

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.

# **Estrategias de inclusión socio-habitacional en Salud Mental durante la pandemia por COVID-19.**

Tisera, Ana, Lohigorry, José Ignacio, Paolin, Carla, Gazzano, Lucia y Llorens, Hernán.

Cita:

Tisera, Ana, Lohigorry, José Ignacio, Paolin, Carla, Gazzano, Lucia y Llorens, Hernán (2020). *Estrategias de inclusión socio-habitacional en Salud Mental durante la pandemia por COVID-19*. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-007/277>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/etdS/gBm>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# ESTRATEGIAS DE INCLUSIÓN SOCIO-HABITACIONAL EN SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Tisera, Ana; Lohigorry, José Ignacio; Paolin, Carla; Gazzano, Lucia; Llorens, Hernán  
Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

La pandemia generada por el SARS-Cov-2 implicó una serie de medidas políticas, económicas y sociales que modificaron los modos de vida. En el contexto de emergencia sanitaria, las carencias del sistema de salud ante el posible aumento de casos y las medidas de prevención adoptadas produjeron una serie de restricciones en prácticas de atención. Esta situación impactó de manera particular en el campo de la salud mental y en la propuesta de consolidación del modelo comunitario de atención a partir de un reduccionismo al modelo biomédico de atención. La centralidad de las instituciones monovalentes en la atención de usuarios con padecimiento mental crónico interroga sobre las estrategias posibles a ser desplegadas por los dispositivos comunitarios. La presente investigación es parte del proyecto UBACyT “Salud Mental Comunitaria: contextos de precarización y políticas del cuidado” y tiene por objetivo caracterizar las estrategias de intervención para la inclusión socio-habitacional de usuarios de un Programa Residencial en salud mental en el contexto actual. Desde una perspectiva cualitativa y un enfoque participativo se analizan: la incorporación de pautas de prevención y cuidado, la consolidación de nuevas actividades y el desarrollo de prácticas novedosas que posibiliten sostener procesos de inclusión social y continuidad de cuidados.

## Palabras clave

Dispositivos comunitarios - Salud mental - Inclusion Socio-habitacional - COVID-19

## ABSTRACT

### HOUSING INSERTION STRATEGIES IN MENTAL HEALTH AMID GLOBAL PANDEMIC

The SARS-Cov-2 world pandemic resulted in a series of economical political and social measures that modified everyone's lifestyle. The deficiencies of the health system response to it also implied severe constraints regarding other health practices. This particular situation turned out having a huge impact in mental health system and its users. Biomedical practices got the spotlight while on the other hand community biased health care was severely overshadowed. Psychiatric institutions got an overwhelmingly increased role providing attention to mental health users thus raising the question about strategies that might be applied in a community biased approach. Our current investigation takes place within the boundaries of UBACyT pro-

ject “Community biased mental health care: Care giving guidelines and lack of resources”; which main goal is to shed light upon strategies on how to provide housing for mental health users within the setting of a Residential program for mental health users. The following aspects will be analyzed from a qualitative analysis perspective; the incorporation of guidelines regarding prevention and care giving; and the implementation of new activities that will eventually enable users to establish sustain processes of social inclusion and continuity of care.

## Keywords

Community devices - Mental health - Social inclusion - COVID-19

## Introducción

La emergencia sanitaria producto de la pandemia surgida del nuevo coronavirus SARS-CoV-2 implicó una serie de cambios en las modalidades de intervención y atención de la salud. Los sistemas de salud debieron prepararse por el aumento, o el potencial aumento, de casos de COVID-19 en la población. La distancia social, clave para la prevención de la transmisión del nuevo virus, trajo aparejada la adecuación de muchas prácticas e intervenciones en salud: restringiendo algunas de ellas, realizando otras mediante modalidades virtuales, o bien de forma presencial, pero con las medidas de protección personal adecuadas.

