



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**El dispositivo clínico grupal psicoterapéutico en
los procesos de inclusión social de personas con
trastornos mentales severos (TMS)**

Tesis para optar al título de Magíster en Psicología Clínica

Autora: Lic. Alejandra Veroslavsky
Directora de tesis: Prof. Tit. Dra. María José Bagnato

Noviembre, 2023
Montevideo - Uruguay

Agradecimientos.

A la Directiva del Centro de Rehabilitación Psicosocial donde se llevó a cabo este estudio, que permitieron, con la mejor disposición, y posibilitaron la realización de esta investigación.

Una vez más gracias a la Educación Pública de mi país por haberme permitido y animado a formarme y superarme en cada etapa, brindándome oportunidades para ello que son incomparables y en ella, gracias a todas las personas que fueron parte fundamental en este proceso. Docentes y compañeros de estudios que sostuvieron y acompañaron en todo momento: Ale, Pablo, Rossina y Gerardo.

A Vane, mi amiga, por estar siempre en las buenas y en las malas. A las y los compas del SRI, las “Karinas” y Gastón, con ese compañerismo constante que me bancaron y alentaron en todo momento para que esto salga.

A Santy, un apreciado regalo que me ha dado la cursada de la maestría, que no tengo palabras para agradecer su amistad, compañerismo y solidaridad para acompañarme en este proceso y en la vida.

A mi tutora, María José que me apoyó desde el primer día y me guio con su experiencia y paciencia en este camino de la investigación, totalmente novedoso para mí.

A mi familia, mis viejos, Gerardo y Patricia que siempre me incentivaron a hacer lo que me apasiona a pesar de las dificultades. A mi hijo Vladimir y a Nano que apoyaron y acompañaron incondicionalmente siempre.

A todas las personas que de manera directa o indirecta hicieron su aporte para que presentar la tesis de maestría fuera un sueño realizado.

Y no me quiero olvidar de agradecer a aquellos que ya no están hoy con nosotros, pero supieron mostrarme el camino motivándome, enseñándome críticamente, ideológicamente y pragmáticamente a luchar por los cambios que se merecía la salud mental del Uruguay; querido Dr. Ángel Gines aún falta, pero estamos en el camino correcto.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue analizar cómo los dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos influyen en la inclusión social de personas con trastornos mentales. Se realizó un estudio en un centro de rehabilitación psicosocial en Montevideo, Uruguay entrevistando a psicólogos que trabajan en estos dispositivos.

La Ley de Salud Mental uruguaya ha generado un cambio significativo en el abordaje de la salud mental, centrando la atención en la inclusión social. El estudio utilizó un enfoque cualitativo y de teoría crítica basado en un enfoque de estudio de caso exploratorio.

Entre los hallazgos, los profesionales valoraron positivamente estos dispositivos y su importancia en el tratamiento de la salud mental. Se destacó la necesidad de fortalecer los lazos familiares y comunitarios para crear redes de apoyo adaptadas a las necesidades de esta población, lo que promueve así su participación activa en el proceso de rehabilitación e inclusión social.

Sin embargo, se identificaron barreras como la falta de comunicación y la territorialidad entre el centro de atención y el entorno externo, lo que obstaculiza la inclusión social. Superar estas barreras es crucial para facilitar la inclusión, al igual que coordinar con otros servicios de salud o con el estado cuando sea necesario, evitando la internación como último recurso y fomentando alternativas de tratamiento en entornos menos restrictivos y más inclusivos.

Este estudio respalda la eficacia de los enfoques terapéuticos grupales en la promoción del bienestar psicológico y destaca la importancia de la inclusión social, la creación de redes de apoyo y la coordinación adecuada con otros servicios. Se busca mejorar el tratamiento y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales.

Palabras clave: dispositivo grupal psicoterapéutico, trastornos mentales severos, inclusión social.

Abstract

The objective of this research was to analyze how group psychotherapeutic clinical devices influence the social inclusion of individuals with mental disorders. A study was conducted at a psychosocial rehabilitation center in Montevideo, Uruguay, interviewing psychologists who work with these devices. The Uruguayan Mental Health Law has brought about a significant change in the approach to mental health, with a focus on social inclusion. The study employed a qualitative and critical theory approach, based on an exploratory case study design.

Among the findings, professionals positively assessed these devices and their importance in mental health treatment. The need to strengthen family and community ties to create support networks tailored to the needs of this population was emphasized, thus promoting their active participation in the rehabilitation and social inclusion process.

However, barriers were identified, such as lack of communication and territoriality between the care center and the external environment, hindering social inclusion. Overcoming these barriers is crucial to facilitate inclusion, as well as coordinating with other healthcare services and/or the state when necessary, avoiding institutionalization as a last resort and promoting treatment alternatives in less restrictive and more inclusive settings.

In summary, this study supports the effectiveness of group therapeutic approaches in promoting psychological well-being and highlights the importance of social inclusion, the creation of support networks, and appropriate coordination with other services. The aim is to improve treatment and quality of life for individuals with mental disorders.

Key words: Group Psychotherapeutic Device - Severe Mental Disorders - Social Inclusion

Índice

RESUMEN.....	3
ABSTRACT	4
ÍNDICE.....	5
INTRODUCCIÓN	7
FUNDAMENTACIÓN	10
I. MARCO TEÓRICO	18
Salud Mental - Cambio de Paradigma	18
Trastornos Mentales Severos y Persistentes	23
Dispositivos y Dispositivo Clínico Grupales Psicoterapéuticos	26
Inclusión: Debate con Rehabilitación.....	31
II. ANTECEDENTES.....	34
III. PROBLEMA E INTERROGANTES DE INVESTIGACIÓN.....	42
IV. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	46
Objetivo General	46
Objetivos Específicos	46
V. ESTRATEGIA METODOLÓGICA	47
Diseño Metodológico.....	47
Procedimiento de Análisis de los Datos	48
Consideraciones Éticas.....	50
Trabajo de campo.....	51
Categorías de análisis	55
Funcionamiento del centro	56
Dispositivos grupales.....	57
El marco teórico utilizado por los psicólogos que trabajan en el centro.....	59
El grupo terapéutico de orientación cognitivo-conductual en el proceso de rehabilitación psicosocial.....	59
El grupo terapéutico de orientación psicoanalítica en el proceso de rehabilitación psicosocial.....	60
El grupo terapéutico de orientación sistémica en el proceso de rehabilitación psicosocial:.....	62
El grupo terapéutico desde una orientación integradora-integrativa en el proceso de rehabilitación psicosocial:	62
Egreso e inclusión social.....	65

VI. ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	66
Funcionamiento del Centro.....	66
Dispositivos Grupales	69
Marco Teórico Utilizado por los Psicólogos que Trabajan en el Centro.....	78
Egreso e Inclusión	87
VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y CONCLUSIONES	102
Dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos y los otros dispositivos grupales que abarcan distintas áreas de expresión.....	102
Posicionamiento del profesional en referencia al proceso de inclusión social de los usuarios de dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos	103
Intervención en el Dispositivo Clínico Grupal Psicoterapéutico.....	104
Aporte del dispositivo clínico grupal psicoterapéutico en función de los resultados que busca la implementación del nuevo modelo de atención (Ley de Salud Mental).	108
VIII. CONSIDERACIONES FINALES.....	112
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	119
TABLAS.....	127

Introducción

Con la promulgación en Uruguay de la Ley N° 19 529 de Salud Mental, se ha establecido un proceso de transición en el enfoque de su tratamiento que implica desligar el modelo asistencial-asilar de atención para centrarse en un modelo social comunitario, dando emergencia a un nuevo paradigma de salud mental. Es así que

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. (OMS, 2013)

En vistas de la implementación de la ley, resulta relevante para esta tesis analizar cómo funciona actualmente el dispositivo clínico grupal psicoterapéutico y si se ajusta al nuevo enfoque de atención. Por lo tanto, esta investigación se centra en analizar el impacto que tiene dicho dispositivo en los procesos de inclusión social de adultos con trastornos mentales graves (TMS). Para ello, se toma un centro de rehabilitación psicosocial de Montevideo.

Son diversas y muchas las razones que llevaron a elegir este tema para esta tesis. Por un lado, razones teóricas que respaldan un análisis de las prácticas psicológicas, y, por otro lado, razones ideológicas que priorizan una mirada crítica e histórica con el objetivo de contextualizar lo que a menudo se presenta superficialmente.

El ámbito de la salud mental es un campo complejo en el cual coexisten diversos actores, discursos, prácticas y teorías, así como relaciones sociales heterogéneas. El primer capítulo se enfoca en este campo y busca retomar los debates y procesos históricos sobre el tema: cómo evolucionaron diferentes conceptos configurando nuevas lógicas en el campo de la salud mental y sus prácticas. El recorte permite visualizar el cambio de paradigma desde un modelo asilar de atención para pasar a un modelo social. En un segundo momento, se aborda el concepto de trastorno mental severo y persistente y las variadas clasificaciones, sumado a los debates sobre el término. A continuación, este capítulo se enfoca en examinar las diferentes concepciones relacionadas con el término *dispositivo* y la distinción *dispositivo clínico psicoterapéutico*. Es un término ampliamente utilizado en el campo de la salud y la política pública y, por ello, es fundamental explorarlo a través de sus diversas conceptualizaciones. Es así que se recurrirá a distintas perspectivas para situar el concepto y posteriormente analizar los llamados dispositivos sustitutivos a la lógica

manicomial. Por último, este capítulo tiene como objetivo visualizar el progreso normativo en distintos países que han llevado a las instituciones y servicios de salud mental a modificar su enfoque hacia la rehabilitación y recuperación de los derechos de estas personas como ciudadanos. En esta parte del capítulo se pone énfasis en el concepto de inclusión social.

El segundo capítulo se centra en recuperar elementos teóricos que ayuden a configurar este marco, necesario y fundamental para la crítica y análisis del trabajo. Se abordarán diferentes aportes de la psicología y de las ciencias sociales. En este sentido, implica reunir aquellos antecedentes que hacen al escenario contemporáneo del campo de la salud mental, así como también corroborar avances legislativos y movimientos de reformas en este campo.

En el tercer capítulo del texto se describe cómo se han realizado diferentes movimientos para transformar los modelos de atención en salud mental con el objetivo de lograr la desinstitucionalización. Esto ha permitido cambiar la perspectiva en la atención y ha dado lugar a diversos procesos de rehabilitación psicosocial comunitaria en el campo de la salud mental, fomentando la participación de la comunidad en las estrategias y en el diseño de programas de rehabilitación. Esto ha llevado a abordajes psicosociales más integradores. Es importante mencionar que estas actividades a menudo se denominan como dispositivos alternativos o sustitutivos a los implementados en los hospitales psiquiátricos. Sin embargo, el término *dispositivo* se utiliza en diversos contextos relacionados con la salud mental, lo que a veces puede generar confusión sobre a qué nos referimos exactamente.

El cuarto capítulo se enfoca en analizar el dispositivo clínico grupal psicoterapéutico y su contribución a los procesos de inclusión social de personas con trastornos mentales severos (TMS). En esta investigación se busca explorar el potencial de este dispositivo y evaluar su impacto en los resultados buscados por la implementación de la Ley de Salud Mental. Específicamente, se busca fomentar la inclusión social de estas personas y alinearse con el paradigma emergente promovido por dicha ley. Además, se presentan los objetivos de investigación en el contexto de un centro de rehabilitación en Montevideo, donde se busca profundizar en el estudio del dispositivo clínico grupal psicoterapéutico en términos de sus propósitos y características. Cabe destacar que este dispositivo puede ser aplicable en varios niveles de intervención, sin importar el ámbito en el que se utilice.

El quinto capítulo da cuenta de la estrategia utilizada para este estudio de caso, su diseño metodológico, el procedimiento para el análisis de datos y las consideraciones éticas para el estudio. Posteriormente, en este capítulo se da cuenta del trabajo de campo y la construcción de las categorías de análisis del estudio.

En el sexto capítulo se analizan cuatro categorías: funcionamiento del centro, dispositivos grupales, marco teórico utilizado por los psicólogos y egreso e inclusión. Se

contrasta la información proporcionada por los entrevistados con los datos recopilados de los profesionales.

En el último capítulo se discuten los resultados con el objetivo de llegar a las conclusiones de esta tesis. Las conclusiones se centran en los dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos y otros dispositivos grupales, la posición del profesional en relación a la inclusión social de los usuarios de estos dispositivos y la intervención en el dispositivo clínico grupal psicoterapéutico.

Fundamentación

Con la sanción de la Ley N° 19 529 de Salud Mental el 24 de agosto del 2017 se consolida un proceso de transición con respecto al tratamiento de la salud mental que surge a partir del Plan Nacional de Salud Mental elaborado en el año 1986 (Ginés, A., 2013). Luego de décadas de trabajo y reclamos de diferentes actores de la sociedad, queda plasmada la necesidad de un cambio de modelo de atención de las personas que padecen trastornos mentales severos (TMS), denominación asignada en la ley que define el trastorno mental como:

La existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberán incluirse en la noción de trastorno. (Ley N° 19 529, 2017)

A persa de los debates que se han generado en torno a esta definición, los legisladores usaron la clasificación TMS aunque haya posturas que entienden que es estigmatizante. Es de relevancia señalar que en la última década en Uruguay —y resumiendo un largo proceso histórico de acumulación reivindicativa de muchos actores sociales— se intensificaron los reclamos y las demandas para lograr una ley de salud mental que priorizara un abordaje integral con perspectiva de derechos, género, generaciones, multiculturalidad e inclusión social. Desde diversos ámbitos de la vida social, política y académica, los actores sociales se movilizaron en torno a la necesidad de generar transformaciones en la atención de la salud mental de la población: a su vez y específicamente, cambios orientados hacia la defensa de los derechos humanos de los usuarios que requieran asistencia en salud mental y hacia modelos de atención comunitaria.

Estos reclamos empiezan a concretarse en el año 2015 a partir del comienzo de un proceso de debate sobre la reforma de la normativa vigente desde organismos del Estado, liderado por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y con la participación de la sociedad civil, organizaciones y diferentes instituciones. Este proceso de intercambio y debate para la reforma alcanza un hito trascendente e histórico en agosto de 2017, con la aprobación de la Ley N° 19 529 de Salud Mental. (Ginés, A., 2013).

De esta forma, Uruguay queda alineado con las definiciones de las instituciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en lo que refiere a la defensa de los derechos humanos en el campo de la salud mental y la necesidad de consolidar un cambio en el abordaje y la atención, forjando modelos de atención comunitaria e implementando dispositivos alternativos a la institucionalización en hospitales psiquiátricos.

Es así que:

a salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos (descritos más adelante) que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a todo el gobierno. (OMS, 2013).

A su vez y específicamente, con respecto a la salud mental, la definición de la OMS plantea que es:

Un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en su ambiente físico y social (Silva, C. 2007 pág. 3).

Cabe explicitar que el concepto de salud mental y las formas de abordar las situaciones en este campo han ido cambiando en el tiempo a partir de las transformaciones de valores inherentes a cada sociedad y al momento histórico y político de la misma. Este concepto ciertamente es definido por cada cultura, contextualizado en un momento histórico dado y de acuerdo a la cultura hegemónica de una sociedad. De igual modo, el avance de los conceptos y sus transformaciones nos posicionan a pensar sobre la enfermedad mental, dejando de lado el uso del término de locura o de enfermo mental, dado que los mismos en la actualidad se consideran estigmatizantes. Puntualmente, sobre finales del siglo XIX se deja de usar el término *locura* por su carácter menospreciativo y se pasa a nominar a la persona como *enfermo mental*. Posteriormente, es caracterizado como trastorno mental, “así se separa el trastorno de la persona, de su carácter y sus vivencias propias” (Berenguer, A., 2018).

Con la aprobación de la Ley N° 19 529 de Salud Mental en Uruguay, sumado al último Plan de Salud Mental elaborado por el MSP, la normativa vigente vinculante (Decreto N° 226/018) y en el marco de la reforma sanitaria a partir del año 2005 que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), se consolida una fase de transición en el abordaje de la salud mental hacia un modelo social comunitario, y deja atrás el modelo sanitario asistencial-asilar (institucional-manicomial), dando emergencia a un nuevo paradigma de atención en salud mental. Entre sus principios, se hace hincapié en la necesidad de un cambio del modelo de atención, que implique en la práctica acciones desde una perspectiva de derechos, con la implementación y desarrollo de servicios comunitarios de salud mental en territorio. En línea con lo establecido en el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020

de la OMS (OMS, 2013), dicha ley establece que “se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales” (Ley N° 19 529. Art. 17, 2017).

