

Producciones de fin de grado

Salud Mental Comunitaria en Argentina: Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A).

Lucía Dominguez^a y Ignacio Rial Mattos^b

Fecha de recepción:	4 de junio de 2025
Fecha de aceptación:	6 de junio de 2025
Correspondencia a:	Lucía Dominguez
Correo electrónico:	ludominguez2704@gmail.com

- a. Licenciatura en Trabajo Social Universidad de Buenos Aires.
- b. Licenciatura en Trabajo Social Universidad de Buenos Aires.

Resumen:

El presente artículo fue logrado a partir de la producción de tesina de grado de la carrera de Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires. La misma conlleva una investigación que buscó describir, caracterizar y analizar los procesos de producción de cuidados en los tratamientos de usuarias externadas del Hospital Esteves (Temperley, Provincia de Buenos Aires) en relación a la perspectiva des/institucionalizadora que impulsan los equipos interdisciplinarios del Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A). En convergencia con este encuadre, la Ley de Salud Mental N°26.657 del año 2010 ha constituido uno de los ejes principales de análisis. La perspectiva de salud mental comunitaria y sus aportes, nos invitan a pensar en modelos de intervención en el campo de la salud mental que fortalezcan a las usuarias como sujetos de derecho en el despliegue de trayectorias vitales por fuera de las instituciones asilares. La metodología utilizada para el desarrollo de la investigación es cualitativa y se construyó a partir de entrevistas semi-estructuradas a psicólogos/as, trabajadores/as sociales, psiquiatras y enfermeros/as comunitarios/as del PREA e informantes claves. La información obtenida por medio del trabajo de campo se articula con la revisión y profundización teórica sustentada fundamentalmente

en la revisión de fuentes secundarias en relación con las conceptualizaciones sobre des/institucionalización (Faraone, 2013, 2015), Salud Mental Comunitaria (Bang, 2014) y producción de cuidados (Merhy, Feuerwerker y Silva, 2012) centrales para el objetivo propuesto. El análisis de las prácticas comunitarias promovidas por un dispositivo alternativo al modelo manicomial-asilar como el PREA, nos permite comprender que las redes de cuidado se pueden tejer por fuera de los dispositivos sanitarios, a fines de proyectar una vida fuera del hospital para las personas con padecimiento mental.

Palabras clave: Des/Institucionalización - Salud Mental Comunitaria - Producción De Cuidados.

Summary

This article was produced from the undergraduate thesis for the Social Work Degree at the University of Buenos Aires. This involves an investigation that sought to describe, characterize and analyze the care production processes in the treatments of users discharged from the Esteves Hospital (Temperley, Provincia de Buenos Aires) in relation to the de/institutionalizing perspective promoted by the interdisciplinary teams of the Assisted Rehabilitation and Externment Program (P.R.E.A). In line with this framework, Argentinian Mental Health Law No. 26,657 of 2010 has been one of the main axes of analysis. The community mental health perspective and its contributions invite us to consider intervention models in the field of mental health that strengthen users as legal subjects in the development of life trajectories outside of asylum institutions. The methodology used for the development of this research is qualitative and was based on semi-structured interviews with psychologists, social workers, psychiatrists, and community nurses from PREA and key informants. The information obtained through fieldwork is articulated with the review and theoretical deepening supported fundamentally in the review of secondary sources in relation to the conceptualizations of de/institutionalization (Faraone, 2013, 2015), Community Mental Health (Bang, 2014) and production of care (Merhy, Feuerwerker and Silva, 2012) central to the proposed objective. The analysis of community practices promoted by an alternative device to the mental hospital model such as PREA, allows us to understand that care networks can be woven outside of health devices, in order to project a life outside the hospital for people with mental illness.

Key words: De/Institutionalization; Community Mental Health; Production Of Care.

