

X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2018.

Nudos críticos en las experiencias de inclusión sociohabitacional: programa residencial de salud mental.

Tisera, Ana, Lohigorry, José Ignacio, Lenta, María Malena, Paolin, Carla, Larumbe, Maria Inés y Chuliver, María Candela.

Cita:

Tisera, Ana, Lohigorry, José Ignacio, Lenta, María Malena, Paolin, Carla, Larumbe, Maria Inés y Chuliver, María Candela (2018). *Nudos críticos en las experiencias de inclusión sociohabitacional: programa residencial de salud mental*. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXV Jornadas de Investigación XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-122/155>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewym/Mgk>

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>.

NUDOS CRÍTICOS EN LAS EXPERIENCIAS DE INCLUSIÓN SOCIOHABITACIONAL: PROGRAMA RESIDENCIAL DE SALUD MENTAL

Tisera, Ana; Lohigorry, José Ignacio; Lenta, María Malena; Paolin, Carla; Larumbe, María Inés; Chuliver, María Candela
Hospital J. T. Borda. Argentina

RESUMEN

Desde una perspectiva desmanicomializadora, el Programa Residencial en Salud Mental del Hospital Borda desarrolla intervenciones centradas en los derechos humanos y acompaña procesos de externación e inclusión socio-habitacional de personas con padecimientos mentales que cuentan con alta interdisciplinaria. Mediante un enfoque cualitativo, desde un diseño de estudio de casos múltiples presentamos el objetivo de analizar los procesos de inclusión socio-habitacional de las personas participantes del Programa Residencial, entre enero 2017-mayo 2018. La presencia de obstáculos para el acceso a servicios habitacionales adecuados en el ámbito de la CABA así como a recursos económicos a través de la seguridad social y/o la inclusión laboral, contextualizan nudos críticos en las intervenciones que fueron elucidados a partir de tres ejes de análisis: proceso de admisión, consentimiento informado y enfoque comunitario para la integración socio-habitacional. La participación comprometida de los actores (instituciones y usuarios) en todos los momentos del proceso de inclusión comunitaria, constituye un aspecto central a consolidar. Las dificultades en el acceso a viviendas dignas, por motivos materiales o vinculares, torna necesaria la invención de estrategias de trabajo comunitario para crear espacios habitables desde el punto de vista edilicio, de seguridad y de higiene, pero también en términos de alojamiento subjetivo.

Palabras clave

Salud Mental - Desmanicomialización - Psicología Social Comunitaria

ABSTRACT

CRITICAL ISSUES IN THE EXPERIENCES OF SOCIOHABITATIONAL INCLUSION: RESIDENTIAL MENTAL HEALTH PROGRAM

From a deinstitutionalization perspective, the Borda Hospital's Residential Mental Health Program develops interventions focused on human rights and accompanies processes of externalization and socio-residential inclusion of people with mental disorders who have an interdisciplinary high. Through a qualitative approach, from a multiple case study design, we present the objective of analyzing the processes of socio-residential inclusion of the participants of the Residential Program, from January 2017 to May 2018. The presence of obstacles to access housing services appropriate in the area of the CABA as well as economic resources through social security and / or labor inclusion, contextualize critical issues in the interventions that were elucidated from three axes of analysis: admission process, informed consent and focus community for

socio-residential integration. The committed participation of the actors (institutions and users) in all the moments of the process of community inclusion, constitutes a central aspect to consolidate. Difficulties in accessing decent housing, for material or related reasons, make the invention of community work strategies necessary to create habitable spaces from the point of view of building, safety and hygiene, but also in terms of subjective accommodation.

Keywords

Mental Health - Deinstitutionalization - Community Social Psychology

Introducción

El Programa Residencial en Salud Mental, situado en el Área Programática del Hospital Borda, es un dispositivo con orientación comunitaria de inclusión socio-habitacional, complementario de la atención en salud (tratamiento y rehabilitación), que se propone acompañar los procesos de externación de personas que cuentan con el alta interdisciplinaria, presentan diagnósticos de salud mental complejos e internaciones de media y larga data en el hospital monovalente. El programa está conformado por una Casa de Medio Camino ubicada en el barrio de Flores, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y un servicio denominado Hospital de Noche, situado en el predio del Hospital Borda. Entre ambos espacios, el programa tiene la capacidad de alojar a 15 personas en simultáneo. Si bien la Casa de Medio Camino y el Hospital de Noche no son dispositivos nuevos, sino que se fundaron a fines de la década de 1990, incluso antes de la sanción de la ley 448/2000 de CABA y de la ley nacional 26.657/2010, en enero de 2017 se produjo en relanzamiento del proyecto institucional con la creación del Programa Residencial en Salud Mental, constituido a partir de un concurso de jefatura obtenido por la Lic. Ana Tisera.

