

Modelos de atención en la Salud Mental. Dispositivos Comunitarios en la Provincia de Rio Negro.

Mirian Maldonado y Carolina Semprini.

Cita:

Mirian Maldonado y Carolina Semprini (2019). *Modelos de atención en la Salud Mental. Dispositivos Comunitarios en la Provincia de Rio Negro. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/511>

Modelos de atención en la Salud Mental. Dispositivos Comunitarios en la Provincia de Río Negro.

Maldonado Mirian Ruth- Semprini Carolina

Eje: ESTADO Y POLÍTICAS PÚBLICAS

Mesa 88: Políticas, proyectos y acciones en Salud

Centro Universitario Regional Zona Atlántica-Universidad Nacional del Comahue

maldonado.mirian1@gmail.com - carolinasemprini@gmail.com

Palabras Claves

Salud Mental -Dispositivos comunitarios -Desmanicomialización- Paradigma Biopsicosocial.

RESUMEN

Río Negro se destacó como pionera en el tratamiento de Salud Mental , con una legislación superadora; donde se produce un cambio debido al cuestionamiento del modelo manicomial, el cual estaba sujeto al paradigma biomédico; se tiende hacia un modelo de atención comunitario, basado en un paradigma biopsicosocial. El mismo tiene como finalidad la promoción del desarrollo de las capacidades y la rehabilitación de los sujetos con padecimiento mental.

La sanción de la Ley 2440, estableció un marco jurídico al nuevo Paradigma basado en la desinstitucionalización. este proceso denominado desmanicomialización,cuyo principal objetivo es pensar en una estrategia terapéutica con la inclusión del usuario y su familia , en Dispositivos comunitarios , siendo la internación el último recurso para el tratamiento de los sufrientes mentales

Esta ponencia se inscribe en un Proyecto de Investigación que se desarrolla en la Universidad Nacional del Comahue sobre Sociedad Civil, Participación y Modernización en el Estado Rionegrino, desde la década del 90 hasta la actualidad.

INTRODUCCIÓN

A partir de la década del '90 se produce en la Provincia de Río Negro, una transformación en la atención de las personas con sufrimiento mental-enfermos mentales-.Este modelo se denominó desmanicomialización que cuestionó las formas de tratamiento del modelo asilar.

El nuevo escenario planteado en el Estado Subnacional a partir de la promulgación de la Ley 2440- de Promoción Sanitaria y Social de las personas que padecen sufrimiento mental-, constituye una oportunidad inédita para transformar las concepciones y prácticas asilares que caracterizan el modelo de atención hegemónico.

La normativa además de reconocer derechos y cuestionar las formas de tratamientos, prevé Dispositivos Comunitarios, que remiten a la figura de los Centros de Atención Psicosocial y los Núcleos de Atención Psicosocial establecidos desde 1987 en algunos estados de Brasil tras los procesos de reforma y desmanicomialización del sistema de salud mental. En el caso de Río Negro se puede hablar de Casas de Medio Camino y Empresas Sociales.

Para abordar el análisis de los dispositivos comunitarios que establece la Política de Salud Mental de la Provincia, resulta pertinente plantear la reflexión acerca del concepto de comunidad y de “locura”, es decir cuál son implicación en la teoría y en la práctica.

El término comunidad según Brown plantea 12 dimensiones que definen el contexto de una comunidad: economía, empleo, educación, política, medio ambiente, vivienda, sistema de salud, gobierno, salud pública, psicología, conducta y transporte. En este sentido, se traduce que la comunidad es lo que está extramuros. Es decir, todo aquello que está por fuera de sus límites y que no podrá ser comunidad, justamente por ser Institución.