Introducción

La presente investigación se propone realizar una descripción, caracterización y análisis sobre los procesos de producción de cuidados en los tratamientos de las usuarias externadas del “Hospital Esteves” (Temperley, Provincia de Buenos Aires) con relación a la perspectiva des/institucionalizadora que impulsa Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A). El interés por investigar sobre esta temática surge a partir de experiencias en el campo de la salud que nos llevaron a problematizar los servicios de salud mental en instancias de seguimiento ambulatorio, pues hemos percibido incontables situaciones donde los/as usuarios/as con padecimiento mental sufren las falencias del sistema de salud al momento de pensar e instrumentar la necesidad de creación de una red de dispositivos comunitarios que promuevan la atención y cuidado en salud mental a la vez que eviten internaciones innecesarias en concordancia con el marco normativo en vigencia. En este sentido, las falencias se expresan en escasas ofertas de dispositivos y/o instituciones donde realizar el tratamiento (ya sea por obra social, prepaga o de la esfera pública), saturación en las vacantes para las admisiones, reinternaciones por no realizar un tratamiento adecuado a las indicaciones post-alta luego del paso por la internación, entre muchas otras problemáticas. Es en esta instancia de complejidad en la accesibilidad a la atención por la falta de políticas en salud mental articuladas con recursos para la implementación de la normativa vigente, cuando las redes de cada usuario/a configuran relaciones objetivas entre posiciones dentro del gran campo de la salud.

Por otro lado, y pensando en términos de actualidad, el campo de la salud mental (en adelante SM) se ve atravesado por múltiples condicionantes que dificultan la plena implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657, en adelante LNSM), normativa vigente desde el año 2010. Esto se vincula con una dirigencia política nacional de gobierno que promueve el desfinanciamiento al sector de la salud pública, sumándole a esto un detrimento de las condiciones materiales de vida de las personas con padecimiento de salud mental y retrocesos en términos legislativos con la intención

del regreso del manicomio como metodología posible de intervención en el campo¹. Estos puntos mencionados operan en contra de lo establecido en la LNSM, y específicamente el último al que hacemos referencia se opone a los procesos des/institucionalizadores que se manifiestan en la normativa. Consideramos que la mejor forma de establecer la relevancia y el avance que representa la LNSM, es poder analizar un ejemplo como el PREA -que más allá de que su inicio es previo a la Ley, mantuvo su vigencia a lo largo de todos estos años- pues trabaja desde una perspectiva comunitaria en defensa de los derechos de las mujeres usuarias del dispositivo.

En este contexto, poder pensar alternativas al manicomio y analizar dispositivos que han logrado resultados que perduran en el tiempo desde su implementación, nos parece pertinente para ponderar un abordaje comunitario con una perspectiva social por sobre lógicas de encierro. El análisis de los procesos de intervención y las estrategias impulsadas por los/as profesionales en la búsqueda de fortalecer las redes vinculares, como desarrollaremos a lo largo de esta investigación, pretende visibilizar la restitución de los derechos vulnerados de las usuarias² perpetrados por la prolongación del encierro en hospitales monovalentes, en este caso particularmente en el Hospital Dr. José A. Esteves, de la localidad de Temperley, Provincia de Buenos Aires. En el marco de los procesos que transitan las usuarias hacia la externación, consideramos que es relevante la comprensión de las estrategias de intervención comunitaria en salud mental para dar cuenta de cuáles son los abordajes en este campo que fortalecen las redes vinculares en aquellas usuarias con trayectorias vitales atravesadas por las prácticas del manicomio y por falta de políticas específicas en el campo de la salud mental.

Pensar la “Des/Institucionalización”

Es necesario reflexionar sobre uno de los ejes principales de la presente investigación, que son los procesos de des/institucionalización. Pero, ¿qué implica en un proceso “des/institucionalizar”? ¿Se trata de un tipo de práctica/s determinada/s? ¿O podría ser una construc-

1. Ley de Bases y Puntos de Partida para la Libertad de los Argentinos, 27 de diciembre de 2023, art. 34.

2. Consideramos la utilización del término “usuaria” en contraposición a “paciente”, ya que el primero ubica a la persona que recibe atención por padecimientos de salud mental en un lugar activo y de decisión sobre su tratamiento por sobre la denominación de “paciente” que no ubica a la persona en un lugar protagónico dentro de su tratamiento. (Lemus Alcántara et al., 2017).

ción de un tipo de intervención con un objetivo claro? Quizás, una de las cuestiones centrales de los debates en torno a la des/institucionalización es el cómo.

Al momento de reflexionar en torno a los procesos considerados, recurrimos a la exploración de dos sentidos y prácticas asociados con el concepto de desinstitucionalización, sin barra: prácticas deshospitalizadoras y prácticas de expulsión.