El cambio de paradigma hacia un modelo social-comunitario puede ser viable si se realiza un proceso planificado de desinstitucionalización, es decir, a partir del cierre de las instituciones asilares y monovalentes, tanto públicas como privadas, así como la creación y desarrollo de estructuras alternativas enfocadas al trabajo para la integración psicosocial de las personas usuarias de los servicios de salud (Ley N° 19 529. Arts. 37 y 38).

Según plantea Bardazano (2018), el eje del cambio que está en juego con la sanción de la Ley 19 529 puede resumirse en el inciso 2° del art. 37, sobre desinstitucionalización, que refiere a las estructuras alternativas, y establece:

Las estructuras alternativas no podrán reproducir las prácticas, métodos, procedimientos y dispositivos cuyo único objetivo sea el disciplinamiento, control, encierro y en general, cualquier otra restricción y privación de libertad de la persona que genere exclusión, alienación, pérdida de contacto social y afectación de las potencialidades individuales.

Como mencionaba anteriormente, en consonancia con lo encomendado por la OMS y la OPS, se desprende de la nueva ley el viraje hacia un modelo social comunitario, desamarrándose del abordaje sanitario asilar —modelo asilar—.

Por lo tanto, el modelo propuesto en la Ley de Salud Mental se diferencia del modelo asilar y rompe con este dando emergencia a un nuevo paradigma de salud mental en el país. Es así, que los organismos del Estado y diferentes organizaciones incorporan las decisiones y fomentan los cambios a los efectos de plasmar el nuevo modelo.

De esta forma, se pone énfasis en la integralidad de las personas como seres biopsicosociales, en la universalidad del derecho a la salud y en la salud mental del conjunto de la población, en la necesaria interdisciplinariedad, intersectorialidad e interinstitucionalidad de las acciones, así como en la importancia que adquiere el territorio, la comunidad y el primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema de salud.

El último Plan de Salud Mental elaborado por el MSP en el 2020

se enfoca en el componente mental de la salud y presta especial prioridad a acciones encaminadas a la eliminación de toda forma de vulneración de derechos humanos, así como a la adopción, de manera irreversible, de una lógica de recuperación basada en el involucramiento de y con la comunidad, buscando que la misma sea accesible a toda persona con problemas de salud de expresión predominantemente mental, por complejos o persistentes que tales problemas puedan ser.

En este sentido, el plan propone un modelo de atención comunitaria que se centra en el reconocimiento de las personas con problemas de salud mental como sujetos de derecho

y hace suya la declaración del Consejo de Derechos Humanos de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2016):

Los servicios de salud mental y sociales deben adoptar una perspectiva de derechos humanos para evitar causar daños a las personas que hagan uso de ellos; en particular con miras a eliminar todas las formas de violencia y discriminación en ese contexto, y para promover el derecho de toda persona a la plena inclusión y participación efectiva en la sociedad. (MSP, 2020)

Asimismo, en los artículos 40 y 46 de la Ley de Salud Mental se le confía a la Institución Nacional de Derechos Humanos (INDDHH) velar por la defensa y promoción de los derechos plasmados en esta ley. Además, encomienda que se trabaje en coordinación con la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental (creada en la Ley 19 529) para realizar la difusión de la información referente a las normas, los derechos y los dispositivos dispuestos para la protección de las personas con padecimiento mental. También explicita, en el artículo 29, que cuando una persona sea hospitalizada por padecimientos mentales de forma voluntaria o involuntaria por más de 45 días corridos, el prestador de salud deberá notificar a la INDDHH (Ley N° 19 529, 2017).

Otro aspecto ineludible es la formación académica-técnico-profesional en el campo de la salud mental. En relación al cambio del paradigma de atención que plantea la ley, los organismos internacionales, como la OMS (2006) y OPS (2009), advierten la necesidad del fortalecimiento y formación de Recursos Humanos como una de las principales áreas estratégicas para mejorar la atención que se brinda en salud mental, lo que resulta imprescindible para viabilizar la implementación de la ley. En este sentido, el Plan Nacional de Salud Mental (2020) diseñado por el MSP señala la importancia de la formación de los trabajadores que realicen su labor en este campo para garantizar una atención adecuada y de calidad. Es así que especifica que

la formación y educación continua de los trabajadores de la salud debe ir alineada con cambios de paradigmas y de modelo de atención. La planificación y gestión de la formación y la capacitación del personal de la salud, requiere un análisis de la oferta y demanda en términos de cantidades, pero también actualizar los cambios de contenidos, de forma de generar un personal con 65 competencias adecuadas para ofrecer una atención de calidad y satisfacer las necesidades integrales de las personas. (MSP, 2020. p. 64).

En este marco, la Universidad de la República en el seno de su Consejo Directivo Central, con fecha veintitrés de junio del año 2020,

emitió una resolución en la que advierte sobre la necesidad de avanzar en la implementación de la Ley 19 529 de Salud Mental y propone acompañar ese proceso y realizar su mayor

esfuerzo político y académico para construir ámbitos de enseñanza, extensión e investigación de grado y posgrado orientados por los principios centrales concertados en esa ley.

La resolución reafirma la voluntad de la casa de estudios de priorizar la creación de una Unidad de Salud Mental Integral que incluirá espacios de formación y generación de conocimiento específicos para esa área de la salud, y la creación de un Grupo de Trabajo en Salud Mental para planificar su realización. En esa línea propone consolidar las condiciones para que los ámbitos que forman profesionales de la salud se orienten al cambio de paradigma del modelo de atención en salud mental, priorizando una formación integral e interdisciplinaria, basada en el trabajo en equipo, con perspectiva de derechos, apostando a la mejora de la calidad de vida de las personas a lo largo de todo su ciclo vital (Udelar, 2020).

A su vez, se incorpora lo establecido en el artículo 1 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) en donde se plantea que

las personas con discapacidad incluye a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás;

Se puede alegar que su acuerdo tiene un fin preciso de proteger los derechos en general y en particular el de igualdad, alcanzando la incorporación de personas con discapacidad en la comunidad. De esta manera, se pone énfasis en la accesibilidad determinando acciones dirigidas a que las personas con discapacidad logren participar en todos los aspectos de la vida cotidiana en igualdad de condiciones. “La OMS también refiere y define la discapacidad psicosocial como ‘personas con diagnóstico de trastorno mental que han sufrido los efectos de factores sociales negativos, como el estigma, la discriminación y la exclusión’” (Universidad Nacional de la Tierra Del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur, [UNTDF], 2021). Se puede visualizar en esta definición la consonancia con el modelo social de atención que, más allá del aspecto médico, incorpora y señala las barreras de la sociedad, enlazando con aspectos funcionales que incluyen elementos contextuales de carácter psicológico y también social. Esto da cuenta de las dificultades a la hora de ejercer derechos para estas personas, ya que para dicho ejercicio se enfrentan a diversas dificultades, sumado la existencia de todo tipo de barreras sociales asociadas al estigma, la discriminación y la exclusión. De estas conceptualizaciones se desprende y se entiende que las personas con TMS, a consecuencia del estigma y autoestigma, puedan estar dentro de la definición de discapacidad. Esto acucia el trabajo en el campo psicosocial para promover su inclusión e impulsar un desarrollo de habilidades que les permita una mayor autonomía y un goce pleno de sus derechos.

En esta línea, López y Laviana (2007) plantean

Una estrategia, que pone el énfasis, (...), en el trabajo con las capacidades-discapacidades de las personas (en definitiva con sus distintas habilidades y limitaciones y no con los síntomas, las lesiones anatomopatológicas o las dinámicas inconscientes), así como en su protagonismo y participación activa “empowerment”; estrategia que parece especialmente adecuada para las personas con trastornos mentales severos. Tanto en este sentido como en el anterior, la rehabilitación englobaría en la práctica el conjunto de las intervenciones sanitarias y sociales, siempre que partiesen de un enfoque global, que considera a la persona con su historia, intereses, expectativas, capacidades y problemas concretos, a la vez que inserta en el contexto micro y macrosocial en que se desenvuelve. (López, M. & Laviana, M. 2007)

En el pasado, los gobiernos uruguayos han ratificado y firmado varios acuerdos respecto a los derechos humanos en el plano de la salud mental.¹ Remitiéndose hacia lo pautado internacionalmente en el plano del Derecho, el modelo social queda plasmado en la ley uruguaya de salud mental luego de un largo debate.

Palacios (2008) plantea que este tipo de modelo de atención considera que las causas de la discapacidad son principalmente sociales, dejando atrás motivos religiosos y científicos; concibe que estas personas sí puedan contribuir en sus comunidades al igual que el resto, siempre y cuando se aprecie y respete las diferencias. Es así que, enmarcado en un proceso de avance de la sociedad que conllevó a valorar los derechos humanos, se promueve la construcción de puentes que propicien la autogestión de las personas con discapacidad para elegir sobre su propia vida, fomentando la igualdad de oportunidades a fin de mejorar las condiciones de su calidad de vida y la de sus familias (Palacios, 2008).

Más allá de lo controversial de los términos, miradas a este problema y su definición, la ley genera que los profesionales (de la salud) nos coloquemos como protagonistas para forjar el cambio del modelo de atención. En tal sentido, cabe explicitar y reconocer que nuestro país tiene modelos fuertemente arraigados que estigmatizan a sujetos con TMS, lo que genera a menudo que sean aislados. Esto impide que reciban la atención que necesitan

¹ “Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10/12/1948; Pacto internacional sobre Derechos Civiles y Políticos y Pacto internacional sobre derechos Económicos, Culturales y Sociales, ambos aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas del 16/12/1966, ratificados por la ley N° 13.751; Convención Americana sobre Derechos Humanos, ratificada por la ley N° 15.737; Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13/12/06, ratificada por Uruguay con la ley N° 18.418, Ley 18.651 del 19/2/2010 sobre Protección de las personas con discapacidad; Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad aprobada por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos; Principios para la protección de los enfermos mentales y mejoramiento de la atención en salud mental, resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas N° 46/119 del 17/12/1991; Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas del 30/12/1993; Conferencia para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina; O.M.S./O.P.S Noviembre 1990, Caracas, Venezuela; Conferencia regional para la reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de Caracas O.M.S./ O.P.S - Noviembre 2005; Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (O.E.A) sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con discapacidad mental, Santiago de Chile, 4/4/2002”.(De León, N. y Kakuk, M.J., 2013, pp. 74).

y sean discriminados en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana (educación, trabajo, instituciones, sociedad). Este proceso de verdadera exclusión social conlleva la pérdida de sus redes, habilidades y destrezas, sumado a que su vulnerabilidad los deja expuestos a todo tipo de violaciones de sus derechos humanos. Reflexionar y resignificar estos conceptos implica pensar en herramientas óptimas, desde la práctica clínica psicológica, que brinden a estas personas nuevas posibilidades para la construcción de un proyecto que beneficie y aporte a su calidad de vida y ofrezca nuevas perspectivas frente su proceso de inclusión. Estas transformaciones nos comprometen e implican como profesionales de la salud a la hora de investigar para poder asesorar, formar los equipos de recursos humanos adecuados y liderar el proceso de inclusión social de estas personas mediante la reflexión en torno a las estrategias y los dispositivos para que este proceso se consolide en Uruguay. Hasta el momento, tras la promulgación de la ley, se continúa trabajando entre las organizaciones de la sociedad civil, la academia y los diferentes organismos del Estado para avanzar en la implementación de dicho modelo de atención en los diferentes prestadores de salud del país. Asimismo, es importante el trabajo de sensibilización para que la comunidad incorpore una mirada diferente y pueda visualizar los padecimientos de la salud mental sin estigmatizar.

Mercedes Serrano Miguel (2014) nos acerca a otra perspectiva a partir de su experiencia enmarcada en el *Grup de Pensadors*, iniciativa que parte de un grupo de profesionales de la *Fundació Congrés Català de Salut Mental* y aglutina a profesionales, familiares y personas en tratamiento de salud mental en un mismo espacio dedicado al debate. Fruto de esta experiencia, se preguntan si

para que la rehabilitación de personas con trastorno mental sea efectiva, sería necesario además de una red de recursos asistenciales suficientemente bien dotada y de calidad, el desarrollo de una cierta filosofía de trabajo que incluiría una reflexión ética continuada, llevada a la práctica por el conjunto de personas implicadas en la atención: profesionales que de forma directa trabajan con los usuarios, pero también gestores y legisladores. Esto es, que los profesionales implicados puedan adquirir en unos casos y consolidar en otros, una mentalidad de trabajo donde el individuo enfermo sea considerado un ciudadano con capacidad de decisión y parte activa de su tratamiento.

Es en este sentido —y a la espera de la implementación total de lo establecido por la ley— que se entiende pertinente y relevante para esta tesis conceptualizar cómo son las estrategias de intervención que se realizan en el centro de rehabilitación, tomado como caso de estudio, y de qué modo el dispositivo clínico grupal psicoterapéutico funciona actualmente con la finalidad de analizar si estas prácticas psicológicas se encuadran en el nuevo modo de atención. Por lo tanto, se hace fundamental para esta investigación

centrarse en cuál es el aporte que realiza el dispositivo clínico grupal psicoterapéutico en los procesos de inclusión social de personas con TMS adultas.

I. Marco Teórico

Los conceptos que se tomaron para la elaboración de este marco teórico se abordan desde diversos autores para dar cuenta de los diferentes actores, discursos, prácticas, disciplinas, construcciones teóricas e ideologías que componen un entramado de relaciones históricas de poder en el campo de la salud mental. Asimismo, se abordan los movimientos sociales y cambios de normativas que fueron surgiendo a partir de las transformaciones históricas sobre la concepción de salud mental en diferentes épocas y diversos lugares. El objetivo de este abordaje es entender la evolución de las nociones conceptuales hasta el momento actual: sus raíces y cómo persiste la convivencia de los modelos y prácticas tradicionales, muchas veces estigmatizantes. Estos aún implican fuertes controversias y debates en la actualidad. De este modo, con la exposición de los diferentes puntos de vista, se pretende dar cuenta del tránsito y la transformación de estos conceptos durante diferentes momentos históricos desde una mirada crítica que aporte al debate y que permita seguir reflexionando acerca de la temática para profundizar en el análisis.

En este sentido, se intenta mostrar cómo evolucionaron diferentes conceptos configurando nuevas lógicas en el campo de la salud mental y sus prácticas. En un primer momento, el recorte nos permite visualizar el cambio de paradigma desde un modelo asilar de atención para pasar a un modelo social.

En un segundo momento, se abordan los conceptos de trastornos mentales persistentes y severos, los dispositivos, el dispositivo clínico psicoterapéutico y la inclusión social que intenta incorporar el debate con las prácticas de rehabilitación psicosocial.

Salud Mental - Cambio de Paradigma

Es importante señalar algunos mojones en el tránsito histórico desde el modelo asilar-manicomial al modelo comunitario. En este sentido, debemos explicitar que las formas de abordar las situaciones en el campo de la salud mental han ido cambiando a lo largo del proceso histórico a partir de las transformaciones de valores inherentes a cada sociedad y al momento histórico y político de la misma. Es así que la historia ha mostrado cómo cada cultura dio respuestas desde el orden de lo político a diferentes problemas referidos a la locura, contextualizados en un momento histórico dado y de acuerdo a la cultura hegemónica de una sociedad. En este caso nos centraremos en las instituciones hospitalarias creadas a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, denominadas instituciones totales, cuyo propósito consistía en concentrar a toda persona en estas a toda persona que irrumpiera con el orden público. Dichas instituciones funcionaban bajo una

premisa de aislamiento que se traducía en internaciones prolongadas en el tiempo, conjuntamente con una lógica manicomial de funcionamiento estructural y sostenido por un *staff* profesional médico con adscripción al pensamiento científico de su época, denominado “alienismo”. Este cuerpo de profesionales, a partir de este modelo de atención, irán configurando el llamado “poder psiquiátrico” como nuevo orden médico. En este sentido, Galende (2008) explica cómo la denominación de *manicomio* refería a los lugares para enfermos mentales; una denominación que venía del término *manía*, que era el diagnóstico habitual de la locura en esa época. Esto último llevó al comienzo de la diferenciación en la internación de los considerados enfermos de los asilos: pobres, místicos, libertinos o criminales, lo que signó la figura del médico como el idóneo para el tratamiento de la enfermedad mental. (Galende, 2008).

