vilardebó y su reinserción social: ¿identidades estigmatizadas? *Universidad de la República, Montevideo*, 1-53.

Fernández Peña, R. (2005). Redes Sociales, Apoyo Social y Salud. *Periferia*, 3, 1-16.

Franco-Giraldo, A. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la APS. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3), 414-424.

Galende, E. (2017). Editorial. *Revista Salud Mental y Comunidad Universidad Nacional de Lanús*, 4(4), 12-13.

Garcés Trullenque, E. M. (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23(2010), 333-352.

Giordis, L. (2014). Introducción. En: *Epidemiología*, 5° ed. Barcelona: ELSEVIER.

González, S., Fernández Rodríguez, C., Pérez Rodríguez, J. & Amigo, I. (2006). Prevención secundaria de la depresión en Atención Primaria. *Psicothema*, 18(3), 471-477.

Guaresti, G. (2018). Emprendimientos productivos en Salud Mental: un estudio de caso del Centro de Salud Mental Comunitaria. Dr. Franco Basaglia; 2017. *X Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata*.

Irrázaval, M., Prieto, F. & Armijo, J. (2016). Prevención e Intervención Temprana en Salud Mental: Una Perspectiva Internacional. *Acta Bopethica*, 22(01), 37-50.

Ley N° 153. *Ley básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires*. Boletín oficial 25/02/1999. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ley 448. *Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires*. Boletín Oficial 27/07/2000. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ley N° 2440/91 - Actualización 2018. *Ley de Salud Mental Provincia de Río Negro*. Boletín Oficial 27/12/2018. Poder Legislativo Provincial Río Negro.

Ley Nacional N° 26.657 – Decreto Reglamentario 603/2013. *Ley Nacional de Salud Mental*. Buenos Aires. Boletín Oficial 2013. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Lohigorry, J. I. (2015). Emprendimientos Molineros del Borda: Hacia Lógicas Sustitutivas en Salud Mental. *Revista del Observatorio Social Sobre Empresas Recuperadas y Autogestionadas*, 11(1), 58-71.

Mejía, L. M. (2013). Los determinantes sociales de la salud: base teórica de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 28-36.

Moscayano Tapia, F., Lips Castro, W. & Moreno Aguilera, J. M. (2013). Estrategias de Inserción Laboral en la Población con Discapacidad Mental: Una Revisión. *Salud Mental*, 36(02), 159-165.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Naciones Unidas. Recuperado de [https://www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/about/es/](https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/es/)

Organización Mundial de la Salud (2001). *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Recuperado de [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)

Organización mundial de la salud (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

Paganini, J. M., Etchegoyen, G., Bo, A., Rubio, A. M., Stivel, J., Fredeimberg, A., Matkovic, G., Hipperdinger, A., Pérez Reventos, A., González, M. & Zelayeta, A. (2010). Evaluación de sistema de salud y la estrategia de APS. *Revista Argentina de Salud Pública*, 1(2), 18-23.

Parra, M. A. (2016). Articulación entre el trabajo clínico y la perspectiva comunitaria: un desafío actual para la salud mental en el contexto de la Atención Primaria de la Salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(1), 30-37.

Pasquale, E. (2000). *Psiquiatría y Salud Mental*. Trieste: Asterian Delithanassis.

Quintero Fleites, E. J., de la Mella Quintero, S. F. & Gómez López, L. (2017). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro Electrónica*, 21(2), 101-111.

Real Academia Española de la Lengua. (2018). Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=VXlxWFW>

Ressia, I. & Sánchez, M. (2015). Una aproximación a las concepciones de salud mental en profesionales de la salud en la ciudad de San Luis. *Memorias VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. (pp.86-89). Buenos Aires: Ediciones de la Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires.

Rivera-Heredia, M. E., Andrade Palos, P. & Figueroa, A. (2006). Evaluación de los recursos de los adolescentes: validación psicométrica de cinco escalas. *La Psicología social en México*, XI, 414-420.