Siguiendo a Rotelli, De Leonardis y Mauri (1987), la desinstitucionalización en múltiples casos se ha practicado (y se practica) con fines administrativos con el objetivo de realizar una reducción económica y de camas hospitalarias, y por ende, se produce un desplazamiento del Estado como responsable de las personas con padecimientos de salud mental. Estas prácticas, denominadas de deshospitalización incurrir en el abandono de usuarios/as en el proceso de desinstitucionalización. Las mismas se tratan de iniciativas e intervenciones vinculadas al arco político del neoliberalismo y el conservadurismo. Al mismo tiempo, los/as autores/as refieren un sentido contrapuesto del término desinstitucionalización tomado por ciertos técnicos/as y políticos/as retomado con "...la esperanza de la abolición de todas las instituciones de control social y se amparaba en la perspectiva antipsiquiátrica" (Rotelli, De Leonardis y Mauri, 1987, p. 166). En su análisis, destacan la coexistencia y tensión entre prácticas de deshospitalización (reducción de camas en hospitales, política de altas) en relación a procesos transformadores encuadrados en la restitución de derechos y abolición de formas de control social³.

Para poder avanzar en los procesos de transformación de la atención y cuidado en SM, consideramos que es de vital importancia ubicar al sujeto con padecimiento mental como sujeto de derecho activo en todo el proceso, hasta poder alcanzar una posible externación para su inserción progresiva en la comunidad, con todas las complejidades que esto implica. En este sentido, decidimos seleccionar el concepto que utilizamos a lo largo de la investigación que es el de des/institucionalización -con barra invertida-, por las fortalezas y alcances que contiene para el problema de investigación que abordaremos. Siguiendo los aportes de Silvia Faraone (2015), la noción de des/institucionalización contribuye a la problematización de la definición de afecciones de SM

limitadas en muchos casos a dimensiones patológicas tales como enfermedad o trastorno. La definición de padecimiento, acogida por los procesos de des/institucionalización "afines a la garantía de los derechos sociales y políticos de los sujetos usuarios de los servicios de salud mental" (p. 37), instituyen subjetividad en la persona que atraviesa una afección en SM. Asimismo, esta cuestión nominal implica también una decisión política, haciendo referencia a un dispositivo de SM en cárceles (Faraone, 2015), la autora indica que la decisión de implementar estrategias des/institucionalizadoras en estos ámbitos implica cuestionar "la opresión y la ausencia del derecho a la asistencia en salud mental en población privada de libertad" (p. 75).

Consideramos que la fuerza de esta concepción reside en pensar nuevos dispositivos que desafíen lógicas manicomiales y deshumanizantes, a partir de una perspectiva ideológica anclada en recuperar y legitimar las voces de las más vulneradas y en la producción de estrategias que promuevan la vida en la comunidad. El componente político de la concepción nos permite comprender los procesos de des/institucionalización como prácticas generadas en escenarios complejos que implican tensiones, oportunidades, avances y retrocesos en la búsqueda de proponer prácticas transformadoras y dispositivos innovadores extra muros.

La incorporación de esta perspectiva para los procesos que estamos analizando, es fundamental en la construcción y reflexión en torno a las prácticas que buscamos ponderar y valorar, en pos de la recomposición de los lazos sociales de las usuarias con sus familiares y/o vínculos afectivos que acompañan.

Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A).

El decreto para la constitución del PREA fue presentado a fines de la década del '90; "cuando la desocupación masiva, el hambre, la desafiliación de grandes sectores y la situación crítica del sistema de salud ya eran una realidad cotidiana, preanunciando las características catastróficas que se sucedieron poco tiempo después" (Cáceres *et al.*, 2009, p.300). En ese contexto, cobra especial significación una premisa central de este progra-

3. Cabe destacar que el artículo de Rotelli, De Leonardis y Mauri (1987) reflexiona desde la experiencia italiana y europea, por lo tanto, lo que nos interesa destacar son algunos primeros puntos de vista en torno a las concepciones de desinstitucionalización. Los/as autores/as en el desarrollo del artículo apoyan las prácticas mencionadas desde una perspectiva antipsiquiátrica y transformadora anclada en la experiencia italiana de Trieste.

ma: utilizar los recursos del propio sistema de salud para una construcción colectiva orientada a la restitución de derechos.