Este nuevo proyecto institucional tiene como propósito promover procesos de autonomía progresiva para los sujetos participantes del programa, a partir del reconocimiento de sus derechos como ciudadanos y de su capacidad real de ejercerlos en el mayor grado posible. Se asienta en el paradigma de los derechos humanos que destaca el derecho de las personas a vivir en la comunidad y a recibir el tratamiento adecuado frente al sufrimiento mental, sin por ello ser coartada su libertad. A poco más de un año del inicio de la experiencia del dispositivo, resulta pertinente realizar una evaluación crítica de los procesos de inclusión socio-habitacional de las personas participantes, a partir del análisis de los planos singulares, grupales y sociales, en relación con los aspectos sub-

jetivos, materiales y simbólicos que se inscriben en las trayectorias de externación. En este marco, emergieron los siguientes interrogantes: ¿cuáles son los desafíos en los procesos de inclusión sociohabitacional de las personas participantes del dispositivo? ¿Qué problemas emergieron en los procesos de externación? ¿Qué necesidades psicosociales deben apuntalarse para favorecer los procesos de externación autónomos?

La desinstitucionalización y la inclusión socio-habitacional en la CABA

Tomando como referencia a la ley nacional 26657/2010 y a la ley de CABA 448/2000, los dispositivos del campo de la salud mental se deben orientar a la desmanicomialización, es decir, a terminar con las prácticas tutelares que ubican a las personas con sufrimiento mental como incapaces de hecho y de derecho. Por lo tanto, no se trata sólo de des-internar a las personas para reinternarlas en dispositivos que se encuentren fuera del hospital monovalente (Lopez Mosteiro, 2017), sino de promover un conjunto de transformaciones institucionales, comunitarias, vinculares y subjetivas, que terminen con la marginación y segregación de las personas con sufrimiento mental (Cohen y Natella, 2013). Este enfoque implica dar lugar a la participación de diferentes actores del campo de la salud mental en las estrategias de externación: trabajadores de los dispositivos, actores comunitarios, actores institucionales, referentes familiares y, por supuesto, los propios usuarios.

La creación de dispositivos centrados en la comunidad, desde la perspectiva de la atención primaria de la salud, constituye una estrategia de intervención que permite la reconstrucción de la ciudadanía plena de los sujetos con padecimiento mental, favoreciendo la externación e inclusión social, distanciándose de intervenciones intramuros en el hospital psiquiátrico que producen la cronicidad del sufrimiento (Tisera, Lohigorry y Lenta, 2016). A su vez, busca desarrollar en los usuarios de los dispositivos enmarcados en la desmanicomialización, habilidades sociales prácticas (autonomía, cuidado corporal, intercambios cotidianos, utilización del dinero, participación en espacios sociales, etc.) que favorecerán una posición activa en los intercambios materiales, económicos y simbólicos, así como también un reposicionamiento como sujetos de derechos (Galende, 2015).

Siguiendo a la propuesta de Sarraceno (2003), es posible pensar que las estrategias desmanicomializadoras de inclusión sociohabitacional se deben llevar a cabo a partir de considerar tres dimensiones: la red social de apoyo, el trabajo y el hábitat. Estos tres aspectos no solo aluden a sustentos materiales sino también simbólicos que permiten el apuntalamiento subjetivo de las personas en el territorio extramuros.

Por lo tanto, resulta necesario inscribir estas estrategias en el marco de dispositivos que promueven la exigibilidad de derechos. Esto no solo implica la capacidad de reconocer las necesidades de los sujetos, sino que supone el desarrollo de prácticas colectivas que promuevan lazos solidarios y se inscriban en la esfera pública, permitiendo la construcción de sujetos políticos emancipados de manera tal que la satisfacción de las necesidades se logre a partir de recuperar a la salud como un derecho que se pueda reclamar y que no se garantice solo a manera de excepción (Zaldúa, Lenta, et

al, 2016; Fleury y de Vasconcelos Costa Lobato, 2012).

