



Anuario de Investigaciones
ISSN: 0329-5885
anuario@psi.uba.ar
Universidad de Buenos Aires
Argentina

Tisera, Ana A.; Lohigorry, José I.
SENTIDOS Y SIGNIFICADOS SOBRE SERVICIOS DE SALUD MENTAL DESDE LA
PERSPECTIVA DE USUARIOS/AS, EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES,
DURANTE 2014
Anuario de Investigaciones, vol. XXII, 2015, pp. 263-271
Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369147944026>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

SENTIDOS Y SIGNIFICADOS SOBRE SERVICIOS DE SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE USUARIOS/AS, EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, DURANTE 2014

SENSES AND MEANINGS ON MENTAL HEALTH SERVICES FROM THE PERSPECTIVE OF USERS, IN CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, DURING 2014

Tisera, Ana A.¹; Lohigorry, José I.²

RESUMEN

La consolidación del modelo comunitario de atención en el campo de la salud mental requiere el desarrollo de una red de servicios con base comunitaria que garanticen el acceso a derechos y favorezcan procesos de externación e inclusión social de las personas con padecimiento mental. Sin embargo, persiste una inercia a la atención centrada en instituciones monovalentes que obstaculiza el desarrollo de dispositivos sustitutivos a lógicas manicomiales. Desde un enfoque de Psicología Crítica, este estudio tiene como objetivo: comparar sentidos y significados sobre servicios y prácticas en salud mental de usuarios/as que participaron en servicios de rehabilitación de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante 2014. Se encontraron diferencias entre las perspectivas y posibilidades de apropiación de derechos y vida en la comunidad al comparar personas con situaciones de internación prolongadas y personas con situaciones de internación breves. En este sentido, se considera el desafío de profundizar la orientación comunitaria en el marco de una mayor autonomía y accesibilidad de derechos.

Palabras clave:

Servicios de salud mental - Perspectiva de Usuarios/as, Inclusión Social - Dispositivos Sustitutivos

ABSTRACT

The consolidation of community care model in the field of mental health requires the development of a network of community-based services to ensure the rights and promote access to outside institutions and processes of social inclusion of people with mental suffering. However, the institutionalization inertia that hinders the development of replace the traditional logical in mental health.

From the perspective of Critical Psychology, this study aims to: compare senses and meanings on services and practices in mental health users involved in rehab services in the south of Ciudad Autónoma de Buenos Aires during 2014. Differences between the perspectives and possibilities of appropriation of rights and community life in people with prolonged hospitalizations and brief hospitalizations were found. In this sense, it is the challenge of deepening community orientation in the context of greater autonomy and accessibility of rights.

Key words:

Mental Health Services - Perspective of Users - Social Inclusion - Substitute devices

¹Lic. en Psicología, UBA. Especialista en Políticas y Gestión en Salud Mental, UBA. Coordinadora Práctica Salud Mental y Desinstitucionalización y Jefa de Trabajos Prácticos en Psicología Preventiva, Facultad de Psicología, UBA. E-mail: atisera@yahoo.com.ar

²Lic. en Psicología, UBA. Docente Tutor Práctica Salud Mental y Desinstitucionalización, Facultad de Psicología, UBA.

INTRODUCCIÓN

En el marco del proyecto UBACyT “Exigibilidad del derecho a la salud: prácticas instituyentes y dispositivos psicosociales en la zona sur de la CABA” dirigido por la Prof. Graciela Zaldúa, el presente estudio propone analizar significados y sentidos que usuarios/as de salud mental en proceso de rehabilitación le otorgan a prácticas y servicios de salud.

Hacia el siglo XIX el hospital psiquiátrico, en tanto institución disciplinaria, se constituyó como lugar de saber y tratamiento sobre las denominadas enfermedades mentales. Mediante la conformación de un campo médico estatal de intervención y la asociación entre enfermedad mental y peligrosidad, se proponía la función de curar mediante internaciones que se prolongaban en el tiempo. De esta forma, la función terapéutica se centró en la permanencia institucional. La distribución de los espacios, la imposición de reglas, conductas y regímenes, junto con el aislamiento del mundo social, instauraban una relación tutelar que implicaba la restricción de derechos (Amarante, 2009). El aislamiento y disciplinamiento moral conllevaba para los sujetos la ruptura con redes de pertenencia y la imposibilidad de intercambios sociales, ubicando al hospital psiquiátrico como institución total (Goffman, 2006) que abarcaba todas las esferas de la vida.

Las propuestas de reformas y sustitución del modelo asilar y tutelar, surgidas a mediados del siglo XX, sostuvieron la importancia de considerar las necesidades de los sujetos, el acceso a derechos y la atención de la salud en el medio social de pertenencia. De esta forma, la estrategia de desmanicomialización (Cohen y Natella, 2013; Sarraceno, 2003) propone sustituir la centralidad del hospital monovalente mediante la consolidación de una red de dispositivos comunitarios que garanticen la integralidad de la atención en salud, promoviendo la participación de las personas con padecimiento mental en los intercambios materiales, sociales y culturales mediante el acceso a los derechos y el ejercicio pleno de ciudadanía.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), tanto la Constitución, como la Ley Básica de Salud 153 y la Ley de Salud Mental 448, sostienen que el sistema de salud mental debe orientarse en relación a una progresiva desinstitucionalización mediante la consolidación de una red de servicios¹. La Ley Nacional de Salud Mental 26657 (LNSM) sancionada en el año 2010 y reglamentada en el año 2013 y el Plan Nacional de Salud Mental (PNSM) formulado en el año 2013, en consonancia con documen-

tos internacionales y tomando como referencia propuestas de reformas locales e internacionales, refuerzan la propuesta de cambio de paradigma, estableciendo la consolidación de un modelo comunitario de atención mediante la adecuación de los efectores existentes y la creación de una red de servicios con base en la comunidad². Asimismo, adquiere centralidad la perspectiva de derechos de los/as usuarios/as, orientando las intervenciones en salud mental hacia la inclusión social, considerando la internación como medida terapéutica restrictiva, que debe ser breve y procurar una pronta externación. El marco normativo vigente restituye la capacidad jurídica de los/as usuarios/as, incluyendo la posibilidad de toma de decisiones relativas a su tratamiento, así como de la participación en asociaciones de usuarios/as y familiares. Estos procesos permiten posicionar a estas asociaciones como actores sociales, interviniendo de forma activa en la implementación de las políticas públicas del sector.