Montenegro, Cristian R. (2011) explica en palabras de Saraceno que: “La comunidad que rodea al servicio es una fuente inagotable de recursos existentes y potenciales, materiales y humanos. La comunidad es todo lo que el servicio no es, y éste se relaciona con aquella a través de procesos de negación –la comunidad no existe-, de generación de paranoia – la comunidad es el enemigo que nos asedia-, de seducción y búsqueda de consenso –la comunidad es quien me acepta por lo que soy y me aprueba-, de interacción/integración –la comunidad es una realidad compleja que manifiesta intereses contrastantes, y yo actúo como interlocutor generando alianzas y conflictos”

A partir del cierre del único neuropsiquiátrico de la Provincia, en la localidad de Allen, se diluye esta institución en la comunidad, no siendo una operación propia de dicho neuropsiquiátrico, sino una delegación de responsabilidades sobre la esfera comunitaria. Por otra parte, entendemos a la locura como aquella que fascina porque es saber. Siguiendo a Foucault (1967) “La locura es saber, ante todo, porque todas esas figuras absurdas son en realidad los elementos de un conocimiento difícil, cerrado y esotérico” Por otro lado, desde otra perspectiva, Daniel Sans (2013) entiende a la locura, como aquella que pone a temblar a la institución del lenguaje y, toda institución es protección contra la locura. Depositamos en las instituciones, en particular en la del lenguaje, aquellos que nos incluye en la comunidad. Entonces la locura genera una dislocación en las bases de la institución del lenguaje.

Esto se traduce en las formas en que se trata a los usuarios de Salud Mental, que termina siendo la manera en que se cosifica, la locura; es decir el lugar de lo inaceptable y extraño por la sociedad. Esto conforma la actual peligrosidad, a través de las apariencias que toca la locura: las voces del delirio, los movimientos convulsivos o la intoxicación psicofarmacológica.

SALUD MENTAL EN RÍO NEGRO

Proceso de Desmanicomialización

La Provincia de Río Negro, con el advenimiento de la Democracia inicia un proceso de transformación en distintas áreas del Estado –educación, salud- , entre otras. En el área de Salud, se destaca una metamorfosis en las prácticas y servicios en el campo de la Salud Mental. Las autoridades provinciales consideraron como prioritario avanzar en el cambio de paradigma. Hasta ese momento la atención en Salud Mental la brindaba el Hospital psiquiátrico ubicado en la ciudad de Allen, inaugurado en 1906 como el primer hospital general de la Patagonia. Sin embargo durante la dictadura militar -1976-1983-, se re acondiciona en el mismo lugar, un hospital psiquiátrico en un moderno y extenso pabellón de una sola planta y de más de 2.000 metros cuadrados, copiando un diseño alemán. Como destacan Hugo Cohen y Graciela Natella (2013) El hospital se transformó entonces en el Centro de derivación de personas con padecimientos mentales de Río Negro y de la región norte de la Patagonia. Contaba con puertas blindadas, rejas en las ventanas, salas para electroshocks, salas de contención con paredes acolchadas para los pacientes denominados furiosos. Además se contaba con cuatro servicios de Salud Mental en hospitales generales de distintas localidades y algunos especialistas en

otros centros médicos. Los sufrientes mentales considerados severos eran derivados fuera de la Provincia.

En 1985, las autoridades del Ministerio de Salud Provincial, toman la decisión de crear el Programa Provincial de Salud Mental con sede en el Ministerio, con funciones distintas a las que se llevaban a cabo en el Hospital Psiquiátrico. Se designó un Jefe a cargo del programa a quien le correspondió la elaboración de los lineamientos generales de Salud Mental-corto y largo plazo-, misiones y funciones del nuevo servicio. En un principio no se pensó en el cierre del Hospital Psiquiátrico, sin embargo esto ocurrió tres años después con el avance de la reforma.

Las primeras tareas que se llevaron a cabo fueron desarrollar y fortalecer las capacidades en el ámbito local, de esta manera se habilitaba a intervenir en primera instancia, con la idea de asumir las problemáticas de Salud Mental con recursos propios, pero siendo asesorados por el equipo del área. (Hugo Cohen y Graciela Natella, 2013).

La capacitación de los profesionales- tanto de salud general como especialistas en salud mental – para la atención de personas en crisis, representó todo un desafío; se pensaba que para una mejor atención de los pacientes debían permanecer en la comunidad, estas prácticas no formaban parte de la formación académica de los profesionales en Salud mental.