Metodología

En función del problema de investigación planteado, esta investigación adopta un enfoque cualitativo. El mismo supone al mundo social en tanto construcción que se sostiene en la producción de sentidos y significados que producen los diferentes sujetos sociales, en torno a la vida cotidiana y los diferentes espacios de participación (Denzin y Lincoln, 2012). Entre las características nodales del enfoque, se identifican: la intersubjetividad como constitutiva de los procesos de significación; la indexicalidad entre un fenómeno y el contexto social de interpretación; la reflexividad sobre las relaciones sociales como principio y tema constitutivo de las relaciones mismas; y el carácter político de la acción social.

En este marco, se desarrolló el objetivo de analizar los procesos de inclusión sociohabitacional de las personas participantes del Programa Residencial en Salud Mental, entre enero de 2017 y mayo de 2018.

Para ello se trabajó con un diseño de estudio de casos múltiple (Yin, 2009), en donde cada sujeto participante del programa en el período mencionado se constituyó en un caso. Para la producción de los datos, se trabajó con la triangulación de fuentes e instrumentos. Las fuentes primarias fueron: los profesionales del programa y los usuarios del programa. Las fuentes secundarias fueron: las historias clínicas y los registros de seguimiento de los usuarios. Los instrumentos implementados fueron: tablas de sistematización de registros y grupos de discusión. La estrategia de análisis de datos fue hermenéutica-dialéctica.

La muestra estuvo compuesta por 17 casos, que fueron los que efectivamente ingresaron al programa en el período enero 2017 - mayo 2018, sobre el total de 30 procesos de admisión. Del total de los 17 casos, 11 ingresaron al dispositivo de Hospital de Noche y los 6 restantes, a la Casa de Medio Camino (cabe aclarar que a enero de 2017 había 6 personas que residían en Casa de Medio Camino, mientras que Hospital de Noche, luego de una serie de refacciones, pudo recibir nuevamente residentes a partir de mayo de 2017).

Características generales de los casos.

La totalidad de los casos que ingresaron al programa en el período indicado, fueron varones. El rango de edades estuvo comprendido entre los 28 y los 60 años, siendo la media de 40,8 años. En cuanto a la modalidad de los servicios que derivaron, 5 de ellos eran de corto tratamiento y los 12 restantes de mediano y de largo tratamiento. Respecto de las internaciones, del total, 15 casos contaban con internaciones previas y los tiempos de la actual internación se distribuían de la siguiente manera: menos de un año 7 personas; entre 1 y 2 años 8 personas; entre 5 y 6 años 1 personas; y más de 10 años 1 persona.

En cuanto a beneficios de la seguridad social cabe destacar que 8 personas contaban con pensión no contributiva y otras 5 personas la estaban tramitando, mientras que 15 personas contaban con el certificado de discapacidad.

El Programa Residencial sostiene la importancia que la persona que es derivada esté incluida en algún Programa de Rehabilitación. De las 17 personas que fueron admitidas, 15 estaban incluidas en

distintos programas de rehabilitación: Talleres de Rehabilitación en Salud Mental, PREASIS, Programa de Prealta, CFP N° 2.

Resultados

El Programa Residencial en Salud Mental desarrolla intervenciones que procuran construir junto a los usuarios procesos de externación en contextos comunitarios. En este sentido se consideran tres ejes de análisis en los cuales las acciones en salud buscan promover la autonomía y el acceso a derechos. Ellos son: el proceso de admisión, el consentimiento informado y el enfoque comunitario para la integración socio-habitacional, que incluye tanto las acciones desarrolladas cuando las personas residen en el dispositivo como las planteadas cuando las personas residen en la comunidad. A su vez, estos elementos permiten visualizar algunas pistas en torno a los nudos críticos encontrados en las prácticas del programa.

