



**UNIVERSIDAD DE BELGRANO**

**Facultad de Humanidades**

**Licenciatura en Psicología**

**TRABAJO FINAL DE CARRERA**

“El trabajo interdisciplinario para la reinserción social y comunitaria de personas con padecimiento mental”.

**Alumna:** Daiana Elina Lizzi ([daianalizzi@gmail.com](mailto:daianalizzi@gmail.com))

**Matrícula:** 21775

**Año:** 2023

**Tutor:** Antonio Virgilio

Disquisiciones/ “Cada sociedad tiene el hospicio que se merece...”/ Y uno, que vive en esta sociedad./ Quiero decir, en este hospicio/ sabe a ciencia cierta/ que eso es cierto./ Y si está de gusto, como casi siempre/se pone a hacer disquisiciones./ Piensa, por ejemplo/ en el puesto de vigilancia que está en la puerta./ No se sabe muy bien para qué sirve./ Si para evitar la salida de los locos/ o para evitar la entrada de los cuerdos./ Por lo primero/ no debieran preocuparse, creo./ Los que estamos adentro/ escuchamos radio,/ miramos televisión/ quiero decir, estamos informados/ de lo que pasa afuera./ Y muchas ganas de salir no tenemos./ Tampoco veo grandes multitudes/ pugnando por entrar,/ con enormes ganas de visitarnos./ Los aquí depositados, abandonados, olvidados/ y otros ados,/ vemos que los muchachos de la puerta/ toman mate y fuman aburridos/ (como nosotros)/ todo el santo día./ Nadie entra./ Nadie sale./ La paz de los cementerios se nos hace rutina./ Y nuestras familias, por fin, duermen tranquilas.

“Los montes de la loca”, Marisa Wagner

# ÍNDICE

<b>Resumen</b> .....	3
<b>1. Introducción</b>	
1.1. Presentación de la temática.....	4
1.2. Planteamiento del problema.....	4
1.3. Preguntas de investigación.....	5
1.4. Relevancia.....	6
<b>2. Objetivos</b>	
2.1. Objetivos generales.....	6
2.2. Objetivos específicos.....	6
<b>3. Alcances y límites</b> .....	6
<b>4. Metodología</b> .....	7
<b>5. Antecedentes</b> .....	8
<b>6. Estado del arte</b> .....	10
<b>7. Marco teórico</b>	
<b>7.1 Las problemáticas de salud mental como el emergente de un proceso de multideterminación bio-psico-socio-cultural</b> .....	12
<b>7.2. Interdisciplina</b> .....	14
7.2.1. Delimitación conceptual.....	14
7.2.2. La interdisciplina en el campo de la Ley Nacional de Salud Mental.....	17
<b>7.3. Psicología Socio-comunitaria</b> .....	18
7.3.1. El rol del psicólogo desde una perspectiva socio-comunitaria.....	18
7.3.2. La comunidad como actor fundamental.....	19
7.3.3. Su metodología: IAP (investigación-acción participativa).....	20
7.3.4. Reinserción social.....	21
<b>8. Instituto Frenopático de Buenos Aires: un modelo de cambio.</b>	
8.1. Consideraciones preliminares.....	22
8.2. Contexto.....	23
8.3. Resocialización y externación de pacientes de larga estadía.....	24
8.4. Programa de reinserción psicosocial.....	26
8.5. Programa de inserción e integración socio-laboral.....	32
8.6. Características del proceso de adecuación.....	35
8.7. Continuidad de cuidado: un desafío a alcanzar.....	38
<b>9. Conclusiones finales</b> .....	39
<b>10. Referencias bibliográficas</b> .....	40

## **Resumen**

A partir de la consideración de las problemáticas de salud mental como el emergente de un proceso de multideterminación bio-psico-socio-cultural, se propone un análisis, desde la Psicología comunitaria, de la interdisciplina y su impacto en el abordaje de estas problemáticas y en la elaboración de estrategias y técnicas que promuevan la reinserción social en Salud Mental. Como línea fundamental, se tomará el cambio de paradigma plasmado en la Ley Nacional 26.657, el cual señala la necesidad de un trabajo interdisciplinario basado en el respeto de los derechos humanos para la reinserción social y comunitaria de personas con padecimiento mental. La metodología utilizada es de carácter cualitativa, considerándola la más adecuada para alcanzar los objetivos planteados. Se llevará adelante un análisis teórico de los conceptos propuestos mediante una exhaustiva revisión bibliográfica. A su vez, se articulará dicho análisis teórico con los datos recolectados durante la observación participante del proyecto de reinserción comunitaria para pacientes internados por trastornos mentales crónicos llevado a cabo por el equipo de Salud Mental del *Instituto Frenopático de Buenos Aires*.

## **Palabras claves**

INTERDISCIPLINA - REINSERCIÓN SOCIAL - PSICOLOGÍA COMUNITARIA - LEY DE SALUD MENTAL

# **1. Introducción**

## **1.1. Presentación de la temática**

A partir del cuestionamiento crítico a la hospitalización -propia del Modelo Médico Hegemónico del Siglo XVIII- se inició una etapa de transformaciones graduales bajo la égida del paradigma de la complejidad que promovió una reforma en Salud Mental en nuestro país (De Lellis, Rebottaro, Posetto, 2008). Esta reforma, con eje en la promoción de derechos de las personas y la inclusión social, ha tomado carácter normativo nacional en 2010, haciendo marcado hincapié en la necesidad de un intercambio constante entre las distintas disciplinas en juego.

El pasaje de considerar al individuo como un mero objeto de la ciencia médica (clasificable en términos de diagnóstico, por ejemplo) a pensarlo como un sujeto complejo y multideterminado bio-psico-socioculturalmente, demanda la asistencia conjunta de distintos ámbitos del saber para la elaboración de intervenciones que invaliden la segregación y la estigmatización del individuo y se enfoquen, tal como especifica la Ley Nacional 26.657 (2010), en la atención primaria o intermedia, en la externación, y en “la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental”.

Si bien ha habido, finalmente, una reorganización legislativa como contrapeso al modelo antiguo de internación hospitalaria, la puesta en práctica de las nuevas estrategias para la reinserción social de personas con padecimiento psíquico no puede considerarse sino en sincronía con un contexto social determinado, y determinante.

## **1.2. Planteamiento del problema**

Como bien enuncia Stolkiner (1987) la interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan, de la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos. En este sentido, la experiencia en el campo de la salud mental ha dejado en clara evidencia que la comprensión y la respuesta a los problemas de padecimiento subjetivo abordados desde un campo disciplinario específico resultan insuficientes, y que tanto los diseños de investigación como los programas de acción deberían abandonar el paradigma hegemónico positivista, comprendiendo lo limitado y limitante de este modelo, cuyo eje radica en el fenómeno de las instituciones asilares manicomiales y la objetivación desubjetivante del paciente.

En una coyuntura sociopolítica que aún presenta serias dificultades para implementar lo establecido en las reformas en Salud Mental, continúan descuidándose cuestiones inherentes a la subjetividad y los derechos de las personas (sobre todo de aquellos con padecimiento mental). Es por esto que resulta fundamental relevar aquellos espacios terapéuticos que, habiendo -durante décadas- desarrollado su labor conforme al modelo asilar-tutelar, han emprendido el complejo camino de la

deconstrucción y reestructuración de dicho modelo, hacia uno de atención comunitaria desde un enfoque fundado en la protección de derechos y desde una propuesta asistencial basada en el trabajo en redes integradas de servicios, con el propósito de promover la inclusión y el retorno a la comunidad de aquellos que no cuentan con los recursos necesarios para hacerlo por sí mismos. Las estrategias puestas en funcionamiento en este tipo de espacios terapéuticos, como es el caso del Instituto Frenopático de Buenos Aires, son indispensables para ampliar el conocimiento y fortalecer las intervenciones y el compromiso de los agentes involucrados desde el marco de la Psicología Comunitaria. Se buscan así formas de asistencia y promoción en comunidad, volviendo sobre los postulados de la atención en equipos.

### **1.3. Preguntas de investigación**

¿Qué aportes tiene para proporcionar la interdisciplina a la reinserción social de las personas con padecimiento mental?

### **1.4. Relevancia**

En vistas de las consecuencias en Salud Mental del Modelo Médico Hegemónico -la segregación del individuo, su clasificación en base a la oposición binaria salud/enfermedad, y el debilitamiento paulatino de los vínculos sociales como resultado de la institucionalización-, se hace imperante indagar aquellos aspectos teóricos y prácticos que permitan la reconstrucción del lazo del individuo con la comunidad desde una mirada integral que jamás pierda de vista la protección de los derechos humanos. Siguiendo a Stolkiner (2005): se trata, en principio, de posicionarnos desde un lugar post-positivista, de romper con la univocidad del saber disciplinar autárquico y cristalizado, y de movilizarnos hacia la consolidación de saberes conjuntos, cooperativos, complejos e integradores que apunten a que la Salud Mental se establezca haciendo valer todos y cada uno de los derechos de las personas, sobre todo de quienes no pueden hacerlo por sí mismos.

La presente tesis apunta a manifestar la importancia y necesidad del trabajo interdisciplinario para la elaboración de estrategias y técnicas de abordaje que promuevan la reinserción social y comunitaria en Salud Mental.

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo general:

Analizar, desde la Psicología comunitaria, la importancia de la interdisciplina para el abordaje de la complejidad y la multideterminación propia de las problemáticas de salud mental y para la elaboración de estrategias y técnicas que promuevan la inclusión social en Salud Mental.

### 2.2. Objetivos específicos:

- 1) Establecer a las problemáticas de salud mental como el emergente de un proceso de multideterminación bio-psico-socio-cultural.
- 2) Analizar el trabajo interdisciplinario dando cuenta de su carácter integral en la elaboración y ejecución de intervenciones.
- 3) Ubicar los aportes de la Psicología Comunitaria, como una disciplina que favorece el establecimiento de la lógica de intervención interdisciplinaria en los equipos de trabajo para la reinserción social de las personas con padecimiento mental.
- 4) Indagar y analizar las intervenciones y estrategias para la externación y reinserción social de pacientes de larga estadía llevadas a cabo por el *Instituto Frenopático de Buenos Aires* con miras a su reconversión para una prestación polivalente, en el marco de lo dispuesto por la Ley 26.657.

## 3. Alcances y límites

La articulación clave que guía esta tesis sigue una línea fundamental establecida a partir de un cambio de paradigma -finalmente plasmado en la Ley Nacional 26.657-: la necesidad de un trabajo interdisciplinario basado en el respeto de los derechos humanos para la reinserción social y comunitaria de personas con padecimiento mental.

El primer paso será, entonces, delimitar conceptualmente la interdisciplina para luego poder comprender a qué referimos con reinserción social. Para esto se tomarán los aportes fundamentales, dentro de la Psicología Comunitaria, de Maritza Montero, Nora Elichiry, Hugo Leale, Alicia Stolkiner, Ana Tisera, Hugo Cohen y Graciela Natella, entre otros.

A su vez, se tomará como caso de referencia el proyecto de reinserción comunitaria para pacientes internados por trastornos mentales crónicos llevado a cabo por el equipo de Salud Mental del *Instituto Frenopático de Buenos Aires*, a los fines de analizar las intervenciones y estrategias realizadas por el equipo para la externación y reinserción social de pacientes de larga estadía.

La presente tesis se limitará a realizar un análisis de los desarrollos teóricos expuestos por los referentes latinoamericanos en la materia, los cuales impulsaron el cambio de paradigma finalmente cristalizado en Ley Nacional 26.657, quedando por fuera del análisis los desarrollos teóricos y experiencias prácticas a nivel intercontinental.