La mayoría de los países adoptaron modalidades de aislamiento social como principal medida de prevención. En Argentina el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio (ASPO) fue decretado el 20 de marzo de 2020 y prorrogado por varias semanas. Esta situación, en tanto acontecimiento que modificó de forma rotunda las dinámicas laborales, vinculares y de la cotidianidad, tuvo repercusiones sobre la salud mental de la población observándose distintos emergentes. De acuerdo con un informe realizado por Naciones Unidas sobre políticas acerca del COVID-19 y la Salud Mental se plantea que hubo un aumento de síntomas como la depresión y la ansiedad, situando distintos grupos de riesgo, entre ellos, las personas con padecimiento mental. El cierre de servicios asistenciales, la readecuación de centros de salud mental para atención de pacientes con COVID-19 y el temor al contagio dificultaron realizar la atención “cara a cara”. Frente a ello, el documento recomienda que la reorganización de los servicios de salud mental luego de la pandemia se oriente hacia los servicios comunitarios y permita la capacitación de los recursos humanos para la mejora de la ca-

lidad en la asistencia[i].

Las repercusiones en el campo de la salud mental impactan de una manera especial en Argentina y América Latina ya que el año 2020 fue establecido por la legislación vigente como aquel en que las instituciones monovalentes serían sustituidas por los dispositivos de atención con base en la comunidad a partir del desarrollo y fortalecimiento del modelo comunitario de atención. En el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), luego de decretado el ASPO diversos programas y servicios de rehabilitación e inclusión social dejaron de funcionar en forma presencial, incorporando, en algunos casos, modalidades de atención de forma remota o virtual. Los recursos de seguridad social y el acceso a derechos continuaron funcionando, también con modalidades mixtas entre la virtualidad y la presencialidad, pero se vio dificultada la posibilidad de gestionar algunos de ellos.

Este escenario puso nuevamente de relieve los obstáculos que presenta para la consolidación de los procesos de desmanicomialización e inclusión social la persistencia de aspectos del paradigma asilar y tutelar. Al continuar condensando, para las situaciones más crónicas del padecimiento mental, la mayoría de las prácticas y entrega de medicación, las instituciones monovalentes retienen una centralidad muy importante en la atención de muchos usuarios, tanto de la CABA como de la Provincia de Buenos Aires[ii].

La propuesta de los programas y servicios con base en la comunidad, desde la centralidad de los derechos de las personas con padecimiento mental, implican velar por el acceso a los mismos (salud, vivienda, trabajo, educación, etc.) en los territorios donde residen las personas. Desde allí se procura articular con la estrategia de continuidad de cuidados, respetando la capacidad jurídica en la toma de decisiones y promoviendo la autonomía. Sin embargo, dicha red no se ha consolidado, y las experiencias de las personas en relación con los procesos de externación e inclusión social marcan realidades dispares (Tisera et al, 2018). Las restricciones en las propuestas de atención y programas de rehabilitación producidas por la pandemia pueden entonces perjudicar los avances logrados hasta el momento y favorecer un reduccionismo hacia la orientación biomédica, asilar y de control[iii].

En este contexto surgen como interrogantes: ¿cómo impacta la restricción de prácticas de salud mental y la continuidad de las medidas de aislamiento sobre los procesos de inclusión social en la CABA?; ¿cuáles son los atravesamientos subjetivos para los usuarios de salud mental? y; ¿qué estrategias se pueden desplegar desde los programas comunitarios para favorecer los procesos de continuidad de cuidados y el acceso a los derechos, la prevención y promoción de la salud, tanto para quienes están residiendo dentro del sistema sanitario como para aquellos que lograron establecer un domicilio en la comunidad?. Para reflexionar y desarrollar estos aspectos, se tomó como unidad de análisis el funcionamiento de un Programa Residencial en salud mental, constituido por dos dispositivos residenciales: Casa de

Medio Camino y Hospital de Noche, ambos ubicados en la CABA. Dicho programa, vigente desde 2017, en tanto dispositivo comunitario de atención, tiene por destinatarios a personas con padecimiento mental que luego de un proceso de internación no cuentan con vivienda o no puedan regresar a la misma. El objetivo que se plantea es que las personas logren la inclusión socio-habitacional a partir de una serie de intervenciones y de la articulación intersectorial (con otros programas y servicios de rehabilitación) orientadas por la perspectiva de la continuidad de cuidados y el armado de redes de sostén que favorezcan la vida en la comunidad.