Proceso de admisión

El proceso de admisión comienza con la derivación de la persona y el inicio de una serie de entrevistas que incluye también la interconsulta con el o los equipos tratantes y entrevistas con familiares y/o referentes afectivos. Durante este proceso se explican las características de la propuesta y se conoce al usuario en relación a su trayectoria de atención. La planificación de trayectorias de externación requiere considerar la existencia de un espacio en el cual habitar, así como de redes laborales, afectivas y de cuidado que se constituyan como soporte de la vida en comunidad. Es así que la admisión incluye estos aspectos delimitando oportunidades y dificultades para la formulación de objetivos singulares que favorezcan la consolidación de la inclusión socio habitacional y la continuidad de cuidados en salud. Para ello se requiere de la **participación comprometida** del propio usuario, sus redes de pertenencia y de los equipos intervinientes (ya sea del servicio que realizó la derivación, como de aquellos programas de rehabilitación en los que la persona esté incluida):

Ricardo fue derivado al programa en una etapa anterior y no fue admitido. En talleres de rehabilitación estaba en un dispositivo intrahospitalario por lo que no salía a la calle y tampoco había sido admitido en el programa de rehabilitación asistida de Desarrollo Social, PREASIS. A partir de una re-derivación en esta nueva etapa, se convocó a todos estos actores e hicimos una nueva propuesta de trabajo conjunto: solicitamos a PREASIS que lo re-evalúen y lo incluyan, que talleres lo derive a otro espacio que implique la salida a la calle y se trabajó con el equipo tratante del servicio de procedencia del hospital. Como él no tenía referentes ni contactos fuera del hospital, ni familiares ni amigos, el equipo tratante fue quien lo acompañó incluso en la firma del consentimiento informado para el ingreso de Ricardo al programa.

Frente a las prácticas tradicionales de derivación, en esta propuesta de admisión, resulta evidente la construcción de una derivación en donde ocupan un lugar central, el compromiso y participación del conjunto de los actores involucrados. Para Montero (2010), el compromiso-participativo implica a la consciencia y al sentimiento de responsabilidad y obligación respecto del trabajo y objetivos de un colectivo, comunidad, proyecto o causa, que conduce a acompañar, actuar y responder por las acciones desarrolladas.

De esta manera, las derivaciones no implican desentendimiento de los casos, sino que existe un énfasis en la acción de los diferentes equipos, del propio sujeto y sus referentes, en el trazo del pasaje de un dispositivo al otro. La co-responsabilidad entre los actores es un puntal fundamental para la garantía del derecho de las personas institucionalizadas a la vida en comunidad.

El **proyecto habitacional** es otro aspecto particularmente considerado durante la admisión ya que posibilita pensar qué estrategias socio habitacionales puntuales se plantearán ante cada situación, desde el comienzo. En términos generales, la labilidad de las viviendas se observa en situaciones en las cuales aun contando con ellas las personas no pueden regresar a las mismas o fueron vendidas. En algunos casos esas viviendas quedan impregnadas de recuerdos familiares o vinculadas a la situación de crisis, aspectos que dificultan la posibilidad de imaginarse viviendo allí:

Raúl de 32 años unos meses antes de ser derivado contaba con una habitación que construyó en un terreno que compartía con el hermano. El terreno es vendido (con la vivienda incluida), por lo que Raúl no contaba con una habitación propia. Por eso tenía interés en obtener un subsidio habitacional y alquilar una habitación para “poder trabajar 6 días a la semana”. Desde el equipo profesional se propuso un regreso progresivo al trabajo, que incluya la posibilidad de participar de talleres de rehabilitación, ya que Raúl manifestó que el hecho de trabajar mucho (se desempeña en el rubro de la construcción) fue uno de los motivos causantes de su descompensación. Esta propuesta es aceptada por él y por quienes lo empleaban.

Joel de 28 años contaba con una vivienda de la familia a la cual no podía regresar. La idea de su tía era poder vender esa propiedad para repartir el dinero y darle la parte que le correspondía. Al momento de la derivación la propuesta fue ingresar a un hogar de la red de hogares del Gobierno de la Ciudad (estaba en lista de espera). Se trabajó sobre ello, ya que debido a las características (los horarios, la ubicación) era un espacio contrario a los intereses de Joel (quién quería estar en una vivienda ubicada cerca del lugar donde practicaba patineta). Por ello decidió emprender la búsqueda de un hotel a través de la gestión del subsidio habitacional.