## **4. Metodología**

Se llevará adelante un análisis teórico de los conceptos propuestos. Para ello, se hará necesaria un rastreo o revisión bibliográfica acorde que permita trazar el recorrido por realizar en el Marco Teórico. De este modo, la metodología será de carácter cualitativa, por considerar que es la que mejor se ajusta a los objetivos planteados. En palabras más precisas, la metodología de investigación social permitirá una investigación flexible del tema, que lo abarque holísticamente y deje planteadas hipótesis como líneas de investigación futuras. El diseño de investigación es de tipo descriptivo exploratorio, y las técnicas de recolección de datos se realizaron en base a:

- la revisión y el rastreo del material bibliográfico e investigaciones existentes en la materia;
- la observación participante y el análisis del proyecto de reinserción comunitaria para pacientes internados por trastornos mentales crónicos llevado a cabo por el equipo de Salud Mental del *Instituto Frenopático de Buenos Aires*.

## 5. Antecedentes

El movimiento de Salud Mental se constituyó como un enfoque innovador y polémico que se difundió durante el período de posguerra en todo el mundo, calando en las concepciones científicas y en los procesos de reordenamiento institucional en los establecimientos asistenciales de salud (De Lellis, Fotia, 2019).

Desde sus comienzos, sus referentes propusieron integrar las disciplinas científicas tradicionales y aquellas otras que habían ido adquiriendo progresiva autonomía profesional, como fue el caso de la Psicología.

Sin embargo, dicha integración no ha sido sencilla y ha encontrado numerosas resistencias, principalmente en lo que refiere a las relaciones de hegemonía y subalternidad entre las disciplinas: la psiquiatría tradicional conservó una posición de hegemonía y autoridad entre las profesiones de la salud, lo que reforzó una tendencia a la parcelación del conocimiento y una concepción reduccionista centrada en lo biomédico, desatendiendo los aspectos subjetivos involucrados en el proceso de salud-enfermedad. A su vez, no puede soslayarse la escasez de profesionales capacitados en una perspectiva sostenida en el intercambio y la producción de conocimientos interdisciplinarios debido a las concepciones y prácticas de las carreras de grado cuya perspectiva ha estado centrada en el aporte de cada disciplina en particular de forma excluyente.

Durante el siglo XX, el paradigma disciplinar adquirió un renovado protagonismo en las universidades, donde se compartimentó y consagró como científicas a ciertas disciplinas, particularmente aquellas que podían encuadrarse en el paradigma positivista que jerarquizaba a las ciencias naturales por sobre los demás saberes científicos. Este paradigma postula un orden que implica la estabilidad y previsibilidad de los fenómenos, asumiendo que los mismos son explicables utilizando una relación causa simple-efecto simple. Estas determinaciones causales aspiran a ser plasmadas en leyes inmutables, permanentes y a-históricas que den cuenta del funcionamiento del mundo.

Como consecuencia de este enorme avance del conocimiento científico especializado se produjo una parcelación cada vez mayor del conocimiento y una gran dificultad para coordinar e integrar los saberes producidos. A su vez, dicho fenómeno trajo aparejada una progresiva pérdida de contacto con el problema original y con ello, la imposibilidad de dar respuesta a las exigencias que planteaba la necesidad de resolver problemas concretos que afectan a las personas en sociedad. Como expresara Max Neef (2004) "la disciplinariedad es monodisciplinaria, porque representa la especialización en aislamiento".

El concepto de interdisciplina surge entonces en un intento de superar los límites estrechos que cada disciplina imponía al análisis de los problemas al abordar restrictivamente su objeto de estudio desde un enfoque teórico prefijado y a través de metodologías directamente influidas por el enfoque positivista. Esta perspectiva, que excede la sumatoria de miradas disciplinares parciales para avanzar

en un nuevo modo de construir el objeto basado en el intercambio de saberes, no supone el borramiento de las disciplinas sino, por el contrario, el reconocimiento de la estrecha vinculación entre las mismas (García, 2006).

Desde este enfoque, la construcción de un espacio de conocimiento que expande las fronteras de lo disciplinario surge de la interpelación entre disciplinas particulares que problematizan la demarcación de su objeto por medio de interrogaciones o cuestionamientos recíprocos y, al mismo tiempo, contribuyen a la revisión de los supuestos teóricos y metodológicos en los que se basa cada especialización profesional.

En este sentido, Rolando García cuestiona el concepto tradicional de “disciplina” desde un enfoque que se asienta sobre la perspectiva de la complejidad:

En nuestra concepción de los sistemas complejos, lo que está en juego es la relación entre el objeto de estudio y las disciplinas a partir de las cuales realizamos el estudio. En dicha relación, la complejidad está asociada con la imposibilidad de considerar aspectos particulares de un fenómeno, proceso o situación a partir de una disciplina específica (García, 2006, pág. 89).

También dicho autor introduce una diferenciación sobre multidisciplinaria e interdisciplinaria que amerita su mención. Mientras que en el caso de la multidisciplinaria lo que se integra son los resultados de diferentes estudios sobre una problemática común, en el caso de la interdisciplinaria la integración de los diferentes enfoques está en la delimitación de la problemática en cuestión y asociada con la imposibilidad de considerar aspectos particulares de un fenómeno, proceso o situación a partir de una disciplina específica (García, 2006, pág. 92).

De acuerdo a Elichiry (1987) el enfoque interdisciplinario promueve intercambios que producen recíproco enriquecimiento y transformación, y supone la cooperación entre los miembros del equipo, que proceden de disciplinas heterogéneas y se concretan en prácticas convergentes.

En el inicio del siglo XXI las tendencias en favor de la visión interdisciplinaria en Salud Mental se expandieron nuevamente, y en diciembre del año 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental. Esta norma se impuso como un marco de referencia que aspira a regular la práctica de los servicios y los procesos de formación de los profesionales que integran o integrarán el complejo campo de la Salud Mental, y produjo una ruptura paradigmática al plantear el enfoque de derechos como uno de los principios rectores para atender a las personas con padecimientos mentales. Se aspira así a superar el enfoque monodisciplinario tradicional, mediante la referencia a las interacciones disciplinarias e intersectoriales presentes en la ley, poniendo de relieve la necesidad de dar una respuesta teórica y práctica acorde a la complejidad de los problemas sociosanitarios que atraviesan el campo de la salud mental.

## 6. Estado del arte

Se presenta a continuación, una revisión de trabajos y/o investigaciones que fueron elaborados hasta la fecha y que representan valiosos antecedentes a la temática y a los objetivos de la presente tesis.

Hugo Cohen y Graciela Natella (2013), en *La demanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*, exponen una de las transformaciones pioneras en salud mental en nuestro país y su relación con el contexto a nivel local y global. Este texto no sólo establece una consideración histórica de la reforma, sino que asienta la experiencia rionegrina como referente técnico para las nuevas estrategias de reinserción social.

En *Centros de día y Residencias en la comunidad: una alternativa al modelo asilar*, De Lellis, Rebottaro y Possetto (2008) delimitan ciertos ejes para la implementación de políticas públicas alternativas al modelo hospitalario a través de la descripción y el análisis de distintos dispositivos asistenciales de rehabilitación en los que la mejora sobre la calidad de vida de los pacientes ha sido notable, pero –aclaran- aún queda mucho trabajo por realizar.

Siguiendo esta línea, Tisera, Leale, Lohigorry, Pekarek y Josowick (2016) en *Salud Mental y desinstitucionalización en los procesos de externación* investigaron las limitaciones y resistencias que presenta la reforma normativa de Salud Mental en el caso de un hospital monovalente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A partir del análisis de datos (tras la conformación de una muestra y la implementación de un cuestionario), los autores concluyeron que la insuficiencia de dispositivos de atención intermedia que trabajen fomentando y facilitando la consolidación de los derechos de los pacientes es la principal resistencia con la que se encuentra la labor en salud mental comunitaria.

Otro estudio acerca de las dificultades de la puesta en práctica de la Ley de Salud Mental es el que realizaron Zaldúa, Pawlowicz, Tisera, Lenta, Lohigorry y Moschella (2016), titulado *Obstáculos y posibilidades de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental: un estudio comparativo entre 2011 y 2013*. En este artículo, los autores especifican las condiciones -y condicionamientos- para la implementación de la Ley en el ámbito del Área Metropolitana de Buenos Aires, y puntualizan como principales obstáculos la falta de planificación y puesta en práctica de políticas públicas que apuntalen el modelo de atención comunitario. Esto, sumado a la asignación presupuestaria focalizada en hospitales monovalentes, hizo que en 2013 persistieran prácticas asilares y tutelares como modo de abordaje principal frente al padecimiento mental. Es así que, si bien se dieron ciertos avances desde 2011, en 2013 aún permanecía la necesidad de poner en juego requisitos fundamentales para la implementación de la Ley –a saber: la creación a gran escala de casas de medio camino, pisos asistidos, dispositivos de atención en la comunidad; y la articulación entre las organizaciones sociales y las decisiones políticas y económicas-.

Un informe realizado en 2015 por la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia evaluó el presupuesto destinado a la salud mental para 2016 en base a estadísticas comparativas con años

anteriores y a un exhaustivo análisis de la distribución presupuestaria para los establecimientos contemplados por el Ministerio de Salud en la Ciudad de Buenos Aires. Este estudio concluyó que el 85% del capital destinado a la Salud Mental se dirigió a cuatro hospitales monovalentes (Hospital de Salud Mental José Tiburcio Borda, Hospital de Salud Mental Dr. Braulio A. Moyano, Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García, y Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato Alvear); y menos del 1% del monto presupuestario se destinó a programas de externación, desestimando así lo que se intenta promover en la Ley Nacional 25.657, y reforzando el modelo psiquiátrico de atención.

Por último, uno de los trabajos más recientes en la temática es el de Amutio, V., Gallo, Y. y Martínez, M. E., (2017) llamado *Los debates de la Salud Mental en el marco de las experiencias de intervención en los procesos de externación en la sala de Salud Mental del Hospital Blas L. Dubarry de la ciudad de Mercedes (Bs. As.)*. El trabajo fue presentado en el 1° Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones en la ciudad de Tandil, y se basa en la experiencia de las autoras respecto de dos casos de externación asistida de pacientes diagnosticados como esquizofrénicos. Como parte de la conclusión se pone de manifiesto la ausencia de políticas y estrategias oficializadas de desinstitucionalización y de espacios de atención intermedia, por lo cual el destino de los pacientes queda a criterio de los profesionales involucrados que deben ir conquistando espacios por su cuenta, a paso lento, y apoyándose unos en otros; espacios que deberían ser facilitados desde el espectro político. Respecto de la externación, ambos pacientes contemplados en la ponencia demostraron una mejora invaluable en su calidad de vida: fortalecieron su autonomía, se revincularon con el grupo familiar y/o vecinal, y actualmente concurren a un taller con fines laborales.

## **7. Marco teórico**

Siguiendo los objetivos propuestos, se procederá a analizar las problemáticas de salud mental como el emergente de un proceso de multideterminación bio-psico-socio-cultural, para luego desarrollar el concepto de interdisciplina en el campo de la Salud Mental, seguido del abordaje de la noción de reinserción social desde la Psicología Comunitaria.

### **7.1. Las problemáticas de salud mental como el emergente de un proceso de multideterminación bio-psico-socio-cultural.**

Las perspectivas epistemológicas y metodológicas en el campo actual de la Salud Mental han puesto en crisis a la Psiquiatría tradicional, especialmente desde que se introdujera en la Asamblea de la OMS (1953) el giro hacia la Salud Mental como una formulación discursiva que supone ampliar la mirada de la atención psiquiátrica a la prevención, el desarrollo de servicios comunitarios y revisar la asistencia manicomial, haciendo hincapié en la necesidad de un trabajo comunitario que supere la atención centrada en los hospitales psiquiátricos. La OMS planteó así a la salud mental como un campo social particular donde intervienen distintas disciplinas, dejando de ser un ámbito exclusivamente médico.