La experiencia del PREA comienza a construirse en el Hospital Esteves con una invitación de la Dirección a todo el personal (médico, administrativos, enfermeras, etc.), a un curso de capacitación a cargo de un equipo provincial principalmente orientado a enfermeros/as trabajadores/as del hospital, con el fin de revertir y/o transformar las prácticas encarnadas en la institución. Nacido en una situación crítica, viene a demostrar en los hechos que es posible una transformación en las políticas en salud mental que combine la coherencia entre los objetivos enunciados y las acciones; con eficiencia en la distribución de sus recursos. Las autoras aclaran en esta instancia de su análisis, que aquí no se está poniendo en discusión la necesidad de un mayor presupuesto en salud, sino que el debate sobre este tema es una barrera que en muchos casos impide transformaciones, imposibilitando una discusión seria tanto desde el campo científico como desde el enfoque de derechos humanos. La experiencia del impulso del programa, en este sentido, permite comprender a los servicios de salud mental de base comunitaria y territorial como una respuesta no sólo científica y éticamente insoslayable para el tratamiento de personas con padecimiento mental, sino como una decisión política racional para la distribución del gasto público en salud. “Rehabilitación y Externación Asistida” es el tránsito de estas personas que se encuentran en situación de encierro y pérdida de sus libertades, a una vida en pleno ejercicio de sus derechos ciudadanos (derecho al trabajo, derecho a la vivienda, a proyectar sus vidas), contando con la asistencia y los apoyos que cada situación requiere. Esta asistencia constituye a su vez, “un derecho ciudadano, y por lo tanto una obligación por parte del Estado” (Cáceres *et al.*, 2009, p.300).

En síntesis, el PREA propone la reasignación de recursos propios del sistema de salud utilizados para la internación, a favor de la externación de las usuarias a fines de obtener una construcción colectiva orientada a la restitución de sus derechos. Una de las formas de restituir las subjetividades arrasadas por el manicomio son las propuestas de talleres junto a la comunidad para que a partir del encuentro con otros/as, las usuarias puedan fortalecer lazos sociales a través de actividades que las convoquen y al mismo tiempo, aprender nuevamente a constituir rutinas en el proceso de externación.

Por otro lado, el Centro Comunitario “Libremente” (en adelante CCL) opera como un dispositivo estratégico para el fortalecimiento de vínculos y constitución de la comunidad como sujeto activo de transformación social. Tal como promueve la LNSM en sus artículos 9 y 11, el PREA realiza el proceso de atención fuera del ámbito de internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud (APS). “Libremente” funciona como un dispositivo extrahospitalario brindando servicios de inclusión social para personas después del alta institucional. Es el nudo donde convergen y se articulan las redes que sostienen la externación. El nivel de relevancia que tiene en usuarias que participan de las actividades es central. En un estudio llevado a cabo en dicha institución (Ardila-Gómez, Hartfiel, Fernández, Ares Lavalle, Borelli, Stolkiner, 2016) se identificó en entrevistas realizadas a participantes de las actividades, que en un 84% se generaron nuevos vínculos y casi la mitad de ellos implican relaciones por fuera del centro comunitario. Esto denota la importancia que toma el establecimiento en la construcción de lazos sociales contribuyendo al bienestar integral de las usuarias externadas. Tiene el doble objetivo de ser el centro de referencia para las mujeres externadas y ser un espacio abierto a la comunidad con propuestas tendientes a la integración social y la promoción de la salud.

Siguiendo a Tisera *et al.* (2013) la construcción de lazos sociales constituye un eje del proceso de rehabilitación a través de la promoción de todo tipo de actividades sociales, “de espacios de encuentro e intercambio entre diferentes actores y reconocimiento territorial” (p.255). Según la información recabada en las entrevistas con los/as informantes claves, a “Libremente” asisten unas trescientas personas de la comunidad que concurren mensualmente a los distintos talleres expresivos, de capacitación laboral y de trabajo corporal. En estos espacios se pone especial cuidado, tanto en el aprendizaje técnico de distintas manifestaciones artísticas y culturales que incentivan la libertad de expresión personal, como en el encuentro y la integración de quienes participan. Esto nos permite pensarlo como una propuesta sostenida desde el enfoque de salud mental comunitaria. Teniendo en cuenta cómo se constituye, opera como nexo entre las mujeres recientemente externadas y el vecindario del que pasan a formar parte. En sintonía con lo afirmado, podríamos enmarcar el abordaje del PREA en Libremente dentro de lo que Bang (2014) comprende como una perspectiva epistemológica de Atención Primaria de Salud. Desde este punto de vista, se incluye

lo colectivo como una estrategia de promoción en Salud Mental Comunitaria, y se orienta a la generación de procesos participativos que pongan en juego la creatividad, lo cual promueve las redes de contención. Este tipo de acciones se presentan como una vía facilitadora para la transformación hacia una comunidad más inclusiva; ya que "para que personas con padecimientos mentales puedan ser asistidas en su comunidad, ésta también debe estar preparada" (Bang, 2014, p.112).