Pese a los avances de carácter legislativo y a la creación de programas o experiencias aisladas, en CABA, la red de servicios de salud mental con base en la comunidad no se ha consolidado. Diversos informes y relevamientos dan cuenta de la desarticulación y escasez de propuestas que posibiliten procesos de externación y/o inclusión social para personas con padecimiento mental (CELS, 2013; MPT, 2014). En hospitales monovalentes³ la progresiva disminución de la admisión y la revisión por parte de la justicia de situaciones de internación involuntarias no es acompañada por la apertura de camas para internación en hospitales generales (solamente se encuentran en funcionamiento dos salas en hospitales de CABA), ni por dispositivos que favorezcan la externación y atención ambulatoria en el marco de los derechos de los/as usuarios/as, poniendo de relieve las tareas pendientes del Estado (CELS, 2013; MPT 2014). Asimismo, la partida presupuestaria destinada a los hospitales monovalentes (más de 80% del presupuesto para salud mental) indica el sostenimiento de políticas públicas ligadas al modelo asilar (MPT, 2013).

MARCO TEÓRICO

En el campo de la salud mental las propuestas de implementación del modelo comunitario de atención destacan el desarrollo de servicios territoriales junto con una mayor participación social. Los servicios, con recursos y estructuras acordes, brindan respuesta a las necesidades com-

¹La Ley 448 de CABA, que tiene por objeto garantizar el derecho a la Salud Mental (art. 1°), establece como lineamientos del sistema de Salud Mental la promoción y prevención, así como la asistencia a través de un sistema de redes, procurando la conservación de los vínculos sociales, familiares y la reinserción social y laboral (art. 10°). El art. 14° menciona los efectores que deben reformarse o crearse para la implementación de las nuevas modalidades: Centros de Salud Mental; Atención de salud mental en Centros de Salud y Acción Comunitaria; Dispositivos de atención domiciliaria; Consultorios externos; Prestaciones en Hospital de Día y Hospital de Noche; Residencias Protegidas; Casas de Medio Camino; Centros de Capacitación Sociolaboral promocionales; Talleres de Rehabilitación; Emprendimientos Sociales y; Hospitales Monovalentes.

²El PNSM reconoce que la red de salud es inadecuada a la modalidad de abordaje enunciada por la LNSM. Frente a ello se plantean como objetivos: el fortalecimiento de la red, procurando la adecuación y/o creación de servicios acordes con la normativa y la implementación de intervenciones en promoción, prevención, atención e inclusión social. Se sitúa también la importancia de fortalecer la difusión de la oferta de servicios de salud mental y adicciones orientados a la inclusión social.

³El Hospital monovalente en salud mental es un hospital especializado en la atención de las personas con padecimiento mental. En CABA hay 4 hospitales monovalentes del sector público: uno de emergencias, dos para adultos y uno para niños, niñas y adolescentes. Los últimos tres se encuentran ubicados en la zona sur de la Ciudad.

plejas de los sujetos (Rotelli, 2014), mientras que la participación social favorece la consolidación de discursos y prácticas socioculturales que contribuyen a la modificación de imaginarios sociales respecto del padecimiento mental (Amarante, 2009).

Para comprender las dimensiones que intervienen en las modalidades de atención se retoma el concepto de dispositivo (Foucault, 1977) que incluye tanto aspectos discursivos como no discursivos. En los dispositivos, distintos elementos como instituciones, instalaciones arquitectónicas, medidas administrativas, leyes, enunciados científicos y proposiciones filosóficas conforman una red de saber/poder específica que produce formas y modos de ser sujeto (García Fanlo, 2011). Para Deleuze (1990) dicha producción de subjetividad por los dispositivos se realiza bajo ciertas condiciones de posibilidad y sufre modificaciones a lo largo del tiempo.

La creación e implementación de dispositivos sustitutivos a lógicas manicomiales (Faraone y Valero, 2013), requiere que los servicios propuestos para la atención, rehabilitación e inclusión social de las personas con padecimiento mental, articulados desde marcos normativos y prácticas socioculturales de desinstitucionalización, se desarrollen como espacios de sociabilidad, intercambio y producción de subjetividades (Amarante, 2009). Frente a la producción de subjetividades alienadas y heterónomas en dispositivos asilares, abordajes comunitarios articulados desde la perspectiva de derechos (garantizando el acceso a la vivienda, el trabajo, la educación, etc.) y orientados hacia la integración social pueden favorecer el rumbo de una coestión de la producción de subjetividad (Guattari, 1996). Se habilita así, para las personas con padecimiento mental, principalmente para aquellas que han atravesado por situaciones de internación o vulneración de derechos, la posibilidad de consolidar proyectos de vida autónomos y participar de los intercambios materiales y sociales en su comunidad.