Amarante (2009) plantea que la sobrevaloración de la razón del hombre fue consecuencia del avance del pensamiento científico. La razón pasó a ser una condición fundamental distintiva de la naturaleza humana por sobre otras especies vivas. Esto último llevó a que el loco sea considerado como una persona alienada que no tenía razón plena. La alienación mental implicaba la pérdida de libre albedrío, lo que conllevaba al encierro. Más aún, estas personas perdían sus derechos ciudadanos al no ser admitidas en los hospitales de caridad y eran encerradas en manicomios para recibir un tratamiento (Amarante, 2009).

Las investigadoras Jimena Cazzaniga y Anabel Suso (2015) cuentan cómo en el siglo XX, a partir de la década del 60, surge un movimiento denominado “antipsiquiatría”, nombrado de esta forma por el psiquiatra de nacionalidad inglesa Davis Cooper. Con clara incidencia del trabajo de Foucault de 1961 acerca de la historia de la locura, se desarrolla esta corriente de pensamiento como un cuestionamiento y crítica a las prácticas psiquiátricas y a sus modelos teóricos, apuntando fuertemente a su incuestionable objetividad científica. Esto promovió el cierre de los manicomios. Asimismo, detallan cómo algunos referentes, por ejemplo Tomas Szasz, afirmaban que no existía “la enfermedad mental”, quien en su texto planteaba que el diagnóstico del trastorno mental era

un “mito” o creencia, ya que al no considerarse la mente como cualquier otro órgano anatómico (como el hígado o el corazón), no existe la posibilidad de que esta enferme. Por el contrario, lo que sí existe es una pluralidad de conductas humanas, algunas categorizadas socialmente como normales y otras como anormales, que, en todo caso, nunca deberían ser objeto de patologización. (RED2RED CONSULTORES, 2015)

Asimismo, señala que el diagnóstico de locura sustituye al de posesión de otros tiempos históricos, así como el discurso científico de los psiquiatras, al de la religión; convirtiéndose este en una nueva forma de inquisición. Por otra parte, Manuel Desviat (Desviat, 2006) afirma que “es en la obra de Laing y Cooper donde se encuentra la

verdadera esencia de la antipsiquiatría como movimiento teórico-práctico que va más allá de la comunidad terapéutica y las meras reclamaciones de desinstitucionalización y reforma psiquiátrica” (RED2RED CONSULTORES, 2015).

A partir de estas ideas se crean casas antipsiquiátricas, en las que conviven personas con diagnóstico de esquizofrenia y el terapeuta tiene el rol de un acompañante. Es así que la psiquiatría inglesa desarrolla diversas acciones como movimiento contracultural ante la institucionalización en manicomios y la marginación de las personas con trastorno mental. A su vez, también se suscitan movimientos en otros lugares, por ejemplo, la Psiquiatría democrática italiana: Este fue encabezado por el psiquiatra Franco Basaglia, quien entre los años 60 y 70 trabajó para humanizar al hospital psiquiátrico y logró el cierre del mismo. Por su parte, los movimientos comunitarios norteamericanos y los de España también lograron su objetivo fundamental: el cierre de manicomios para poner en marcha sistemas asistenciales desde una perspectiva comunitaria (RED2RED CONSULTORES, 2015).

En este sentido, la llamada psiquiatría preventiva, con una perspectiva comunitaria para el abordaje de la salud mental, afirmaba que estaba obsoleto y caduco el modelo hospitalario. Esto llevó a la creación de servicios de atención asistenciales, lo cual demandaba la construcción de nuevos servicios que se enfocaran en el cuidado del sujeto a través de un tratamiento terapéutico adecuado. Asimismo, se consideró altamente positivo prolongar la atención terapéutica luego de una internación hospitalaria. De esta forma, paulatinamente se fueron creando centros especializados en la atención de la salud mental —centros ambulatorios, centros llamados de medio camino y diferentes grupos terapéuticos de acompañamiento— (Amarante, 2009).

Amico (2004) plantea que estos movimientos se basaban en ciertos principios

según señala un texto de Carballeda, sus principios básicos fueron: Rechazo del modelo médico tradicional aplicado a la psiquiatría y del manicomio, auténtico productor de trastornos irreversibles. El enfermo mental no es un ser anormal que deba ser cambiado, sino la víctima inocente de un sistema patógeno que proviene de un medio que manifiesta constantemente las contradicciones y conflictos de la sociedad. (malestar de la cultura). La enfermedad mental es una invención oportunista y opresiva de la sociedad y de la psiquiatría. La familia y el grupo, después de perturbar a ciertos sujetos, los declara enfermos y los “aniquila” con el tratamiento. La psiquiatría tradicional es un simple mecanismo de represión; constituye una disfrazada violencia oficial (o institucional); No deben existir fronteras - y menos amenazantes- entre personal y paciente, entre salud y locura. Mas que “la locura”, merece cuestionamiento el lugar social en que se desarrolla la enfermedad (1995). (Amico, 2004, p. 1)

A pesar de los movimientos históricos detallados anteriormente, en la actualidad coexisten con los hospitales psiquiátricos diferentes formas alternativas a la internación. Los centros de internación psiquiátrica basados en una lógica manicomial siguen siendo el modelo hegemónico de asistencia para el tratamiento en salud mental (Amico, 2005). Si bien en nuestro país la Ley de Salud Mental tiene previsto el cierre de los hospitales psiquiátricos para el año 2025 en función de la implementación de un modelo comunitario de atención a la salud mental, no queda claro que se haya realmente avanzado en mecanismos sustitutivos y alternativos para que ello se concrete. Como ya hemos mencionado, el modelo comunitario de atención con abordaje integral requiere de una diversidad de dispositivos asistenciales, laborales y habitacionales adecuados a cada situación personal, que constituyan una red enfocada a la promoción del fortalecimiento de los lazos familiares y comunitarios. Asimismo, los abordajes tienen que tener características interdisciplinarias e intersectoriales con el fin de la promoción de vínculos sociales.

El cierre de los hospitales y reemplazo de estos por dispositivos en territorio para el abordaje de la salud mental consolidan nuevas oportunidades terapéuticas para la población. La desinstitucionalización conlleva un cambio cultural profundo, pero también dependerá del enfoque técnico-profesional, dado que es prioridad que sus prácticas estén en consonancia con el nuevo modelo de atención. Este cambio de modelo —nuevo paradigma de atención en salud mental— además implica la redefinición de las relaciones sociales, en cuanto a las formas de interacción, los sentimientos, valores, pertenencia, modos de comunicación, respeto y comprensión, entre otros factores.

Amico (2004) pone especial énfasis en el problema de la salud mental y la institucionalización, dado que aún

persiste en el imaginario social, el prejuicio de peligrosidad y en consecuencia el confinamiento de los enfermos mentales en Instituciones Psiquiátricas para su contención, tratamiento y para preservar el orden social. Esta idea de peligrosidad se constituye en el fundamento de las prácticas que se implementan con el internamiento asilar y la idea de asociar el tratamiento con el aislamiento y la segregación social. Se funda así una trilogía: El juicio de peligrosidad, la necesidad de control y vigilancia asilar, la idea de irreversibilidad y cronicidad. Estos tres aspectos cierran el círculo trágico del internamiento manicomial. (Amico, 2004)

Asimismo, la autora plantea la necesidad de conocer acerca de las prácticas que se llevan a cabo bajo la lógica manicomial para que se tome

conciencia de que estas instituciones, burocratizadas y funcionales al sistema social, a menudo, ejercen relaciones abusivas de poder, coerción, disciplina normalizadora, vigilancia, control y hasta el castigo físico, psíquico y moral sobre los enfermos mentales, detrás de una aparente finalidad terapéutica. Estas instituciones y sus prácticas instituidas en consecuencia,

provocan en el paciente una fuerte dependencia a la institución, cronificación, pérdida de identidad, autonomía, desvinculación familiar y social. (Amico, 2004)

Por su parte, Restrepo (2012) explica que

la crítica que introduce el enfoque socioeconómico a las concepciones patologizantes, individualistas y normalizantes, abre un nuevo camino para pensar la salud mental desde una perspectiva de salud pública incluyente, como un fenómeno estrechamente vinculado a las condiciones de vida de los pueblos, a las estructuras sociales y económicas y a la vida cotidiana de las personas. Esta crítica podría conducir, progresivamente, a un marco referencial que propicie acciones en salud mental que impacten decididamente el bienestar de las personas y grupos objeto de intervención en la salud pública, que disminuyan significativamente las condiciones históricas, sociales, culturales, políticas y económicas que fomentan y mantienen la inequidad, la injusticia, la falta de oportunidades, la discriminación, la pobreza, la violencia, el desarraigo, la opresión y la dominación; en pocas palabras, todas aquellas condiciones que, de una u otra manera, afectan la salud mental. (Restrepo, 2012, p. 209)

Por otra parte, el planteo de la OMS (2001) expresa que:

Aunque la desinstitucionalización es una parte importante de la reforma de la atención de salud mental, no es sinónimo de des-hospitalización. La desinstitucionalización es un proceso complejo que conduce al establecimiento de una red sólida de alternativas comunitarias. Cerrar hospitales psiquiátricos sin alternativas comunitarias es tan peligroso como crear alternativas comunitarias sin cerrar hospitales psiquiátricos. Lo uno y lo otro debe hacerse a un tiempo, por etapas bien coordinadas. Un proceso de desinstitucionalización correcto tiene tres componentes esenciales:

- la prevención de ingresos injustificados en hospitales psiquiátricos mediante la dotación de medios comunitarios;
- el reintegro a la comunidad de los pacientes institucionalizados de larga duración que hayan sido debidamente preparados;
- el establecimiento y el mantenimiento de sistemas de apoyo comunitarios para los pacientes no institucionalizados.

(OMS, 2001)

Es a raíz de esto que se presenta la importancia y necesidad de la implementación total de los dispositivos alternativos de atención en salud mental en la comunidad, como plantea la ley, para lograr la desinstitucionalización hacia el año 2025 y apostar a un real proceso de desmanicomialización.

Trastornos Mentales Severos y Persistentes

Luego de décadas de reclamos a partir de la lucha de diferentes actores sociales para promover los cambios respecto a la atención en salud mental del Uruguay, la nueva ley refiere a los usuarios como personas con trastornos mentales severos. Independientemente de los debates que se han generado en torno a esta definición, los legisladores utilizaron la clasificación TMS aunque haya posturas que entienden que es estigmatizante. La denominación asignada en la ley define el trastorno mental como

la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal. La desviación social o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberán incluirse en la noción de trastorno. (Ley N° 19 529, 2017)

La OMS plantea que:

Un trastorno mental se caracteriza por una alteración clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, va asociado a angustia o a discapacidad funcional en otras áreas importantes. Hay muchos tipos diferentes de trastornos mentales. También se denominan problemas de salud mental, aunque este último término es más amplio y abarca los trastornos mentales, las discapacidades psicosociales y (otros) estados mentales asociados a una angustia considerable, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva. (OMS, 2022)

Esta descripción se encuentra en la edición 11 del Manual de Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), elaborado por la OMS, junto con un apartado exclusivo acerca de las enfermedades mentales y de comportamiento. Existen varios tipos de trastornos mentales. Entre ellos nombra: trastornos de ansiedad, la depresión, el trastorno bipolar y otros trastornos del estado de ánimo, los trastornos de la alimentación, los trastornos de la personalidad, el trastorno de estrés postraumático y los trastornos psicóticos, incluyendo la esquizofrenia (OMS, 2022).

Almirón L. (2008), en la misma línea que la OMS, plantea que la salud mental no debe considerarse como algo independiente de la salud general: la misma, en su práctica, debe abordar de manera global e integral a las personas contemplando la compleja interacción de los aspectos físicos, psicológicos y sociales. Además, señala que “la salud mental (...) no es algo estático y definitivo, del todo o nada, sino por el contrario es un estado variable resultante de un proceso dinámico, interactivo y cambiante” (Almirón L., 2008, p. 2).

En síntesis, el TMS implica para las personas con estos padecimientos la dificultad o impedimento del desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a actividades básicas de la vida diaria. Dentro de estas actividades se encuentran cuestiones que afectan

a su comportamiento como la higiene personal, el cuidado de uno mismo, el autocontrol, las relaciones interpersonales, el aprendizaje, las habilidades sociales y diversas actividades recreativas, de ocio y laborales, entre otras. Este problema de salud, en ocasiones, ya sea este temporal o persistente en el tiempo (crónico), puede afectar diferentes aspectos de su funcionamiento, lo que impacta en el pensamiento, en los sentimientos y en el estado de ánimo. Asimismo, puede dificultar además la capacidad para solventarse a sí mismo económicamente. A saber, este tipo de problemáticas también suponen la afección de aspectos que permiten un buen funcionamiento psicosocial y la participación activa en la comunidad. De hecho, el padecimiento de trastornos mentales podría generar limitaciones en diferentes áreas de la vida y, por ende, limitar el desarrollo autónomo de estas personas en las diversas esferas de la vida personal y también social. Por ello, se instala la importancia de generar diferentes estrategias desde el sistema de salud para que puedan recibir los apoyos necesarios, además de procesos enmarcados en los tratamientos terapéuticos que brinden herramientas para procurar mejorar y fortalecer aspectos que hacen a la autonomía.

Al respecto, la OMS publica en el año 2019 que

una de cada ocho personas en el mundo (lo que equivale a 970 millones de personas) padecían un trastorno mental. Los más comunes son la ansiedad y los trastornos depresivos (1), que en 2020 aumentaron considerablemente debido a la pandemia de COVID-19; las estimaciones iniciales muestran un aumento del 26% y el 28% de la ansiedad y los trastornos depresivos graves en solo un año (2). Aunque existen opciones eficaces de prevención y tratamiento, la mayoría de las personas que padecen trastornos mentales no tienen acceso a una atención efectiva. Además, muchos sufren estigma, discriminación y violaciones de los derechos humanos. (OMS, 2022)

Por otra parte, encontramos la clasificación de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría que, en 1952, elabora y publica el primer Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, al que conocemos como DSM en referencia a sus siglas. El DSM, no libre de críticas, debates y polémicas, va por su quinta edición, y desde los inicios la Psiquiatría categoriza en dicho manual las enfermedades mentales y establece una clasificación de las mismas.

El DSM es asumido por las y los profesionales tanto de la psicología clínica como de la psiquiatría; entre los trastornos mentales hacen referencia a: la esquizofrenia y los trastornos psicóticos, los trastornos del ánimo (maníaco-depresivo, depresivo o bipolar), los trastornos de ansiedad, de conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosas fundamentalmente), así como los trastornos de la personalidad (el trastorno límite de la personalidad o el trastorno obsesivo compulsivo son algunos de los más conocidos). (RED2RED CONSULTORES, 2015, p.18).

Por otra parte, en su Tratado de Psiquiatría de 1969, Henri Ey destaca las bases orgánicas del padecimiento psicopatológico, articulando a la herencia y a la perspectiva dinámica psicoanalítica. Este enfoque denominado “organodinamismo” procura realizar una síntesis entre los síntomas psiquiátricos y los datos neurofisiológicos. Este punto de vista fue criticado dado que en este planteo se encontraba la idea de que la oposición se suscitaba entre la psiquis y el soma. Palem (2009) nos señala que “el Organodinamismo de Henri Ey es una estructura de acogida y de coexistencia que desde el principio renunció a oponerse al psicoanálisis al que integra positivamente en su polo <<dinámico>> (incluido el Inconsciente))”. A su vez plantea que

los problemas que abordó en su tiempo no han perdido, en efecto, su actualidad: problemas de los límites de la psiquiatría y de la intervención psiquiátrica, relaciones de lo biológico y de lo psicosociológico, del síntoma y de la estructura, de lo agudo y lo crónico, de lo psicopatológico y del arte, de lo médico y de lo social, de la prevención y del tratamiento, del terapeuta y del perito, etc. (Palem, R. 2009, p.1)

De los Santos (2015) señala que

La evolución y pronóstico de la esquizofrenia tiende a ser desfavorable y hacia el deterioro y la disgregación de la vida psíquica, lo que conlleva un deterioro funcional de la persona en su globalidad, según los recorridos planteados tanto por el DSM-IV (1995) como por Henri Ey (1969). Actualmente este es un punto controversial con el nuevo modelo de recuperación de la enfermedad mental, que plantea la posibilidad de una mejora en la calidad de vida y la integración comunitaria de estos pacientes, sumado a los avances de la psicofarmacología en el tratamiento de esta patología. (De los Santos, L. 2015. p. 21)

En este sentido, Palem (2009) explica que “en Francia se ha perdido mucha energía y mucho tiempo en debates ideológicos entre dos polos extremos: el polo psicoanalítico y el cognitivo–comportamentalista; la farmacopsiquiatría ha obtenido carta de ciudadanía” (Palem, R. 2009, p.1).