### **Aspectos conceptuales para considerar estrategias posibles.**

Al considerar las características del modelo comunitario de intervención en salud mental y las propuestas para su consolidación es importante vincularlo con la planificación sanitaria y el desarrollo de las políticas sociales. Alfaro (2012), distingue entre políticas sociales con enfoque neoliberal, orientadas a la focalización con una perspectiva individual, de las políticas con un enfoque emancipatorio. Estas últimas plantean una perspectiva integral, desde los entornos que habitan los sujetos, considerando los aspectos estructurales, que posibiliten el ejercicio de derechos, la participación y la toma de decisiones como algo compartido. Se prioriza allí el rol del estado como garante del cumplimiento de los derechos y la lógica universalista y de participación que implican dichas políticas. En este sentido la Psicología Social Comunitaria (Montero, 2004), que promueve un rol activo de la comunidad en la resolución de sus problemas y desarrolla intervenciones con el objetivo de favorecer procesos autónomos en la construcción de ciudadanía, se constituye como un aporte muy importante dentro del campo de la salud mental.

Se puede pensar aquí que la orientación de la política sanitaria que adopte un país respecto de la salud mental es crucial para las respuestas que se brindan a las necesidades de la población. Desviat (2012) analiza las reformas tardías -en España y en América Latina- destacando que se producen junto al nacimiento del neoliberalismo. Esta situación marcó que, si bien se establecieron modificaciones conceptuales y normativas, el desarrollo de programas ligados a la integración social y apoyo comunitario fue dispar entre países y dentro de un mismo país. En esos casos el impulso privatizador de la salud y la focalización en el individuo en detrimento de la comunidad, significaron retrocesos en la provisión de recursos humanos o económicos para fortalecer el modelo comunitario.

De esta forma, los procesos de desmanicomialización fundamentan la importancia de los servicios basados en la comunidad en tanto son respetuosos de los derechos de las personas y contribuyen a la construcción de ciudadanía. Investigaciones previas han puesto de relieve que la consolidación del paradigma de derechos y la implementación del modelo comunitario de atención convive con prácticas ligadas al paradigma asilar y

tutelar. La vigencia de este último en la actualidad se relaciona con la persistencia de las instituciones asilares y de prácticas sostenidas por el papel que cumplen los psicofármacos (Galende, 2015).

Sarraceno y Flishmann (2009) retoman la correlación que existe entre el padecimiento mental y los determinantes sociales de la salud y entre la escasa financiación y planificación de políticas sanitarias con las brechas entre las necesidades de atención y los recursos disponibles; hechos que se acentúa en los países con ingresos bajos. Para modificar esta situación, los autores plantean la importancia del abordaje biopsicosocial en los distintos niveles de atención y el pasaje de un modelo centrado en la ubicación espacial de la institución monovalente, por otro centrado en la dimensión temporal de la persona.

En esta misma línea Zaldúa plantea, retomando a Rotelli, que las prácticas de desmanicomialización deben realizarse en territorio, en los espacios donde se propicia la producción de subjetividades, de solidaridades y de convivencia, incorporando estrategias de trabajo vinculadas a la promoción de la salud mental y los saberes de los usuarios, los familiares y los referentes (Zaldúa, 2010: p.47). Esos territorios contextualizados socio históricamente están atravesados por múltiples dimensiones, tales como la institucional, la conceptual y la jurídico-normativa. Ámbitos todos que se encuentran trastocados en el marco de la pandemia por COVID-19. Respecto del ámbito institucional, cuyo principal referente es el hospital monovalente, exacerba medidas de control y gestión del padecimiento desde un enfoque biomédico. Como contrapartida, los servicios y programas con abordaje comunitario demuestran su potencial: la provisión de cuidado que allí puede brindarse es insustituible en este contexto. Desde un enfoque integral prioriza el territorio que habita cada usuario, su familia, sus vínculos afectivos, los efectores de salud cercanos, en tanto posibilidades de armado de redes que faciliten la continuidad de cuidados y de la atención. Son justamente estos espacios y servicios los que se vieron afectados por la situación actual lo cual implica nuevos desafíos e intervenciones que, priorizando el cuidado de la salud y las medidas de prevención, permitan consolidar procesos de inclusión socio-habitacional.