Juan de 31 años, posee una casa en una propiedad horizontal en Tres de Febrero, Buenos Aires, donde se encontraba viviendo previo a la internación. En el mismo espacio también tiene una vivienda su hermano (con quién desde la internación tenía un vínculo más distante) pero alquilaba, por lo cual no residía allí. El proyecto habitacional que planteó Juan era regresar a su domicilio tras realizar algunos arreglos ya que había un desorden por su estado de ánimo, además tenía recuerdos malos de situaciones de consumo problemático cuando estaba triste por sus padres. En este sentido agregó que con tres meses le alcanzaría para trabajar aspectos de la cotidianeidad y luego volver a su vivienda.

Comenzar a delimitar las acciones a realizar para que dicha vivienda sea habitable es una de las tareas del proceso de admisión, planificando también qué otros sectores pueden intervenir de forma tal de avanzar con las refacciones y el acondicionamiento del lugar que permitan su uso. Nuevamente será fundamental la articulación con los equipos tratantes para trabajar los aspectos subjetivos que

implica y la continuidad de cuidados que requiere tanto regresar a una vivienda o alquilar un lugar donde vivir, como la re-vinculación con miembros de la familia con los cuales no se tenían contacto. El horizonte del proyecto habitacional se constituye en un organizador de las actividades cotidianas dentro del dispositivo. Al plantearlo desde el comienzo, permite jerarquizar las tareas que se proponen emprender las personas que ingresan al programa, dotando de una finalidad y sentido a las acciones que se realizarán.

Consentimiento informado

En el Programa Residencial en Salud Mental el consentimiento informado se constituye en una herramienta que refuerza y vehiculiza las intervenciones orientadas a consolidar los procesos de externación. Al contener los objetivos y actividades propuestos posibilita el trabajo progresivo en cuanto a la implicación de los sujetos. Asimismo, de acuerdo a las normativas vigentes, promueve la participación de los usuarios en relación con la propuesta de atención que se realiza desde los servicios de salud. E interpela a otros actores, ya que la firma debe ser acompañada por una persona significativa del entorno del sujeto, que se comprometerá del algún modo, en el acompañamiento del proceso de inclusión en la comunidad.

El consentimiento, como documento escrito, permite retomarlo como referencia del compromiso asumido por los usuarios al ingresar al Programa Residencial. Dicho consentimiento incluye objetivos generales del programa y objetivos singulares que contemplan las distintas oportunidades y dificultades que tienen las personas para lograr la continuidad de su propuesta de externación, delimitando alternativas y acciones a desarrollar. Esta posibilidad de pensar procesos singulares se aleja de la idea de serialidad implicada en los abordajes tutelares.

Al considerar plazos de tres meses para evaluar los logros y decidir sobre una renovación o no de los plazos, se favorece la noción de una **nueva temporalidad** distinta a la de la internación, que perfila un tiempo determinado en el cual transitar hacia la vida en comunidad. En este sentido, moviliza acciones, como las gestiones de recursos de la seguridad social, la búsqueda de habitaciones de hotel y las conversaciones con referentes familiares o barriales, que dan cuenta de la apertura a otras trayectorias posibles para el logro de la inclusión socio-habitacional:

A raíz del planteo de los plazos de estadía en el programa residencial, abordado en reunión de convivencia, Juan, quién había renovado el consentimiento por otros tres meses, se mostró con mayor iniciativa a la hora de la reacomodar los muebles que utilizará y vender los que no usará. Asimismo realizó una limpieza en profundidad seleccionando la ropa que le servía y donando las que no usara o que le pertenecían a sus padres. También mencionó la propuesta que le realizó su amigo respecto de poder convivir con él y compartir los gastos. Se abordaron estos aspectos en una entrevista conjunta con la finalidad de poder darle un encuadre al proyecto de egreso y acompañarlo.

Durante la entrevista realizada con la hermana de Raúl con motivo de la firma del consentimiento informado, se planteó que Raúl no podría convivir con ninguno de los hermanos, ni tampoco volver a vivir a Bolivia, lugar donde estuvo previo a su última internación, ya que no era un lugar favorable para él. Como propuesta surgió que

podría alquilar una habitación en las cercanías de su domicilio para que puedan estar vinculados. Al respecto mencionó preocupación en la continuidad de tratamiento posterior al egreso, comentando que Raúl cuenta con poca adherencia al mismo. Se trabajaron alternativas y posibilidades al respecto, aclarando que la persona puede continuar participando del Programa Residencial por más que deje de residir en el dispositivo.