La perspectiva crítica de la Psicología, que cuestiona las corrientes hegemónicas de la disciplina y su vínculo con la producción de consenso (Parker, 2009), reconoce la realidad social como fundamento, contempla el carácter activo de los sujetos como actores y considera el cambio social como producto de los grupos y comunidades (Jimenez-Dominguez, 2008). Desde dicho marco y, en tanto aporte a las acciones de implementación y consolidación del modelo comunitario de atención en salud mental, se propone recuperar el sentido subjetivo de los/as usuarios/as, siendo éste expresión de una configuración compleja que incluye al sujeto y los contextos en los que actúa (Gonzalez Rey, 2008). De esta forma, se considera relevante profundizar la reflexión, en coestión con usuarios/as, sobre las características que adquieren los dispositivos de atención en salud mental, indagando la persistencia de prácticas ligadas al modelo disciplinar y tutelar y las posibilidades de generar estrategias y recursos sustitutivos a la internación, de acceso a derechos y de consolidación de autonomía entendida como empresa social colectiva.

Considerar los servicios de atención en salud mental y prácticas de cuidado a partir de la trayectoria de los/as

usuarios/as aporta al control e implementación de políticas públicas del sector constituyendo puntos de referencia para generar respuestas integrales que favorezcan la continuidad de cuidados e integración social de las personas con padecimiento mental luego de la externación.

METODOLOGÍA.

Desde una perspectiva cualitativa, la presente investigación tiene por objetivo: comparar sentidos y significados sobre servicios de la red de salud mental (de atención, habitacionales y laborales) y prácticas socioculturales de usuarios/as que participaron en servicios de rehabilitación de la zona sur de CABA durante 2014. El enfoque cualitativo procura dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan (Vasilachis de Gialdino, 2006). En este sentido, se destaca, en el análisis de sistemas de salud, la relevancia que adquieren los saberes, discursos y prácticas de los sujetos en las formas de atención que utilizan para solucionar sus problemas (Menéndez, 2010).

Se propuso un diseño exploratorio-descriptivo, de corte transversal, tomando como datos las narrativas producidas por las técnicas empleadas en campo. Las herramientas metodológicas utilizadas fueron la observación participante (Montero, 2012), que permitió registrar eventos, fenómenos o circunstancias producidas a partir de la interacción en campo, y la entrevista semi-estructurada (De Souza Minayo, 2009), que permitió recabar informaciones y hechos relatados por los actores sobre la temática investigada. Se confeccionó una guía de entrevista que incluyó el relevamiento de aspectos como la trayectoria de atención en salud, la participación en servicios de salud mental (de internación, rehabilitación, habitacionales y laborales), los sentidos otorgados a los mismos y el acceso a derechos.

Desde dos relevamientos realizados durante el año 2014 en servicios de rehabilitación ubicados en la zona sur de CABA de los que participaron 57 usuarios/as⁴, se confeccionó una muestra intencional por criterios (Patton, 1990) de 28 usuarios/as. Los aspectos considerados para la selección de la muestra fueron que las personas hayan atravesado por situaciones de internación (actuales o anteriores) y hayan participado en diversos servicios de salud mental.

El análisis de los datos se efectuó desde una perspectiva hermenéutica-dialéctica (De Souza Minayo, 2009) que considera la interpretación del contenido o del discurso de un texto en un contexto referencial más amplio que incluye acciones, conductas e instituciones, con la finalidad de superar el mensaje manifiesto y alcanzar los significados latentes. Se contemplaron las etapas de ordenamiento, clasificación y construcción de categorías empíricas y categorías analíticas que fueron integradas en el análisis final, destacando los aspectos más significativos del objeto en estudio.

En cuanto a las consideraciones éticas, desde la perspec-

⁴Dichos relevamientos fueron realizados en el marco de becas de investigación Ramón Carrillo Arturo Oñativia, financiadas por la Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.

tiva de la ética relacional (Dussel, 1998) y en resguardo de los derechos de las personas que participaron en la presente investigación, se incluyeron los principios de confidencialidad, anonimato y voluntariedad, así como el consentimiento libre y esclarecido.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

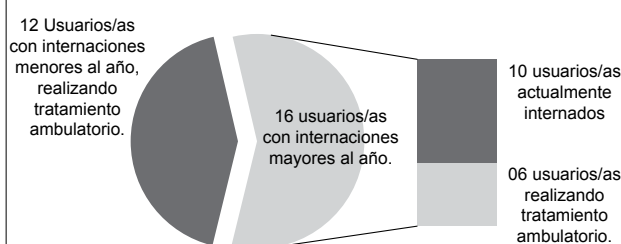
La muestra estuvo conformada por 28 personas de las cuales 06 eran mujeres y 22 varones. Las edades estuvieron comprendidas en un rango entre los 29 y 64 años con una media de 44 años. En cuanto al nivel de estudios el 21,4% de la muestra había finalizado sus estudios universitarios o terciarios, el 17,8% los estudios secundarios y el 14,5% los estudios primarios. Mientras que un 17,8% no había concluido sus estudios universitarios o terciarios, un 25% tenía incompleto el secundario y el 3,5% restante no había finalizado la primaria. Respecto a la cobertura de salud un 17,8% se atendía en el sistema público y el 82,2% se atendía mediante el sistema privado o de seguridad social, siendo que más de la mitad de estos últimos poseía cobertura por PROFE (Programa Federal Incluir Salud). El acceso a la seguridad social estaba representado por un 78,6% que cobraba pensión no contributiva, mientras que un 92,8% había tramitado el certificado de discapacidad. Finalmente en cuanto a las situaciones de internación un 57,14% había transitado internaciones mayores al año (de los cuales el 75% permanecía internado/a al momento de realizar el relevamiento) y el 42,86% restante contaba con internaciones previas menores al año y se encontraba realizando tratamiento ambulatorio.