Entre sus tantas y fatales consecuencias, la institución manicomial genera un mecanismo de segregación, pero ésta no nace en el hospital sino mucho antes, en los tejidos vinculares que la persona fue construyendo a lo largo de su vida; con su familia, amigos/as, vecinos, en la escuela, etcétera. Con ello queremos expresar que es el factor social -sin negar ni rechazar otras cuestiones que confluyen- uno de los principales determinantes del destino que tiene la persona que atraviesa el padecimiento mental. La sociedad genera muros simbólicos que impiden ingresar al status de "normal" a todo aquel que piensa y actúa como el resto a partir de ciertos parámetros de "normalidad" (Foucault, 2002).

El concepto de des/institucionalización desarrollado en distintos artículos por Silvia Faraone y trabajado también en "*A diez años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental*" (2020), se encuentra anclado sobre la base de pensar, construir e implementar institucionalidades alternativas al modelo manicomial, en este sentido, encontramos un anclaje directo con el enfoque de la Salud Mental Comunitaria. La implementación de éste, cuestiona al manicomio como institución custodial y desarrolla una red asistencial alternativa ubicada en la comunidad, en clave de reconstruir los tejidos vinculares. Paralelamente, la legislación vigente a nivel nacional en nuestro país, promueve adaptar en las instituciones de internación monovalente -tanto pública como privada- a los objetivos expuestos en la LNSM hasta la sustitución definitiva por dispositivos alternativos (LNSM, 2010, art. 27) que implementen acciones de inclusión social y laboral. Los postulados de la LNSM previamente mencionados permiten comprender las expectativas de la legislación a fines de lograr cambios en las percepciones sociales que existen sobre el padecimiento mental. La redefinición de prácticas en el Área de Salud Mental que se oponen a la institución psiquiátrica como instancia de cronicidad, implica un cambio de óptica que pretende promover modelos de abordaje alternativos al orden manicomial, centrándose en el trabajo comunitario y en la defensa por los derechos a la salud y a la libertad.

Lo que se empieza a contemplar con tal proyecto político y en términos legislativos y jurídicos, son los derechos de las personas con padecimiento de salud mental a la hora de estar bajo tratamiento. Se encuentran incluidos dentro de ellos el derecho al cuidado sin encierro y sin ruptura de lazos sociales, el reconocimiento de las capacidades jurídicas, la construcción de un sistema de apoyo (para la toma de decisiones, para el acceso a vivienda, educación, trabajo, etc.) y para la vida en comunidad (CELS, 2015).

La producción de cuidados, un concepto ampliamente difundido por Merhy (Merhy *et al.*, 2012), ubica la protección de la vida individual y colectiva como un eje conductor para la SM. Lo manifestado por una entrevistada en el proceso de investigación converge con las reflexiones de Merhy en cuanto a que

"un modelo (...) centrado en proyectos terapéuticos fragmentados e integralizados por sumatoria no puede aspirar a la formación de un profesional cuidador y responsable que luche por el derecho del paciente y que lo aborde de un modo más humanizado" (Merhy, 2021, p. 72).

Por ende, realizar un llamado a la transformación en las prácticas hospitalarias es un primer paso fundamental para difundir prácticas innovadoras que involucren a usuarias y trabajadores/as en formas alternativas de prevención y promoción de la salud.

Haciendo camino a la externación

En este apartado, nos interesa reflexionar sobre aquello que implica la instancia de internación psiquiátrica, las pérdidas, la construcción de lazos sociales generados a lo largo de este proceso y las trayectorias vitales de las usuarias del PREA, para luego profundizar sobre el proceso de externación en sí mismo. Un desafío para los profesionales del dispositivo ya que trata de un proceso atravesado por los múltiples efectos que dejó en las usuarias el paso por el hospital, y más específicamente, por el manicomio.

Siguiendo a Cáceres *et al.* (2009), la instancia de externación siempre fue difícil, sobre todo cuando el momento de crisis que concluye con la internación, generó ruptura con los lazos familiares y comunitarios. Eso revelan los registros escritos y la memoria viva de los/as trabajadores/as del hospital que hemos entrevistado. Luego, si

la internación se prolonga, se cierra sobre cada usuaria un círculo que la pobreza estructural consolida.

Dicen las autoras: “la ‘locura’ puede ser pensada como un fracaso en la difícil tarea de articular estos términos -alienación, agresividad y violencia- en la relación con las demás personas (...) como una fractura en el lazo social” (Cáceres *et al.*, 2009, p. 300). Las prácticas de internación crónica han estado basadas históricamente en la asociación de las ideas de agresividad-violencia-peligrosidad, atribuidas a los/as sujetos con padecimiento mental; esto ha justificado no sólo la reclusión, sino un tratamiento discriminatorio en lo social y jurídico destinado a estas personas.