Por último, cabe destacar la opinión crítica de Allen Frances (2014), expresidente del grupo de trabajo del DSM IV y parte del equipo directivo del DSM III, que luego de renunciar a su cargo, publica un libro en donde plantea que las denominadas modas psiquiátricas son perjudiciales para la salud y se explaya en detallar diferentes patologías que las contextualiza en las modas psiquiátricas del pasado, del presente y del futuro con respecto a la enfermedad mental y el sobrediagnóstico que implicó el uso de los DSM. Asimismo, afirma cómo la publicación del DSM V ha incidido de manera muy negativa en la multiplicación de la cantidad de diagnósticos, transformándose en el principal propulsor de la expansión de enfermedades mentales junto con la industria farmacéutica. El autor explica y da cuenta de cómo las habilidades de esta industria van más allá de la producción de un medicamento tornándose en un negocio a gran escala: se relacionan con el talento para el

marketing y el ejercicio de presión a diferentes actores para la venta de sus productos y la generación de la necesidad de su consumo. Por su parte, expone que en las últimas décadas la industria farmacéutica se ha adueñado de la industria médica, influyendo de manera desmedida en los médicos, pacientes, científicos, publicaciones, asociaciones profesionales, políticos, organizaciones de defensa de consumidores, aseguradoras, farmacéuticos, entre otros. Asegura que “la mejor manera de vender medicamentos es vendiendo enfermedades”, y es así que se montan todo tipo de campañas publicitarias en los distintos ámbitos de la vida de los sujetos. Sin ir más lejos, afirma que son muy pocas las personas afectadas por enfermedades mentales graves, sino que son más bien personas que padecen dolencias leves, pero que la parte más importante del mercado está conformada por gente sana preocupada. En consecuencia, implica que la industria farmacéutica encontró un muy buen nicho de explotación y ha obtenido maravillosos réditos promoviendo la idea de que los problemas comunes de la vida de los sujetos son trastornos mentales debido a un mal funcionamiento químico en el cerebro, que fácilmente se soluciona tomando una pastilla. De esta forma, se inculca la idea, a través de sus publicistas, de que la vida es mejorable y que las pastillas no solo apuntan a mejorar una enfermedad, sino que también a favorecer un mejor estilo de vida (Frances, 2014).

La ausencia de una mirada integral referida a los tratamientos de salud de las personas coopera en incrementar de manera exponencial el uso de los medicamentos, lo que lleva a que se resuelvan gran parte de las consultas con un apresurado diagnóstico y la receta de un fármaco. Si esta situación se presentara, llevaría a que este último (fármaco) adquiriera importancia y gran aceptación en la sociedad: se le depositaría una confianza exagerada, sin justificación, lo cual resultaría en su naturalización (Bardazano G, 2018). Esto último implica que no se percibiría siquiera como un dispositivo de control que posee un fuerte perfil económico, lo que lo coloca como protagonista principal de un mundo capitalista regido por la oferta y la demanda. Se invisibilizarían y desestimarían los tratamientos no farmacológicos, y por supuesto no se considerarían el resto de los determinantes que están en juego al momento de pensar en la salud de las personas.

Dispositivos y Dispositivo Clínico Grupales Psicoterapéuticos

Desde hace un tiempo a esta parte vemos frecuentemente en las prácticas profesionales, que apuntan al cierre de las instituciones psiquiátricas, el uso del término dispositivo como parte del accionar del cambio de modelo y en definitiva constituyendo las propuestas alternativas al modelo hospitalario donde aún persiste la lógica manicomial. Lo cierto es que lo que no se visualiza es una definición que caracterice el significado que se les atribuye a

los dispositivos que se disponen, lo que se hace impreciso su significado como concepto general.

Garcia Fanlo, L (2011) en su texto relata que en una entrevista realizada a Michel Foucault en el año 1977, frente a la pregunta ¿qué es un dispositivo? responde con una descripción con tres niveles de problematización, omitiendo dar una explicación categórica del significado asignado por él a este término. En este sentido, plantea que “el dispositivo es una red” en primer lugar, que implica un

conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen, los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no-dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos. (Garcia Fanlo, L. 2011. p.1)

En un segundo término, la “naturaleza de la red”:

lo que querría situar en el dispositivo es precisamente la naturaleza del vínculo que puede existir entre estos elementos heterogéneos. Así pues, ese discurso puede aparecer bien como programa de una institución, bien por el contrario como un elemento que permite justificar y ocultar una práctica, darle acceso a un campo nuevo de racionalidad. Resumiendo, entre esos elementos, discursivos o no, existe como un juego de los cambios de posición, de las modificaciones de funciones que pueden, estas también, ser muy diferentes”. (Garcia Fanlo, L. 2011. p.1)

Por último, plantea el “dispositivo y acontecimiento”, en donde señala que “por dispositivo entiendo una especie —digamos— de formación que, en un momento histórico dado, tuvo como función mayor la de responder a una urgencia” (Garcia Fanlo L. 2011. p.1).

Asimismo, Garcia Fanlo (2011) señala que el término dispositivo en esta entrevista con Michel Foucault

a veces es utilizado como un concepto general y otras para hacer referencia a instituciones (cárcel, fábrica, escuela, hospital, cuartel, convento, entre otras), disposiciones arquitectónicas (panóptico), discursos, procedimientos, reglamentos, artefactos o formas de subjetividad (por ejemplo, el dispositivo de la sexualidad). Lo que queda claro es que un dispositivo no se reduce exclusivamente a prácticas discursivas (esto sería la episteme foucaultiana) sino también a prácticas no-discursivas y que la relación, asociación, interrelación o articulación entre estas resulta un requisito excluyente.

Seguidamente el autor, profundizando en el tema, plantea que

Para Foucault los discursos se hacen prácticas por la captura o pasaje de los individuos, a lo largo de su vida, por los dispositivos produciendo formas de subjetividad; los dispositivos constituirían a los sujetos inscribiendo en sus cuerpos un modo y una forma de ser. Pero no cualquier manera de ser. Lo que inscriben en el cuerpo son un conjunto de praxis, saberes,

instituciones, cuyo objetivo consiste en administrar, gobernar, controlar, orientar, dar un sentido que se supone útil a los comportamientos, gestos y pensamientos de los individuos. Uno de los equívocos más generalizados que existen con relación al uso que Foucault le asigna al término dispositivo consiste en utilizarlo como sinónimo de institución. Sin embargo, de una lectura atenta de los textos foucaultianos se deduce claramente que lo que define al dispositivo es la relación o red de saber/poder en la que se inscriben la escuela, el cuartel, convento, hospital, cárcel, fábrica y no cada uno de ellos en forma separada. Un dispositivo sería, entonces, una relación entre distintos componentes o elementos institucionales que también incluiría los discursos, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, filosóficos, morales o filantrópicos, que circulan dentro de dicha relación; específicamente Foucault aclara que “el dispositivo mismo es la red que se establece entre estos elementos”. (García Fanlo, L. 2011, p. 1-2)

Por otra parte, Deleuze (1987) va a definir al término *dispositivo* como una máquina para hacer ver y hacer hablar, y que la misma funciona acoplada a regímenes históricos de enunciación y visibilidad en un momento determinado socialmente. En tal sentido, señala que la manera de decir y la manera de ver (los enunciables y los visibles) son los que hacen posible los comportamientos y las mentalidades de las personas en un momento histórico dado: diagraman su saber. “El saber es un agenciamiento práctico, un dispositivo de enunciados y de visibilidades” (Deleuze, 1987, p. 79). Es decir que estos regímenes históricos de enunciación y visibilidad distribuyen lo visible y lo invisible, lo enunciable y lo no enunciable al hacer surgir o desaparecer el objeto que no tendría existencia por fuera de ellos.

En síntesis,

Un dispositivo sería un complejo haz de relaciones entre instituciones, sistemas de normas, formas de comportamiento, procesos económicos, sociales, técnicos y tipos de clasificación de sujetos, objetos y relaciones entre estos, un juego de relaciones discursivas y no discursivas, de regularidades que rigen una dispersión cuyo soporte son prácticas (...) producen sujetos que como tales quedan sujetos a determinados efectos de saber/poder. (García Fanlo, 2011, p.3)

A partir de lo anterior, podemos reflexionar desde esta perspectiva que son varias las características que constituyen un dispositivo, y se puede concluir en que siempre va a ser un emergente de un momento histórico social particular y enmarcado en un proceso como parte de una estrategia política. Esta política está determinada por las relaciones de poder, se articula directamente con el saber y surge en referencia al problema que una sociedad deba atender. Un dispositivo, en este sentido, no es algo estático, dado que su carácter heterogéneo y dinámico es inherente. Además, en función de las mencionadas características que posee un dispositivo, es fundamental analizar su aplicación cada vez que

se utiliza, dado que su multiplicidad implica la expresión de un acontecimiento como dimensión simbólica, significativa y extracorporal que genera efectos más allá de su culminación, e incluso más allá de sus objetivos primarios.

Para pensar en dispositivos clínicos psicoterapéuticos y aproximarnos a una definición, en un primer lugar deberíamos considerar y reflexionar acerca de los modelos clínicos como prácticas profesionales y a la vez los modos de producción de conocimiento determinados por su historicidad. Actualmente, el recorrido bibliográfico da cuenta de que los campos de aplicación de la intervención psicológica son muy diversos. Entre estos podemos encontrar: clínica y salud, educación, área laboral, programas comunitarios, deporte, entre otros.

Al indagar en la etimología del término clínica, Jiménez J. (2000) da cuenta que esta palabra proviene del griego *kliniké*, cuyo sentido fue, en un primer momento, 'la práctica médica junto a la cama (*kliné*) del enfermo'. A su vez, el término clínico está relacionado con la observación directa del paciente y con su tratamiento. Implica a todo aquello que se puede diagnosticar a partir de un saber médico que se va a desarrollar en contacto con ese paciente. A partir de ello, podemos recordar en esta imagen que el psicoanálisis funda sus raíces en la clínica, dado que el paciente está reclinado (*kliné*) en un diván durante la sesión, en donde el analista pondrá en juego un conjunto de conocimientos teóricos basados en la observación y la escucha del paciente (Jiménez J., 2000).

Desde la sociología clínica, Rhéaume (2011) da cuenta de cuatro momentos históricos y características del análisis clínico: la clínica médica, la psicología clínica, la investigación-acción y la consulta organizacional.

En cuanto a la clínica médica, plantea que está referida al saber médico surgido en el contacto directo y personalizado con el paciente. A esto se le sumaba la investigación de las causas de la enfermedad, en donde este saber desarrollado en la clínica ocupaba un lugar central: "Saber-hacer clínico, por cierto, pero saber médico más fundamental también, apuntando a producir un mejor conocimiento de las enfermedades y de sus causas"; "Es más, la investigación implica pacientes y datos experimentales de investigación clínica en la producción del saber" (Rhéaume, 2011, p. 58).

Sobre la psicología clínica, señala que la psicoterapia es la manera más típica de abordaje y trata

del saber acerca de la persona humana y su desarrollo, construido sobre la base del contacto entre el psicólogo y su paciente. Este saber comprende tanto lo que se aprende de la persona en relación terapéutica en sí misma, como los componentes dinámicos del desarrollo de la persona tal como se revelan en la expresión de problemas y experiencias de vida, que constituyen la traba de un trabajo terapéutico. (Rhéaume, 2011, p. 58)

En una tercera instancia, el autor nos dice que el análisis clínico implica la investigación-acción y referencia a los inicios de la psicología social de Kurt Lewin, que planteaba que la construcción del conocimiento científico no puede estar separado de la práctica social. A su entender, en la acción participan del mismo modelo epistemológico tanto la gestión científica como la gestión de resolución de problemas. Agrega que en la práctica social se reconoce el carácter único y particular de todas aquellas situaciones históricas estudiadas que no son reproducibles, “la acción social concreta es el objetivo apropiado de las ciencias humanas”, y a su vez plantea la importancia de la implicación del investigador en ese escenario de acción como otra característica fundamental: “La relación investigador-grupo participante es fuerte, y condición de análisis, rasgo fundamental de un acercamiento clínico de la producción de conocimiento” (Rhéaume, 2011, p. 59). Profundizando en lo que expone el autor, también incluye la perspectiva de la sociología crítica, donde se pone el foco en el análisis de la acción social en referencia a las relaciones de clases y de los movimientos sociales, e incluye la democratización de la gestión científica como condición de circulación del saber.

Por último, plantea el análisis clínico ligado a la consulta organizacional como otra área de las tradicionales prácticas clínicas. Esta práctica está basada en la interacción-acción (tradición lewiniana) y en la explicación del contexto de la relación entre investigadores y la organización, así como también los fundamentos inspirados en la sociología crítica y en una psicología crítica (“psicoanálisis social”) (Rhéaume, 2011, p. 60-61).

En síntesis, en primer lugar identificamos a la clínica como un campo de intervención psicológica, en el que se opera a partir de la aplicación de principios, técnicas y conocimientos científicos desarrollados por esta a partir del abordaje de un campo de problemas referido a la salud, a los procesos de enfermar y a la enfermedad. Dicho campo implica un trabajo de análisis e investigación en donde reflexionar, evaluar, explicar, diagnosticar, prevenir, tratar y modificar diferentes comportamientos en los procesos de salud y enfermedad; son parte de la labor terapéutica. En segundo lugar y en función de lo desarrollado anteriormente, podemos reconocer al dispositivo como un habilitador de la emergencia de nuevos dispositivos de subjetivación. A su vez, hace posible el ejercicio clínico analítico, en donde se reconoce la singularidad de ese sujeto que participa —más allá de la entidad nosográfica y clínica— y habilita la búsqueda para la producción de las condiciones propicias y la emergencia de los acontecimientos para la transformación de los comportamientos y relaciones. En este sentido, el dispositivo grupal clínico posibilita visualizar y entender la articulación entre la subjetividad y la estructura social que subyace a partir de las relaciones interpersonales que en él se producen.

El dispositivo tiene un carácter dinámico y heterogéneo, que siempre va ser un emergente de un momento histórico social particular y enmarcado en una estrategia política determinada por las relaciones de poder que se articulan directamente con el saber y surge en referencia al problema que una sociedad deba atender. Un dispositivo clínico será entonces un espacio propicio para el análisis clínico y la investigación, para la construcción de nuevos conocimientos y para la producción de nuevos sentidos, dado que los problemas se abordan y se construyen en el encuentro con el otro en un proceso. En consecuencia, albergan y propician procesos de singularización.

Inclusión: Debate con Rehabilitación

Tal como se ha expresado previamente, en función de los cambios históricos con respecto al abordaje en el campo de la salud mental, se han generado grandes transformaciones en los modelos de atención. En consecuencia, diversos servicios de atención se han puesto en funcionamiento, los cuales fueron cambiando en cuanto a la atención y fueron poniendo oposición a las concepciones más tradicionales sobre el tema. Es así que, frente a la manifestación de diferentes movimientos de actores sociales, familiares y usuarios, se plantea el desarrollo de alternativas de atención en salud mental que permitan una mejor calidad de vida en donde las personas con enfermedades mentales crónicas puedan generar un proyecto de vida activa más allá de sus síntomas. Es en este sentido que el avance normativo en los diferentes países implicó que las diversas instituciones y servicios de salud mental, con objetivos de trabajo para la rehabilitación, fueran modificando su foco hacia la recuperación de derechos de estas personas como ciudadanos. En definitiva, dicho cambio origina que el foco se coloque en las relaciones sociales, ya sea entre las personas con diagnósticos asociados a una enfermedad mental, como con el resto de la comunidad de la que forman parte, lo que habilita a reconocer a los diversos actores que participan del proceso —tanto usuarios como profesionales e instituciones— y analizar las interacciones emergentes entre ellos (Menéndez, E., 2012).