Los cambios que se producían en Salud Mental, también alteraban a la organización del Sistema de Salud. El Estado Subnacional, tiene hospitales generales que son los responsables de la salud de los habitantes, distribuidos en todo el territorio, junto a los centros de atención primaria. Esta conformación se denomina área programa; los hospitales del área programa fueron los responsables de organizar el Sistema de Salud Mental. A partir de 1986 se decidió la apertura de camas en todos los hospitales generales de la Provincia.

Esta nueva forma de atención a los sufrientes mentales requirió la incorporación de nuevos recursos humanos, que recibieron distintas denominaciones - no profesionales, no convencionales, recursos informales-, formaron parte de este agrupamiento agentes sanitarios-eran parte de los recursos humanos sustentados por la política sanitaria de la Provincia- ; fueron capacitados y sus conocimientos fueron evaluados en lo que concierne a nociones básicas de salud pública y salud mental comunitaria.

La función de los agentes sanitarios era realizar rondas domiciliarias, cada uno de ellos tenía estipulado un número de viviendas, las cuales visitaban periódicamente, haciendo un seguimiento sobre las condiciones de salud de sus habitantes. Tenían reunión

permanente con el equipo de Salud Mental y acordaron con ellos distintas estrategias terapéuticas y de atención. Según Cohen y Natella (2013), en algunas localidades se logró formar un efectivo equipo mixto, lo que permitió llevar adelante programas de atención y rehabilitación, no solo de personas que padecían trastornos alcohólicos sino por el consumo de otras sustancias.

En la misma época, en la zona del Alto Valle de la Provincia, un equipo de Salud Mental, conformaron un equipo móvil de atención, que servía de apoyo a las personas internadas en el Hospital Psiquiátrico –de la ciudad de Allen-. El rol fue intervenir con las familias mediante un apoyo multidimensional; estaba constituido por dos psicólogos y una trabajadora social, quienes podían pedir la ayuda de un médico clínico, cuando fuera necesario. Con el tiempo este equipo se transformó en un equipo de intervención en crisis y se amplió el radio de acción. La nueva mirada sobre la participación en Salud Mental, implicó un cambio de cultura; no solo en las autoridades de Salud, sino en la comunidad –familias -involucrada con las problemáticas surgidas con las personas con sufrimiento mental. Cada vez más se fue acentuando la idea que más allá de la dureza del cuadro clínico y de la red de contención social que contará, los sufridos mentales gozaban del Derecho de ser atendidos en su medio habitual. Esta forma de abordar la temática consolidó una manera distinta de atención. Territorializar las prestaciones, es decir en cada localidad se crearon equipos de intervención en crisis, esto trajo como consecuencia el cierre del Hospital Psiquiátrico.

Para que un cambio de Paradigma tenga efecto positivo, se necesita de un empoderamiento de los actores; en el caso de la Salud Mental en Río Negro demandó un cambio de dinámicas propias. Se pensó en la capacitación como táctica para el cambio-nuevas prácticas-, a partir del recurso preexistente; esto llevó a un periodo de transición que como destaca Caldas de Almeida (2004) representó una sobrecarga de los recursos humanos incrementaron su labor y en algunos casos no eran comprendidos en su accionar, interpelándolos porque no se internaba a los sufrientes mentales en Hospitales Psiquiátricos; su labor durante un lapso de tiempo la afrontaron en soledad.

La capacitación fue un proceso que se dio en forma progresiva. En nuestra Provincia, la internación en hospitales generales y la reinserción del usuario en crisis constituyeron una práctica que demandaba de profesionales formados de manera distinta a la tradicional. De manera gradual se comenzó a capacitar al personal de guardias de emergencia y luego se extendió a todo el personal de Salud, incluyendo choferes, mucamas, cocineras, entre otros.

La característica esencial del proceso de capacitación se resumió en tres: P-Presencia, Permanencia-Paciencia-.Las modalidades fueron diversas: a) La Residencia de Salud Mental Comunitaria, con capacitación de posgrado para enfermeros, médicos, trabajadores sociales y Psicólogos, implementadas en 1993 b)Curso de administración de servicios en Salud Mental, c)Capacitación en Servicio para el sector de Salud Mental y Salud en general d) capacitación sobre aspectos Psicosociales de las personas internadas e) curso y talleres de gestión cooperativa y de empresas sociales, entre otras.