RESULTADOS.

Los procesos de externación y/o inclusión social de personas con padecimiento mental deben ser acompañados de estrategias de rehabilitación y atención, mediante una red de servicios con base en la comunidad, que promuevan la consolidación de un proyecto de vida autónomo mediante el acceso a derechos como la salud, la vivienda, el trabajo y la participación en intercambios sociales y culturales. Estas características contribuyen a consolidar dispositivos sustitutivos a lógicas asilares que posibiliten el logro de una inclusión social real. Por ello, el análisis de los sentidos y significados que los/as usuarios/as otorgaron a los servicios y las prácticas en salud mental, se realizó considerando cuatro ejes de análisis: atención de la salud, propuestas habitacionales, inclusión/exclusión laboral y prácticas socioculturales.

Con el objeto de profundizar la reflexión respecto de las implicancias que tiene la situación de internación en relación con las posibilidades de externación e inclusión social, se efectuó una comparación entre dos grupos de la muestra (n=28): uno de ellos conformado por 16 usuarios/as con situaciones de internación (actuales o anteriores) mayores al año y otro de 12 usuarios/as con situaciones de internación menores al año (Ver Fig. 1).

**Fig. 1. Tiempos de internación y situación actual.
Muestra de 28 usuarios/as. CABA, 2014**



Atención de la salud.

Desde el marco normativo vigente, servicios como centros de salud mental, salas de internación en hospitales generales, consultorios externos de salud mental y hospital de día, deben asumir, en territorio, la integralidad de las cuestiones relativas al cuidado en el campo de la salud mental, ofreciendo posibilidades de internación (como último recurso terapéutico), atención ambulatoria y estrategias de rehabilitación e inclusión social. La estructura flexible de dichos servicios favorece el intercambio y vinculación entre los trabajadores de la salud con los/as usuarios/as, familiares y otros actores sociales de la comunidad, ampliando los recursos existentes para la atención (Amarante, 2009). Por ello, la articulación y coordinación en forma de red posibilita desarrollar estrategias de externación para personas con periodos prolongados de internación (procurando mejorar la calidad de vida y disminuir las secuelas de la internación) y previene recorridos de atención que lleven a la cronificación en personas con vulnerabilidad y riesgo de exclusión (Cohen y Natella, 2013).

Para el grupo de usuarios/as con **situaciones de internación prolongada** (n=16), los servicios de salud utilizados para la atención de su salud (consultorios externos de hospitales monovalentes, hospital de día y hospital de noche) fueron considerados como espacios que favorecían la recuperación, valorando la atención brindada. La propia participación se relacionó principalmente con la decisión de realizar el tratamiento. Se destacó el sector público por sobre el privado y se pusieron de manifiesto prácticas sanitarias disciplinares sufridas en años anteriores.

[el tratamiento es] muy bueno. Yo llegué en un estado calamitoso. Le había pedido que me cambie la medicación al médico de la obra social. Yo le pedí a mi mamá que me lleve al Moyano 'esta gente es la única que me va a sacar adelante, aunque me internen'. Ahí me curaron, me sirvió muchísimo, la obra social estaba lucrando con mi salud (Mujer, 45 años).

[el tratamiento es] lo mejor, excelente. En ese servicio hay una muy buena atención. Todos están conformes, uno recibe un trato humanitario (...) en la primera internación en el hospital en el 94, fui de mala manera con los enfermeros y me ataron con el chaleco de fuerza (Varón, 63 años).

[el tratamiento] me parece muy bueno y cuesta, porque

salir de acá... pero cuesta, todo cuesta (...) Estoy de prealta en el hospital de noche del Hospital. Tengo la llave para salir afuera (Varón, 30 años).

Dentro del grupo de los/as usuarios/as con situaciones de internación prolongada, las 10 personas que continuaban internadas al momento de realizar el relevamiento, mencionaron déficits en cuanto a la cantidad de profesionales, a las condiciones de internación y la utilización de la medicación como medio de control.

Regulares del servicio de internación, no es como otros servicios que hay contención (Varón, 48 años).

Es bueno, me bajaron un poco la pastilla, así que quiere decir que estoy mejor, aunque tengo inyectable de halopidol (Varón, 49 años).

Dentro de lo que hay es regular, porque no tengo atención psiquiátrica. Estoy tomando la medicación desde que entré, cuando me mandé una cagada me inyectaron halopidol y después pedí que me lo sacaran, pero después hablar con el médico... (Varón, 52 años).

Para estas personas la internación en hospitales monovalentes se consolidaba como un aspecto inherente al proceso de atención. La planificación de procesos de externación encontraba restricciones en "problemáticas sociales" (falta de vivienda, dinero, trabajo).

Bueno, nunca me dijeron nada en estos cinco años, antes entraba y salía, era una época en la que salían todos, después volví a caer y dije esta vez me voy a quedar (Varón, 47 años). *Me lo propusieron [la externación], me dijeron que no me iban a dejar sin trabajo, dinero o lugar para dormir. Lo hablamos con el médico adelante del juez, que me quería dar el alta y, frente a la falta de DNI, dinero, habitación, se planteó continuar con la internación* (Varón, 31 años).

[La externación] la tengo pensada para el futuro, todavía me falta rehabilitar algunas cosas, pero vamos en camino (...) es muy difícil la resocialización de los individuos al no tener casa, no hay muchas oportunidades (Varón, 52 años).

Se piensa para cuando termine la piecita mi hija, que me está haciendo para vivir en Munro, ahí me dan el alta (Mujer, 61 años).