Sin embargo, dado que la psiquiatría es parte de la prehistoria de salud mental y esta relación del sufrimiento mental con la medicina ha sido desde su inicio conflictiva y arbitraria, persiste una tensión entre las posiciones de la psiquiatría, hoy representada por la permanencia de hospitales monovalentes y también por el avance del positivismo médico por vía de la neurobiología y la industria farmacéutica, frente a los criterios de una perspectiva social y cultural de la salud mental.

El desarrollo actual de una comprensión interdisciplinaria y social de la salud mental constituye, tras doscientos años de medicina mental asilar, el camino más racional hacia una ciencia social del sufrimiento mental. Desde Augusto Comte -como pionero del Positivismo- en adelante la medicina avanzó en base a dos principios: la objetividad del conocimiento y la explicación causal de las enfermedades como verdad universal. Este horizonte de racionalidad científica permitió al médico hablar en tercera persona: la explicación causal de las enfermedades como verdad universal más allá de toda singularidad del enfermo. El cuerpo biológico sirvió entonces, durante más de dos siglos, de exclusivo objeto de estudio de la medicina clásica, y se entendió que encontrando la alteración de su norma de funcionamiento se descubriría la verdadera causa de la enfermedad y la racionalidad de su tratamiento. A su vez, debido a su pretendida universalidad, podía ser incluida entre las enfermedades ya clasificadas o abrir una nueva categoría.

Esta perspectiva ha sido claramente caracterizada por Eduardo Menéndez (1988) al proponer el Modelo Médico Hegemónico como categoría de análisis y cuyos rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica,

tendencias inductivas al consumo médico. Dichas características cristalizan un tipo de práctica técnica y social donde los factores etiológicos y curativos son depositados en la persona, o a lo sumo en un ambiente que se pretende “natural”, prescindiendo de todo proceso colectivo determinante de la enfermedad y considerando al sujeto y a los conjuntos como “pacientes” o conglomerados humanos.

Al radicar su mirada en una aparente especificidad, la de la enfermedad “en sí”, que de hecho elimina la red de relaciones sociales, productivas e ideológicas que afectan la salud global de las personas, genera una práctica que termina siendo asistencial, a demanda y curativa. El modelo clínico -en el que se basa el Modelo Médico Hegemónico- se ocupará del hombre aislado de su contexto vital, sin tomar en cuenta su ecosistema e intentará explicar la enfermedad sobre la base del marco teórico biológico.

Si bien es cierto que el cerebro humano, en su estructura y funcionamiento, es universal, los comportamientos de los sujetos se caracterizan por la diferencia: el psiquismo, la subjetividad, los modos de significación, valoración, que son los que regulan los comportamientos prácticos, y que están presentes en los modos del sufrimiento psíquico, son inescindibles de la lengua, la cultura, el mundo simbólico y social en que habita cada sujeto. Así, la subjetividad humana es una totalidad relacional compleja, su esencia no es inmutable sino variable, cambiante, y lo social y cultural no es una relación del sujeto con algo exterior a él, sino intrínseca, constitutiva de la subjetividad misma.

De esta manera, el proceso salud-enfermedad sólo se hace accesible al conocimiento en la complejidad de la reproducción social, por lo que se requiere sostener una visión integral de la salud y superar aquellas perspectivas que se restringen al estudio de las enfermedades. En este sentido, el modelo de Salud Mental busca explicar los fenómenos emergentes del proceso salud-enfermedad partiendo de que el ser humano es inseparable de sus circunstancias socioeconómicas, psicosociales y culturales. Siguiendo a Saforcada (2010), desde este paradigma, se define la salud como:

la situación de relativo bienestar físico, psíquico, espiritual, social y ambiental (el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada), debiéndose tener en cuenta que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas y sus ambientes, comprendiendo que todos estos componentes integran a su vez el complejo sistema de la trama de la vida. (p.43)

Dada esta relación existente entre contextos sociales y los modos de enfermar, resulta imperante atender y trabajar sobre los condicionantes sociales de la salud y la salud mental: la pobreza, las distintas expresiones de las injusticias, las desigualdades sociales, los cambios sociales abruptos, la falta de acceso a una adecuada educación, a los servicios de salud, al trabajo, a una vivienda digna, las situaciones de violencia y de vulnerabilidad social, etc. A su vez, los procesos de salud/enfermedad constituyen cuestionamientos potenciales tanto de las instituciones médicas como de la sociedad en la

cual operan dichas instituciones, y en las cuales se desarrollan y se sufren las enfermedades generadas por las condiciones de vida imperantes.

Se trata entonces de abarcar las variables que componen el objeto “salud mental”: el modelo de atención; las políticas y la gestión; las disciplinas que intervienen; las prácticas que se realizan y los sujetos de las mismas. Si bien se puede identificar la organización de cada una de estas categorías para tratar los problemas centrales, lo esencial es establecer las relaciones entre las variables que integran el proceso salud-enfermedad-sistema de atención, que es lo que conforma el modelo explicativo de la Salud Mental, sobre la base de considerar a la salud mental como una problemática social compleja.

## **7.2. Interdisciplina**

### **7.2.1. Delimitación conceptual**

La necesidad de la articulación interdisciplinaria parte, en primer lugar, de la comprensión de la complejidad de toda situación social que excede a todo conocimiento disciplinar especializado, atomizado y aislado. Es por esto que, como paso previo a la conceptualización de la interdisciplina, es necesario retomar, en sus aspectos fundamentales, el Paradigma de la Complejidad planteado por Morín (1986).

“Hace falta ver la complejidad allí donde ella parece estar, por lo general, ausente, como, por ejemplo, en la vida cotidiana” establece Morín (1986, p. 87) al comenzar el capítulo en el que desarrollará el paradigma de la complejidad como superación del pensamiento racionalista -cuyo fundamento hallamos en el dualismo cartesiano: *res cogitans* y *res extensa* como entidades taxativamente aisladas, y su afán por proponer La verdad como categoría irrefutable-. El Paradigma de la Complejidad implica, justamente, “la incapacidad de lograr la certeza, de formular una ley, de concebir un orden absoluto” (p. 99); se trata de aceptar la contradicción no en el sentido del error, sino como un aspecto propio de la profundización en el conocimiento de la realidad.

Dice Morín:

El paradigma de complejidad provendrá del conjunto de nuevos conceptos, de nuevas visiones, de nuevos descubrimientos y de nuevas reflexiones que van a conectarse y reunirse. Estamos en una batalla incierta y no sabemos aún quién la llevará adelante. Pero podemos decir, desde ya, que si el pensamiento simplificante se funda sobre la dominación de dos tipos de operaciones lógicas: disyunción y reducción, ambas brutalizantes y mutilantes, los principios del pensamiento complejo, entonces, serán necesariamente los principios de distinción, conjunción e implicación (1986, p. 110).

Es así que este paradigma se corresponde con aquello que plantea Stolkiner (2005) al hablar de la interdisciplinareidad como un posicionamiento que “obliga, básicamente, a reconocer la incompletud de

las herramientas de cada disciplina” (p. 5). No hay conocimientos absolutos ni verdades categóricas, sino realidades multidimensionales, lo cual clama por la cooperación de las distintas áreas del conocimiento en un sentido solidario: “si tenemos sentido de la complejidad, tenemos sentido de la solidaridad” (Morín, 1986, p. 100).

En base al postulado de la complejidad como paradigma, la interdisciplina cobra un papel estratégico fundamental en contraste con toda visión reduccionista y disciplinar especializada –aquello que Elichiry (1987) denomina “islas académicas”-. Es así que, para realizar un corrimiento de la fragmentación en el estudio de cualquier fenómeno social, se hace absolutamente necesaria una orientación que apunte producir y promover conocimiento mediante la integración cooperativa de distintas áreas del saber.

Según establece Stolkner (1987a):

La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos (p. 313).

Es decir, los fenómenos humanos actuales, en su profunda complejidad, requieren un enfoque dinámico, un movimiento hacia “campos articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas” (Stolkner, 2005, p.1).

Hablar de problemáticas sociales complejas implica aceptar la imposibilidad de intervenir para homogeneizar poblaciones y reconocer en los problemas sociales tanto los aspectos objetivos como subjetivos. Como bien enuncia Stolkner (1987), el enfoque médico sanitarista simplifica lo irreductible y termina por despojar de los sujetos los elementos constitutivos de la vida social, cuestión que necesariamente vulnera en todos sus términos a las personas sobre las que se interviene.

Las problemáticas sociales complejas evidencian la tensión existente entre necesidades y derechos, así como los derechos sociales y civiles no cumplidos, los cuales resultan transversales y abarcan dificultades que se expresan en forma singular en los sujetos con padecimiento mental. Como bien lo entiende Carballeda (2008) “En definitiva, el derecho a la inclusión, a la identidad, a formar parte de la comunidad y de la cultura implica nuevas complejidades” que requieren ser abordadas integralmente desde el campo de la salud mental. Trabajar desde el modelo de la complejidad implica reconocer un no saber que acompaña el saber, soportar la presencia de lo conflictivo y de lo heterogéneo y aceptar y trabajar desde y con las diferencias. Es por esto que la interdisciplina entonces, como posicionamiento clínico y también ético, exige y permite sostener la incertidumbre frente a un saber completo y absoluto como dador de significados, constituyéndose así como un lugar para la pregunta y por lo tanto, una intervención a construir.

La perspectiva interdisciplinaria convoca a diversas ramas del conocimiento a un trabajo conjunto, lo cual no significa que los distintos especialistas *estén juntos* en un intercambio eventual, sino en una labor constante, recurrente, y sostenida que permita beneficios recíprocos y transformaciones mutuas (Elichiry, 1987; Stolkiner, 2005).

Ahora bien, una de las cuestiones fundamentales a tener en cuenta al hablar de interdisciplina es que esa misma necesidad de cooperación en intercambio constante debe realizarse de modo tal que cada disciplina no pierda su propia identidad. Como plantea Elichiry (1987), se trata de encontrar el modo para compatibilizar la unidad y la diversidad de las disciplinas en juego manteniendo la especificidad de cada área del conocimiento para, entonces, poder establecer el intercambio. En palabras de Elichiry:

En la articulación interdisciplinaria cada disciplina es importante en su función, en su individualidad. Cuando cada disciplina está nítidamente identificada y estructurada, podemos recién orientarnos a la interdisciplina. El principio de la articulación disciplinaria se basa en las correspondencias estructurales, en las intersecciones y en los vínculos interdisciplinarios. Esto es importante, porque la integración no se realiza exclusivamente a nivel de las disciplinas, sino a través de los miembros del equipo de trabajo, que en grupos heterogéneos aportan prácticas convergentes. Es por ello que la cooperación orgánica entre los miembros del equipo es básica (1987, p. 5).