Muchas veces, se encierra bajo el criterio de prevenir que el “enfermo” atente contra sí mismo o contra terceros y no necesariamente porque haya cometido actos de naturaleza “peligrosa”. Entonces, dado que “podría suceder”, queda “legitimado” que se extienda indefinidamente. Bajo este enfoque, se interpreta como más peligroso no darse cuenta de la enfermedad, que brindar cuidados sobre la salud, escogiendo el lado de la prudencia y suponiendo enfermedad en muchos casos aún en los sanos.

Al momento de evaluar la externación de una usuaria, es preciso revisar la red social que la puede acompañar en este proceso. Los y las familiares, pueden llegar a ocupar este lugar en mayor o menor medida dependiendo la situación, pero se puede identificar que “para muchísimos de los pacientes que pasan largas estadías en el hospital psiquiátrico, el programa rehabilitativo debe prescindir del tratamiento sobre la familia, pues ésta ya no existe” (Saraceno, 2003, p. 94).

A medida que las internaciones se prolongan en el tiempo, toda posibilidad de tejer redes se comienza a dificultar debido a la fractura en los lazos sociales que conlleva la institucionalización. Comienza a construirse una barrera entre el hospital y el “afuera”. Aquellos/as allegados/as que formaron parte de sus vidas previo a la internación, se convierten en eso; todo lo que significó una vida con respecto a la que se perdió tras ingresar de manera indeterminada por las puertas del hospital. Pero ¿qué es lo que se pierde en el hospital y en la institucionalización de las usuarias? Las pérdidas, pasan desde las cosas materiales, pérdida de hijos/as, los cuáles dejan de saber sobre su paradero y que conviven con otras familias, hasta el avasallamiento de su intimidad que en su internación se nota hasta en la pérdida de toda su

ropa (Ardila-Gómez, 2019). Es decir que además de las pérdidas, la nueva vida en el hospital también conlleva nuevas relaciones sociales y, generalmente comienzan a aferrarse al lugar que pasa a convertirse en su nuevo hogar. El aferrarse al hospital también implica amoldarse a la dinámica de éste, por lo que muchas veces acaban convirtiéndose en “funcionales” a su estructura realizando tareas que generalmente están asociadas al personal hospitalario y no a la figura de paciente. En relación a esto, y retomando a Rosenhan (1988), cuando una persona es ingresada a la internación, todas sus formas de conducta y rasgos característicos se verán teñidos por la clasificación diagnóstica que otorga el equipo de salud mental. Los comportamientos provocados y conducidos por el mismo entorno, son adjudicadas por lo general a la enfermedad de la usuaria, ya que “una clasificación psiquiátrica crea una realidad propia y con ello, sus propios efectos” (Rosenhan, 1988, p. 107). Lo que sucede efectivamente, es que el mismo entorno institucional es el que produce efectos iatrogénicos, como la despersonalización y/o la cronificación. Es decir, una vez “diagnosticadas”, sus conductas serán reducidas a lo que una persona con aquel diagnóstico haría.

Consideramos a partir de los aportes de Rosenhan, que aquellas conductas a las que nos referimos en realidad podrían derivarse de lo que produce el mismo entorno atravesado por un modelo asilar manicomial. Esto aleja cada vez más a las usuarias de su vida fuera de la institución manicomial-monovalente, y con ello su capacidad de vincularse con sus afectos, generando la pérdida de habilidades sociales, laborales, económicas y, en definitiva, diluyendo su propia personalidad. Asimismo, como consecuencia de su internación, la usuaria es desprovista de muchos de sus derechos legales y en base a su clasificación psiquiátrica pierde credibilidad.

Si hay algo a tener en cuenta sobre las usuarias que se externan a partir del dispositivo PREA, es que muchas de ellas vivieron en el hospital entre quince, veinte o hasta más de treinta años. Por ende, lo que se puede identificar e inferir a partir de esto es que

El vivir prolongadamente en el hospital psiquiátrico produce marcas en los modos de ser de las personas que se van entremezclando con su propio padecimiento, hasta que en cierto punto resulta difícil establecer qué fue producido por éste y qué por las condiciones de vida en el hospital. (Ardila-Gómez, 2019, p.11).