Respecto al grupo de los/as usuarios/as con **situaciones de internación breve** (n=12), el tratamiento realizado en servicios de salud mental (consultorios externos de hospital general, hospital de noche, hospital de día) consistía principalmente en atención psicológica y psiquiátrica y era realizado en continuidad con las situaciones de internación previas. Dichos servicios, considerados como lugares de cuidado y contención, adquirirían una relevancia central para el sostenimiento de la externación y la posibilidad de desarrollar diversos proyectos. Sin embargo, la insistencia de prácticas disciplinares dificultaban el desarrollo de decisiones autónomas.

En Julio me dieron el alta, para ellos estaba desde antes. [En Hospital de noche] se hace mucho hincapié en el alta, yo no me siento de alta del Hospital (...) me sorprendió mucho más de lo que podía esperar el hospital, si bien no estaba en mi agenda, para nada, por el desarrollo de lo que

fue mi vida (...) (Varón, 64 años).

Yo el Hospital de día no lo dejo ni loco, yo sé que es un lugar de paso, pero... yo hace 9 años que voy, pero el tema que hace bien e influye en el tema de las recaídas (...) lo quiero como mi segunda casa, como decimos una gran familia, con el grupo de pacientes, con los profesionales también armamos un buen grupo (Varón, 45 años).

Me están ayudando mucho, en 6 años que estoy yendo a los consultorios externos, junto con el psicólogo me ayudaron a retomar los estudios, me dan motivación de querer salir adelante (Varón, 42 años).

Un usuario marcó situaciones de control a partir de la medicación.

En muchos casos se pasan con la medicación y se sobremedica. Cuesta muchísimo lograr que te bajen las dosis. Estando en casa de medio camino he visto que sos más dócil estando sobremedicado (Varón, 37 años).

Propuestas habitacionales

Las situaciones de internación que se prolongan en el tiempo en hospitales monovalentes, junto con los procesos de vulnerabilidad social, condicionan las posibilidades de acceso a la vivienda de las personas con padecimiento mental. En el modelo comunitario de atención, distintas propuestas tienen por objetivo resolver la situación habitacional como parte del proceso de rehabilitación (Amarante, 2009; Cohen y Natella, 2013). No se reducen solamente al acceso a la vivienda sino que incluyen diferentes prácticas de inserción, considerando los requerimientos, las habilidades y las capacidades que son necesarias para el sostenimiento del hábitat (Sarraceno, 2003).

Las propuestas habitacionales mencionadas por los/as usuarios/as con **situaciones de internación prolongada** (n=16), fueron las casas de medio camino y el subsidio habitacional. Si bien algunos/as consideraron dichas propuestas como alternativa a la internación, favoreciendo la incorporación de habilidades sociales relativas al hábitat, las pautas y requerimientos institucionales, así como la convivencia con otros/as, se constituían como restricciones para proyectar una participación en las mismas. Esto marcaba diferencias entre las distintas propuestas.

Están buenas, porque a veces se prolongan mucho los tratamientos acá adentro, entonces que haya espacios donde poder albergarse le va a servir mucho (Mujer, 45 años).

La [casa de medio camino] que está la licenciada de talleres [de rehabilitación] es buena, quiero que me manden ahí, porque no hay que hacer talleres como en la del hospital, o cumpleaños obligatorios, que yo no festejo por mi fe (Varón, 42 años).

Escuche de las casas de medio camino y el subsidio habitacional (...) Las casas de medio camino no me convence mucho, porque no sé si hay que compartir con otros pacientes. Yo nunca probé pero no me sentiría muy cómodo. El subsidio sí podría ser, para alquilar algo (Varón, 40 años).

**Figura 2. Situación de vivienda según tiempo de internación.
 Muestra de 28 Usuarios/as. CABA, 2014.**

10 Usuarios/as con internación (actual) mayor al año.	06 Usuarios/as con situación de internación (anterior) mayor al año.	12 Usuarios/as con situación de internación (anterior) menor al año.
06 poseían vivienda pero no podían regresar a la misma	04 residían en vivienda familiar	03 residían en vivienda familiar
03 no poseían vivienda	01 residía en Hospital de Noche (no poseía vivienda)	05 residían en propuestas habitacionales (3 poseían vivienda y no podían regresar; 2 no poseían vivienda)
01 poseía vivienda	01 residía en una vivienda propia	01 residía en una vivienda propia
		03 residían en viviendas alquiladas

Al momento de realizar el relevamiento, de las 16 personas que habían atravesado periodos de internación prolongados, 10 no poseían vivienda o no podían regresar a la misma, encontrándose internados/as o residiendo en hospital de noche (Ver Fig. 2). Para ellos/as, el carácter incierto de estos dispositivos reforzaba la opción del espacio hospitalario como lugar donde residir, situación que era convalidada por profesionales.

Me vino a ver la juez y me dijo: 'si querés te llevo, te pasamos allá'; 'pero acá [en el hospital] estoy bien con el médico, por ahora acá estoy mejor que en medio camino'; '¿pero vos estás tranquilo ahí...? [pregunto ella]'; 'sí, estoy tranquilo...'; 'bueno, entonces quedate ahí' (Varón, 47 años).

Conozco eso. Lo cobré una vez [al subsidio habitacional] y lo hice hacer de baja porque recaí. También conozco casa de medio camino (...) hay gente que quiere seguir viviendo en el Hospital y otra que quiere salir y sé que hay más riesgo afuera que adentro. Estaría bueno que hospital de noche sea como una vivienda, algo así (Varón, 30 años).

Para los/as usuarios/as con **internaciones breves** (n=12), las propuestas habitacionales adquirían características que favorecían la recuperación y que se contraponían al aislamiento de la internación, pero, su utilización se imaginaba principalmente en situaciones de crisis o descompensación, así como frente a la presencia de problemas económicos.