El cambio de Paradigma

La transformación que se da en Salud Mental, implicó un cambio de Paradigma, pasar de un modelo clínico tradicional hacia un modelo comunitario. Según Cohen-Natella (2013) se produce un cambio cultural; la problemática mental ya no será concebida desde una mirada médico-psicológico sino será asumido por el plano político-social.

Esta nueva mirada llevó al Departamento de Salud Mental de la Provincia en 1988, a denominar Desmacomializacion al proceso transformador, este neologismo expresaba el forzoso cuestionamiento al hospital psiquiátrico, es decir se pensaba en desarrollar un sistema de atención integral y territorial que permitiera la sustitución definitiva.

Por otro lado, Franco Rotelli (2014) entiende que el cambio de paradigma significó el paso desde una investigación causal a la reconstrucción de una cadena de posibilidad probabilidad. Es decir, se rompe con la estructura del proceso de la enfermedad. El foco ya no será la curación sino el proyecto de “invención de la salud” y de “reproducción social del paciente”, la sociabilidad, la utilización de las formas de disipación. De esta forma, los espacios comunitarios, como es el caso de las casas de medio camino en la Provincia, en donde se desarrollan diferentes actividades, permiten la afectividad y la solidaridad que son las herramientas fundamentales de este nuevo paradigma.

A medida que se internaliza tanto en el sector del Estado como de la Sociedad Civil este nuevo modo de tratar al sufriente mental, se hacía necesario poner un marco legal a la atención en la Salud Mental. En este contexto se sanciona la Ley 2.440 en 1992, cuyo principal objetivo fue hacerse cargo de los sufrientes mentales, confiando en su recuperación y comprometiéndose con su reinserción social dentro de la comunidad; principios que están fundados en los Derechos Humanos. Para establecer su marco normativo se tomó como antecedente la declaración de Caracas, realizada en 1990 en el

marco de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada por la Organización Mundial de la Salud. La nueva legislación, implementa estrategias terapéuticas como actividades recreativas y productivas en lugar de psicofármacos. Esto permite por un lado, la des-medicalización del paciente dado que con esta modalidad el usuario es integrado al sistema bajo el diagnóstico de sufriente mental y no bajo la idea de una discapacidad o locura. Por otro lado, se rompe con el paradigma biomédico, en donde el lugar que se le otorgaba al usuario era el de un sujeto sin posibilidades de reinserción social y su exclusión del medio. Asimismo da lugar al paradigma biopsicosocial, en donde el usuario es pensado como sujeto de derecho incluyéndose dentro de la propia comunidad como también previendo la externación del mismo.

De este modo, se observa como la desmanicomialización fue modificando el marco jurídico del usuario, se pasa de un paciente forzado a un usuario voluntario, al restablecimiento de los derechos civiles. En palabras de Rotelli (2014): “El paciente llega a ser un ciudadano de pleno derecho y cambia con ello la naturaleza del contrato que establece con los servicios.

ESTRATEGIAS COMUNITARIAS

Así como se modificaron los Hospitales Generales, también se crearon nuevos dispositivos para mejorar la atención de los usuarios del servicio. Basadas en perspectivas de Derechos, la nueva mirada de la Política de Salud Mental en la Provincia promueve una nueva forma de atención; entendiendo que el trabajo al interior de la Instituciones no es suficiente, se propone programas con matiz comunitario. Claudia Bang (2013) manifiesta que lo comunitario se entiende como lo que está por fuera de un tratamiento clínico individual, es decir cualquier dispositivo que trabaje en forma grupal o que se desarrolle por fuera de la muralidad física de la Instituciones se considera una práctica comunitaria.

La elección del Hospital General como estructura principal de atención e internación fue esencial porque permite trabajar en un dispositivo polivalente, donde los recursos humanos son parte de un todo. Desde este espacio se generó una labor que tuvo dos ejes: hacia el interior de la Institución y hacia el entorno socio sanitario.