En este sentido, Ardila-Gómez et al. (2016) plantea que la puesta del

foco en lo relacional llevó a comprender que la inclusión de personas con trastorno mental severo en la vida cotidiana no solo las beneficiaba —en la medida en que les posibilitaba fortalecer sus redes sociales— sino que, a su vez, enriquecía a los demás integrantes de la comunidad, en tanto les permitía ampliar sus redes sociales y les daba la oportunidad de vivenciar y practicar la convivencia con la diferencia como parte fundamental de la vida en sociedad. (Ardila-Gómez et al., 2016, p. 2)

En el mismo texto, a través de la cita de otros autores, se plantea que

la inclusión social considera que la discapacidad surge de las limitaciones e inequidades que produce la sociedad al estar diseñada de un modo homogéneo, basado en una idea de “normalidad”, por lo que las intervenciones no apuntan a la adaptación de los diversos, sino a la modificación de los ambientes, en los que todas las personas son una parte definitoria para que sea posible la participación y la igualdad de oportunidades de los miembros de la sociedad. En este sentido, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad pone en discusión el concepto de integración social, asociándolo al modelo rehabilitador –el cual entendía a las personas con discapacidad como sujetos a ser rehabilitados para alcanzar un ideal– y propone, en cambio, el concepto de inclusión, fundamentado en el modelo social, el cual considera que la discapacidad se produce porque la sociedad no tiene la forma de alojar a una persona con características diferentes y por ello no la habilita a desarrollar sus capacidades potenciales. Así, la discapacidad se produce entre la persona y la sociedad. Desde esta perspectiva, las personas con discapacidad pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de los individuos, enfatizando la valoración de cada sujeto y el respeto de las diferencias. Sus principios son la vida independiente, la no discriminación y la accesibilidad universal, desde un enfoque de derechos humanos. De este modo, los problemas de la inclusión social son aquellos que afectan severamente la calidad de vida de una parte de la población, a nivel material y simbólico, derivados de las desventajas que surgen por estar excluidos de las oportunidades compartidas por otros. (Ardila-Gómez et al., 2016, p. 3)

La bibliografía consultada da cuenta de los controvertidos debates actuales sobre el alcance de la rehabilitación psicosocial en referencia a las perspectivas de la inclusión. En este sentido, es interesante el planteo de López, M. & Laviana, M. (2007) en cuanto a que

cabe integrar ambas visiones en un enfoque realmente biopsicosocial, que, en la perspectiva de la atención comunitaria, exige la articulación de intervenciones múltiples, de naturaleza intersectorial, en las que, con un objetivo final de inclusión social y recuperación de la ciudadanía, hay un espacio común tanto para las intervenciones sanitarias como para las no sanitarias. (p. 4-8; p. 13; p. 69)

Asimismo, en función de los avances en el trabajo de intervención en este campo, plantean que

a pesar de las discrepancias en las posiciones teóricas y de las aún mayores disparidades en las prácticas reales, se ha ido generando, en las últimas décadas, un creciente consenso técnico, con respecto a una serie de intervenciones que cuentan, al menos, con estudios publicados de suficiente rigor metodológico (con los estándares habituales en este campo) como para afirmar que pueden resultar de utilidad para las personas con este tipo de problemas (p. 4-6; 20; 21). Ese consenso profesional señala la necesidad de un conjunto amplio, cuya composición, intensidad y duración, debe adaptarse a las variables necesidades individuales de los pacientes (p. 2; 4-6; 39; 70-76). En conjunto se incluyen tanto intervenciones directas sobre la persona afectada, como sobre su entorno inmediato

(habitualmente la familia) y sobre distintos niveles y estructuras sociales, y, además de los fármacos, forman parte de este repertorio básico, un número importante de técnicas psicosociales, gran parte de las cuales se han desarrollado en gran medida dentro del campo de la llamada 'rehabilitación psicosocial' (p. 2; 21; 34; 39- 45;77-79)". (López, Marcelino, & Laviana, Margarita, 2007, p. 9-10)

II. Antecedentes

A nivel internacional, regional y nacional, los movimientos llevados a cabo para la transformación de los modelos de atención en salud mental tendientes a la desinstitucionalización dieron paso al surgimiento de diferentes procesos de atención comunitaria de los sujetos con esta discapacidad. De alguna forma, según plantean Vázquez y López-Luengo (Verdugo et al., 2002), se puede entender que la rehabilitación psicosocial no surge de desarrollos teóricos ni de planteos académicos previos; incluso, este cambio de mirada hacia la salud mental posibilitó abordajes psicosociales que integraron a la comunidad en las estrategias y diseños de programas de rehabilitación.

En tal sentido, Del Castillo (2011) plantea que los dispositivos de atención de rehabilitación psicosocial y psicoterapéutica consisten en diversos tipos de estrategias como ser atención en crisis, hospital de día, centros diurnos, centros de rehabilitación psicosocial integral, comunidades terapéuticas. Estos últimos plantean abordajes de orientación, seguimiento, psicoterapia individual, abordajes grupales (grupos de apoyo, grupos terapéuticos, terapia cognitiva), psicoeducación familiar, terapia familiar, seguimiento psicosocial, talleres de expresión, grupos de autoayuda, taller protegido, orientación sociolaboral y apoyo curricular, pasantías laborales, clubes de activación sociorecreativos y residencias asistidas. A su vez, explica que la inserción grupal promueve la cultura compartida y favorece una identidad más definida. Afirma que el usuario, al participar de las diferentes actividades del grupo como: asambleas, grupos terapéuticos, de capacitación, etc., aprende a diferenciar y delimitar los espacios. Esto ayuda al sujeto a reforzar lo adaptativo y controlar sus vivencias y su potencial saludable.

Otero (2004) nos acerca a la perspectiva de que la rehabilitación psicosocial es un conjunto de estrategias de intervención psicosocial en la atención comunitaria de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (en este caso) que propicia su independencia y autonomía personal y social.

Por su parte, Pardo (2003) expresa que se requiere de un sistema médico-social de atención que sea organizado, continuo y coordinado para el tratamiento de estos trastornos, desde los cuales se pueda responder seriamente al tratamiento de los aspectos somáticos y psicosociales de personas con esta discapacidad en los distintos momentos evolutivos.

En Uruguay, según Intercentros rehabilitación psicosocial (2011), quedan reflejadas experiencias que se han ido trazando en algunos lugares intentando viabilizar el modelo social. Es así que funcionan algunos centros e instituciones con diferentes programas que se enfocan en generar herramientas para la inclusión. Algunos programas, puntualmente, tienen espacios grupales para reforzar lo referido al estudio, la familia y el trabajo, que

apuntan a la autonomía y desarrollo de capacidades. También los hay con el objetivo de la resocialización, y otros trabajan la rehabilitación integral propiciando comunidades terapéuticas que incluyen diferentes actividades: grupos matinales de apoyo, seguimiento, capacitación específica para el trabajo y proyectos de viviendas según la evolución de cada usuario. También encontramos centros diurnos con los mismos objetivos, que facilitan la intermediación entre el hospital y los distintos centros de la sociedad y favorecen la continuidad del tratamiento y haciendo énfasis en las actividades psicosociales (Intercentros rehabilitación psicosocial, 2011).

No obstante, es interesante ver el punto de vista en cuanto a los términos que surgen de estas prácticas. Ardila-Gómez et al. (2016) explican que el movimiento de reformas de la salud mental en el mundo abrió paso a una diversidad de servicios de atención en salud mental, como los ya mencionados. A su vez, su conceptualización, y en particular la de sus objetivos, se fue modificando y se comprendió que estas instituciones estaban más del lado de la recuperación de derechos ciudadanos que de la rehabilitación. Este cambio conceptual implicó que los servicios vieran la necesidad de modificar su foco —tradicionalmente puesto en las personas con TMS— para centrarse en las relaciones sociales entre tales personas y los demás integrantes de las comunidades de las cuales eran parte. En consecuencia, el foco en lo relacional llevó a comprender que la inclusión de estas personas en la vida cotidiana posibilitaba fortalecer sus redes sociales y, a su vez, enriquecía a los demás integrantes de la comunidad, en tanto les permitía ampliar sus redes sociales, poder vivenciar y practicar la convivencia con la diferencia como parte fundamental de la vida en sociedad. Por otra parte, reflexionan que este viraje de objetivos de servicios de salud mental no se acompañó de manera suficiente por la investigación y el desarrollo académico. Observan que estudios realizados orientados hacia los integrantes de las comunidades receptoras han tendido a centrarse en su aceptación de las personas con TMS y, en mucho menor medida, en los efectos o transformaciones en ellas mismas o en su red social.

Ahora bien, en un momento de profundas transformaciones en la salud mental es preciso ser parte y aportar al debate en referencia a nociones de integración e inclusión social en lo que respecta al ámbito de la salud mental. Habitualmente vemos que *integración* e *inclusión social* son usadas indistintamente aunque sean paradigmas diferentes. Remitiéndose nuevamente a estas autoras argentinas que, tomando lo manifestado por Wolfensberger, W. y Thomas, S. (1983), plantean que la *integración social* refiere a cuando una persona que se la considere con alguna diferencia respecto a un grupo mayoritario —por ejemplo, con una discapacidad— pueda ser en algún aspecto miembro activo de ese conjunto social. Es decir, la integración supone la apertura de estructuras y espacios de socialización a los “diferentes”; mientras que la *inclusión social*, según De Lorenzo García R. (2003), considera que la discapacidad surge de las limitaciones e inequidades que produce

la sociedad al estar diseñada de un modo homogéneo, basado en una idea de “normalidad”, por lo que las intervenciones no apuntan a la adaptación de los diversos, sino a la modificación de los ambientes, en los que todas las personas son una parte definitoria para que sea posible la participación y la igualdad de oportunidades de los miembros de la sociedad (Ardila-Gómez et al. 2016).

A saber, un elemento de consenso que surge en casi toda la bibliografía recorrida es la importancia del rol de la familia de estos sujetos. Es así que los distintos autores entienden que esta cumple un papel fundamental en la rehabilitación psicosocial. Estudios demuestran que las familias pueden influir tanto positivamente como negativamente en el curso de la enfermedad, y por lo tanto es importante integrarla activamente en el proceso de rehabilitación (Amico, 2005).

Un ejemplo de ello es el trabajo que ha venido desarrollando El Laboratorio Uruguayo de Habilitación Psicosocial (CIPRÉS), con un enfoque hacia un modelo social o de recuperación, en donde los grupos terapéuticos (psicoanalíticos) son abordados desde una modalidad multifamiliar llamada “Grupo de Escucha”. En la página online de su sitio institucional, detallan que su trabajo se enmarca en el Psicoanálisis Multifamiliar (PMF). El Prof. Dr. Jorge E. García Badaracco, en 1958, creó este abordaje para patologías mentales graves, ya sea dentro del marco de un hospital psiquiátrico o de una comunidad terapéutica.

Hernández Monsalve (2011) desde su perspectiva plantea que el grupo contribuye a favorecer diferentes aspectos de pacientes esquizofrénicos y dice que estos dispositivos apuntan a mejorar su autoestima, comprobar y aceptar la realidad, contener la ansiedad e inducir a la esperanza a partir de la existencia de un otro real a través de identificaciones o retroalimentaciones.

En esta línea, y siguiendo a Bauleo (1983), el grupo permite visualizar la articulación entre la subjetividad y la estructura social a través de las relaciones interpersonales que en él se producen. Al respecto, Antonio Tarí García y Carmen Ferrer Dufol (2017) aseguran que el enfoque del individuo, contemplado como parte de un grupo, es determinante a la hora de entender la enfermedad mental así como su evolución. El proceso de recuperación es relacional y las respuestas de avance en la recuperación surge de estas relaciones. Además, plantean que la estructura grupal puede proponerse como área terapéutica sustitutiva y correctiva. Agregan que los enfoques terapéuticos grupales comparten “una serie de aspectos específicos que los diferencian de otras modalidades de intervención (psicoterapéutica) y confieren al grupo su singularidad y especial importancia en el abordaje del paciente psicótico”. Estos autores, tomando a Tizón J.L y Bauleo A., dan cuenta de características del contexto y el funcionamiento grupal relevantes y generalizables a los diversos formatos que emplean el grupo como herramienta terapéutica para impulsar la autonomía y la autoestima en pacientes con TMS. Proponen diferentes tipos de

intervenciones grupales: grupos de actividad, de psicoeducación, de familiares, trabajo en equipo, etc., y los dividen didácticamente en dos tipos o formatos de intervención grupal: los *grupos de actividad* (rehabilitadora-terapéutica) y los *grupos psicoterapéuticos*. En los primeros, el objetivo es la resocialización del sujeto: apuntan a que puedan adquirir normas sociales para la convivencia a partir del aprendizaje de destrezas necesarias para la vida cotidiana o de carácter lúdico-recreativo. En cuanto al segundo tipo, refieren a grupos terapéuticos centrados en la tarea de recuperación y las intervenciones formarían parte de una psicoterapia integrativa. Asimismo, tomando a Lysaker P. H. (2012), García y Dufol (2017) dan cuenta de que este modelo busca “la integración psicológica en el interior del cliente de aspectos del *self* previamente fragmentados o aislados”. (Tarí García, A., Ferrer Dufol, C. 2017 pág. 234). Concluyen concluyen que el trabajo con pacientes con TMS representa un alto nivel de complejidad, y tan solo la integración estratégica de intervenciones rehabilitadoras y psicoterapéuticas puede favorecerlo. Más aún, afirman que los enfoques grupales son instrumentos privilegiados para esta tarea de integración.

Según las palabras de Barreto (2011), desde la perspectiva de la terapia comunitaria integrativa, la integración es beneficiosa tanto para aquellos que se encuentran en desventaja como para aquellos en una posición intermedia. En este enfoque, todos son considerados iguales y se entiende que cada persona ha experimentado o está experimentando situaciones de pérdida y recuperación. Por lo tanto, la inclusión tiene un impacto tanto interno como externo en una persona. La sensación de inclusión surge cuando uno se siente parte de una historia compartida y de un lenguaje común en el cual puede reconocerse (Barreto A. 2011).

En este sentido, los diferentes autores consultados dan cuenta de la coexistencia de múltiples sentidos que se entrecruzan cuando se reflexiona sobre modelos, herramientas y dispositivos de trabajo en salud mental. Es frecuente que los diferentes autores hablen sobre programas integrales, programas de rehabilitación e intervenciones psicosociales como prácticas que apuntan a solucionar problemas psicológicos y sociales en las que se espera una participación activa de los sujetos participantes. Difícilmente encontremos que los autores refieran específicamente a dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos, sino a un conjunto de actividades grupales, no siempre terapéuticas para lograr sus cometidos.

En el caso de nuestro país, en el año 2019, el Ministerio de Salud Pública define los dispositivos para la atención en salud mental a través de la Ordenanza 1046/019 (2019), posteriormente sustituida por la Ordenanza 1488/2019². Estos dispositivos, a su vez, integran la red de atención a la salud mental. Asimismo, detalla la población a abordar y la integración de dichos dispositivos. En el caso de la población adulta, los dispositivos estarán

²Ver Tabla 1

integrados por las unidades de territorios, las de hospitalización y las de inclusión social. Estas unidades, a su vez, tienen diferentes niveles de integración.

En las unidades de territorio se encuentra el equipo básico que aborda el primer nivel de atención, el equipo especializado en salud mental, el centro diurno de rehabilitación psicosocial, las casas de medio camino, los centros de acogida y los dispositivos de atención móvil.

Las unidades de hospitalización estarán enfocadas en la atención de la salud mental en servicios de emergencia en hospitales generales, donde también funcionaría la unidad de corta estadía, la de mediana estadía, la hospitalización diurna y la domiciliaria.

Por último, se detallan los dispositivos de inclusión social, que serían las redes de centros de apoyo para la inclusión residencial autónoma, los hogares protegidos, las residencias asistidas, las viviendas supervisadas, el centro de inclusión laboral y el centro para la inclusión educativa. Asimismo, en la ordenanza se detallan específicamente los dispositivos y unidades de atención para niños, niñas y adolescentes.

En la Ley de Salud Mental (2017) se pone el énfasis en promover y consolidar la vida en comunidad como alternativa a la internación en estructuras asilares y monovalentes. Este profundo cambio implica una serie de transformaciones y la emergencia de un nuevo paradigma para el tratamiento de la salud mental. Ciertamente, el principal cambio es cómo se concibe al sujeto, la representación del mundo y la interacción entre ambos. Posicionados en el paradigma de la complejidad, el modelo social-comunitario implica que el abordaje sea de forma integral, y la atención de las problemáticas en salud mental debe permitir que las personas continúen con su proyecto de vida, manteniendo el contacto con su entorno familiar y amistades y con sus instituciones y organizaciones de referencia; en definitiva, con sus lugares cotidianos. Para que esto sea posible, es necesario consolidar una diversidad de dispositivos asistenciales, laborales y habitacionales adecuados a cada situación personal de los sujetos con padecimientos mentales que conformen una red orientada a la promoción del fortalecimiento de los lazos familiares y comunitarios.