Tal como se observa en este último caso, la firma del consentimiento el usuario la realiza en conjunto con un referente comunitario, ya sea familiar o afectivo, que marca un momento de transición en el cual la persona, ya de alta, comienza un recorrido por fuera del espacio de la hospitalización y de allí la importancia que adquiere el enfoque comunitario propuesto desde el programa residencial. De acuerdo a la singularidad de cada sujeto y de las condiciones materiales que favorezcan o dificulten el acceso a un lugar dónde vivir, se plantea, una vez cumplido el plazo, la revisión de los objetivos propuestos y la posibilidad de renovar el plazo de residencia. Muchas veces, el plazo de renovación, suscita angustias frente a la incertidumbre de la vida sin el soporte de éste u otro programa residencial. Por ello se torna central, el apuntalamiento de otros soportes por fuera del programa que faciliten los procesos de autonomía progresivos.

Abordaje comunitario como horizonte para el egreso

Las ciudades brindan un conjunto de oportunidades que las hacen atractivas, especialmente por las posibilidades laborales, educativas, culturales y de atención en salud. En la CABA habitan 2.89 millones de habitantes distribuidos en quince comunas, un número relativamente estable desde 1947 (IVC, 2013). Esto no se debe a la falta de crecimiento vegetativo de la población sino a la tendencia a la expulsión hacia la periferia urbana de la población empobrecida, en función de los altos costos de los terrenos.

Para la Defensoría del Pueblo (2017), el déficit habitacional urbano es comprendido como el obstáculo en el acceso a los servicios habitacionales dignos relacionados con el derecho a la vivienda. En CABA, cerca de 80.000 personas tendrían problemas en el acceso a una vivienda digna ya que habitan en asentamientos urbanos, casas tomadas o núcleos habitacionales transitorios, villas de emergencia, hoteles o pensiones. A su vez, debido al costo de las viviendas cerca del 60 % de la población alquila las propiedades en las que vive, llevándose en promedio cerca del 40 % de los ingresos familiares.

Según el Primer Censo Popular de Personas en Situación de Calle (AA.VV., 2017), la CABA presenta 4394 personas en situación de calle efectiva, 1478 personas que utiliza red de alojamientos nocturnos, paradores y hogares y 20000 personas en riesgo de situación de calle (beneficiarios del subsidio habitacional, beneficiarios con amparo, jóvenes institucionalizados en sistema de protección y sistema de justicia penal, desalojados con sentencia firme, adultos institucionalizados en sistema penal próximos a finalizar condena, adultos institucionalizados en condiciones de alta médica que permanecen por su vulnerabilidad habitacional, etc.).

En este marco, el abordaje comunitario del Programa Residencial en Salud Mental, hace referencia a las intervenciones y acciones realizadas durante los meses en que la persona participa del pro-

grama y busca articular estrategias que consoliden la integración socio habitacional, en un escenario complejo. En este sentido desde el equipo profesional se piensan distintas intervenciones posibles para potenciar la vida en comunidad y el acceso a la ciudad de los usuarios.

En algunas ocasiones esa actividad se constituye de la visita a los domicilios en compañía del usuario, con la finalidad de pensar estrategias que hagan habitable el lugar. También puede consistir en el contacto con referentes barriales que se constituyen en actores clave para favorecer la integración comunitaria. El regreso a la vida en comunidad se plantea de manera progresiva de modo que el armado de redes permita soportar el impacto subjetivo del regreso a la vivienda, o el ingreso a un hotel:

Durante el mes de octubre junto a Juan visitamos su domicilio a los fines de colaborar con el acondicionamiento de la vivienda. Para mejor organización del espacio planteó que va a sacar una cómoda, un sillón, una cama rota y un colchón de dos plazas (un amigo le había dicho que le conseguiría una cama de una plaza). Junto con las cosas que donaría incluyó libros y ropa que pertenecían a la madre. Mencionó que aún debe arreglar el foco del baño y conseguir un timbre para la puerta de entrada ya que estaba roto. Refirió buena relación con los vecinos, a excepción del de al lado con quien no se saludaba. Se conversó acerca de cómo imaginaba sería vivir allí. Manifestó interés de continuar con talleres de rehabilitación los lunes, martes y miércoles (días en que residiría en el dispositivo del Programa Residencial), mientras que jueves y viernes iría a trabajar a la carpintería y se quedaría a dormir en su casa. Aun persistía temor de padecer una posible descompensación, aunque pensaba que tomando la medicación eso no pasaría.