Es bueno para que el paciente se reinserte en la sociedad. Que pueda vivir por su cuenta y no quede aislado u hospitalizado (Varón, 42 años).

Yo estoy viviendo prácticamente bárbaro (...) eso es de último recurso, si llegara a pasar algo, por ejemplo un descontrol con los medicamentos, los dejara de tomar o tuviera una recaída (Varón, 45 años).

Esta buena la idea porque para gente que no puede pagar un lugar... yo pregunté, no casa de medio camino, pero si algo más barato, para poder pagarlo yo, pero no encontré (Mujer, 36 años).

Las dificultades en el cumplimiento de plazos y de implementación de estas propuestas marcaban contradicciones y producían sentimientos de incertidumbre. Para los/as 05 usuarios/as que residían en dispositivos habitacio-

nales de CABA (Ver Fig. 2) -hogar para personas con discapacidad, residencia protegida, hospital de noche y casa de medio camino- los tiempos de permanencia se imaginaban acotados para la continuidad de proyectos, poniendo en cuestión la consolidación del acceso a la vivienda en tanto derecho.

Me contaron que hay problemas [con el subsidio habitacional], porque se retrasan en el pago y la gente que alquila no espera, te sacan todo a la calle. Lo veo mal, está muy difícil construir la vivienda propia (Varón, 48 años).

Por ejemplo en residencia [protegida] son dos años que voy a poder vivir, no sé si no consigo vivienda si voy a poder permanecer ahí (Mujer, 39 años).

Casa de medio camino es bueno. Es como una casa, limpiamos nosotros, cocinamos (...) me va a servir el día de mañana, cuando salga afuera, para mí. En abril o más, me iría, pero van a esperar hasta que consiga trabajo; 'sin trabajo no te vas a ir', me dijeron (Varón, 29 años).

Inclusión/exclusión laboral.

El derecho al trabajo se constituye en estrategia de ciudadanía y emancipación social, reemplazando la noción de actividad terapéutica en contextos de internación y favoreciendo procesos de autonomía e inclusión social de las personas con padecimiento mental (Amarante, 2009). Distintas propuestas como las empresas sociales, el empleo con apoyo, las cooperativas de trabajo y la formación profesional propician el acceso al trabajo, respetando su carácter de actividad social atravesada por las normativas vigentes en el mercado (Rotelli y equipo, 2000).

En los dos grupos de los/as usuarios/as considerados en el presente estudio (n=28), los requisitos como las competencias laborales, la formación profesional o la edad, así como la presencia de discriminación por cuestiones relacionadas al padecimiento mental, marcaban la exclusión del mercado laboral y reforzaban la participación en servicios laborales o de rehabilitación en salud mental.

Para los/as usuarios/as con **situaciones de internación prolongada** (n=16), la participación en servicios de rehabilitación e inclusión laboral (talleres de rehabilitación, emprendimientos productivos y centro de formación profesional) permitía la realización de una actividad produc-

tiva que generaba un ingreso económico. Fueron descritos como lugares de contención, estabilización y armado de vínculos que favorecían procesos de recuperación a partir del hacer. La derivación a dichas propuestas se producía generalmente por parte de los/as profesionales de las salas de internación.

[Ingresé al emprendimiento] porque unas psicólogas, psiquiatras, me fueron a ver de parte de una abogada que tengo yo y me preguntaron por la posibilidad de entrar acá, para hacer algo, porque allá en el hospital no hacía nada (Varón, 40 años).

Siento que a veces me sentía inútil, tantas veces que me decían 'enferma', 'discapacitada' yo me sentía enferma (...) desde que estoy acá [en talleres de rehabilitación] me miran como su hermana, como una persona normal, que trabaja, que ayuda a mi mamá, que sale con el nene (Mujer, 35 años).
[el emprendimiento] Es una ayuda que tenés, no es mucho dinero, pero si aprendes el oficio y juntas plata te compras la máquina y lo haces, un negocio propio es otro ingreso (Varón, 41 años).

Sin embargo, al no generarse las condiciones que favorezcan la concreción de otros proyectos se reforzaba la necesidad de permanecer en estos servicios.

Me gustaría tener el alta [de talleres de rehabilitación] para tener algo más productivo, sino me gustaría seguir acá (Varón, 29 años).

Logré entrar la tercera vez. Esta es la última, no tengo que perder la oportunidad (varón, 42 años).

Da más ganas de vivir y no pensar tanto en mi enfermedad. Porque si uno no trabaja, en el hospital está encerrado, piensa que ya no sirve, que ya no tiene interés nada (...) creo que dos años es lo que dan rehabilitación, no tengo plan para después (Mujer, 61 años).

Para el grupo de los/as usuarios/as con **situaciones de internación breve** (n=12) los servicios de rehabilitación e inclusión laboral (centro de formación profesional, emprendimientos productivos, talleres de rehabilitación), a partir de la propia participación, se constituían como espacios terapéuticos y de socialización que además posibilitaban una ayuda económica. Algunos/as de los/as usuarios/as mencionaron también la posibilidad de realizar otras actividades productivas remuneradas (reparaciones, trámites, etc.) en contextos comunitarios o familiares. Sin embargo, para la mayoría, al no presentarse alternativas en otros espacios de inserción laboral, surgía la necesidad de permanencia en los servicios de rehabilitación.

Participé en un emprendimiento productivo, en talleres de rehabilitación, sirve para la atención, para tener un poco más de autonomía, para tener conocimiento (de carpintería, pintura), tengo idea de cómo son esos oficios (...) tengo conocimiento, pero se dificulta encontrar trabajo por estar en tratamiento (Varón, 37 años).