### **Propuesta Metodológica.**

Desde el Programa Residencial en Salud Mental, se propone un monitoreo estratégico respecto de las políticas de salud mental, específicamente en lo concerniente a la inclusión socio-habitacional[iv]. La presente investigación, que forma parte del proyecto UBACyT "Salud Mental Comunitaria: contextos de precarización y políticas del cuidado" dirigido por Graciela Zaldúa y codirigido por Marcela Botinelli, tiene por objetivo caracterizar las estrategias de intervención para la inclusión socio-habitacional de usuarios de salud mental en el contexto de emergencia sanitaria por la pandemia del SARS-CoV-2.

Mediante la perspectiva cualitativa de investigación, que consi-

dera la producción de sentido desde los propios actores en los contextos sociohistóricos en que viven, se describen las acciones implementadas desde el Programa Residencial del que se encontraban participando 25 usuarios (incluyendo aquellos que residen en los dispositivos residenciales y quienes ya se han establecido en la comunidad). El método participativo adoptado implicó un acercamiento dialógico hacia los sujetos (Montero, 2012). En este sentido, herramientas metodológicas como la observación participante, la realización de grupos de discusión y la entrevista fueron utilizadas como base y fundamento para el análisis. Para el mismo, se priorizó el enfoque hermenéutico-dialéctico (Minayo, 2009) procurando relevar los significados construidos de forma colectiva y sus atravesamientos institucionales, históricos y políticos en el contexto emergente producido por la pandemia del COVID-19.

### **Resultados y discusión: estrategias implementadas por el Programa Residencial a partir de la emergencia sanitaria.**

La población del Programa Residencial está comprendida en su mayoría por personas con trastorno mental severo. Este último se asocia a una mayor vulnerabilidad psicosocial, deterioro cognitivo, dificultades en incorporar acciones y pautas de cuidado y comorbilidades con otras problemáticas de salud. En el contexto de emergencia sanitaria por la pandemia del SARS-CoV-2 se vio restringido el trabajo intersectorial desarrollado desde el Programa Residencial. Por ello, sin discontinuar los procesos de inclusión socio-habitacional y la perspectiva de la continuidad de cuidados, se incorporaron diferentes estrategias que comprendan la adopción de medidas de prevención y cuidado de la salud. El abordaje propuesto estuvo orientado al fortalecimiento grupal y singular en relación con las pautas de cuidado, el registro corporal y la incorporación de nuevas rutinas y prácticas para sobrellevar el aislamiento.

- Grupos de discusión/prevención. Adopción de medidas de cuidado en el marco de la pandemia.

El enfoque comunitario del Programa Residencial en Salud Mental prioriza estrategias de intervención grupal. Una de ellas son los grupos de convivencia que se realizan dos veces por semana, tanto en Casa de Medio Camino como en Hospital de Noche, con el objetivo de afianzar las actividades relativas al habitar, los vínculos solidarios de apoyo entre pares y los procesos de inclusión socio-habitacional. En dicho espacio, la pandemia del COVID-19 implicó la incorporación de un enfoque preventivo ligado a que se adopten las medidas de cuidado. Procurando trascender el dar información como principal herramienta que posibilitaría evitar los factores de riesgo, se adoptó una perspectiva crítica que entiende que estas acciones se producen en el marco de diversos atravesamientos sociales, económicos, culturales, de género y subjetivos que condicionan las concepciones de salud y de prevención que se generan (Zaldúa, 2011: 18).