Asimismo, la presencia de actores de distintas disciplinas no garantiza que lo interdisciplinario se ponga en marcha ya que ésta no se trata de la sumatoria de saberes, así como tampoco se trata de la complementariedad donde una disciplina vendría a completar el punto de vacío de saber que otra presenta. Parecería que ambas lecturas de la interdisciplina aspiran a abarcar la “totalidad del problema” como si éste pudiera recortarse y definirse bajo límites precisos, cuando su modalidad de presentación es más bien como demandas complejas y difusas que darán lugar a prácticas sociales invadidas de contradicciones e imbricadas en cuerpos conceptuales diversos. Por lo tanto, no se trata de aspirar a la totalidad sino de poder hacer frente a la complejidad, entendiendo lo complejo como la permanencia de lo conflictual, lo que nunca es totalmente representable, donde hay un resto que resiste a la representación. Así, la interdisciplina se dibuja y se plasma en el campo de la acción y no del saber especializado, más como apuesta que como certeza, donde cada disciplina mantiene su especificidad e independencia sin avanzar independientemente de las otras, pero requiriendo de plasticidad e invención, de cierto indisciplinamiento frente a la propia disciplina que posibilite prácticas creativas.

Siguiendo a Stolkiner (2005), la interdisciplina implica un posicionamiento “pos positivista” que reconoce “la historicidad y por lo tanto la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, que no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas” (p. 5). La interdisciplinarietà interpela a cada área del saber a reconocerse, en sí misma, como incompleta, y a movilizarse hacia la cooperación con otras disciplinas.

### **7.2.3. La interdisciplina en el campo de la Ley Nacional de Salud Mental**

La Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, promulgada en 2010, se estableció como el anclaje formal y normativo de una serie de modificaciones históricas que se fueron sucediendo como contrapunto al modelo médico, a la oposición binaria y reduccionista del par salud-enfermedad, y a la lógica asilar. Establece como principal objetivo “asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el Territorio Nacional” (2010, Art. 1°). En sus artículos 8° y 9°, respectivamente, especifica la promoción de la salud desde un equipo interdisciplinario, integral y cooperativo; y un proceso de atención –preferentemente- fuera del ámbito de internación.

La necesidad de lo interdisciplinario, planteada por la Ley, se sustenta en el Paradigma de la Complejidad y en la multicausalidad de la salud mental. Tal como establece el Art. 3°:

se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona (2010).

Ahora bien, es evidente que la formulación de la Ley y su implementación son dos cuestiones distintas. La puesta en práctica de las normativas vigentes, en lo que respecta a quienes trabajan en salud mental, “requiere de personas –profesionales o no- con actitudes expresadas en el compromiso de la acción, en la construcción de lo común, en la capacidad de establecer y sostener relaciones” (Leale, 2013). La planificación estratégica, los modos de intervención, todas aquellas técnicas empleadas en cumplimiento de la Ley 26.657 y en vistas del respeto por los derechos de las personas con padecimiento mental requieren el posicionamiento interdisciplinar y la consideración de los sujetos implicados como “actores sociales capaces de transformar la realidad social, incorporando los saberes de la comunidad, escuchando y respetando sus voces” (Leale, 2013).

La ejecución práctica de la Ley -siguiendo a Zaldúa (2011) citado en Tisera, Leale, Lohigorry, Pekarek y Joskowicz (2016)- solicita la profundización y reconsideración de los procesos de acción participativa para superar cuestiones que exceden a quienes intervienen directamente, e implican niveles políticos, económicos, ideológicos y corporativos. Tisera et al. (2016) explican que para el 2011 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y según cifras del CELS, había disminuido la judicialización de las internaciones a la vez que habían aumentado los procesos por inhabilitaciones e insania. En correspondencia con estas cifras, tal como establecimos en el apartado acerca del estado del arte, un estudio realizado en 2015 por la Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia estableció que para el 2016 el 85% del presupuesto destinado a Salud Mental en CABA se dirigió a cuatro hospitales monovalentes.

En principio, si bien la Ley constituye un gran avance formal en lo que respecta a la conceptualización y abordaje de la salud mental, queda un largo camino por recorrer y numerosas

transformaciones por realizar que interpelan a múltiples sectores. Sin planes formales de acción que promuevan la atención por fuera del ámbito hospitalario, y mientras la mayor parte del presupuesto en Salud Mental se oriente a la atención en hospitales monovalentes, el trabajo que nos requiere la Ley Nacional no cobrará la fuerza necesaria para encauzarse a la transformación a la que apunta.

### **7.3. Psicología Socio-comunitaria**

#### ***7.3.1. El rol del psicólogo desde una perspectiva socio-comunitaria.***

Como paso previo a la definición de reinserción social y sus características resultan necesarias ciertas consideraciones sobre las particularidades de la Psicología Socio-comunitaria, a partir de las cuales debemos posicionarnos para la confección de este trabajo.

Siguiendo a Montero (2004), el psicólogo comunitario es “un agente de cambio ligado a la detección de potencialidades (recursos, capacidades), al fortalecimiento y la puesta en práctica de las mismas y al cambio en los modos de interpretar, construir e influir sobre la realidad” (p.173). Es decir, el profesional debe situarse como facilitador del cambio social a través de la conjugación de intervenciones, saberes e investigaciones, porque nunca puede actuar únicamente en base a su propio saber unívoco, sino que requiere el saber del otro en una interacción constante y activa. Esta consideración del rol del psicólogo se plasma en la metodología de IAP (investigación-acción participativa), cuyo eje fundamental está en comprender a la comunidad y sus miembros como sujetos agentes de cambio en una relación dialógica horizontal con los profesionales intervinientes (Montero, 1998).

Las personas que intervengan desde la Psicología Social Comunitaria deben actuar, principalmente, con compromiso; y su función fundamental será la de establecerse como mediadores entre los elementos –personas, situaciones- que sean parte del conflicto. Se trata de adoptar “una posición de interviniente más que de interventor; de ser un co-constructor que de quién baja un lineamiento pensado en alguna oficina lejos del territorio” (Leale, 2013). Es así que toda intervención debe apartarse del paradigma disciplinar y la atomización de los problemas y conocimientos para comenzar a emplear procesos co-diseñados con los grupos y actores sociales, enfatizando su participación activa (Montero 2006 citada en Leale 2013).

Entre las distintas condiciones necesarias para ser psicólogo comunitario que enumera Montero, cabe destacar una de ellas que nos permite trazar una relación directa con la labor interdisciplinaria. Dice esta autora que el profesional de la psicología debe tener *modestia*, estableciendo así una aceptación del propio desconocimiento y la necesidad de un aprendizaje que “puede provenir no sólo de los centros de saber estatuidos, sino también de lugares, personas y situaciones insospechados” (Montero, 2004, p. 179). Se trata, en definitiva, de que el profesional participe con la comunidad de una relación de diálogo mutuo “en la que diversas voces (...) tengan la misma oportunidad de hacerse oír, de intervenir, de ser oídas y de recibir respuesta” (p. 181).

### **7.3.2. La comunidad como actor fundamental**

Por otra parte, para esta autora, una de sus características distintivas de la Psicología Social Comunitaria es la preponderancia que se le otorga a la participación de la comunidad, otorgándole un rol activo a la misma. Así, la comunidad no es una receptora pasiva de la labor de los psicólogos comunitarios, sino que participa activamente de ese trabajo de transformación como constructora de su propia realidad. La participación implica formar o ser parte de la toma de decisiones, de las acciones, del establecimiento de los objetivos, los derechos, los deberes, las responsabilidades y los logros. Es una condición para el ejercicio de la libertad y el fortalecimiento de la comunidad, y es un proceso en el cual se produce e intercambia conocimiento, se genera colaboración y solidaridad (Montero, 2004).

Para Euclides Sánchez (2001) la participación comunitaria implica acciones que permiten influir en la toma de decisiones, y, al mismo tiempo, la reflexión acerca de la propia participación, con el fin de protegerse frente a la pasividad en la aceptación de las decisiones. Además, otra característica de la psicología comunitaria “sería el énfasis puesto en el desarrollo de las fortalezas y capacidades, más que en las debilidades o carencias” (Montero; 2004; p.68), con el objetivo de que las comunidades, y las personas que las integran, tengan el control sobre los procesos que las afectan.

Desde esta rama de la psicología se busca la transformación social, lo cual es llevado a cabo tanto por los profesionales, llamados agentes externos, como, y principalmente, por los miembros, grupos, e instituciones que integran la comunidad en la que se trabaja. Además se sostiene una perspectiva de derechos, se busca posibilitar la autonomía de los individuos y de las comunidades, generar el conocimiento acerca de los propios derechos y el acceso a los mismos, así como el fortalecimiento de la participación comunitaria para lograr la garantía del cumplimiento y respeto de los mismos.

Este rol activo de la comunidad permite el reconocimiento de que ellos mismos -los miembros y grupos que la integran- pueden generar cambios en sus propias realidades, lo cual genera, a su vez, el aumento de la autoestima, la confianza en sí mismos y la seguridad, sentimientos de placer y gratificación, así como la ampliación de redes sociales dentro de la comunidad y el fortalecimiento de los ya existentes.

Montero considera, además, que la psicología comunitaria implica el trabajo con fenómenos psicosociales que se producen en relación con procesos de carácter comunitario. Para ello se toman en cuenta el contexto social y cultural en el cual surgen estos procesos, así como la relatividad cultural y la diversidad. Es en este sentido que se busca el cambio social dirigido al desarrollo comunitario, así como el cambio personal en la interrelación entre los individuos y la comunidad, con un perfil altamente preventivo, pero siempre partiendo desde la propia comunidad y no con los cambios señalados desde afuera. El “partir de la comunidad” implica el diagnóstico conjunto entre los profesionales o “agentes externos” y los miembros de la comunidad, en función de situaciones que constituyen totalidades.

El trabajo comunitario se plantea “el bienestar y el fortalecimiento de las personas para que puedan ejercer su condición de ciudadanas y se reconozcan como tales, ejerciendo sus deberes y

usufructuando sus derechos” (Montero; 2004; p.180). Para esto es necesario establecer con la comunidad una relación dialógica, de horizontalidad y de respeto por las diferencias y la singularidad de cada persona que interviene en el proceso de transformación, donde todos aprenden y enseñan, luchando por la igualdad de oportunidades. En este sentido Euclides Sánchez (2001; p.138) escribe que “el reconocimiento del conocimiento de los participantes tiene efectos potenciadores en estos” y explica que el conocimiento científico de los psicólogos que intervienen en la comunidad debe adaptarse al contexto a partir de la experiencia de las personas y los conocimientos propios de ellas.

### **7.3.3 Su metodología: IAP (investigación-acción participativa)**

Por otra parte, hablar de psicología comunitaria implica pensar en su método, y el principal de ellos es el de la investigación-acción-participativa, en el cual, de la mano de la investigación, se produce la acción. Pero se trata de una acción que conduce a la transformación social. Como se ha mencionado, un principio prioritario de la psicología comunitaria es la unión entre teoría y práctica y, en este sentido, se habla de Praxis: implica la investigación y reflexión permanente sobre la realidad en la que se trabaja, tanto para conocerla como para transformarla.

El diagnóstico conlleva una parte fundamental del proceso, ya que tiene como objetivo que la comunidad pueda reflexionar acerca de sus propias problemáticas y sobre aquello que considera que se debe trabajar para mejorar. Durante este tiempo, los profesionales “externos” deben mantener una postura ética y valorar los saberes y creencias de la comunidad, sin imponer lo que creen que la comunidad necesita. Euclides Sánchez (2001) habla de la etapa de identificación de necesidades, en la cual se recolecta información sobre las problemáticas de la comunidad, que luego se utilizará como base para la planificación de la intervención con la misma. Explica que esta etapa se inicia con el diagnóstico de las carencias que la propia comunidad considera esenciales. Durante ese proceso se busca que “los problemas identificados sean concientizados como problemas colectivos, y no de un individuo particular, y como resultado de determinaciones sociales que son transformables” (Sánchez; 2001; p.131). Seguido a este diagnóstico se establece, con estos mismos actores sociales, la demanda, el deseo, o el objetivo a cumplir. Para esto es necesario generar, desde el inicio, “una peculiar relación de colaboración, cooperación e intercambio de saberes: psicológico y popular” (Montero; 2004; p.172).