El programa desmanicomializador, según destaca ShiappaPietra (2008), requería de una nueva enunciación. Los espacios institucionales, entre ellos el de internación; este espacio podría delimitarse en cualquier lugar, incluso en una casa de familia, mientras

cumpliera con las pautas y principios sanitarios estipulados y se adecuara al logro del fin propuesto.

La reforma en de Salud Mental Comunitaria se enmarca en la búsqueda de legitimación del Estado Provincial, a través de una ampliación de la participación comunitaria con una posición subversiva hacia la institucionalidad vigente de las políticas anteriores al período democrático (GomizGomiz, Franco, Torres; 2000)

Un cambio en la atención fue trabajar sobre la urgencia, asistir la urgencia y abordar la crisis de manera adecuada favoreció la internación hospitalaria y alejarse de los hospitales psiquiátricos, como señalan Cohen-Natella (2013) la atención de la urgencia implica la intervención en crisis, donde se aborda la triada usuario-familia-entorno.

Además del personal médico, los enfermeros y los Operadores en Salud Mental fueron otros de los actores importantes en este proceso; Sin embargo el vínculo entre ellos era dificultoso. Los equipos han sido integrados por neurólogos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y un conjunto de personas de las comunidades, que realizaron sus prácticas compartiendo saberes comunes (SchiappaPietra, 2008).Según este autor el rol de los Operadores en Salud Mental fue fundamental, en su trabajo cotidiano debían compartir tareas con Psicólogos, Psiquiatras, Enfermeros y Asistentes Sociales. No tienen la especialidad de ellos pero tienen uno propio que, como todos los otros, es cruzado por las obligaciones y estudios de todos los demás.

Otras estrategias del proceso terapéutico implementadas fueron las Casas de Medio Camino y las Empresas Sociales, como base comunitaria de la nueva red de servicios de salud mental.

Las Casas de Medio Camino, pueden ser definidas como un espacio de contención y producción de saberes, donde se concentran acciones integrales destinadas a la rehabilitación y reinserción social de pacientes con padecimiento mental que buscan la promoción y el desarrollo del máximo de sus potenciales capacidades, en su medio habitual. Según el área de Salud Mental de la Provincia son Dispositivos diurnos abiertos a la comunidad, donde se realizan diferentes actividades -desayuno, almuerzo, talleres, empresas sociales, grupos, medicación, supervisión, etc.-, dependiente del Servicio de Salud Mental Comunitaria. Tienen la finalidad de lograr un mayor grado de autonomía en la situación de cada uno de los pacientes. La provincia de Río Negro cuenta con 13 Casas de Medio Camino, las cuales se encuentran distribuidas en las siguientes localidades: Viedma , ChoeleChoel , Río Colorado , Valcheta , Roca ,

Cipolletti , Los Menucos ,El Bolsón ,Bariloche , Sierra Grande , Cinco Saltos , Luís Beltrán y Catriel.

Por su parte las empresas sociales, se basan en diferentes propuestas laborales para las personas con padecimiento mental. Su objetivo consiste en el desarrollo de distintas capacidades para la vida cotidiana, como la responsabilidad, la autoestima, la interacción con la comunidad, de manera tal de generar un bienestar en estas personas, partiendo de la base de que son sujetos capaces de diferentes producciones. Esas producciones son ofrecidas a la comunidad en distintas formas, a través de las empresas sociales. Son promovidas en la Ley 2.440 como dispositivos que posibilitan la rehabilitación y la inclusión social de las personas. Debido a su relevancia dentro del Programa de Salud Mental, han sido declaradas de interés Provincial en 1997 por la Legislatura de Río Negro.

Como destaca Franco Rotelli (2012) en un principio era interesante discutir sobre desmanicomialización o des institucionalización, en la actualidad el tema es cómo crear instituciones democráticas que atiendan más a la persona y menos a la enfermedad, más a sus derechos y menos a las terapias.

En tanto Marcelo Muscillo (2001) se plantea el interrogante de ¿Qué son las empresas sociales? ¿En qué "territorio" están ubicadas?; las dificultades y contradicciones aparecen a la hora de tratar de brindar una definición y elegir si encasillarse en el Mercado o en la Asistencia o en Acción Comunitaria, según el autor son preguntas extremadamente difíciles para responder.