Yo sé que me va a tocar irme, pero no me gustaría irme de talleres, porque no sé dónde conseguiría un trabajo, está muy difícil conseguir, todavía me gustaría quedarme acá (Mujer, 39 años).

Si fuera por mí me quedaría acá [en talleres de rehabilita-

ción] toda la vida (...) me han ayudado en cuanto a recibir permisos, estar entretenido en algo, no estar en la cama vegetando sino socializar, conocer gente (Varón, 42 años).

En este contexto, los beneficios de la seguridad social por discapacidad fueron pensados, por unos, como soporte, favoreciendo procesos de continuidad entre rehabilitación e inserción y, por otros, como límite, en tanto dificultaban otras formas de inclusión laboral.

Pienso que es robarle plata al estado, a mí con la jubilación me alcanza (Varón, 63 años).

Podes agregar que estaría bueno el proyecto que la gente llega un momento que está bien y quiere trabajar en blanco, pero se dificulta por la pensión y si a uno no le alcanza, y está obligado a trabajar en negro. Estaría bueno que una vez que uno esté en blanco, efectivo, ahí saquen la pensión (Mujer, 36 años).

Prácticas socioculturales.

La dimensión sociocultural incluye prácticas, espacios de producción cultural y artístico y campañas de concientización, cuyo objetivo es promover relaciones de reciprocidad y solidaridad entre diversos actores sociales (usuarios/as, familiares, profesionales y voluntarios) para contribuir a la modificación de los imaginarios sobre el padecimiento mental (Amarante, 2009). En este sentido, la participación en actividades recreativas y culturales, ya sea promovida desde los equipos de salud o realizada desde la propia iniciativa de los/as usuarios/as, contribuye a la integración social de las personas con padecimiento mental.

Para el total de la muestra (n=28) se planteó la posibilidad de realizar diversas actividades tanto grupales como individuales, destacándose las salidas propuestas desde los servicios donde se atendían. Dichas salidas y la participación en distintos espacios socioculturales contribuían a la consolidación de lazos e intercambios sociales.

Para los/as usuarios/as con **situaciones de internación prolongada** (n= 16), estas prácticas posibilitaban estrategias para afrontar aspectos que en ocasiones se presentaban como limitaciones para realizar proyectos personales o de interacción con otros/as.

Me gustaría hacer fotografía. A veces estar ansioso te enferma, si tenés la misma rutina te va agarrando vagancia, te agarra el ocio y ya no querés nada, trabajar, nada (Mujer, 35 años).

Voy al cine, también me quede a dormir en casa de amigos (...) de a poco me gustaría ir sumando cosas, todavía no lo hacemos, sí fuimos al pool, o pubs, al cine, pero tenemos que ir programando salir a la noche (Varón, 29 años).

[quisiera] ir a visitar a mi familia [que vive en Mendoza], pero hasta que no mejore un poco más... (Varón, 40 años).

La persistencia de la situación de internación para algunos/as conllevaba restricciones en la posibilidad de las salidas. Por ello, las actividades socioculturales se concretaban principalmente en el espacio de la hospitalización.

Me voy a la casa de mi hermana, mi amiga, voy a visitarlas.

Cuando estoy libre, ahora no (...) me voy a la iglesia evangélica, adentro del hospital (Mujer, 61 años).

No salgo mucho. Me quedo más casero. Participo los domingos en "Locos por el Borda", es un lugar donde vienen chicas, regalan ropa, hacen pizza (Varón, 41 años).

Dentro del grupo de los/as usuarios/as con **situaciones de internación breve** (n=12), los intereses personales motivaban la elección de diversas actividades socioculturales, aunque se mencionaron restricciones económicas y diferencias de criterios para las salidas. Cabe destacar que los beneficios de la seguridad social por discapacidad fueron considerados como un facilitador para la concreción de estas actividades e inclusive para vacacionar.

[Realizo salidas] a taller literatura, a ver espectáculos (...)

No es lo mismo [ir con el grupo del servicio], salidas culturales realizo sola (Mujer, 45 años)

Iba al cine, pero ahora deje de ir regularmente, realizó compras gastronómicas para cocinar en casa. Hacía muchos deportes acuáticos y no hago por la cuestión económica (Varón, 37 años).

Estoy haciendo cursos de inglés en Agronomía, voy por el nivel 12 (Varón, 42 años).

Conozco los beneficios que otorga el certificado de discapacidad por los compañeros. Viajan gratis, cobran una pensión, tienen posibilidades de entrar a espectáculos gratuitos (varón, 64 años).

Para algunas de estas personas la presencia de lazos sociales y vínculos afectivos favorecerían la posibilidad de multiplicar intercambios sociales y evitar rutinas.

[Salgo] a comer con mi pareja, por ahí voy al cine a Congreso, con mi mamá (...) por ahí empiezo a ir [al teatro] los sábados, con el grupo de alta del Hospital de día, con dos psicólogos. Es bueno para socializar, hablar y salir de siempre lo mismo (Mujer, 36 años).

DISCUSIÓN

Los marcos normativos y la planificación de políticas públicas en salud mental, ponen de manifiesto la importancia que las personas con padecimiento mental y sus familiares adquieran mayor participación. De acuerdo al modelo social de la discapacidad, la concepción de capacidad jurídica implica la titularidad de derechos y la capacidad para ejercerlos (Kraut; Diana, 2013).