En este sentido, para Montero, algunas de los aspectos principales del método tienen que ver con su carácter activo, es decir, orientado a la transformación; su carácter participativo y su carácter contextualizado, en tanto se adaptan las técnicas y procedimientos a las especificidades culturales de la comunidad. El trabajo en equipo, así como la interdisciplinariedad y el rol activo de la comunidad, además, facilitan que no se imponga una sola voz, que se reflexione sobre las formas de hacer y que las intervenciones a realizar sean enriquecidas, así como las comunidades con las que se trabaja, a partir del entrecruzamiento de múltiples voces.

#### **7.3.4. Reinserción social**

Uno de los principales objetivos que se debe considerar para cumplir con la mencionada Ley de Salud Mental en su afán de reducir al máximo posible las situaciones de internación hospitalaria (tal como establece a lo largo del capítulo VII –artículos 14° a 29°-), es el de reinserción social.

Siguiendo a Cohen y Natella (2013) encontramos que la reinserción social fue el eje primordial de la reforma de Río Negro, la cual sentó las bases de numerosos avances en la Salud Mental de nuestro país. Es por eso que tomaremos las características de la reinserción social de la mencionada reforma como modelo de intervención en Salud Mental. Dicen estos autores:

...la reforma rionegrina empleó desde un inicio la expresión ‘reinserción social’ para significar el derecho a vivir en la comunidad de aquellas personas que se encontraban institucionalizadas en el hospital psiquiátrico (...) considerado una comunidad paralela por fuera de la circulación social (p. 137).

La reinserción social como objetivo e instrumento principal para lograr el retorno a la comunidad de personas con padecimiento mental se anclaba en distintas estrategias –por ejemplo, de atención ambulatoria- para evitar prolongar el deterioro consecuente de la institucionalización o la profundización de prejuicios y estigmatizaciones en el imaginario social. A partir de la reforma comenzaron a surgir nuevas estrategias de intervención terapéutica que apuntaban a promover y/o fortalecer la red social de la persona y “el sostenimiento de las necesidades cotidianas, en particular la promoción de la vivienda y del trabajo (...). Además de intervenciones que fortalezcan la seguridad social, el apoyo económico (...), la promoción cultural y deportiva; la educación y alfabetización” (Cohen y Natella, 2013, p. 138). Estos ejes mencionados serán cruciales en todo abordaje terapéutico en pos de la reinserción, inclusión o revinculación social y comunitaria.

Otro punto de fundamental importancia fue la activación de sectores familiares y comunitarios para hacerlos partícipes en la tarea. El trabajo con familiares y grupos comunitarios de las personas con padecimiento mental es inseparable de los procesos de reinserción e inclusión social, y pone de manifiesto la necesidad de encarar con estos grupos un abordaje de respeto y aceptación de la diferencia. Por más avances que se logren a nivel individual, si la comunidad no desestigmatiza ni facilita la inclusión y la pertenencia, el trabajo debe considerarse estéril.

Para lograr estos objetivos fue absolutamente necesario el trabajo con un equipo que incluyera tanto recursos convencionales multidisciplinarios como recursos no convencionales –operadores comunitarios, familiares, usuarios en recuperación, entre otros-. Es así que, en alusión a los lineamientos del Paradigma de la Complejidad y las estrategias interdisciplinarias, estos autores dicen:

La diversidad de recursos humanos que componían los equipos fue la base para el cambio actitudinal inherente a la desmanicomialización: solo no se puede; no alcanza el saber profesional, es necesario el saber de la

cotidianidad, o sea, el que resuelve la necesidad planteada. Este saber pudo construirse con ambos recursos: profesionales y no profesionales (p. 150).

Extrapolando la experiencia rionegrina al ámbito general de la Salud Mental, Cohen y Natella (2013) hablan de la “socialización de los conocimientos intraequipo” (p. 150), y la descentralización de la cura psiquiátrica para transformar la acción terapéutica en un “acto multideterminado, vinculado a la calidad y la continuidad de los cuidados promocionales, que fueron exitosos en la medida en que se integraron y articularon todos los recursos terapéuticos posibles” (p. 150).

Actualmente, en la Ciudad de Buenos Aires se cuenta, tras un decreto establecido en 2010 en correspondencia con la Ley Nacional 26.657, con un Programa de Externación Asistida para la Integración Social (PREASIS). Como paso previo, en 1999, se había puesto en marcha el PREA (resolución N° 001832 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires), encarando la atención en Salud Mental desde una perspectiva alternativa, con base, fundamentalmente, en la Atención Primaria de la Salud (APS). Siguiendo a Maceira (2007), la APS se define como

un modelo estratégico de salud, basado en la promoción, la prevención y el tratamiento de la salud, que no sólo se identifique con la oferta de servicios, sino que también incorpore a la población usuaria como parte de un proceso de retroalimentación mediante prácticas participativas. Asimismo, el modelo de APS incluye la combinación de aprendizaje interdisciplinario de médicos y trabajadores de la salud, sociólogos, psicólogos, trabajadores sociales, economistas y especialistas en gestión, etc., a fin de permitir un uso eficiente de recursos, en tanto una mayor eficiencia asignativa redundará en mayor equidad y acceso (p. 16).

Es así que todo modelo de APS pone el eje en el accionar interdisciplinario para la garantía de los derechos humanos, y jamás deja por fuera del proceso de atención a los usuarios y sus particularidades.

## **8. Instituto Frenopático de Buenos Aires: un modelo de cambio.**

### **8.1. Consideraciones preliminares.**

Previo al análisis particular del programa llevado a cabo por el Instituto Frenopático de Buenos Aires para la reinserción comunitaria de pacientes internados por trastornos mentales crónicos, cabe realizar ciertas consideraciones acerca de la externación hospitalaria y las vicisitudes que se presentan en el proceso.

Efectivamente, la transición de un paciente psiquiátrico hacia la vida en comunidad ha sido un desafío histórico. Existe una brecha entre los requisitos clínicos y sociales necesarios para recibir el alta médica después de pasar por internaciones psiquiátricas, y las limitaciones reales del entorno extrahospitalario para asegurar una transición exitosa. Esto se traduce en un alto porcentaje de

reingresos al psiquiátrico, debido a las barreras que se presentan en el entorno social, económico y cultural.

La salida del psiquiátrico, una vez obtenido el alta médica, y el mantenimiento del tratamiento ambulatorio, así como las condiciones de vida en la comunidad y las oportunidades para desarrollar una vida fuera del ámbito psiquiátrico, son responsabilidad tanto del entorno de internación hospitalaria como del primer nivel de atención en salud. Las posibilidades concretas de trabajo desde ambos ámbitos convergen en una problemática social compleja que se encuentra entre la internación y la externación. Identificar esta problemática es fundamental para lograr una externación sostenible, y requiere analizar las dinámicas específicas de la realidad institucional del psiquiátrico que obstaculizan o facilitan la transición exitosa.

Es importante considerar tanto las oportunidades como las barreras para lograr transiciones exitosas fuera de las estructuras hospitalarias, así como los aspectos subjetivos y simbólicos relacionados con las potencialidades y las barreras que surgen en el trabajo profesional dentro del hospital y su conexión con la estructura comunitaria que espera a la persona en el momento de la externación.

El concepto de "externación sostenible" se refiere al sostenimiento comunitario de la persona, es decir, establecer y mantener los apoyos necesarios para formular un proyecto de vida basado en la inclusión social y, por ende, en el pleno disfrute de los derechos humanos. Según Galende, el objetivo de la salud mental es abordar al sujeto en su existencia real y sus circunstancias, que pueden manifestarse en diversas formas de sufrimiento psíquico (2015, pp. 173). Desde esta perspectiva, existe consenso teórico sobre la necesidad de un enfoque interdisciplinario en el complejo campo de la salud mental. Sin embargo, las investigaciones y las intervenciones en esta área suelen verse afectadas por la hegemonía teórica y metodológica impuesta por los procesos de medicalización social, lo cual limita la perspectiva interdisciplinaria.

El Instituto Frenopático de Buenos Aires, clínica psiquiátrica monovalente fundada en 1880, se propuso alcanzar la meta de la reconversión desde el marco de la legalización y habilitación para una prestación polivalente, según lo establecido por la resolución 2022-205-APN-SCS#MS del Poder Ejecutivo Nacional, con fecha martes 27 de septiembre de 2022.

Uno de los primeros pasos de la gestión para alcanzar este cometido se vinculó con la creación de un equipo terapéutico que llevó a cabo este proceso con los pacientes internados de larga estadía.

## **8.2. Contexto.**

En el año 2013 se produjo la reglamentación de la Ley Nacional de Salud Mental y se elaboró el Plan Nacional de Salud Mental. Dichos documentos plantean la adecuación de los efectores existentes de acuerdo con la normativa vigente y promueven la consolidación de dispositivos que se constituyan como una red de servicios de atención con base en la comunidad, para responder a las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, y favorecer la inclusión social.

En este contexto, el Instituto Frenopático ha desarrollado una estrategia terapéutica planificada en etapas de complejidad creciente, a los fines de modificar y mejorar la calidad de vida de pacientes asilados de larga estadía, en su mayoría con diagnóstico de psicosis residual, residentes en una institución psiquiátrica a los que se adscribía una condición desahuciada, tanto en la adaptación funcional como en la socialización y capacidad intelectual.

Tras el análisis específico de cada situación y un acercamiento pormenorizado, se advirtió que la estimulación específica y el cambio de hábitos obró como determinante para el aumento de la autonomía y su posterior adecuación, encaminada a la implementación de un régimen de residencia de puertas abiertas.

En un contexto más amplio, la relevancia de este Programa estuvo dada por la incidencia del momento histórico en el que la Argentina se encuentra como sociedad, el cual, en el área de la salud mental, regulado por la Ley de Salud Mental, permite, a partir de las nuevas conceptualizaciones, articular prácticas en el marco de una ordenación de los profesionales y agentes de salud, así como promover la reestructuración de la institución y de los servicios aplicados. La importancia de la temática se pone en evidencia ante la necesidad de tener dispositivos eficaces tanto en lo referente a la prevención como en el proceso de externación de los pacientes de larga estadía. Asimismo, para la generación de alternativas que tiendan a promover programas claros y detallados que ayuden en las estrategias terapéuticas con las personas que son internadas en situación de crisis aguda, para que su estancia en la institución sea solo la estrictamente necesaria a fin de evitar su cronificación.

### **8.3. Resocialización y externación de pacientes de larga estadía.**

En la estrategia terapéutica para dar curso a la externación se planteó un abordaje terapéutico integral o “abordaje multimodal”. Este modelo de abordaje responde a una nueva realidad clínica de la internación prolongada frente a la rehabilitación y sus diversas complejidades. A fin de cumplimentar esta tarea, en un primer tramo se definió una canasta de servicio, el tipo y número de prestaciones previstas, necesarias y obligatorias, a los fines de asegurar la resolución del riesgo cumpliendo con los indicadores de calidad. En síntesis, el abordaje multimodal busca reasegurar una mayor especificidad e intención de cuidados centrados en la restitución de la condición de independencia funcional y desarrollo del individuo.

Esta implementación transcurrió en el marco de un proceso de reconversión del Instituto Frenopático, cuya meta fue facilitar la generación de programas asistenciales para la reinserción social de las personas residentes en larga estadía; reduciendo así el peso de la institución sobre los pacientes más autovalentes a partir de nuevas alternativas de tratamiento o apoyo social con la creación de residencias asistidas en un módulo de inserción comunitaria.