Los principales ejes abordados en las reuniones de convivencia

durante el periodo abril-junio de 2020 fueron los siguientes:

- Sentimientos frente al aislamiento. En varias ocasiones se retomó cómo se transitaba el aislamiento, generando la posibilidad de despliegue del malestar o de las angustias frente a la imposibilidad de visitar a familiares y amigos y la interrupción de su participación en los programas de inclusión social. El aislamiento asimilado como confinamiento en ocasiones propició la emergencia de cuestiones singulares del padecimiento: uno de los usuarios lo relacionó con el estar preso, esperando poder ser “rescatado”, planteándolo como si el alta no se hubiese producido. Estos sentimientos, afectos y temores que surgieron pudieron ser verbalizados y abordados grupalmente, propiciando reflexiones y modos de afrontamiento.

- Incorporación de pautas de higiene y cuidado de la salud. Se procuró difundir información oficial sobre las medidas de prevención utilizando un lenguaje claro y acciones directas. Como punto de partida se tomó los conocimientos que poseían los usuarios, se utilizaron ejemplos prácticos, se acompañó la adopción de medidas de limpieza e higiene tanto a nivel individual como de los espacios comunes, se confeccionaron afiches recordando la realización de dichas acciones y también se elaboraron tapabocas. Se conversó respecto a los modos posibles de transmisión del virus, las medidas y normativas vigentes y las razones por las cuales eran tomadas, entre ellas: la necesidad del distanciamiento social, el lavado de manos, el uso de tapabocas al salir y las nuevas modalidades de atención de los equipos tratantes. De la misma forma se comunicaron los protocolos vigentes dentro del hospital y qué hacer y a dónde acudir si se presentaran síntomas compatibles con la enfermedad.

- Nuevas rutinas. Ante las restricciones en el funcionamiento de los programas de rehabilitación o inclusión social a los que usualmente asisten los usuarios, el espacio grupal promovió la incorporación de nuevas actividades en función de los intereses de los residentes: lectura de diario en el desayuno y comentario de las noticias, realizar actividad física, desarrollo de un taller literario, lectura de libros, elaboración de distintas recetas de cocina, contacto con programas de rehabilitación de forma virtual[v] y la posibilidad de armar un grupo de idiomas. Asimismo, como medida de cuidado de quienes se encontrarán en mayor riesgo (por edad o patologías clínicas), se promovió la realización de compras colectivas en favor de reducir la circulación y la posibilidad del contagio.

- Posibilidades de inclusión socio-habitacional.

Las medidas de aislamiento dificultaron la gestión de recursos de seguridad social (como el subsidio habitacional para el alquiler de una habitación), demorando los plazos para lograr el establecimiento en un domicilio propio. En este contexto se acordó la estrategia del regreso a la casa familiar para aquellos que pudiesen, contemplando la posibilidad de retomar en un futuro los proyectos individuales de mudarse a una vivienda de forma independiente. Luego de una planificación en conjunto con la familia pudo concretarse esta posibilidad en dos usuarios.

A partir de los distintos ejes trabajados se considera que el grupo se constituyó en un lazo fuerte de contención y de promoción de cuidados que ponían en juego el propio cuerpo y el del otro a través de las nuevas pautas a incorporar. El ámbito grupal fue escenario de propuestas creativas que desafiaran lo ocioso de un aislamiento en usuarios de alta, sin que implicara un tiempo en el que “no pasara el tiempo” (en la vía de un aislamiento/asimilamiento) sino que fuese justamente una oportunidad de trabajo de rehabilitación e inclusión social.

#### • Taller Literario y contacto con radio la Colifata

En los procesos de desmanicomialización las actividades de rehabilitación cobran un rol fundamental siempre y cuando no se constituyan como entretenimiento sino como prácticas concretas que contribuyan al acceso de derechos y recuperación de las personas (Cohen, 2009). En el contexto del ASPO, a partir de los intereses artísticos de un usuario, se planificó la realización de un taller literario con la coordinación de un profesional del Programa Residencial. El mismo se desarrolló una vez por semana con el propósito de crear un espacio de intercambio literario que propicie el debate, la reflexión participativa y la vinculación con el medio social. El acto de escritura y lectura se pensó como una práctica cuidada que potencia la reflexión crítica y promueve la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades (Bang, 2014).