Es decir, que la externación se basa en el principio de considerar que la mayoría de las usuarias, transitaron una extensa internación que generó deterioro en sus habilidades de socialización, derivando en una instancia regresiva en el tratamiento del padecimiento mental. Por lo que se construye una estrategia profesional que incluye a las redes de la comunidad para la rehabilitación desplegada fuera del hospital.

Para no desarraigar a las usuarias, y al mismo tiempo potenciar los vínculos construidos, en muchos casos en el proceso de externación impulsado por el PREA pasan a convivir en grupos de otras tres o cinco usuarias, en casas que el hospital alquila en el barrio con su propio presupuesto, siendo el programa garante de la atención clínica y social. Se pondera la importancia adquirida a los lazos sociales que las usuarias generaron durante su internación, pues no se trata meramente de un vínculo pasajero, sino que estas nuevas relaciones influyen directamente sobre las decisiones y los deseos de las usuarias. La potencia y el apoyo de las compañeras lo encontramos, por ejemplo, en el siguiente relato de una de las usuarias: "yo entré al PREA porque una compañera me dijo, y bueno, hay que probar" o también, "mi compañera aceptó, entonces yo también probé" (Ardila-Gómez, 2019, p. 167). Consideramos que en los procesos de externación que acompañan los/las profesionales del PREA, es importante no subestimar los vínculos conformados entre usuarias ya que pueden tener una gran significancia no sólo para priorizar el cuidado y el respeto sobre sus decisiones sino también, en la generación de lazos sociales fuertes en la restitución de sus vínculos.

Conclusiones

Pudimos identificar a partir del análisis realizado en torno la producción de cuidados, los efectos positivos y la transformación que generan sobre las trayectorias vitales de las usuarias la implementación de la perspectiva de abordaje del PREA. En el proceso de investigación logramos identificar que los distintos obstáculos, dificultades y facilitadores que consolidaron estos ya casi veinticinco años de funcionamiento ininterrumpido del PREA, se encuentran atravesados por una historia nacional en el campo de salud mental con múltiples complejidades, en el sentido de las dimensiones sociopolíticas y económicas, con avances y retrocesos que caracterizan al día de hoy el espíritu del programa como una alternativa al manicomio.

Las prácticas des/institucionalizantes impulsadas por el PREA buscan transformar el paradigma que crea y sostiene al hospital monovalente como institución asilar-custodial; apoyándose en la comunidad y focalizándose en el deseo de las usuarias con respecto al destino de sus vidas. A partir de lo analizado, consideramos que el programa tiene una fuerte apoyatura en la Ley Nacional de Salud Mental en varios aspectos, tales como los criterios de internación/externación, la sustitución del hospital monovalente por dispositivos alternativos, el trabajo interdisciplinario e intersectorial y la promoción de lazos sociales comunitarios, entre otros.

En el proceso de restitución de los derechos de las personas con padecimiento mental, concluimos que es importante acompañar la intervención con una intencionalidad y un compromiso ético-político por parte de sus trabajadores/as. En este sentido, como primer hallazgo de esta investigación señalamos que la relación directa que tienen los dispositivos de SM con el Estado, será decisiva para un tratamiento integrado y complementario a la búsqueda de justicia por los/as usuarios/as con padecimiento mental ante una trayectoria histórica rodeada de vulneración y/o violación de derechos de todo tipo. La asignación de recursos es importante en estos procesos, pero también es necesario acompañar la intervención con una intencionalidad y una direccionalidad política conjunta.

Adentrando nuestro análisis en los procesos de externación en sí mismos, pudimos inferir que éstos se encuentran atravesados por los múltiples efectos que dejó en las usuarias el paso por el manicomio. En este punto, toda posibilidad de tejer redes se comienza a dificultar debido a la fractura en los lazos sociales que conlleva la institucionalización y los mecanismos de segregación que nacen mucho antes, es decir, en los tejidos vinculares que la persona fue construyendo a lo largo de su vida. En este aspecto, comprendimos que es el factor social uno de los principales determinantes del destino que tiene la persona que atraviesa el padecimiento mental. Distinguimos como segundo hallazgo de esta investigación, que el sostén social y terapéutico extendido en el tiempo, son factores decisivos en lo que hace a la posibilidad de producir una integración social efectiva de quienes padecieron los efectos de la internación indebidamente prolongada, así como las consecuencias de su paso por una institución psiquiátrica.