La búsqueda de un lugar donde residir, vía los recursos de la seguridad social, adquiere características que pueden ser de exclusión y expulsión social, se observa poca tolerancia u oportunidades para estas personas que han tenido que buscar una habitación de hotel o departamento. Sin embargo, la presencia de redes o familiares pueden contribuir con el proceso de búsqueda y la obtención de la vivienda.

En el mes de Julio, luego de algunos intentos de búsqueda de hotel solo, Joel comentó dificultades (los encargados le decían que no había lugar, que pregunte más adelante o no le respondían). Se trabajó sobre ello y luego de una entrevista con su tía acordaron realizar la búsqueda en conjunto. A fines de ese mes, acompañado por su tía, Joel consiguió hotel en el barrio de Belgrano, cerca de donde practicaba patineta. Ya había abonado la seña, aún sin haber tramitado el subsidio habitacional. Frente a la rapidez de la noticia, se trabajó acerca del aprovechamiento del tiempo previo al egreso del programa residencial, a fin de organizar las compras de elementos personales necesarios, así como el manejo del dinero con mayor autonomía.

Por otra parte, el abanico que abre el programa residencial en relación a pensar ese territorio comunitario con sus características singulares posibilita, no solo intervenciones en relación a la vida cotidiana (como mantener la higiene, la elaboración y conservación de la comida, etc.) sino también a la constitución de las redes de

cuidado y vinculares que estarán compartiendo el proceso.

Leandro se desvaneció en el hotel y la encargada se contactó telefónicamente con profesionales de la Casa de Medio Camino y con el SAME. Luego de que los profesionales intervinientes opusieron resistencia, finalmente lo trasladaron al Hospital Ramos Mejía, quedando internado en la guardia, luego en terapia intermedia y clínica médica.

Las **tramas de sostén de la vida en la comunidad** incluyen la creación y/o consolidación de redes familiares, redes de amigos, redes de referentes comunitarios y redes de subsidios, que favorezcan la continuidad de los cuidados y actúen preventivamente frente a las internaciones.

Comentarios finales

El análisis de los procesos de inclusión socio-habitacional de personas participantes en el Programa Residencial en Salud Mental permitió visibilizar nudos críticos que constituyen desafíos para el desarrollo del programa. La participación comprometida de los diferentes actores institucionales y del propio usuario en el ingreso al programa, como así también, en la creación de las estrategias para garantizar el desarrollo de la vida en comunidad, es un aspecto central para consolidar. Frente a la fragmentación de las políticas sociales en los diferentes campos y la desconexión de los equipos, incluso, al interior de las propias instituciones, esta modalidad implica un desafío para la implicación de los actores en la garantía del derecho a vivir en comunidad. Asimismo, la interpelación al propio usuario en relación a las acciones para decidir su ingreso, lo ubica como un sujeto activo con capacidad de ser actor protagonista de su propia libertad, desafiando las lógicas tradicionales de los dispositivos tutelares en salud mental, que promueven subjetividades serializadas.

A la vez, las situaciones en las que se plantea el no ingreso de una persona al programa a pesar de las diferentes estrategias desarrolladas, nos convoca a visibilizar la necesidad de la creación de otros dispositivos con modalidades acordes a las necesidades de dichas personas. Muchas veces, es la falta de trabajo temprano de rehabilitación en la internación, lo que produce habituación institucional (Tisera et al., 2016) y obstaculiza los procesos de externación. A su vez, la ausencia de una variabilidad de dispositivos intermedios restringe los derechos de las personas internadas en dispositivos monovalentes a vivir en comunidad y vulnera sus derechos humanos.