El proceso de escritura propuesto se dividía en tres momentos: la presentación de una consigna que generalmente incluye un texto modelo que funciona como disparador y como idea propulsora; la escritura propiamente dicha, para lo cual cada usuario cuenta con un cuaderno que permite el registro de lo producido y favorece la continuidad y la reelaboración del trabajo realizado y; el cierre del encuentro, destinado a la lectura oral y al comentario de los textos producidos. El momento de cierre inaugura un modo distinto de circulación de la palabra y, aunque la lectura es voluntaria, todos suelen leer y cada lectura es acompañada usualmente de comentarios motivadores de los compañeros o el/la coordinador/a. Aparece entonces una lectura individual en voz alta correspondida por una escucha silenciosa, atenta y solidaria del resto de los participantes.

En relación con las producciones que fueron apareciendo, es menester situar dos grandes enfoques que se repetían en los encuentros: la vinculación de cada escrito con la cotidianeidad previa al ASPO o con el pasado y los recuerdos familiares (era notorio como aquí se activaba la memoria emotiva del lenguaje, que estaba en relación con la historia personal del sujeto) y; el despliegue en la escritura de preocupaciones por el presente, por el contexto de emergencia sanitaria y por la situación mundial. Como estrategia que potencie el espacio se logró articular el taller literario con radio “La Colifata”. Esta propuesta entusiasmó e incentivó a los usuarios y les dio la oportunidad de comunicar aquello que sentían en relación con la emergencia sanitaria. Se utilizó el encuentro semanal para diagramar, escribir y repensar

esto último. Las producciones fueron disimiles: algunos compartieron mensajes de esperanza, otros leyeron escritos que enfatizaban cuánto extrañaban a sus seres queridos, y otros aprovecharon la oportunidad para hacer un paralelismo entre el confinamiento debido a la emergencia sanitaria y, por otro lado, al confinamiento vivido durante la internación por situaciones de salud mental. En este caso, además de escribir y leer para los propios compañeros, lo hicieron para cualquier oyente seguidor de la Radio produciendo un intercambio novedoso desde la virtualidad.

A partir del desarrollo del taller literario, la producción escrita y su comunicación mediante el intercambio con otros, se considera la función reparadora y de recuperación para los usuarios, gracias a la aceptación que quien escribe y lee recibe del grupo o de los oyentes con los que comparte problemas, intereses y creencias. Esto genera una producción singular y colectiva que contribuyó a la valoración social de los usuarios del programa y los integra como sujetos sociales.

- Seguimientos virtuales, gestión de recursos.

Frente a la reducción de la circulación y las medidas de cuidado que planteó el ASPO, las entrevistas de seguimiento a los usuarios que se establecieron en un domicilio se realizaron de forma virtual, contemplando el abordaje interdisciplinario propuesto desde el Programa Residencial. El objetivo fue preservar la dimensión relacional que implica el encuentro en las prácticas de salud en tanto trabajo vivo en acto (Franco y Merhy, 2016) para sostener la continuidad de cuidados en la comunidad. Mediante esta modalidad se acompañó la adherencia a los tratamientos y la participación en los programas de rehabilitación o inclusión social que incorporaron modalidades virtuales de atención. Las llamadas funcionaban como un modo de detección de potenciales dificultades y formas de resolución respecto a temáticas ligadas a la toma de medicación, turnos y gestiones pendientes, así como también malestares singulares en el marco de la pandemia (o fuera de ella). En situaciones en que pudimos advertir que algunos usuarios atravesaban momentos de angustia, se diseñaron estrategias para generar un espacio de escucha y contención, intensificando, por ejemplo, la frecuencia de las comunicaciones y la articulación con los equipos tratantes. El contacto con las familias también debió ser llevado a cabo de manera remota, procurando fortalecer la vinculación de los usuarios con sus referentes afectivos y comunitarios.