Algunos referentes (Faraone y Valero, 2013) resaltan que experiencias de desinstitucionalización que no son acompañadas por la consolidación de la red de servicios, junto con la transformación de las prácticas, derivan en la creación de nuevas formas de control social que reproducen lógicas disciplinares. En los resultados del presente estudio observamos un momento de transición en el cual coexisten aspectos referidos al paradigma asilar y de restricción de derechos junto con propuestas acordes con el paradigma de derechos humanos e inclusión social.

En los ejes analizados se pusieron de manifiesto distintas acciones que indicaban la persistencia de prácticas disciplinares junto con aspectos que favorecerían rupturas y posibilidades de producción de subjetividad autónoma. Si

bien los/as usuarios/as conocían y participaban de diversos servicios, la posibilidad de toma de decisiones sobre el propio tratamiento se veía reducida a opciones que no marcaban una continuidad hacia propuestas superadoras que garanticen la inclusión social.

En los/as usuarios/as que estaban atravesando o habían transitado periodos prolongados de internación, el espacio de la hospitalización poseía una centralidad para la vida que incluía la posibilidad de intercambios y participación en espacios socioculturales. Los servicios adquirían características tutelares que reproducían lógicas heterónomas y dificultaban la planificación de proyectos, intereses y necesidades que viabilizaran procesos de externación y/o inclusión autónomos. Para los/as usuarios/as que permanecían internados/as esta situación se acentuaba en tanto la internación se constituía como la principal opción de tratamiento, junto con la realización de una actividad productiva y salidas socioculturales dentro del territorio de la hospitalización.

En cuanto a los/as usuarios/as con internaciones breves, manifestaron mayores posibilidades de participación y toma de decisiones, fundamentalmente respecto de las actividades socioculturales, pero también de una mayor posibilidad de inclusión laboral a partir de vínculos sociales o familiares. La atención de la salud era realizada principalmente por consultorios externos en hospitales generales como apoyatura de los procesos de externación, esta característica interpela que dichos tratamientos deban realizarse únicamente en los hospitales monovalentes.

Finalmente, según lo expresado por ambos grupos, los servicios de rehabilitación e inclusión laboral no contribuían al acceso a un trabajo formal, ni a la superación de dificultades en la consolidación de emprendimientos propios. Sin embargo, esos servicios, al constituirse como espacios de contención que favorecían la recuperación y aportaban una retribución económica, reforzaban la tendencia a permanecer en los mismos. En este contexto, la lógica de los beneficios de seguridad social para la discapacidad actuaba como un techo en la inserción e impedía nuevos recorridos de integración social. Las políticas públicas se encuentran en este punto con el desafío de impulsar y consolidar propuestas como las experiencias de economía social y solidaria con base comunitaria (cooperativas de trabajo y emprendimientos sociales) que garanticen el acceso al trabajo con una justa remuneración.

REFLEXIONES FINALES

Al no existir oportunidades reales de inclusión, superadoras de la oferta que brindan los servicios de rehabilitación, los/as usuarios/as ven negada la continuidad entre los procesos de recuperación y la adquisición de mayor autonomía. Este obstáculo impide a los sujetos imaginarse por fuera de esos espacios, que se perpetúan como única opción, e imposibilitan la emergencia de escenarios novedosos que se constituyan como dispositivos inclusivos singulares.

Los ejes analizados dan cuenta de perspectivas y posibilidades en tensión donde los/as usuarios/as se apropian en forma desigual de los recursos que siguen impregna-

dos por lógicas tutelares. En este sentido la importancia de internaciones breves y la atención centrada en la comunidad, que disminuyen estas pregnancies tutelares, exigen el fortalecimiento e implementación de políticas públicas que consoliden el modelo comunitario de atención en salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topía Editorial.
- Centro de Estudios Legales y Sociales -CELS- (2013). *Derechos Humanos en la Argentina*. Informe 2013. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Cohen, H.; Natella, G. (2013). *La Desmanicomialización: crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo?. En AA.VV *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- De Souza Minayo M. C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Dussel, E. (1998). *Ética de la liberación en la edad de la Globalización y la exclusión*. Madrid: Editorial Trotta.
- Faraone, S. y Valero, A. S. (Coord.) (2013). *Dilemas en salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Fernando González Rey, F. (2008). Subjetividad y psicología crítica: implicaciones epistemológicas y metodológicas. En Jimenez-Dominguez, B. *Subjetividad, participación e intervención comunitaria. Una visión crítica desde América Latina*. pp. 31-55. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (1977). *Saber y Verdad*. Madrid: Ediciones de La Piqueta.
- García Fanlo, L. (2011) ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben. *A Parte Rei*. 74. Consultado en [http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/] el 27/02/2015
- Guattari, F. (1996). *Caosmosis*. Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Goffman, E. (2006) (1ra ed. 1963): *Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Kraut, A. J. y Diana, N. (2013). Sobre la reglamentación de la Ley de Salud Mental. *Revista la Ley Online*. Consultado en [http://www.laleyonline.com.ar/], el 29/12/2014.
- Menéndez, E (2010). *De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministerio Público Tutelar (2013): *Niñez, adolescencia y salud mental en la ciudad de buenos aires. Informe final de gestión del Ministerio Público Tutelar 2007-2013*. Buenos Aires. Disponible en www.asesoriatutelar.gob.ar
- Ministerio Público Tutelar (2014): *Internaciones por salud mental en hospitales generales de agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Documento de Trabajo N° 21. Salud Mental. Disponible en www.asesoriatutelar.gob.ar
- Montero, M. (2012) *Hacer para transformar. El método de la Psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires: Topía Editorial
- Sarraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos*. México: Editorial Pax.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2013). *Discurso científico, político, jurídico y de resistencia. Análisis lingüístico e investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa editorial.

Fecha de recepción: 18/05/15

Fecha de aceptación: 23/08/15