Tal como destaca Bang (2010) la estrategia de promoción de salud mental comunitaria tiene como objetivo transformar lazos comunitarios hacia vínculos solidarios donde la participación de la comunidad se convierta en sujeto activo de transformación de sus realidades, tomando decisiones en forma conjunta sobre el proceso de salud - enfermedad-cuidados-, generando la intervención y co-gestión de los problemas sociales por parte de los colectivos.

En el territorio rionegrino se pueden observar distintos Dispositivos comunitarios dependientes de los Hospitales Generales. A modo de ejemplo podemos citar algunos:

Vivero la Esperanza en la ciudad de Viedma-surge en 1992, con la finalidad de favorecer la inserción laboral de personas con sufrimiento mental, tiene el seguimiento del equipo de Salud Mental del Hospital Artemides Zatti, cuyo objetivo es facilitar la empleabilidad como estrategia terapéutica de reinserción socio-laboral-. En la ciudad de San Carlos de Bariloche hay un Centro Cultural abierto que depende del área de salud mental del Hospital Carrillo, en el lugar se realizan distintos talleres- carpintería, radio, cerámica, tejido, teatro, zumba, terapia con perros y cocina-. El taller de radio es un espacio que comenzó en el 2013, cada integrante tiene un rol - hacer entrevistas, buscar efemérides, etc-. Graban los contenidos y son escuchados por los integrantes y familiares. En la actualidad una radio local-El Cordillerano en la frecuencia 93.7- les ofreció un espacio y ahora el taller la Mariposa podrá contar a la comunidad sus experiencias y promocionar las actividades del Centro Abierto. Así como está el taller de radio también existe el espacio Maquinando, realizan bolsas de residuos para auto, compras de mercado, con el logo de la empresa que los convoca. Han sumado otros productos como pantuflas- ambos de enfermería que son comprados por los alumnos que concurren a esa carrera en la Universidad Nacional del Comahue. Algunos de los concurrentes –sufrientes mentales- manifiestan: “Yo antes me pasaba todo el día tirada en la cama, ahora tengo un compromiso, entonces me levanto y vengo y no me quiero ir porque mis compañeros y la gente que está con nosotros nos hace sentir muy cómodos” (Diario El Cordillerano, 2019).

Un Nuevo Comienzo, ubicado en la localidad de Maquinchao es un Dispositivo psicosocial y laboral dependiente del Servicio de Salud Mental, coordinado conjuntamente con el Servicio Social del Hospital Dr. Orencio Callejas" de esa localidad. Se define lo como una alternativa organizacional para concretar objetivos sociales, promocionales y comunitarios; que se basa en facilitar la transformación de personas y grupos. Permitiendo intercambios sociales y económicos vinculados con el mercado en forma directa. Tiene como fin principal lograr un impacto social, teniendo la rentabilidad y estructura empresarial como medios ante este fin último

CONSIDERACIONES FINALES

A partir de lo expuesto podemos encontrar tres dimensiones de la experiencia de la Política Pública de Salud Mental en Río Negro: Una primera dimensión, el desmanicomializar, en donde se plantea el cierre del único Neuropsiquiátrico en la localidad de Allen en 1988, que es reciclado como parte del Hospital General, el cual se optó por destruirlo. Este proceso es considerado, según Shiappa Pietra (2003) citado por Daniel Sans (2013): “una oportunidad para inaugurar la ampliación del Hospital de Allen desvinculada del proceso desmanicomializar, como lo muestra el hecho que el jefe de programa no es invitado al acto de cierre”.

Una segunda dimensión tiene que ver con las estrategias terapéuticas no convencionales, que plantea la Ley 2440 de la Provincia, como son los Dispositivos-casas de medio camino y las empresas sociales-, base comunitaria de la nueva red de servicios de Salud Mental. Se trata de des-institucionalizar, es decir llevar la experiencia fuera del hospital.