Cabe destacar de esta experiencia la importancia que adquiere para el campo de la salud mental el concepto de autoatención, ligado a la autonomía en la gestión del propio padecimiento. Se pudo observar esta dinámica donde los usuarios continuaron con sus tratamientos, incorporando pautas de cuidado de la salud, apoyándose en otros compañeros con quienes compartían las viviendas. Esto no desestimó la presencia de los equipos de salud, sino que la misma habilitó un espacio de escucha y disponibilidad, para que, ante la identificación de distintas di-

ficultades o necesidades, se pudieran pensar resoluciones en conjunto. Se trata de una estrategia de intervención que procuró potenciar la autonomía, sin perder de vista la importancia de la consolidación de una red de cuidados que sostenga una inclusión social posible.

### **Comentarios finales.**

A solo unos meses del inicio de la pandemia por el COVID-19 se evidencia que el impacto que tuvo en los distintos países del mundo no se debe únicamente a la virulencia de su contagio, sino a las características políticas, sociales, económicas y culturales que sustentan las posibilidades del estado de salud de la población y las condiciones del sistema sanitario. Los efectos de las políticas neoliberales conllevan que la crisis por COVID-19 sea afrontada con escasas estructuras sanitarias y de cuidados (Zaldúa et al., 2020). En países como Argentina, con un pasado reciente de desfinanciación y desjerarquización de la salud pública, se debe considerar con especial énfasis la situación de las personas con mayor vulnerabilidad, para garantizar un abordaje integral que comprenda respuestas eficaces a las distintas necesidades que puedan surgir. Las restricciones en prácticas de salud mental comunitaria y la discontinuación de abordajes intersectoriales de inclusión social reducen las propuestas de atención a la perspectiva biomédica.

Como efecto de este contexto y de las estrategias implementadas desde el Programa Residencial se observaron una serie de dificultades, pero también potencialidades, en los procesos de inclusión socio-habitacional.

Entre las dificultades relevadas se encontraron: la extensión de los plazos de residencia en dispositivos institucionales; el limitado acceso digital (por no contar con herramientas tecnológicas, conexión a internet inalámbrica, etc) para el sostenimiento de los vínculos y de la participación de modalidades virtuales de las propuestas de rehabilitación e inclusión social y; la existencia de barreras geográficas para la atención de la salud, ya sea el retiro de medicación (concentrado en los hospitales monovalentes) y/o seguimiento de otros padecimientos de salud.

Respecto de las potencialidades identificadas, se destacan: los aspectos colectivos de solidaridad y compañerismo por parte de los usuarios en la incorporación y sostenimiento de las pautas de cuidado de la salud y prevención frente al COVID-19; el apoyo entre pares para sobrellevar los sentimientos que fueron surgiendo en relación con la medida de aislamiento y; la importancia de la presencialidad de los y las profesionales que integran equipos de salud mental para planificar acciones, en cogestión con los usuarios, que posibiliten el afrontamiento singular y colectivo del ASPO en el marco de la emergencia sanitaria. Sin discontinuar por ello, la búsqueda de consolidar procesos de inclusión socio-habitacional y continuidad de cuidados.

## NOTAS

[i] Organización de las Naciones Unidas (ONU), Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. Recuperado el 03 de junio de 2020 de [www.un.org](http://www.un.org)

[ii] El primer Censo Nacional de personas internadas por motivos de salud mental, realizado el año 2019, relevó que 12.035 personas se encontraban internadas en las 162 instituciones monovalentes del país. De ese total un 52% de las personas estaban internadas en las 41 instituciones monovalentes públicas con que cuenta el país. De los resultados se observa una diferencia en el promedio de años de internación. Mientras que para el sector público fue de 12,5 años, para el sector privado fue de 4,2 años (fuente: Dirección Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Nación). Otro dato que da cuenta de la cantidad de personas atendidas en estas instituciones son las 109.426 consultas externas realizadas por los 4 hospitales monovalentes de la CABA en el año 2017. Esta cantidad se mantuvo constante durante el periodo 2013-2017 (fuente: Dirección General de estadística y censos del Gobierno de la CABA)