La Ley de Salud Mental, con el fin de consolidar un cambio de paradigma de la salud mental, plantea que el cambio de modelo implica una atención con un enfoque territorial, que privilegie el primer nivel de atención en salud orientado a la prevención y promoción de la salud y que ponga énfasis en los lugares donde se desarrolla la vida de las personas y, en el caso de que sea necesario, se coordinaría con servicios de mayor especialización. La internación sería el último recurso.

Hace ya unos años, en América Latina, se visualiza cómo las políticas de salud de cada país van modificando sus leyes y planificando la efectivización del cambio de paradigma en la salud mental. Ciertamente no es un proceso lineal y se han constatado innumerables obstáculos para el avance de la implementación de un modelo social para la

atención de la salud mental de las personas. De esta manera, este cambio de modelo de atención arroja diferentes miradas y abordajes acerca de las problemáticas en este campo. Asimismo, diversas experiencias que se fueron desarrollando a lo largo de los años fuera del hospital psiquiátrico, experiencias que, si bien algunas surgieron dentro de este, lograron ser situadas en los territorios y la comunidad, en su mayoría transitaron por largos procesos de intercambio, articulación y de planificación de diferentes saberes académicos y de las diversas organizaciones sociales. Estas fueron más allá de los conocimientos aportados por la psiquiatría tradicional y consolidaron de esta forma un trabajo interdisciplinario e intersectorial, incorporando aspectos psicológicos, culturales, políticos y desde una producción colectiva. (López y Laviana, 2007).

En varias oportunidades, estas actividades suelen ser nominadas como dispositivos alternativos o dispositivos sustitutos a los viabilizados dentro de los hospitales psiquiátricos, alejándose de la lógica manicomial de estas instituciones. En cuanto a la nominación de dispositivos —sobre todo de aquellas experiencias alternativas de tratamiento al modelo asilar—, no siempre queda claro por qué son o se consideran dispositivos, tampoco el marco teórico que lo sustenta o la metodología de trabajo, y muchas veces se usa indiscriminadamente para referirse a diferentes tipos de grupos. A la vez, el término *dispositivo* se usa en variados contextos cuando se refiere a la salud mental, y en algunas ocasiones se llega a prestar para la confusión de a qué refiere el mismo. En este sentido, López y Laviana (2007) plantean que

es importante delimitar con precisión los términos del mismo y ahí nos encontramos muy a menudo con otro problema, el de que muchas de nuestras discrepancias se deben no solo a diferencias conceptuales o de enfoque teórico, o a distintas consideraciones estratégicas o tácticas, sino también a distorsiones derivadas de confusiones e imprecisiones terminológicas. (López y Laviana, pp 2. 2007)

Es habitual visualizar referencias de tipo: dispositivos comunitarios, dispositivos sociales, dispositivos institucionales, dispositivos asilares, dispositivos alternativos, dispositivos sustitutos, red de dispositivos, dispositivos territoriales, dispositivos de reflexión, dispositivos de promoción de salud/salud mental, dispositivos de psicoeducación, dispositivos grupales, dispositivos familiares, dispositivos terapéuticos, dispositivos operativos, dispositivos de rehabilitación psicosocial, dispositivos productivos, dispositivos para referirse a programas o también a herramientas, dispositivos de acompañamiento, dispositivos de egreso, dispositivos de evaluación y seguimiento, entre otros.

Restrepo D. y Jaramillo J. (2012) plantean que

Aun cuando existe un reconocimiento de la importancia de la salud mental en el campo de la salud pública y de la amplia utilización de este concepto en los ámbitos profesionales,

académicos y políticos, no obstante enfrenta importantes dificultades epistemológicas y prácticas para precisar qué se entiende por lo “mental”, cómo se relacionan “la salud” y “lo mental” y, en consecuencia, cómo se investiga e interviene en el ámbito de la salud mental, puesto que, en la práctica, la orientación de las acciones y de las investigaciones no obedecen a definiciones “universales”, sino a concepciones construidas a partir de los diferentes enfoques de salud-enfermedad. (Restrepo D. y Jaramillo J., 2012, p. 1)

Si bien no es la intención describir cada dispositivo, la lectura lleva a reflexionar bajo qué premisas se crean, cómo funcionan, su propuesta de trabajo, saberes que se ponen en juego, emplazamientos geográficos y actores que participan. En este sentido, se puede entender de los textos consultados que en los últimos años en América Latina la puesta en marcha y la consolidación de estos dispositivos persiguen como fin la transformación del modelo de atención. Para esto se llevan a cabo diferentes estrategias con el propósito de consolidar el cambio de paradigma como un nuevo modelo para pensar, implementar, ajustar su accionar y transformar el campo de la salud mental en términos de la desmanicomialización y desde una perspectiva de derechos humanos. Asimismo, tienen un fuerte componente participativo, lo que posibilita una mirada más amplia de los procesos asociados a la enfermedad mental: a cómo se produce y la reflexión sobre esta.

Es en este sentido que se entiende que los dispositivos mencionados son parte del accionar del cambio de modelo: en dónde se cruza y entrecruza el Estado con sus políticas públicas y sociales en lo que refiere a salud mental, la academia con sus prácticas de formación, extensión e investigación, los diferentes técnicos y profesionales, las organizaciones sociales y la comunidad en un territorio determinado. Es así que el dispositivo implica una experiencia compleja que articula diversas acciones del Estado — administrativas, sanitarias, sociales— con prácticas de profesionales de la salud —médicos, psiquiatras, psicólogos, psicoeducadores, acompañantes terapéuticos, asistentes sociales, educadores, estudiantes universitarios, entre otros— y las organizaciones sociales — asociaciones, sindicatos, instituciones, corporaciones, etc.—, en donde la frecuencia, temporalidad y consolidación de los mismos es variable.

En su gran mayoría, para López M. y Laviana M. (2007) estos dispositivos conforman un conjunto de prácticas sanitarias y sociales que frecuentemente funcionan articulados o ensamblados con otros dispositivos, lo cual genera redes como resultado de dicha intervención. Los mismos tienen como objetivo un abordaje integral, en donde los participantes son considerados en función de su singularidad, aprendizajes, capacidades y dificultades, intereses, perspectivas y su historia de vida teniendo en cuenta su contexto micro, meso y macrosocial en el que se desarrolla. (López, Marcelino, & Laviana, Margarita, 2007)

De cierto modo, estos dispositivos dan cuenta, a partir de su accionar/intervenir, que en el campo de la salud mental se requiere de acciones comunes de los distintos sectores del entramado de una sociedad. A su vez, estos deben tener la capacidad intervenir, saber y poder viabilizar, de manera coordinada y articulada, las distintas estrategias que impliquen movimientos y transformaciones de las relaciones sociales que permitan configurar una realidad diferente y alternativa a los modelos convencionales. La apuesta es crear condiciones para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en el campo de la salud mental y erradicar el estigma de las personas con trastornos mentales promoviendo una participación activa de los sujetos participantes involucrados y su comunidad, con el fin de una verdadera inclusión.

En esta línea, estos dispositivos alternativos promueven un enfoque desde una perspectiva inclusiva, propiciando acciones que mejoren las condiciones de bienestar de los usuarios y participantes de estos dispositivos. En los pueblos cuya salud mental se encuentra anclada en modelos patologizantes, clasistas, violentos y discriminatorios, donde es moneda corriente la injusticia social, la dominación, la vulneración de derechos, la falta oportunidades, la marginación y el desarraigo, estos dispositivos generan intervenciones orientadas a reducir y erradicar aquellas condiciones sociohistóricas que los afectan (Restrepo D. y Jaramillo J. 2012).

III. Problema e Interrogantes de Investigación

El recorrido por los antecedentes demuestra la existencia de trabajos sobre el abordaje de esta temática. Los diferentes autores: Vázquez, López, Luengo, Del Castillo, Otero, Pardo, Ardila-Gómez, De Lorenzo, García, Amico, García Badaracco, Hernández Monsalve, Tarí García, Ferrer Dufol, Barreto, Lysaker, Restrepo, Jaramillo, Almirón López, Marcelino, y Laviana dan cuenta de los esfuerzos dirigidos a contribuir a rehabilitar de manera integral a personas con TMS.

En consecuencia, es fundamental que los servicios prestadores de salud no dejen de lado aspectos tan importantes como desarrollar en estos usuarios ciertas habilidades que le permitan desempeñarse de manera más efectiva, propiciando su independencia y autonomía personal y social. Por lo tanto, el trabajo de los profesionales de la salud debe ir más allá de la rehabilitación, dado que su fin debería centrarse en trabajar la habilitación de estos sujetos para viabilizar una verdadera inclusión en la sociedad.

A partir de esta realidad, el problema a abordar que interesó particularmente a esta tesis radica en analizar el funcionamiento del dispositivo clínico grupal psicoterapéutico en los procesos de inclusión social de personas con TMS. La investigación pretende incursionar sobre la potencialidad de este y considerar su aporte para los resultados que busca la implementación de la ley de salud mental, en cuanto a favorecer los procesos de inclusión social de estas personas y su concordancia con el paradigma emergente que la misma promueve. En este sentido, se busca que la producción de conocimientos en torno al dispositivo clínico grupal psicoterapéutico sea un aporte al campo disciplinar de la psicología y, específicamente, a los profesionales que llevan adelante el trabajo grupal en la especificidad que implica esta población.

De los aportes de Fernandez, A. (1997) se desprende que, a propósito del posicionamiento desde el campo de lo "Psi" en las intervenciones clínicas psicoterapéuticas, se puede reconocer dos formas de intervención desde una perspectiva clínica psicológica: las prácticas homogeneizantes, que apuntan a la universalización de las respuestas posibles, silenciando el sufrimiento de las personas en situación de vulnerabilidad, y, por otro lado, la práctica clínica, que apunta a la singularidad y rescata la subjetividad, habilitando procesos de resignificación y elaboración del malestar. A saber, las intervenciones con respuestas universalizantes se inscriben en un modelo de ausencia de escucha y clausura de la palabra. Se entiende que, en oposición, se encuentra la práctica clínica que procura la emergencia del sujeto con sus singularidades, opacidades, sufrimientos y saberes sobre su propia vivencia. Ya sea en un dispositivo individual o grupal, el trabajo en la clínica psicológica tiene el mismo valor profesional: a través del despliegue

de la palabra y la acción de narrar(se) y relatar(se) su vivencia es que se propician las condiciones para que el sujeto pueda emerger y encontrarse donde la vida trae su trama a develar. Claramente, estas condiciones son independientes de la clase social del sujeto, del lugar o su contexto, y a partir de caracterizar las prácticas se procura poder operativizar el dispositivo clínico pertinente.

Por ello es que surge la importancia de interrogarnos desde dónde conformamos nuestra concepción de dispositivo clínico. Baremblytt (2005) plantea al dispositivo como

un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos y devenires, actualiza virtualidades e inventa lo nuevo radical. En un dispositivo, la meta a alcanzar es el proceso que genera solo inmanentes entre sí. Un dispositivo se compone de una máquina semiótica y una pragmática y se integra conectando elementos y fuerzas (multiplicidades, singularidades, intensidades) heterogéneas que ignoran los límites formalmente constituidos de las entidades molares (estratos, territorios, instituidos, etc.). Los dispositivos, generadores de la diferencia absoluta, producen realidades alternativas y revolucionarias que transforman el horizonte considerado de lo real, de lo posible y de lo imposible. (p. 135)

En la misma línea, Foucault (1984) refiere a que el dispositivo es una red en donde se hace visible un conjunto heterogéneo compuesto por discursos, instituciones, leyes, enunciados científicos, proposiciones filosóficas y morales en el orden de lo dicho y de lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre esos elementos, y la naturaleza de los vínculos que allí se instalan, propiciando experiencias, afectaciones y producciones; una red de relaciones que implica una forma de ejercicio del poder y de configuración del saber donde se hacen posibles efectos de verdad y realidad.

Desde este concepto podemos advertir que un grupo es un dispositivo y, a su vez, es una red compleja compuesta por diversos elementos que están unidos entre sí y establecen vínculos que generan experiencias, afectaciones y producciones. Es en este sentido que el dispositivo implica una forma de ejercer el poder y configurar el conocimiento, ya que a través de estas relaciones se pueden hacer posibles efectos de verdad y realidad. El dispositivo no solo se limita a lo que se dice explícitamente, sino también incluye lo que no se dice pero que está implícito en las relaciones establecidas dentro de la red. En síntesis, el dispositivo grupal es una red compleja de elementos que influyen en la forma en que se ejerce el poder y se construye el conocimiento, y que generan efectos de verdad y realidad.

En esta línea y siguiendo a Bauleo (1983), significa que el grupo implica una unidad social y nos permite comprender cómo interactúan la subjetividad individual y la estructura social más amplia. En otras palabras, al observar las relaciones interpersonales que se forman dentro de un grupo, podemos entender cómo las personas se relacionan entre sí y cómo estas interacciones están influenciadas por las normas, valores y estructuras sociales que existen en ese contexto. Es así que el grupo proporciona un espacio donde las

personas pueden expresar su subjetividad, es decir, sus pensamientos, emociones y experiencias individuales, pero también está condicionado por las normas y roles sociales que rigen esas interacciones. Al analizar las dinámicas del grupo, podemos identificar cómo la subjetividad de los individuos se ve afectada y moldeada por las estructuras sociales subyacentes y cómo, a su vez, dichas estructuras se reflejan y se mantienen a través de las interacciones individuales.

En contraste, estamos viviendo en una época en la que se han desarticulado lo colectivo y los lazos sociales solidarios. Por esta razón, es crucial enfocarse en la creación de dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos para tratar a personas con TMS.

El enfoque sería construir un montaje centrado en la tarea, como plantea Pichon-Rivière (1985), previendo que existe una tarea explícita a construir y una tarea implícita que “apunta a la ruptura, a través del esclarecimiento de las pautas estereotipadas que dificultan el aprendizaje y comunicación, significando un obstáculo frente a toda situación de progreso o cambio” (p. 153), donde además de la labor terapéutica, el trabajo de coordinador implique viabilizar que la tarea sea el motor grupal, y que el grupo pueda devenir creativo, singular; posibilitando lo nuevo. Es de suma importancia que el espacio grupal sea considerado como lugar de producción donde aprehender la realidad para poder incidir sobre ella, dando lugar a los cambios. Cuando hablamos de realidad, necesariamente estará incluido el mundo social como esfera de indagación de esas tramas vinculares complejas que generan las condiciones para la producción y los movimientos subjetivos. Pichon-Rivière (1985) caracteriza en *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière sobre el arte y la locura*

a esa tarea como un aprender a pensar, lo que es entendido como la construcción de un ECRO (Esquema Conceptual, Referencial y Operativo). Ubicados en una praxis, hay una configuración mutua, dialéctica, entre instrumento y objeto de conocimiento. Y define al ECRO como un conjunto organizado de conceptos generales, teóricos, referidos a un sector de lo real, a un determinado universo de discurso, que permitan una aproximación instrumental al objeto particular (concreto). El método dialéctico fundamenta este ECRO y su particular dialéctica. (Zito Lema, 1985, p. 4)

Se destaca la importancia de los procesos de aprendizaje y comunicación en el grupo, los cuales interactúan de forma dialéctica a partir del sustento conformado por el ECRO. Estos procesos posibilitan el cambio en los sujetos y por ende una transformación, teniendo como resultado una relación activa con su realidad. El contexto histórico social, político, económico e institucional atraviesa el proceso y el acontecer grupal, transversalizado en prácticas y discursos de sus miembros. Es por ello que este modelo de trabajo psicoterapéutico grupal integra distintos vectores de la vida de cada uno de los participantes, lo que enriquece la intervención.