Rivera-Heredia, M.E. & Pérez-Padilla, M. L. (2012). Evaluación de los recursos psicológicos. *Uaricha, Revista de Psicología*, 19, 1-19.

Rodríguez Cárdenas, O., Martínez Hernández, O., González Ledesma, Y., Rodríguez Hernández, L. A., Zamora Lombardía, E. & Sierra Muñiz, M. (2015). Rehabilitación integral del paciente con trastorno mental grave. Hospital Psiquiátrico de Matanzas. *Revista Médica Electrónica*, 37(5), 479-487.

Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Perú Med. Exp. Salud Pública*, 29(01), 143-148.

Salum, J. E. (2018). Ley de Salud Mental: un primer acercamiento al estudio de los dispositivos de intervención que implementan las y los psicólogos en la ciudad de La Plata a partir de la sanción de la ley. *II Congreso Internacional de victimología de la Facultad de Psicología. Universidad Nacional de La Plata*.

Sarraceno, B. (2003). *La Liberación de los pacientes psiquiátricos. De la Rehabilitación Psicosocial a la Ciudadanía posible*. México, Pax.

Somoza, M., De Lellis, M., Keena, C. & Rossetto, J. (2017). Calidad de Vida en Usuarios de Dispositivos Residenciales Comunitarios en Salud Mental. *Investigaciones en Psicología UBA*, 22(1), 79-88.

Tapia Cárdenas, C., Grandón Fernández, P. & Bustos Navarrete, C. (2018). Variables asociadas al funcionamiento social en usuarios de hogares y residencias protegidas. *Ciencia y Enfermería*, 24(9), 1-13.

Tisera, A., Lohigorry, J. I., Lenta, M. M., Paolin, C., Larumbe, M. I. & Chuliver, M. C. (2018). Nudos críticos en las experiencias de inclusión socio-habitacional: Programa Residencial de Salud Mental. *X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXV Jornadas*



de Investigación. XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires.

Tisera, A., Leale, H., Lohigorry, J., Pakarek, A. & Joskowics, 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, 251-258.

Tisera, A., Lohigorry, J., Bottinelli, M. & Longo, R. (2018). *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.

Tisera, A., Lohigorry, J. & Lenta, M. M. (2016). Salud mental e inclusión social: derecho al trabajo en el contexto actual. En G. Zaldúa (coord.). *Intervención en Psicología Social comunitaria*. Buenos Aires: Teseo.

Tisera, A., Lohigorry, J. I., Siedl, A. C. J., Paolin, C., Pelosi, D. A., González, M. & Bruno, M. (2017). Practicas Inclusivas Socio-habitacionales: Programa residencial del Hospital Borda. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, 262-265.

Tisera, A. & Moreno, D. (2007). Salud mental, desinstitucionalización y rehabilitación. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, 189-191.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.

Villabi, J. R., Pasarín, M., Montaner, I. & Cabezas, C. (2013). Evaluación en la Atención Primaria de Salud de Barcelona. Evaluación de la atención primaria de salud. *Atención Primaria*, 31, 382-385.

Weisbrot, M. (2014). Actualización: Evolución y Transformación conceptual de la Atención Primaria de la Salud. *Actualización en la práctica ambulatoria*, 17(3), 100-103.

Yujnovsky, N. (2016). Emprendimientos productivos en Salud Mental. Del Hospital monovalente a la comunidad. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 2(2), 28-38.

Zaldúa, G., Pawlowicz, M. P., Tisera, A., Lenta, M., Lohigorry, J. & Moschella, R. (2014). Obstáculos y posibilidades de la implementación de la ley de salud mental: un estudio comparativo entre 2011 y 2013. XI Jornadas Nacionales de Salud y Población. Instituto Gino Germani.

Zuluaga Gómez, A. (2008). Competencias esenciales del coordinador de grupos terapéuticos. *Poiésis*, 12, 1-4. doi: <https://doi.org/10.21501/16720945.414>