[iii] En este contexto, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) presentó el pasado 7 de mayo un amparo colectivo ante la justicia en CABA, solicitando medidas de prevención y control de acuerdo con lo establecido en protocolos de actuación, la identificación de casos sospechosos y la realización de testeos. Así fue como el 14 de mayo, mediante una medida cautelar la justicia ordenó al gobierno porteño dotar a todos los internados de los insumos necesarios para el cuidado personal, además de un protocolo de actuación específico para los hospitales psiquiátricos monovalentes atendiendo específicamente al respeto de los derechos consagrados en el art. 7 de la Ley Nacional de Salud Mental. Se trata, de acuerdo con el Órgano de Revisión Nacional de Salud Mental, de una concepción para los usuarios de salud mental de riesgo en términos globales: riesgo físico por la propagación del virus, pero también riesgo psicosocial.

[iv] El monitoreo participativo se ve enriquecido por la inclusión de distintos profesionales (entre ellos residentes y concurrentes del programa de residencias y concurrencias de la CABA), estudiantes de grado y colaboradores. En este sentido cabe mencionar la realización en el año 2018 de una beca de investigación Salud Investiga “Dr. Abram Sonis” por la Mg. Malena Lenta cuyo título fue “Trayectorias de externación y prácticas socio-habitacionales inclusivas. Estudio sobre la eficacia del Programa Residencial en Salud Mental del Hospital José T. Borda (Hospital de Noche-Casa de Medio Camino). Ciudad Autónoma de Buenos Aires”

[v] Las dificultades en el acceso a internet y el poco uso de herramientas informáticas limitaron esta posibilidad en la mayoría de los usuarios. No obstante, para algunos de ellos significó la posibilidad de creación de una casilla de mail y el sostenimiento de la actividad de forma autónoma y entusiasta.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro, J. (2012) Posibilidades y tensiones en la relación entre Psicología comunitaria y políticas sociales. En Alfaro, J., Sánchez, A. y Zambrano, A. (editores) *Psicología Comunitaria y Políticas Sociales: Reflexiones y Experiencias*. Pp. 45-76. Buenos Aires: Paidós.
- Bang, C. (2012). *Las ideas de comunidad y participación comunitaria en salud. Una revisión histórica en las políticas de salud para América Latina*. Saarbrücken: Editorial Académica Española
- Cohen, H. (2009). De la Desinstitucionalización a la atención en la comunidad. En *Salud Mental en la Comunidad. 2da Edición*. Editor. Jorge J. Rodríguez. Serie PALTEX para ejecutores de Programas de Salud Mental en la Comunidad N° 29. Washington, D.C.: OPS.
- Desviat, M., Moreno Perez, A. (editores) (2012) *Acciones de Salud Mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
- De Souza Minayo, M. C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Franco, T. y Merhy, E. (2016) *Trabajo, Producción del cuidado y Subjetividad en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Galende, E. (2015) *Conocimiento y prácticas de Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Montero, M. (2012). *Hacer para transformar. El método en la Psicología Comunitaria*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Sarraceno, B. y Flishmann, A. (2009) La salud mental desde una perspectiva mundial En *Salud Mental en la Comunidad. 2da Edición*. Editor. Jorge J. Rodríguez. Serie PALTEX para ejecutores de Programas de Salud Mental en la Comunidad N° 29. Washington, D.C.: OPS.
- Tisera, A. et al. (2018) *Dispositivos instituyentes en el campo de la salud mental*. Buenos Aires: Teseo.
- Zaldúa, G. y Botinelli, M. (comp.). (2010). *Praxis Psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas*. Buenos Aires: EUDEBA
- Zaldúa, G. (Comp.) (2011). *Epistemes y prácticas en Psicología Preventiva*. Buenos Aires: EUDEBA
- Zaldúa, G., Lenta, M., Longo, R. (2020). *Territorios de precarización, feminismos y políticas del cuidado*. Buenos Aires: Teseo.