Las Casas de Medio Camino- modestas viviendas de planes sociales- en algunos lugares sirven de contención y acompañamiento al sufriente mental y sus familiares al participar en diversos talleres; en otros casos terminan por profundizar la fragmentación de los equipos de Salud Mental, al ir perdiendo contacto con los servicios de dicha área hospitalaria, como también dejando desamparados a quienes no pueden acceder a dichas casas, dado que son muy pocas para albergar a las personas con padecimiento mental, que no disponen de familias que los contenga.

En tanto las empresas Sociales en los lugares que se desarrollan, cumplen un rol primordial porque además de reinsertar al sufriente mental en el mercado laboral, profundizan el vínculo entre los profesionales- operadores de Salud Mental- el sufriente y la comunidad.

La tercera dimensión se enfoca en el cambio de paradigma - aquí cumple un rol central la figura de los operadores de Salud Mental, ya que lo que se intenta es desmedicalizar, dejar atrás el paradigma hegemónico-biomédico. Las actividades que realiza son por ejemplo: dar contención en una crisis, realizar visitas domiciliarias, acompañar a los pacientes a realizar trámites, gestionar una pensión y/o vivienda. Sin embargo todo esto se realiza sin horarios, ya que en cualquier momento los usuarios pueden necesitar de la contención de los operadores. En algunos casos, también esta tarea se realiza sin

ninguna remuneración económica, motivo por el cual, el número de acompañantes es escaso en toda la provincia.

A modo de conclusión podemos decir que la sanción de la Ley 2440 en la década del 90 estableció un marco jurídico al nuevo Paradigma basado en la desinstitucionalización, donde “la internación se concibe como el último recurso terapéutico y la reinserción comunitaria de quien resulte internado deberá constituir el eje y la causa de la instancia terapéutica “Art. 1º Ley 2440- . Sin embargo el tema primordial por la que atraviesan algunos familiares de sufriente mentales que padecen brotes periódicos violentos es la falta de adecuación de espacios en los Hospitales Generales; situaciones como estas fueron expuestas en los medios de comunicación locales -Diario Río Negro, Junio 5,2019-.

BIBLIOGRAFÍA

Bang, C. (2013) “Estrategias comunitarias en (promoción de) salud mental: una práctica posible para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas ”TOPIA. Un sitio de Psicoanálisis, sociedad y cultura. En <https://www.topia.com.ar/articulos>.

Bang, C. (2010). La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad. *Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, Tomo 3, (242-245)*. Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA.

CALDAS DE ALMEIDA, JM (2004) “Principios de la reforma Psiquiátrica” Conferencia en el primer Encuentro Internacional para la Reforma Psiquiátrica. México.

COHEN H. NATELLA G (2013). *La Desmanicomializacion: Crónica de la reforma del Sistema del Salud Mental en Rio Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

ROTELLI FRANCO (2014): *Vivir sin manicomios: La experiencia de Triste*. Buenos Aires. Topía Editorial.

MUSCILLO M (2001) “La Empresa Social, una forma de ser en el mercado” en Diario El Bolsón [-diario@elbolson.com](mailto:diario@elbolson.com)

Montenegro, Cristian R. (2011). *La Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. Observaciones y Propuestas desde la Sociología. En VI Congreso Chileno de Sociología, Grupo de Trabajo 15: Salud y Seguridad Social, 13– 16 de Abril, 2011, Valparaíso, Chile. Facultad de Sociología, Universidad de Valparaíso.*

SCHIAPPA PIETRA, José (2008) Desmanicomialización. Modo rionegrino de trabajo en salud mental. Fondo Editorial Rionegrino-Salud Pública documento de trabajo: La Desmanicomialización en Río Negro.1999

SANS, D. (2013). *Tratar la Locura. La judicialización de la Salud Mental. Pp59. Colección Fichas para el Siglo XXI. Ed. Topia. Bs As*

VILAS Carlos. (2010). Política y Políticas Públicas en América Latina. En A. P. otros, *El Estado y Políticas Públicas en América Latina. Avances y desafíos de un continente que camina en el fortalecimiento de la inclusión social* (pág. 444). La Plata, Buenos Aires, Argentina: Universitaria.

Fuentes:

diario@elbolson.com

<https://www.rionegro.com.ar/>

<https://www.elcordillerano.com.ar/noticias>

<https://www.vdmnoticias.com/>