En estas prácticas profesionales nos encontraremos con distintas posturas ideológicas, enclasmientos sociales, atravesamientos de políticas públicas, económicas y el doble juego de la presencia/ausencia del estado. Para comprender completamente este fenómeno, es necesario analizar el origen y la influencia de las instituciones presentes en el entorno, así como la cultura e ideología que promueven. Esto implica entender cómo estas instituciones han logrado establecerse y cómo han influido en la formación de las creencias, valores y comportamientos de las personas. En este sentido, se debe considerar cómo las instituciones y el contexto en general moldean y sustentan una cultura arraigada en las personas, subrayando la importancia de entender las dinámicas y los mensajes culturales que provienen de estas instituciones.

Se busca operar en la reconstrucción de la lógica de acción de los diferentes implicados, promoviendo la emergencia de las subjetividades, tanto de los actores como la propia del que interviene. Esto posibilitará posteriormente el análisis clínico.

Plantea Rhéaume (2011) que “el análisis clínico constituye un trabajo científico, que puede conciliarse con una perspectiva de acción, el cual puede entonces, desarrollarse en el análisis de situaciones concretas, únicas, particulares”, apuntando a procesos de singularización del sufrimiento ante situaciones de vulnerabilidad y exclusión.

IV. Objetivos de Investigación

Objetivo General

El objetivo general es analizar el aporte del dispositivo clínico grupal psicoterapéutico en un centro de rehabilitación de Montevideo en relación al proceso de inclusión social de las personas con trastornos mentales severos.

Si bien se reconocen distintos dispositivos para la atención a la salud mental desde una perspectiva integral, tal como lo mencionamos en capítulos anteriores (tabla anexo I), parece necesario profundizar acerca de las finalidades que propone cada uno de ellos así como sus características. En este sentido, esta tesis se centra en el estudio del dispositivo clínico grupal psicoterapéutico por entender que pueden tener aplicación en distintos niveles de intervención, independientemente del ámbito.

Objetivos Específicos

- Conocer los dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos a partir de un centro de rehabilitación en Montevideo y sus resultados esperados.
- Analizar el proceso de inclusión social de los usuarios de dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos a partir de las valoraciones que se tienen de los resultados por parte de los en dicho centro.
- Analizar las concepciones de los profesionales acerca de la intervención con dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos.
- Evaluar el aporte del dispositivo clínico grupal psicoterapéutico en función de los resultados que busca la implementación del nuevo modelo de atención (Ley de Salud Mental).

V. Estrategia Metodológica

Diseño Metodológico

El diseño metodológico planteado para esta investigación se sitúa dentro de la perspectiva cualitativa y desde el enfoque de la teoría crítica. La estrategia utilizada fue un estudio de caso de tipo exploratorio, ya que esta se adecua para conocer la realidad de un escenario determinado, dar cuenta de relaciones causales y complejas, y describir de forma profunda para alcanzar los objetivos de la investigación (Arzaluz Solano, S., 2005). Por otra parte, el método permite formular teorías y reconocer distintos planteos teóricos exploratorios o explicativos. A su vez, la riqueza de este facilita analizar procesos de transformación longitudinales y abordar fenómenos tanto ambiguos como complejos o inciertos, ubicados en su entorno real.

Teniendo presente que los procesos son inseparables de su contexto, la cualidad de la reflexividad que este enfoque brinda permitió analizar lo que se genera en los propios procesos y en los de los demás, en el entendido que se construyen a través de las relaciones y las interacciones que los investigadores establecemos con los participantes del estudio, sin dejar fuera el análisis de cómo incide nuestra implicación. Por lo tanto, se entendió pertinente para esta investigación la perspectiva cualitativa, ya que esta se enfoca en las personas, los escenarios y los grupos sin reducirlos a meras variables, sino considerándolos como un todo en su complejidad: en el contexto de su pasado y de las situaciones en las que se hallan en el presente, preservando el aspecto humano de la vida social y del marco de referencia de los sujetos. A su vez, se considera que todas las perspectivas son valiosas, sin jerarquizar ninguna de ellas (Bogdan R., Taylor, S.J., 1986).

El trabajo de campo se llevó a cabo en un centro psicosocial de Montevideo que desarrolla diferentes actividades en el área de la salud mental, haciendo foco en la rehabilitación psicosocial integral de personas con Trastornos Mentales Severos Persistentes (TMSP).

En función de los objetivos mencionados, con respecto a los métodos de recolección de datos, se propuso una combinación de técnicas para favorecer el contraste de los datos a recabar y robustecer los resultados en su complementariedad. En una primera instancia se planteó la utilización de entrevistas en profundidad y análisis documental, y posteriormente obtener datos del registro de ingresos y egresos de la institución tomada como caso de estudio. Una vez comenzado el trabajo de campo, emergió como dato relevante la falta de documentación acerca del registro mencionado, por lo que no fue posible ejecutar dicha técnica. Sin embargo, este obstáculo en sí mismo fue resuelto entendiendo que la ausencia de tal información es también un dato que fue parte del análisis a realizar.

Las entrevistas fueron un total de seis, realizadas a directores del centro y a los coordinadores de los dispositivos clínicos grupales, teniendo como criterio de exclusión a los coordinadores de los otros grupos que funcionan en la institución pero que no son psicoterapéuticos.

El acercamiento bibliográfico y teórico a la normativa jurídica vigente y a las documentaciones concernientes a planes estratégicos en salud mental operó favorablemente para preparar esas instancias y la guía de preguntas para ejecutar las entrevistas. Estas permitieron analizar la existencia de concordancia o incongruencias entre el entrevistado y las fuentes documentales. Se esperaba poder cotejar los datos recabados de las mismas con los registros del centro, pero por las circunstancias mencionadas anteriormente no fue posible concretar este procedimiento.

El tipo de entrevista tuvo carácter semiestructurado, con un formato de conversación, y cada una de ellas fue grabada. Existió un guion orientador, pero se procuró que el entrevistado hablara y planteara su punto de vista para entender en profundidad la situación. Habilitar el espacio fue un componente clave para suscitar la conversación libremente y agregar preguntas alternativas que surgieran de la dinámica espontáneamente: por ejemplo, solicitar explicación de algún significado, pedir que se aclare algo que no se entiende, o que profundice sobre algún aspecto (Valles, 2003, p. 180).

Procedimiento de Análisis de los Datos

Para el análisis de los datos se decidió trabajar con la técnica de análisis crítico del discurso (Van Dijk, Teun A., 2005) sobre el registro de las entrevistas. Se entiende el discurso como una práctica social y por tanto no solo socialmente condicionado, sino también socialmente constituido: dado que los discursos contribuyen a sostener ideas, también cambian, producen y reproducen relaciones de poder a través de la forma en que se representa a las cosas y a las personas. En ese sentido, para obtener una clara visión de las prácticas de los actores de salud de este centro, se indagó en las creencias y motivos de dichos actores. Se realizó un acercamiento al material recabado de las entrevistas de modo tal que, a partir del análisis del discurso, nos adentramos en qué tipo de contenido metodológico se sustentan las prácticas clínicas grupales psicoterapéuticas de los profesionales del centro. A modo de ser más específicos, nos adentramos en analizar en qué se ponía el foco y la estructura discursiva de las ideas que guían su acción e interacción de los individuos con las instituciones. En tal sentido, se trabajó sobre la configuración de los marcos teóricos que operan en sus prácticas, metodologías en juego en sus intervenciones o la hora de la coordinación grupal. En otras palabras, los aspectos dichos y no dichos, qué

categorías estuvieron en uso y cuáles se dieron por sentado, aunque no estuvieran explicitadas.

Uno de los propósitos generales del análisis de discurso es estudiar cuestiones relacionadas con el poder, por lo que fue relevante hacer énfasis en las construcciones discursivas que operan de forma subyacente en su manera de actuar. Se tornó fundamental no perder de vista quién es el actor, quien dice qué, a quién y desde qué lugar. Además, se atendió a las estrategias que utilizaron los profesionales para maximizar lo valorado positivamente, minimizar lo valorado negativamente y los mecanismos de ocultamiento de aspectos ausentes a nivel institucional y de la práctica de intervención: la argumentación positiva, la mención de autoridades y políticas institucionales, la categorización, la comparación, el uso de contrafácticos, las desmentidas, la ejemplificación ilustrada, la referencia a evidencia o al carácter numérico, la hipérbole, la ironía, la victimización, la metáfora y la polarización (Van Dijk, 2005).

Además, fue esencial el reconocimiento de que tanto el objeto de investigación abordado como el investigador se tornan al mismo tiempo un sujeto y un actor social que comparten y conforman el mismo mundo. Por ende, el desafío se focalizó en el ejercicio de una conciencia crítica respecto a la propia acción del investigador como sujeto realizador de la investigación. Para ello, se debió integrar los movimientos transferenciales y contratransferenciales como centro del análisis. De modo que, inevitablemente, supuso transformar el relacionamiento entre investigador y sujetos en la práctica concreta. La misma participación del que investiga, y constituye al análisis, se transforma en objeto del análisis. Este procedimiento implicó tener presente lo que generamos al momento de investigar: la afectación de la sensibilidad del profesional entrevistado a partir de la propuesta de la entrevista. En el devenir de la instancia, las preguntas realizadas y la buena disposición para crear un ambiente facilitador de trabajo permitió que, lo que en un principio fue vivido de manera persecutoria, deviniera en una instancia distendida y de enriquecimiento personal y profesional. En consecuencia, y conociendo que estos efectos no se pueden eliminar, se trabajó para poderlos controlar o reducirlos al mínimo y entenderlos a la hora de interpretar los datos. Como ejemplo de ello, se cita a continuación las palabras de un entrevistado a modo de cierre en las instancias de encuentro:

Bueno, agradecerte porque en realidad esto... o sea, es reinteresante el estudio que estás haciendo y porque necesitamos más de estos estudios, porque es un tema que desde hace un tiempo es como que bueno, se está empezando, se le está dando más lugar, ¿no? Y... y de alguna manera espero que en su momento tenga más y más lugares, ¿no?, pero bueno, también es real que hay como... todavía hay mucha desinformación sobre esto y faltan, (...) los procesos son muy lentos, no sabemos tampoco de todo lo que se plantea que se va a lograr en un futuro, qué no y cómo va a ser, ¿no?, el tema no es el qué sino cómo se

implementan las cosas, ¿no? este... pero bueno, nada, me parece como reinteresante claro... Yo trabajo en esta área, ¿no? por supuesto que me parecen interesantes, pero está bueno estas investigaciones porque 'ta, porque dejan... dejan algo, ¿no?. (Entrevistado 4)

Me parece superinteresante me hiciste pensar pila, pila de cosas, este... siempre que me..., la otra vez cuando la otra entrevista que me hizo creo que es (XX) no me acuerdo cómo se llama... este... también me quedé como con esa sensación de que cuando uno toma contacto con la complejidad que implica este, el trabajo que hacemos, te queda esa la sensación ¡Ay falta tanto! ¿no?, estamos tan en el horno por decirlo de algún modo, este... que me queda como esa, eh... esa sensación como eh, entre ganas de hacer más y frustración por por lo que falta ¿no? como una cosa así. (Entrevistado 2)

No, muchas gracias a ti, porque está bueno, está bueno porque te hace pensar... No sé... Después te preguntas si estás bien o mal. (Entrevistado 3)

Consideraciones Éticas

Al utilizar como estrategia un estudio de caso, se coordinó con la institución tener en primer lugar la manifestación de acuerdo de las personas para participar en la investigación. En este sentido, se obtuvo de cada participante el correspondiente consentimiento libre e informado, según lo requiere la Ley N° 18 331, y se le hizo entrega de una hoja de información. Allí se explicitó claramente: los objetivos del estudio, las áreas temáticas a profundizar, las actividades a realizar y los riesgos y beneficios. Además, se garantizó la confidencialidad de la información, todos los datos del investigador y se explicó que la participación en la investigación es voluntaria, pudiendo retirarse en cualquier momento del proceso, sin la obligación o necesidad de permanecer hasta el final (Decreto 379/008). En lo que refiere a los documentos, estos fueron emitidos en doble vía: una vía se entregó al sujeto participante y la otra quedó para el archivo del investigador. Es de orden informar que durante la pandemia por COVID-19 quedó suspendida la intervención, lo que implicó un retraso en la realización de las entrevistas pautadas.

A su vez, estuvo previsto el uso de soportes electrónicos para registrar los datos y todo aquel material que resulte de la investigación. Al material solo tuvieron acceso la investigadora y su directora de tesis desde la computadora personal de la investigadora, donde todo fue almacenado bajo contraseña. Además, se modificaron los datos personales para preservar el anonimato de los participantes. En función del Decreto 379/008, que prevé la evaluación de riesgos y beneficios de participar en una investigación, se dispuso desde los inicios a minimizar posibles daños, es así que el centro estuvo informado de todas las acciones realizadas para no distorsionar la jornada de trabajo de los participantes.

En otro sentido, previendo riesgos potenciales, dado que el abrir espacios de intercambio y escucha puede producir la movilización de afectos, se pensó que, en el supuesto caso que se diera un acontecimiento de estas características, se derivaría al participante al servicio de la Facultad en el local de la calle Mercedes, a cargo del Programa de Discapacidad y Calidad de Vida del Instituto de Fundamentos y Métodos. Como medidas de reducción y atención ante un eventual daño, el sujeto estaba en conocimiento desde el inicio que podría interrumpir su participación en el momento que lo deseara.

Cabe aclarar que la metodología opera en algunos aspectos como beneficio, ya que parte de la tarea implica un ejercicio de introspección que dispone a los participantes encontrarse con su historia, su trabajo, su proceso identitario y su lugar en la institución Centro. Se habilita a significar y resignificar la vivencia subjetiva a través del ejercicio de recordar y contar su experiencia en referencia a los dispositivos grupales clínicos del centro. A su vez, podría haber promovido expectativas sobre nuevos aportes para sus prácticas profesionales cotidianas, fortaleciendo a futuro su labor diaria.

Trabajo de campo

En el mes de febrero del 2019 se toma contacto con un centro de Montevideo para presentar el proyecto de investigación y consultar las posibilidades de realizarlo en dicha institución. El centro tomado para este estudio de caso se adecua con la población objetivo de esta tesis y sus criterios de inclusión y exclusión son de rehabilitación psicosocial para personas con TMSP. Su trabajo se caracteriza por la utilización de técnicas comunitarias centradas en lo grupal que se acompañan de instancias de abordajes individuales y familiares. Su labor está en consonancia con la moderna rehabilitación psicosocial desde la década del ochenta, mucho antes de que se sancionara la Ley de Salud Mental en el país. Para su trabajo integran diferentes actividades grupales, entre estas podemos encontrar: psicoterapia grupal, grupo de orientación y seguimiento, asamblea comunitaria y talleres de expresión orientados a incentivar lo creativo, al fortalecimiento de la autoestima y a la consecución de la autonomía y autocuidado para una mejor calidad de vida. En función de los graves problemas en su socialización y reinserción ocupacional de las personas usuarias del centro, su propuesta está enfocada en la planificación de objetivos terapéuticos individualizados y revisados periódicamente. En este sentido, muchas de las propuestas están dirigidas al entrenamiento social y a las habilidades de la vida cotidiana, manejo del estrés y diseño de objetivos graduales y progresivos con evaluación continua de los mismos. Un objetivo que se enfatiza en el centro es la adhesión al tratamiento psiquiátrico. Asimismo, un aspecto relevante es el abordaje familiar, para el que se dispone de estrategias para el

trabajo con las familias de los usuarios en psicoeducación, así como también en la profundización en dinámicas intrafamiliares.

El programa del centro está conformado por: un centro diurno para jóvenes y adultos con TMSP, un grupo para jóvenes y adultos con patologías mentales severas y persistentes de inicio en la infancia, grupos terapéuticos, psicoterapia individual y familiar, psicoeducación para familiares, grupos para el entrenamiento y capacitación, trabajo enfocado en la inclusión sociolaboral y emprendimientos productivos, viviendas asistidas y propuestas sociorecreativas (CPSP, 2023).

A fines del mes de marzo se comunican desde el centro manifestando su interés y apoyo al proyecto, habilitando a que se pueda realizar el trabajo de campo en dicho lugar. Posteriormente se concreta la reunión con uno de los directores de la institución, se explicita la necesidad del acceso a los datos de registro de ingreso y egreso de los usuarios, así como también la realización de entrevistas a la directiva y a los profesionales que coordinen los grupos clínicos terapéuticos.

En el mes de abril se agenda una reunión con los directores para intercambiar sobre el tema y formalizar el permiso para realizar la investigación en dicha institución. Además, se firma el aval de la institución y la dirección se pone a disposición como referente para todo tipo de coordinaciones y eventualidades que puedan surgir.