Se trató de un proceso de transformación, en una población constituida por personas con diagnósticos y necesidades heterogéneas, la mayoría estables o con patologías psiquiátricas no

activas, muchas sin patología propiamente psiquiátrica, todas con algún grado de discapacidad o desventaja, en las cuales prima el abandono social.

Para pacientes de larga estadía (más de 90 días dentro del dispositivo) las herramientas y acciones utilizadas sobre dicha población en el marco del abordaje multimodal se basaron principalmente en el establecimiento de la Residencia para usuarios de Salud Mental en alojamiento transitorio para soporte psicosocial, en el marco del proceso de inclusión social. Dicha residencia se previó para aquellos pacientes que el equipo interdisciplinario consideró aptos para la externación con padecimiento mental compensado, carentes de red de apoyo socio-familiar, sin posibilidad inmediata de disponer de vivienda. Este dispositivo se califica como “de puertas abiertas” y se asienta en un área de la institución adaptada para este fin. La modalidad de funcionamiento se centra en la promoción de la interacción grupal, la implementación de espacios comunitarios para el abordaje de normas de convivencia y la promoción de conductas de autovalimiento.

El objetivo de este dispositivo es promover la reinserción social y/o laboral de la persona con padecimiento mental. La reinserción social de la persona se entiende como un proceso, el cual cuenta de 4 etapas: 1-evaluación, 2-adequación, 3-simulador ambiental, 4-externación/seguimiento. El proceso se lleva a cabo a través de distintos programas: de grupo soporte externo, de recreación, de reinserción laboral, de educación y capacitación, de tratamiento psico-físico, de rehabilitación y de incorporación al entorno comunitario. Estos programas tienen por finalidad la observancia y atención de todas las áreas propias del desarrollo vital de la persona, para una externación sostenible. El próximo paso consiste en la implementación de viviendas aisladas para los pacientes que hayan promocionado esta instancia.

Es en el marco de la deconstrucción del modelo asilar propio del antiguo Instituto Frenopático que se ha llevado a cabo la apertura de las puertas a los residentes de larga estadía, promoviendo la creación y sostenimiento de experiencias alternativas; sumando educadores, talleres de gestión, promoción de habilidades, espacios de ocio, reflexión y comunitarios, que van convirtiendo los distintos dispositivos en una red interinstitucional.

A partir del año 2017 y hasta que pudo sostenerse en función de las restricciones sanitarias que generó el advenimiento de la pandemia de SARS-CoV-2, se comenzó a trabajar en la reinserción de los pacientes de larga estadía mediante la apertura a lo educacional y a la participación ciudadana a través de la asistencia a centros culturales, sedes polideportivas del Gobierno de la Ciudad y clubes privados en capital y provincia de Buenos Aires, destacando, como ejemplo, los espacios públicos de aprendizaje de teatro y artes plásticas, la práctica de equinoterapia y las propuestas de navegación a vela.

En el terreno del desarrollo social, se buscó la consolidación del vínculo del residente con el entorno barrial y los recorridos en medios de transporte públicos, transitando otros lugares en CABA y la zona sur del Gran Buenos Aires, destacando las visitas a otras instituciones y el encuentro con grupos con los que se ha promovido la integración en las actividades y la camaradería; por último,

fomentando la integración a actividades laborales a partir de programas y talleres autogestantes, donde cada residente, a partir de sus propias habilidades, desarrolla una actividad en la que despliega y fortalece su capacidad y autoconfianza.

#### **8.4. Programa de reinserción psicosocial.**

A efectos de dar lugar a la implementación del Programa de Inserción Psicosocial, se partió de un estudio descriptivo que permitiera el diseño de instrumentos para evaluar: independencia funcional, coherencia cognitiva, intereses y gravedad de los cuadros psiquiátricos. No se incluyeron en esta modalidad pacientes con patologías clínicas agudas, con peligrosidad cierta e inminente para sí o para terceros.

El programa de reinserción psicosocial se establece a partir de un protocolo de abordaje terapéutico de tres etapas:

Durante la primera etapa del Programa (de evaluación y modificación de abordajes terapéuticos acentuando la condición de matriz grupal), se trabajó con una muestra de 21 pacientes de una población de 60. Tras los resultados, se observó una buena adherencia e integración de la población. Tras el cierre de estos objetivos a corto plazo (4 meses), se alcanzan las metas de evaluación y adherencia al plan terapéutico.

#### **EVALUACIÓN**





La siguiente etapa, de 8 meses (de concientización sobre el cambio de hábitat y la adecuación sociolaboral), desarrolla los aspectos operacionales de su funcionalidad y la promoción de habilidades sociales. Para alcanzar estos objetivos se cuenta actividades diversas, como taller de inserción laboral, terapia grupal, talleres de cerámica y dibujo, de “teatros de la vida cotidiana” con diferentes orientaciones, de manejo y uso del dinero, de uso del transporte público, de cocina, así como equinoterapia y de gimnasia recreativa.

La tercera etapa se realiza a partir de la reubicación de los residentes en un área confeccionada con las características de una vivienda asistida. La misma no tiene conexión directa con los sectores de internación u hostal. A esta zona se la denomina “Simulador Ambiental”. Luego de este período, los usuarios tendrán la posibilidad de acceder a viviendas asistidas o a espacios con modalidad de hostal.

El Módulo de inserción comunitaria, en la totalidad de su proceso, incluye cuatro aspectos específicos: 1- Un esquema general de prestaciones, 2- la determinación de la gravedad y complejidad de la población, 3- la determinación de las etapas de tratamiento y 4- el programa de reinserción social propiamente dicho.

Este tipo de abordaje apunta a determinar los recursos con los que se cuenta y promover la reinserción social a partir de salidas de capacitación laboral y de habilidades, fomentando las actividades sociales e interactivas. Las actividades por desarrollar en esta modalidad se orientan a que el paciente logre su mayor potencial con relación a: 1. la rehabilitación y reinserción social y familiar; 2.

la creación, recreación y fortalecimiento de vínculos interpersonales; 3. afianzar el autovalimiento (hábitos de higiene, cuidado personal y doméstico); 4. adquisición de habilidades e incorporación de conocimientos; 5. talleres de formación o participación encuadradas en laborterapia o trabajo comunitario; 6. control psiquiátrico mensual; 7. psicoterapia individual semanal. Para el logro de la integración comunitaria se cuenta con un Acompañante Terapéutico y/o profesionales con perfil acorde a la población integrante del dispositivo.

Así, el programa se propone trabajar sobre el entrenamiento en habilidades sociales basado en la autogestión, autoayuda, conducción del espacio residencial y la actividad laboral, a través del desarrollo de habilidades conversacionales, el manejo del ocio y tiempo libre y de la vida social en general, con el objetivo de reestablecer y/o desarrollar destrezas relacionadas con la autonomía y el funcionamiento social. Se promueve la práctica de deportes, la participación en actividades artísticas, de recreación y trabajo, recibiendo un estímulo moral y material dentro del cual se sugiere siempre el adecuado manejo de sus recursos económicos.

El perfil profesional se orienta hacia tres modelos básicos de rehabilitación: 1- psicoeducación, 2- entrenamiento en habilidades sociales y 3- terapia ocupacional. Todas estas representan estrategias complejas y prácticas multivariadas, maximizando las oportunidades del individuo para su recuperación y la minimización de los efectos discapacitantes de la cronicidad, restaurándola a una situación en la cual se pueda hacer el mejor uso de sus habilidades residuales sostenidas desde los recursos propios presentes, promoviendo el restablecimiento y desarrollo de conocimientos y destrezas, mediante el aprendizaje y el entrenamiento para mejorar la calidad de vida.

El cambio en la estrategia asistencial abre la posibilidad de una nueva condición y mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes tratados. Así entonces, se logró definir el proceso de inclusión, partiendo del concepto de rehabilitación, que resulta del grado de apoyo necesario o el aprendizaje de funciones; de las actividades grupales, que favorecen la interrelación social y la autonomía; y desde el acceso a una vivienda, que se acompaña desde la terapia ocupacional en el proceso de la rehabilitación de las funciones organizativas de la casa o hábitat.

Resulta manifiesto aclarar que la idea de rehabilitación trasciende a la de recuperación, reaprendizaje o aprendizaje de habilidades, aunque las contiene. Se trata más bien de habilitar campos de experiencia habitualmente inexistentes en la institución manicomial, en los que un sujeto sea convocado a hacerse cargo de la singularidad de su propio recorrido. Esta tarea implica un tránsito desde las modalidades de intervención consagradas por la práctica hospitalaria tradicional, a la construcción de un rol de coordinación y, por lo tanto, de habilitación del protagonismo de las pacientes en el trabajo de su propia externación.

**TALLER DE “TEATRO DE LA VIDA COTIDIANA”**



**TALLER DE CERÁMICA Y DIBUJO**



**SALIDAS RECREATIVAS Y ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES**





### **8.5. Programa de inserción e integración socio-laboral.**

Respecto a la integración socio-laboral, caben ciertas consideraciones respecto al trabajo y al rol que éste ocupa en el entramado social. Bien es sabido que uno de los roles más importantes en el transcurso de la vida adulta es el rol de trabajador, estatus avalado social y culturalmente que identifica a la persona por aquello que hace o en el ámbito en que se desempeña. El Trabajo desde el enfoque de terapia ocupacional es entendido como "aquellas actividades productivas, remuneradas o no remuneradas, cuya realización por parte de la persona no es opcional, sino que exige de ella cumplimiento de tiempos y normas de ejecución, y que se distingue por su contribución a sí mismo, a

otros seres humanos y al progreso social" (Trujillo A., 2002). Desde esta perspectiva, se considera a la inclusión de las personas con padecimientos mentales, en programas de apoyo para la permanencia, incorporación o reincorporación en un puesto de trabajo como un eje fundamental en la adquisición de autonomía.

La propia letra de la ley nacional de Salud Mental sancionada en nuestro país en el año 2010 propicia en su artículo 7 la creación de dispositivos y estrategias que puedan sostener y dar apoyo a las personas con padecimiento mental en la búsqueda, capacitación y la formación para un empleo, así como en los apoyos necesarios para conseguir un trabajo y otras iniciativas de la vida adulta consideradas importantes, tales como los voluntariados, la participación política o comunitaria, entre otros.

A través de los procesos de desinstitucionalización propuestos en nuestro país se aspira a que la institución total (Hospital Psiquiátrico) sea sustituida por una red de servicios comunitarios que puedan acompañar la vida de la persona. Dentro de esta red, se encuentran los dispositivos para la búsqueda, obtención y sostenimiento de un empleo remunerado o no, que sea significativo para la persona. El Instituto Frenopático, a través de sus distintas áreas ha decidido favorecer los procesos de desinstitucionalización y crear diversas alternativas para el acompañamiento de los usuarios en su contexto real de vida. La creación de un programa de inclusión e integración socio laboral es uno de los programas transversales que se ofrece como servicio en el marco de sus diversos dispositivos de atención en red.

En dicho contexto, el objetivo general ha sido favorecer la creación de un dispositivo para el apoyo y seguimiento de los usuarios con inquietudes de formación, capacitación, búsqueda, obtención y mantenimiento de una actividad laboral/ productiva de interés para cada persona. En el marco de la ejecución del programa, el objetivo específico, por su parte, consistió en el establecimiento de diferentes áreas:

1. Área de Formación y capacitación: Apoyo en la búsqueda, obtención y posterior soporte en la participación de espacios de formación y capacitación que sirvan como herramientas para el acceso al trabajo.
2. Área de Apoyo para búsqueda, el inicio y el sostén de un empleo en la economía formal o no formal (pasantías, becas, cupo del 4%, etc.).
3. Área Estrategia de la Empresa social, sostenida como experiencia experimental de trabajo genuino.
4. Área de jubilación/fin del ciclo laboral, destinado a usuarios que están transitando la etapa de jubilación o retiro de su lugar de trabajo, que desean participar de actividades sociales a través del trabajo voluntario, participación en espacios de interés social, político o cultural.