Otro nudo a desarmar está vinculado a las características de la inclusión socio-habitacional en la CABA. Frente a la falta de recursos económicos y de redes sociales, las personas muchas veces acceden a viviendas muy precarias en términos materiales, pero también, vinculares. En este marco, se torna necesaria la invención de estrategias de trabajo comunitario para crear espacios habitables, no solo desde el punto de vista edilicio, de seguridad y de higiene, sino también en términos de alojamiento subjetivo. Las tramas de las diferentes redes familiares, de amigos, de nuevos referentes y espacios de atención en salud y de recursos económicos para sostener la vida en comunidad, se tornan complejas para garantizar la continuidad de los cuidados en la comunidad. Los plazos cada vez más extensos en el acceso a los subsidios o las dificultades

para la atención en salud y salud mental en los hospitales y en los CeSAC, junto con los problemas para acceder a otros alojamientos en mejores condiciones que los hoteles o las habitaciones arrendadas, tensionan los tiempos y posibilidades de autonomía de las personas.

Las prácticas con sujetos y colectivos con sufrimiento mental y especialmente vulnerados en sus derechos, requieren un trabajo específico para que ellos adquieran y/o refuercen sus capacidades para el ejercicio de la ciudadanía y la exigibilidad de sus derechos. La creación de estrategias de intersectorialidad, trabajo con otros equipos de salud y salud mental y la interdisciplina como norma y no como excepción, es un puntal para continuidad de cuidados en la comunidad que propicia el andar de las personas institucionalizadas por el camino de la libertad.

BIBLIOGRAFÍA

- AA.VV. (2017). Informe Preliminar del Primer Censo Popular de Personas en Situación de Calle de CABA. #AMiNoMeContaron: visibilizar para humanizar. Visitado en <http://proyecto7.org/wp-content/uploads/2017/07/Informe-preliminar-1%C2%BA-CPPSC.pdf>
- Cohen, H. y Natella, G. (2013). *La Desmanicomialización: crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires (2017). Informe Anual 2017. Recuperado el 07/06/2018 de <http://www.defensoria.org.ar/noticias/un-ano-de-trabajo-informe-anual-2017-de-la-defensoria/>
- Denzin, T. y Lincoln, I. (2012). *Manual de Investigación Cualitativa Vol. I*. Buenos Aires, Argentina: Gedisa.
- Fleury, S. y de Vasconcelos Costa Lobato, S. (2012). *Participación, democracia y salud*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.
- Galende, E. (2015) *Conocimiento y prácticas en salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Instituto de la Vivienda de la Ciudad de Buenos Aires (IVC) (2013). *Serie de Informes sobre Situación Habitacional en CABA. Documento N°1: Diagnóstico Déficit Habitacional en CABA*. Recuperado el 07/06/2018 de <http://www.buenosaires.gob.ar/institutodevivienda/informacion-y-estadisticas/centro-de-documentacion-y-biblioteca>
- Lopez Mosteiro, V. (2017). *El trabajo vivo en acto*. Buenos Aires, Argentina: Topía.
- Minayo, M. (2010). Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa, en *Revista Salud Colectiva* 6(3), 251:261.
- Montero, M. (2010). Fortalecimiento de la Ciudadanía y Transformación Social: Área de Encuentro entre la Psicología, en *Psyhé* (19)2, 51:63.
- Sarraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos*. México: Editorial Pax.
- Tisera, A., Leale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A., y Joskowicz, A. (2016). Salud mental y desinstitucionalización en los procesos de externación. En Zaldúa, G. (coord.) *Intervenciones en Psicología Social Comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales*. 291-312. Buenos Aires: Teseo.
- Tisera, A., Lohigorry, J. y Lenta, M. (2016). Exigibilidad y justiciabilidad de derechos en salud mental. En Zaldúa, G. (coord.) *Intervenciones en Psicología Social Comunitaria. Territorios, actores y políticas sociales*. 313-326. Buenos Aires: Teseo.
- Yin, R.K. (2009). *Case Study Research - Design and Methods, Applied Social Research Methods* (Vol. 5, 2nd ed.), Newbury Park, UK: Sage.
- Zaldúa, G., Lenta, M., Longo, R., Pawlowicz, M.P., Tisera, A., Bottinelli, M. y Sopransi, B. (2016). Dispositivos psicosociales en la zona sur de la CABA: dimensiones del cuidado y exigibilidad del derecho a la salud, en *Actas de VIII Congreso Internacional de Prácticas Profesionales e Investigación en Psicología. XXIII Jornadas de Investigación en Psicología y XII Encuentro de Investigación en Psicología del MERCOSUR* 3, 325:329.