Profundizando en las prácticas desplegadas por el programa desde el Centro Comunitario Librementemente, com-

prendimos que cada usuaria es convocada a ocupar un rol elemental en la construcción singular de su propio recorrido; tarea que implica un tránsito desde las modalidades de intervención consagradas por la práctica hospitalaria tradicional, a la construcción de un rol protagonista en el trabajo de su propia externación. En relación con esto, destacamos a la Salud Mental Comunitaria como perspectiva de abordaje impulsada por los/as profesionales desde la constitución y el fortalecimiento de redes vinculares y que tiene como objetivo favorecer estos procesos de externación. El tercer hallazgo que identificamos es que las redes de cuidado pueden existir fuera del sistema de salud, lo que implica la consolidación de un espacio como el CCL que además del seguimiento para la continuidad del tratamiento, pondera la inclusión social y laboral, entre otros aspectos.

La relevancia del eje comunitario en el acompañamiento avocado a la efectivización de la inclusión laboral, implica además, destacar las potencialidades de cada usuaria del dispositivo. Por lo que el último hallazgo al que podemos hacer referencia, es el lugar preponderante que ocupa en las estrategias del PREA la proyección de una vida fuera del hospital, enfrentando los temores y/o dificultades que pueden emerger en la búsqueda de construir un espacio de trabajo -entre otros proyectos que puedan tener las usuarias- que cumpla con las condiciones necesarias para el desarrollo de esta actividad esencial y fundamental para muchas de las usuarias en el deseo impulsado por cada una de sus aspiraciones.

En referencia a las implicancias para la formación y las prácticas desde el Trabajo Social, pudimos reflexionar sobre la importancia de la inserción de la profesión en el campo de la SM y la obligación de revisar las prácticas a partir de un pensamiento crítico en torno a las institucionalidades vigentes en salud. La actividad de los/as trabajadores/as sociales como parte del equipo interdisciplinario, implica un reconocimiento como actor competente para el abordaje del cuidado de las personas con padecimiento mental. En concordancia con los lineamientos de la LNSM, su rol en la conformación de equipos es fundamental para la construcción de una intervención integral que promueva el acceso a derechos a los/as usuarios/as del sistema de salud y en SM específicamente.

Por último, concluimos en que la producción de cuidados construida desde y con la comunidad, posibilita la conformación de un imaginario social no discriminatorio y, por lo tanto, favorable a la integración de las personas externadas de hospitales monovalentes como parte de la vida comunitaria. La proyección de una estrategia que contemple estas cuestiones, implica una decisión ética y política, por lo tanto, no se puede escindir la direccionalidad que se le puede dar desde el aparato estatal -municipal, provincial y/o nacional- de las instituciones sanitarias. Ubicar estas principales coordenadas para la posterior implementación de este tipo de dispositivos, es el primer paso para trabajar sobre el reconocimiento y la restitución de derechos ciudadanos de las personas con padecimiento mental.

Bibliografía

- Ardila Gómez, S. (2019). *En nombre propio: Relatos de vida de mujeres que tuvieron internaciones psiquiátricas prolongadas y ahora viven en la comunidad*.
- Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2), 109-120.
- Cáceres, C., Druetta, I., Hartfiel, M., & Riva Roure, M. R. (2009). El P.R.E.A, una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 20, 299-307.
- Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). (2015). *Cruzar el muro*.
- Faraone, S. (2015). Más allá de las fronteras de la des/institucionalización. El dispositivo de salud mental en cárceles: Una estrategia consolidada en la provincia de Santa Fe. *Delito y Sociedad*, 24(40), 63-79.
- Foucault, M (2002). *Vigilar y castigar*. Editorial Siglo XXI.
- Merhy, E. E. (2021). *Salud: Cartografía del trabajo vivo*. Editorial UNLa Cooperativa.
- Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C., & Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: Aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva*, 8(1), 25-34.
- Rosenhan, D. (1988). *Acerca de estar sano en un medio enfermo*. Editorial Gedisa.
- Rotelli, F., De Leonardis, O., & Mauri, D. (1987). Desinstitucionalización: Otra vía (La reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los países avanzados). *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 7(21), 165-187.
- Saraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos*. Editorial Pax. <https://books.google.com.ar/books?id=WaH3nkL4WtkC>
- Tisera, A., Leale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A. L., & Joskowicz, A. (2013). Salud Mental y Desinstitucionalización: Resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones*, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Volumen XX. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862013000100025&script=sci_arttext&tlng=en

Leyes

- Argentina. Ley Nacional de Salud Mental, Ley N° 26.657. (2010, 25 de noviembre). *Boletín Oficial*, (32.041).