**Tutorías de reinserción socio-laboral con acompañamiento.**

En el marco del Programa, se cuenta con un espacio de tutorías, cuyo principal objetivo es brindar un seguimiento a cada persona, a través de un acompañamiento directo por parte de un profesional competente, a fin de lograr una reinserción laboral acorde a las posibilidades y deseos de cada participante. Así, esta instancia pretende brindar un espacio para que cada uno de los destinatarios pueda concretar en forma práctica su propio proceso de inclusión sociolaboral, acorde a su trayectoria educativa y laboral, y a sus necesidades psicosociales. Por ello, resulta fundamental el trabajo conjunto y articulado entre el tutor individual y diferentes organizaciones que estén dispuestas a brindarles a estas personas la oportunidad de ingresar al mundo laboral, en la búsqueda de un trabajo unificado y orientado a los resultados concretos que se esperan.

El trabajo de tutorías implica trabajar principalmente bajo un dispositivo individual y personalizado (salvo en casos puntuales en los que el tutor considere pertinente trabajar con una temática en forma grupal). Así, el rol del tutor implica orientar, acompañar, guiar y motivar a la persona tutorada en la búsqueda de una mejora de su condición sociolaboral (ya sea la misma un trabajo en relación de dependencia, el desarrollo de su emprendimiento, el comienzo de un curso de especialización, la mejora de su desenvolvimiento en la vida social o en el marco de adaptación a su propio hábitat). En este sentido, resulta fundamental que el tutor identifique y conozca las personas con quienes trabaja: su situación pasada, actual y proyectada y ofrezca estrategias situacionales para cada caso.

El tutor terapéutico desarrolla su labor con los siguientes objetivos generales como pilares:

1. Acompañar al desarrollo de habilidades y competencias personales que permitan a los destinatarios complementar y enriquecer aquellos oficios y conocimientos previos que posee o está aprendiendo.
2. Ofrecer una mayor cantidad y calidad de herramientas que fortalezcan el egreso y su vinculación con el mundo del trabajo.
3. Acompañar a las personas en su proceso de aprendizaje.
4. Escuchar activamente y orientar para que puedan plantearse alternativas tendientes a alcanzar los resultados deseados.
5. Ayudar a establecer objetivos a corto/largo plazo que les permitan lograr sus metas.
6. Guiar y orientar a los participantes hacia el desarrollo máximo de sus habilidades (intelectuales, sociales, personales, etc.).
7. Proporcionar herramientas, técnicas, y estructura para el crecimiento personal y profesional.
8. Ayudar a las personas a ser conscientes de sus fortalezas y contribuir en afianzar su confianza y autoestima.

A su vez, en un nivel más específico, el tutor tiene los siguientes objetivos:

1. Conocer la situación actual y proyectada de las personas tutoradas
2. Realizar entrevistas iniciales. Definición de un "Plan de trabajo Personalizado" por cada persona tutorada donde se incluyan objetivos de trabajo.
3. Realizar una actividad personalizada, estratégica y motivacional teniendo en cuenta la situación laboral de cada persona tutorada.
4. Efectuar un seguimiento y registro de la evolución del tutorado.
5. Estimular y motivar en cada paso.
6. Trabajar en sinergia con otros profesionales en pos de mejorar la situación de las personas tutoradas.
7. Establecer una comunicación fluida y trabajar de manera alineada en los diferentes espacios en los que participe cada persona.
8. Asumir una actitud orientada al servicio.

A su vez, el trabajo de las tutorías se desarrolla sobre los siguientes ejes:

**Autoconocimiento:** El primer paso para la inserción laboral efectiva consiste en conocer las propias fortalezas, debilidades e intereses de manera que la búsqueda esté correctamente focalizada, y no distraer la mirada hacia ofertas laborales o de inclusión psicosocial que no se adaptan al propio perfil.

**Proyecto de vida:** Para vivir, desarrollarnos y progresar, todas las personas necesitan trabajar, compartir, pertenecer a grupos, fomentar la vida de relación, por eso es imprescindible que los residentes comprendan esta necesidad, de manera que puedan idear un proyecto de vida realista.

**Comunicación:** El objetivo de trabajar sobre esta temática es que los participantes desarrollen su capacidad comunicativa y puedan aplicarla en el ámbito socio-laboral. Asimismo, que reflexionen sobre la importancia de la comunicación para evitar conflictos y malentendidos, obtener un empleo, desarrollar un emprendimiento, generar una buena imagen personal y practicar un vocabulario acorde al mundo social o del trabajo. Resulta imprescindible desarrollar al máximo esta habilidad, ya que puede condicionar la obtención de un empleo, el resultado en un emprendimiento o la incorporación en un medio comunitario.

**Orientación vocacional:** La orientación vocacional implica el conocimiento de aspectos personales tales como intereses, fortalezas, debilidades, posibilidades; así como también del contexto, es decir, la cantidad de trabajo ofrecido en el mercado, posibilidades de inserción en cada área de estudio, remuneraciones promedio de los distintos sectores, etc. En aquellos casos que corresponda se busca

propiciar la continuidad y finalización de los estudios, así como la reincorporación al sistema educativo de aquellos que no hayan completado su escolarización.

Preparación para una inserción laboral efectiva: Para obtener un trabajo deben saber dónde buscarlo, qué información tener en cuenta, y cómo presentarse ante una oportunidad laboral. Para que tengan éxito en este proceso de búsqueda es necesario que manejen el vocabulario laboral y las herramientas antes mencionadas. Asimismo, se busca romper con barreras y prejuicios con respecto al acceso al mundo del trabajo formal a partir de diversas estrategias pedagógicas y con información detallada y amplio entrenamiento en el manejo de las situaciones a enfrentar (por ejemplo, postulaciones, redacción de currículum, entrevistas laborales, etc.).

Microemprendimientos: Gran parte de los beneficiarios tienen una idea de trabajar por cuenta propia o ya cuentan con un proyecto propio, o pueden sumarse a trabajar con otros emprendedores. La idea es que cuenten con mayores herramientas para que el trabajo por cuenta propia sea sustentable, y se convierta en una posibilidad real de apoyo, crecimiento y promoción laboral y social. El objetivo es incorporar técnicas de planificación y estrategias, con el fin de profesionalizarse y estimular la formalización de las actividades.

#### **8.6. Características del proceso de adecuación.**

Queda implícito decir que este modelo de cambio requirió una reforma en los paradigmas imperantes de atención y una ampliación de los servicios de salud que estaban disponibles en el Instituto Frenopático.

En cuanto al modelo de atención propuesto, podemos enumerar las acciones que se implementaron a partir de la siguiente enumeración:

1. Instalación de un nuevo modelo de atención balanceada y de base comunitaria
2. Creación y jerarquización de un equipo interdisciplinario.
3. Reubicación espacial y territorial de puestos de trabajo de profesionales, asegurando la proximidad con los pacientes.
4. Intensificación y diversidad en las terapias contextuales.
5. Creación de un nuevo circuito de circulación edilicia, dando prioridad al intercambio intrasector, promoviendo la transparencia y apertura.
6. Creación de Programas de rehabilitación psicosocial (IPS)

Este modelo de base comunitaria se diseñó a partir de las siguientes prestaciones:

1. Evaluación de los factores de riesgo / protección.

2. Tratamiento e inclusión social para usuarios y sus referentes.
3. Apoyos socio-sanitarios articulados con otros efectores de la Red Integrada de Salud Mental intervinientes y de la comunidad.
4. Promoción de habilidades e intereses a partir de Talleres de artes y oficios en la comunidad.
5. Fortalecimiento de recursos del usuario y de su entorno relacional en la comunidad de referencia.
6. Revinculación con la red social de apoyo.
7. Apoyos para la inclusión laboral, educacional, habitacional.
8. Apoyos para el acceso a la cultura, al arte, al trabajo y a la recreación.
9. Acompañamiento en domicilio para las actividades de la vida cotidiana.
10. Entrevistas individuales y vinculares.
11. Coordinación de reuniones de usuarios y referentes.
12. Tratamiento farmacológico, individual, grupal y/o domiciliario y de urgencia.
13. Promoción de la continuidad de cuidados.

El objeto de esta implementación fue garantizar una cobertura real y oportuna, con integralidad y continuidad de los procesos de atención, promotor de crecientes niveles de autonomía, en el marco de un modelo de salud mental comunitaria, procurando una atención respetuosa y promotora de los derechos de las personas, familias y comunidades, desarrollando y fortalecimiento de una red integrada de salud mental con base en la asociatividad, afiliada con los servicios de salud general y con articulación intersectorial, promoviendo un modelo polivalente con base en la comunidad.

Para ello, se llevó a cabo un proceso que, por su complejidad, requirió en principio iniciarse con una gran transformación: de un establecimiento monovalente de perfil asilar a un establecimiento de salud general para atención de baja complejidad, fragilidad clínica y comorbilidad, con atención en crisis y promoción de un carácter rehabilitador en el campo psicosocial (polivalentización).

En este sentido, se requirió de una gestión asociativa y supervisada, siguiendo las recomendaciones de lo dispuesto por el Ministerio de Salud, donde consta que el sector privado también debe adaptarse a la normativa general de la vigente Ley Nacional de Salud Mental, atendiendo la gestión asociativa supervisada, es decir, la articulación mediante convenios con instituciones que aseguren prestaciones clínico-asistenciales diversificadas. En este caso, como institución en proceso de adecuación, y para garantizar una atención integral e integrada a la institución polivalente, se adoptó la gestión integrada y supervisión del Hospital Británico.

A su vez, se dispuso una importante ampliación de los servicios asistenciales ofertados requeridos en la refuncionalización para la atención de pacientes de baja complejidad, junto a los servicios contextuales y de abordaje social: Neurología, Rehabilitación física, Clínica médica, Cuidados paliativos, Medicina genética, Cardiología, Psico-oncología, Clínica del Sueño, Programa de dolor, Programa de neurodesarrollo, Hospital de día de neurorrehabilitación, Nutrición, Salud mental y Psiquiatría (hospital de día, residencias asistidas, programas de inclusión laboral, internación domiciliaria, centro de día comunitario, acompañamiento terapéutico, programa de acompañamiento por pares, Toxicología, Hospital de Día para usuarios con consumo problemático de sustancias.

### **8.7. Continuidad de cuidado: un desafío a alcanzar.**

Se ha descrito la puesta en marcha del plan integral de desmanicomialización llevado a cabo en el Instituto Frenopático a partir del trabajo de un equipo interdisciplinario de reinserción comunitaria, mediante una estrategia terapéutica integral, planificada en etapas de complejidad creciente, a los fines de modificar y mejorar la calidad de vida de pacientes asilados de larga estadía con abandono social, que requieren readaptación funcional, social e intelectual.

En este marco de deconstrucción, como primeros destinatarios, el programa se focalizó en la población ya internada en el Instituto, promoviendo la creación y sustentación de experiencias alternativas, sumando educadores, talleres de gestión, de promoción de habilidades, espacios de ocio, de reflexión y comunitarios, que fueron convirtiendo a los distintos dispositivos en una red interinstitucional que facilitó el abordaje de normas de convivencia y la promoción de conductas autoválidas.

No obstante, alcanzar la reinserción social efectiva de los pacientes externados continúa siendo un desafío, y la continuidad de cuidado, un punto fundamental para este objetivo.

La continuidad de cuidados en salud mental es referida como una característica esencial de los servicios comunitarios, un elemento central de los cuidados, y un indicador clave del desempeño de los servicios de salud. La importancia del concepto en salud mental se asocia a la descentralización de los servicios de atención que ocurre a partir del desplazamiento del modelo institucional hacia un modelo de atención comunitaria. Esta transición pone de manifiesto la necesidad de asegurar una atención ininterrumpida de los usuarios con patologías graves mediante la interlocución de distintos prestadores de salud, según la necesidad que las personas presenten a lo largo del tiempo, es decir, supone una integración de los servicios para la provisión de cuidados en salud mental y entiende la continuidad de cuidados como el proceso de operatividad de la organización y la coordinación del trabajo comunitario.

Desde el enfoque comunitario de atención en salud mental, existe una necesidad de contar con mecanismos que permitan la continuidad de las intervenciones que una persona puede requerir en distintos niveles asistenciales, lo cual implica integrar distintos dispositivos y recursos de la red de salud mental comunitaria en pos de facilitar la recuperación de las personas con trastornos mentales.

En este sentido, continúa siendo un desafío para el Instituto Frenopático que las acciones asistenciales se integren en el marco de una amplia red de servicios, en miras de una efectiva externación sustentable de los usuarios. Así, disponer de sistemas formales que garanticen la oportunidad de acceso a las atenciones requeridas entre los distintos dispositivos de la red asistencial en salud mental, contar con planes individuales de tratamiento actualizados de acuerdo a las necesidades específicas de las personas y la presencia de un equipo estable en el transcurso del tratamiento que articule las distintas intervenciones que la persona requiera, se constituyen como estrategias indispensables para efectivizar la reinserción social de las personas con padecimiento mental, reconociendo a este objetivo como un proceso que se extenderá a lo largo de la vida de cada una de ellas.

## **9. Conclusiones finales.**

La presente tesis pretendió visibilizar la importancia de la preservación y promoción de sistemas sanitarios basados en la inclusión social, la equidad, la promoción de la salud y la calidad de la atención. Así, la creación de redes de servicios comunitarios integrales e interdisciplinarios, junto con la participación de personas usuarias y familiares en la planificación y desarrollo de los programas y servicios resultan fundamentales para la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas afectadas por padecimientos mentales.

En este sentido, el modelo desarrollado por el Instituto Frenopático en el marco de la Ley Nacional N° 26657 se erige como norte, trazando las coordenadas posibles para una verdadera reforma del sistema manicomial, dando lugar a espacios donde se promueve el respeto a los derechos fundamentales, la consolidación de la identidad, el fortalecimiento de la autonomía y la progresiva reinserción social de las personas con padecimiento mental, históricamente anuladas en su subjetividad mediante su segregación en espacios caracterizados por tratos inhumanos y encierro arbitrario.

La observación participante en el Programa aquí presentado ha sido fundamental para reparar en la importancia de la interdisciplina, siendo ésta la manera más eficaz en el abordaje de las problemáticas que involucran a sujetos de derecho en sus realidades complejas; no obstante, no deja de ser un desafío que requiere la integración de numerables agentes y el acompañamiento de los sectores políticos.

Si bien, tal como expresan Zaldúa (2016) –y otros estudios mencionados en el apartado 6-, los avances en Salud Mental a nivel nacional han sido notables a nivel normativo, el reto sigue siendo la implementación de la Ley. Como bien enuncia Stolkiner (2010), los derechos humanos deben trascender su mera manifestación como orden jurídico para ubicarse en el lugar de una idea fuerza capaz de provocar la potencia de actores o agentes en el devenir social. Así, son múltiples los sectores que deben confluir y comprometerse para que la transformación siga ganando terreno –actores sociales, políticas públicas, formación de recursos humanos, organizaciones, sindicatos, familias-. Y si bien muchos de estos factores exceden nuestra labor como futuros psicólogos comunitarios, queda en

nosotros posicionarnos desde el compromiso ético de defender los derechos humanos de las personas con padecimiento mental y de trabajar reclamando incansablemente la confluencia interdisciplinaria para que la desinstitucionalización y la reinserción social sean desenlaces cada vez más inclusivos y eficaces.

Se espera que la presente tesis estimule y enriquezca debates, discusiones, reflexiones activas y cuestionamientos constructivos, los cuales permitan avanzar en un trabajo analítico sobre los procesos de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, convocando a transformar la realidad de las políticas y las prácticas en el marco del reconocimiento del otro y de la construcción de lazos sociales.

## Referencias bibliográficas

- Amutio, V., Gallo, Y., Martínez, M. E. (mayo, 2017). *Los debates de la Salud Mental, en el marco de las experiencias de intervención en los procesos de externación en la sala de Salud Mental del Hospital Blas L Dubarry de la ciudad de Mercedes (BS AS)*. Ponencia presentada en el 1° Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones. Tandil, Buenos Aires. Recuperado el 5 de octubre de 2022 de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/files/2017/05/4-Los-debates-de-la-Salud-Mental-en-el-marco-de-las-experiencias-de-intervenci%C3%B3n-en-los-procesos-de-externaci%C3%B3n-en-la-sala-de-salud-mental-del-hospital-blas-l-dubarry-de-la-ciudad-de-mercedes-bs-as.pdf>
- Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (2015). *Análisis del proyecto CABA. Presupuesto 2016: Salud Mental*. Recuperado el 4 de octubre de 2022 de <https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2015/12/Documento-final-sobre-el-Presupuesto-para-Salud-Mental.pdf>
- Carballeda, A. (2008). *Los Cuerpos Fragmentados*. Buenos Aires: Paidós.
- Cohen, H., Natella, G. (2013). *La Desmanicomialización: Crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De Lellis, M. Rebottaro, K; Possetto, H. (2008). *Centros de día y Residencias en la comunidad: una alternativa al modelo asilar*. Compilación Premio Facultad de Psicología. Buenos Aires.
- De Lellis, M., Fotia, G. (2019) *Interdisciplina y salud mental*. Anuario de Investigaciones, vol. XXVI, 2019 Universidad de Buenos Aires, Argentina. Recuperado el 10 de octubre de 2022 de <https://www.redalyc.org/journal/3691/369163433018/369163433018.pdf>
- Desviat, M. (2020) *Evolución histórica de la atención a la salud mental: hitos esenciales en la construcción del discurso de la salud mental comunitaria*. Educación Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 75, 17-45. Recuperado el 6 de abril de 2023 de <https://raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/367856/466393>
- Elichiry N. (1987). La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. Recuperado el 5 de octubre de 2022 de [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad1/subunidad\\_1\\_3/elichiry\\_importancia\\_de\\_la\\_articulacion.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/elichiry_importancia_de_la_articulacion.pdf)
- Galende, E. (2015). *Conocimiento y prácticas en salud mental*. Buenos Aires: Lugar

- García, R. (2006). *Sistemas Complejos. Conceptos, Métodos y Fundamentación Epistemológica de la Investigación Interdisciplinaria*. México. Gedisa.
- Leale, H. (2013). *Psicología social comunitaria: intervenciones preventivas y promocionales de salud*. Zaldúa, G. (comp.) En *Intervenciones en Psicología Social Comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales*. Recuperado el 8 de octubre de 2022 de <https://www.teseopress.com/psicologiasocialcomunitaria/chapter/capitulo-16-psicologia-social-comunitaria-intervenciones-preventivas-y-promocionales-de-salud/>
- Maceira, D. (2007). *Atención Primaria en Salud. Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós.
- Menéndez E. L. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. Recuperado el 28 de agosto de 2022 de [https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_rol\\_psi\\_cologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psi_cologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)
- Montero, M. (1998). La comunidad como objetivo y sujeto de la acción social. En González, A. M. (Ed.) *Psicología Comunitaria. Fundamentos y aplicaciones* (p. 211-222). Madrid: Ed. Síntesis.
- Montero, M. (2004). El quehacer comunitario. En *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Morin, E. (1984). *Ciencia con consciencia*. Anthropos: Barcelona. Recuperado el 10 de octubre de 2022 de <https://olimpiadefilosofiaunt.files.wordpress.com/2012/02/morin-1982-ciencia-con-conciencia.pdf>
- Morín, E. (1986). El Paradigma de la Complejidad. En *Introducción al Pensamiento Complejo*. Recuperado el 4 de octubre de 2022 de [http://www.pensamientocomplejo.com.ar/docs/files/MorinEdgar\\_Introduccion-al-pensamiento-complejo\\_Parte2.pdf](http://www.pensamientocomplejo.com.ar/docs/files/MorinEdgar_Introduccion-al-pensamiento-complejo_Parte2.pdf)
- Max Neef (2004). Fundamentos de la transdisciplinariedad. *Revista Lectiva*, 6-7. Medellín. Recuperado el 11 de octubre de 2022 de <http://ecosad.org/phocadownloadpap/otropublicaciones/max-neef-fundamentos-transdisciplinaridad.pdf>
- Saforcada, Enrique (Comp.) (2010) *Psicología y Salud Pública, Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Sánchez, Euclides. (2001) *La psicología social comunitaria: repensando la disciplina desde la comunidad*. *Revista de Psicología*. Universidad de Chile. Número especial. Anuario Comisión de Psicología Comunitaria. Vol. X. No 2 Año 2001.
- Silva, C., de Pena, L.; Batalla, M.; Pedra, M. (2019). *La variable interdisciplinar en los procesos de extenuación sustentable para el campo de la salud mental*. Una aproximación descriptiva en contextos de vulnerabilidad social. *Fronteras*, 13: 83-97.
- Stolkner, A. (1987, octubre). *Prevención en Salud Mental: normativización o desanudamiento*. Ponencia presentada en el IV Congreso Metropolitano de Psicología. Buenos Aires. Recuperado el 24 de agosto de 2022 de

[http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad2/subunidad\\_2\\_2/stolkiner\\_preencion\\_en\\_salud.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_2/stolkiner_preencion_en_salud.pdf)

- Stolkiner, A. (1999). La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. En *Revista El Campo Psi*. 3 (10).
- Stolkiner, A. (2005, octubre). *Interdisciplina y Salud Mental*. Ponencia presentada en IX Jornadas Nacionales de Salud Mental; I Jornadas Provinciales de Psicología: Salud Mental y Mundialización. Misiones, Argentina. Recuperado el 22 de agosto de 2022 de [http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/obligatorias/066\\_salud2/material/unidad1/subunidad\\_1\\_3/stolkiner\\_interdisciplina\\_salud\\_mental.pdf](http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplina_salud_mental.pdf)
- Tisera, A., Leale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A. y Joskowick, J. (2016) Salud mental y desinstitucionalización en los procesos de externación. En Zaldúa, G. (comp.) En *Intervenciones en Psicología Social Comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales*. Buenos Aires: Teseo. Recuperado el 8 de octubre de 2022 de <https://www.teseopress.com/psicologiasocialcomunitaria/chapter/capitulo-12-salud-mental-y-desins-titucionalizacion-en-los-procesos-de-externacionfootnote-una-version-mas-amplia-de-este-articulo-puede-encontrarse-en-xx-anuario-de-investigaciones-de-la-facultad-d/>
- Trujillo A. (2002) *La Terapia Ocupacional: conocimiento y práctica en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Zaldúa, G., Pawlowicz, M.P., Tisera, A., Lenta, M., Lohigorry, J. y Moschella, R. (2016). Obstáculos y posibilidades de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental: un estudio comparativo entre 2011 y 2013. En G. Zaldúa (comp.) *Territorios, políticas sociales y actores: intervenciones preventivas y promocionales en Salud Comunitaria*. Buenos Aires: Teseo.