De manera inmediata, se retoma el proceso de indagación bibliográfica para seguir profundizando sobre el problema y las interrogantes que se plantean investigar.

Una vez aprobado el proyecto por el Comité de Ética, se retoma la comunicación con el centro. Se nos informa cuáles son los coordinadores de los grupos para entrevistar y se nos brinda el contacto telefónico de los mismos. Hubo que hacer hincapié en la distinción entre aquellos dispositivos que tienen una funcionalidad terapéutica y los que tienen otros objetivos no terapéuticos. De estos últimos destacamos su particularidad de agenciar la socialización que devino afectada por el propio padecimiento del diagnóstico de cada usuario.

Paralelamente, se diseñan las preguntas en función de los objetivos de la investigación, lo que deriva en dos tipos de entrevistas: una para los directores y otra para los coordinadores.

En primer lugar, se realiza la entrevista a la directiva del centro, previo a la firma de los consentimientos informados correspondientes. Se realizó a ambos referentes, ya que decidieron estar los dos juntos en dicha instancia. En un segundo momento, se tomó contacto con los coordinadores de los grupos terapéuticos del centro y se fueron agendando los encuentros paulatinamente con dichos coordinadores. En este momento del proceso se destacan las dificultades para coordinar los horarios con los entrevistados. El multiempleo de los profesionales implicó que no siempre dispusieran de horas para quedarse en el

centro fuera del horario de trabajo y así poder realizar la entrevista que duraba aproximadamente entre cuarenta y cinco minutos y una hora. De todos modos, este obstáculo se subsanó en la mayoría de los casos, y solamente con uno de los grupos no se pudo efectuar la entrevista con sus respectivos coordinadores.

Cabe señalar que cada grupo es coordinado por una dupla de licenciados en Psicología con diversa formación. Trabajan con un encuadre y una orientación en sus intervenciones a partir del marco referencial teórico de su preferencia. A continuación se detallan las principales formas en que los mismos denominan sus perspectivas teórico-técnicas: psicoanalítica, vincular, cognitivo conductual, entre otras. Al mes de diciembre de 2019 se habían realizado tres entrevistas de siete, cada una de ellas con su respectivo consentimiento informado firmado. Lamentablemente, a partir del 13 de marzo de 2020 se declara el estado de emergencia sanitaria nacional a consecuencia de la enfermedad causada por el coronavirus SARS-CoV-2, considerada una pandemia por la OMS. La pandemia de COVID-19 se había extendido por varios países de todo el mundo y ya afectaba a millones de personas en los distintos continentes. Es así que el gobierno de Uruguay dispuso una serie de medidas que implicaron en muchos casos la interrupción o suspensión de diferentes actividades laborales y de estudio en todo el país. Esta situación implicó uno de los mayores obstáculos al desarrollo del cronograma propuesto en el proyecto de investigación, lo que conllevó un retraso en la finalización de las entrevistas que conformaron el trabajo de campo. Una vez levantadas las medidas, luego de casi dos años, se logró realizar las entrevistas pendientes a mediados del mes de abril de 2022.

Una vez en el centro, se encontró que para el análisis documental referido a los registros de ingreso y egreso de los usuarios de cada dispositivo clínico grupal psicoterapéutico no había información sistematizada de forma regular y explícita. Teniendo en cuenta que una de las características de la metodología cualitativa es la flexibilidad, se buscó, en acuerdo con la directora del centro, la forma de solucionar este obstáculo y se convino en la posibilidad de reconstruir dicha información con los coordinadores grupales y las administrativas del centro una vez culminadas las entrevistas. Si bien se intentó reconstruir esa información, no fue posible dado que los coordinadores planteaban que no se llevaba un registro sistemático de esa información en sus grupos. El encuentro con el campo en la tarea de pesquisa abrió la posibilidad a adoptar una postura metodológica artesanal para poder adentrarse en las prácticas institucionales y obtener información de ellas que permitieran enfrentar esta dificultad. Más allá de que la ausencia de la información revistió un impedimento sustancial, se entendió que el mismo es también un dato del funcionamiento del centro y de las perspectivas que determinan sus prácticas. Por lo tanto, se incluyó este como dato a analizar para esta tesis.

Por último, en función de las actividades curriculares de la Maestría en Psicología Clínica, el pasaje por la integración al Instituto de Fundamentos y Métodos permitió el acompañamiento a estudiantes en la práctica que se ofrece a estudiantes de grado de 8.^{vo} semestre, enmarcada en el Programa Discapacidad y Calidad de Vida. Esta se desarrollaba en el mismo centro de rehabilitación del proyecto de tesis, lo que permitió de manera directa profundizar en cómo funcionaban los dispositivos terapéuticos y distinguirlo de los otros grupos que también funcionan allí. En este sentido, se realizaron dos presentaciones con las estudiantes de los temas abordados en el proyecto.

El primer encuentro con las estudiantes consistió en dar cuenta de lo que implicó la sanción de la nueva Ley de Salud Mental y el tránsito hacia un modelo social comunitario, promotor de prácticas profesionales en el ámbito de la salud mental, que favorezcan los procesos de inclusión social de las personas con TMS. En el segundo encuentro se presentaron los antecedentes que hacen al tema de investigación y las líneas de trabajo del proyecto, abordando también aspectos de los diferentes enfoques del trabajo grupal y los dispositivos. En las dos oportunidades se habilitó un espacio para promover el intercambio con y entre las estudiantes, generando así la posibilidad de problematizar concepciones acerca del tema y el nivel de complejidad del campo de trabajo. También se participó en las reuniones de coordinación mensuales que se desarrollaban en el centro con la directora, la docente responsable de la Facultad de Psicología y las pasantes estudiantes que realizaban su práctica preprofesional. Cabe aclarar que el programa, al que se hace referencia (Programa Discapacidad y Calidad de Vida) desde el año 2014, trabaja en el campo de la inclusión de personas con padecimientos psíquicos que concurren al centro en cuestión.

Si bien la integración a institutos no estaba prevista que fuera parte del trabajo de campo de esta investigación, el acompañamiento a las estudiantes permitió tomar contacto y percibir ciertas lógicas institucionales del centro, siendo de insumo para el análisis y escritura de esta tesis.

De todos modos, se destaca la apertura institucional para el desarrollo de programas, investigaciones e intervenciones de la Universidad tanto a nivel de grado como de posgrado. Se observa que la habilitación institucional genera lazos de diálogo y de reflexión entre el mundo académico y las prácticas profesionales que se desarrollan en el centro, siendo altamente valorado ya que promueve la problematización, producción e innovación en torno al campo de conocimientos científicos que conciernen a la salud mental.

A propósito de ir concluyendo esta raconto del trabajo de campo efectuado en el centro, nos centraremos en dos puntos: dimensión metodológica y dimensión de la inmanencia del campo.

En cuanto a la dimensión metodológica, el trabajo de campo permitió relevar información pertinente y adecuada a los objetivos propuestos por la investigación, pero

también una cercanía con las características principales de los métodos cualitativos. Permanentemente se pusieron en juego diversas dificultades y tensiones que pusieron en suspenso el procedimiento estipulado inicialmente. De tal modo se pudo reflexionar sobre los acontecimientos y analizar su singularidad desde un pensamiento crítico y complejo: el modo en que era posible comprender lo que ocurría. El objetivo era transformarlo y objetivarlo como dato, para finalmente contrastarlo con la información obtenida de las entrevistas.

Por otra parte, en relación a la dimensión de la inmanencia del campo, el quehacer del investigador se puso en juego desde su implicancia en cada una de las instancias recorridas en las cuales se produjeron emergentes inesperados. No solo el registro de lo dicho y no dicho, de lo posible de ver y no ver, sino también el registro de lo azaroso e inesperado se puso en juego en cada uno de los encuentros con el campo, lo cual debió ser tomado en su relevancia para la construcción de una investigación de estudio de caso como lo es esta. Es decir, se entiende fundamental señalar la pertinencia de la flexibilidad en la totalidad del proceso de investigación para poder no solo llevarla a cabo, sino también encontrarse con los verdaderos acontecimientos y que a su vez estos sean insumos para la misma.

Estas dimensiones tuvieron un punto en común en cuanto a su incidencia en el cuerpo, más precisamente en el régimen de afecciones. La sensibilidad puesta en juego y los fenómenos transferenciales y contratransferenciales suscitados se hicieron sentir antes de ser conceptualizados teóricamente, para luego poder enfocarse en la búsqueda de una resolución acorde a lo que se pretendía analizar. Es decir, una vez que fue posible dejarse afectar por aquello del orden de lo incierto, devino rápidamente la posibilidad de formalizar teóricamente para una mejor conceptualización y análisis del material recogido.

Categorías de análisis

Para la construcción de la pauta de entrevista y el análisis del material documental se elaboran categorías de análisis desde una perspectiva teórica. Una vez realizado el trabajo de campo, emergen otras categorías que se incorporan a las anteriores. Es decir, dichas categorías se producen a partir del recorrido teórico que transversaliza la tesis para su construcción y de las preguntas formuladas de investigación, sumado a los objetivos específicos planteados. Asimismo, del intercambio con los entrevistados surgen emergentes del trabajo de campo a partir del análisis de los diferentes tópicos seleccionados para el estudio, que dieron lugar a profundizar sobre el modelo de atención en salud mental y la articulación que implica de diferentes dispositivos para seguir adentrándose a modo de emergentes. En otras palabras, Hernández Sampieri (2018) plantea que los estudios de

caso son investigaciones que utilizan diferentes métodos de investigación, ya sea cuantitativos, cualitativos o mixtos, para analizar de manera detallada una entidad completa con el fin de abordar una pregunta de investigación, probar hipótesis y desarrollar teorías.

A continuación se presentan las categorías finales de análisis, que se conformaron a partir del modelo teórico y del análisis de las entrevistas.

Funcionamiento del centro

Esta categoría fue construida para dar cuenta del funcionamiento del centro a partir del discurso de los profesionales entrevistados. El programa está conformado por una comunidad terapéutica y un centro diurno. En este se realizan diversas actividades que están dirigidas particularmente a una población de adultos jóvenes y de mediana edad que padece trastornos mentales severos (psicosis, trastornos de la personalidad, entre otros). Este tipo de trastornos indican que el sujeto sufre una ruptura con la realidad que lo lleva a instaurar nuevas formas de ver, sentir y percibir, condicionando su personalidad, comportamiento y hábitos.

A su vez, se desprenden elementos que dan cuenta del cambio de paradigma en salud mental y las intervenciones que se realizan en este contexto. Cabe señalar que en los pasajes en que se nombra al centro por su nombre institucional, se sustituye simplemente por *centro*.

Comunidad terapéutica: funciona como un programa más en la institución, refiere a un centro diurno de puertas abiertas. Su funcionamiento es de lunes a viernes de 14 a 18 horas. En este espacio se trabaja hacia una rehabilitación psicosocial integral dirigida a jóvenes y adultos con severas perturbaciones psíquicas (psicosis, trastornos de personalidad y otras) que afectan su funcionamiento social, familiar y ocupacional. La propuesta de trabajo está basada en la participación de los usuarios en un contexto grupal a través de la disposición de un conjunto de técnicas integradas dispuestas para tal fin. En la comunidad también se prioriza la integración de la familia de los usuarios en el tratamiento a través de grupos, de manera que sea posible acompañar el proceso. Generalmente, los usuarios permanecen en el programa aproximadamente de dos a tres años y luego pasan a otros dispositivos grupales de frecuencia semanal que tiene el centro. En este espacio se desarrollan diferentes actividades grupales priorizando la socialización, como lo son: talleres de expresión (plástica, música, teatro, literatura, pilates), estimulación del desarrollo cognitivo, talleres de elaboración artesanal (cocina, y artesanías), actividades recreativas, asambleas comunitarias, meriendas comunitarias, entrenamiento en habilidades sociales y de la vida cotidiana, psicoterapia individual (si lo requiere), psicoterapia grupal y trabajo con la familia de forma individual y multifamiliar.

Grupos terapéuticos: El grupo tiene un lugar muy importante en el tratamiento. Están destinados a la orientación, tratamiento psicosocial, evaluación y diagnóstico situacional. Incluye un taller de organización de la vida cotidiana y reuniones de psicoeducación para familiares. Los profesionales que trabajan en el centro dan cuenta de que, a partir del trabajo grupal, brindan seguimiento personalizado a cada usuario de su tratamiento, tanto en lo individual como en lo grupal. El objetivo psicoterapéutico es la rehabilitación psicosocial a partir de una práctica comunitaria. Es así fundamental para los técnicos del centro que el trabajo apunte a la promoción de las diferencias, a generar la interacción para la integración y la participación activa de las personas en la vida del centro. Esto conlleva la necesidad de dejar una actitud más defensiva para pasar a identificarse con sus pares. También describen que, en estos espacios, se recrean instancias de la vida cotidiana que se asemejan a la de los medios sociales, y explican que el usuario en interacción y producción con los otros, en un contexto delimitado, en una estructura flexible, puede ir discriminando entre el adentro institucional y el afuera, entre “su yo y no yo” (CPSP, 2023).

Dispositivos grupales

Esta categoría remite a la apreciación subjetiva que hacen los propios profesionales acerca del dispositivo clínico grupal psicoterapéutico, dando cuenta de lo que consideran útil y les sirve en cuanto a la intervención que realizan; cómo les aporta y qué es lo que esperan del trabajo grupal con estos usuarios. En este sentido, de las entrevistas se obtienen datos de los tipos de intervenciones que se realizan en el centro y los resultados que se esperan de las mismas. Asimismo, surgen datos explícitos en cuanto al modelo de atención que promueve la Ley de Salud Mental, así como los resultados para la inclusión social de estos usuarios.

(...) el trabajo en la rehabilitación yo no me lo imagino sin el trabajo en grupo, la rehabilitación psicosocial. Si bien vos podés hacer un trabajo singularizado, personalizado, que es lo que se hace, la persona tiene que tener un funcionamiento a nivel grupal o tender..., ¿no? generar la representación del grupo es como lo veo yo. El grupo siempre se trata de estar presente y después buscar que la persona pueda canalizarse hacia un funcionamiento en un grupo. A partir del mutualismo se acercó mucha población que no tenía acceso a la rehabilitación y fue un paso muy importante por más que sea una reunión semanal grupal y que se circunscribe a eso y a un trabajo de psicoeducación con la familia y no es suficiente, no lo es, pero es un paso para la transformación. (Entrevistado 6-a)

En todas las entrevistas se marca la importancia en estos tratamientos de incluir a las familias de los usuarios en el tratamiento.

Nosotros consideramos que es muy difícil pensar en un tratamiento sin el abordaje de la familia como grupo, (...) primero contenerla, darle una recepción, bajarle las ansiedades, despojar las culpas (...) y poder empezar a trabajar con ellos en el aquí y ahora. Nosotros tratamos de apaciguar y empezar a trabajar con ellos (...) la acomodación del grupo familiar para que empiece a funcionar, no en la organización que venía en torno a la enfermedad, sino desde la salud.

El que puedan empezar a hablar todos los integrantes es maravilloso en cuanto a cambios.
(Entrevistado 6-a)

Efectivamente, si bien podemos hablar de grupo como la facultad lógica de agrupar, es decir, de representar el mundo de los fenómenos a partir de clases y categorías, también podemos pensar en el grupo como una percepción, un percibido que constituye en este proceso grupal la base de la representación. Esta representación se trata de la internalización del grupo, conformado por un conglomerado de diferentes identificaciones, a partir de la interacción con un otro. Aquí cabe retomar la perspectiva de Hernández Monsalve (2011), que explica que el grupo aporta a favorecer diferentes aspectos de pacientes esquizofrénicos y dice que estos dispositivos apuntan a mejorar su autoestima, comprobar y aceptar la realidad, contener la ansiedad e inducir a la esperanza a partir de la existencia de un otro real a través de identificaciones o retroalimentaciones.

En el mismo sentido, Antonio Tarí García y Carmen Ferrer Dufol (2017) señalan que el sujeto contemplado como parte de un grupo es determinante a la hora de entender la enfermedad mental, así como también su evolución. El proceso de recuperación es relacional y las respuestas de avance en la recuperación surge de estas relaciones. Asimismo, entienden que la estructura grupal puede proponerse como área terapéutica sustitutiva y correctiva, en donde los enfoques terapéuticos grupales comparten “una serie de aspectos específicos que los diferencian de otras modalidades de intervención (psicoterapéutica) y confieren al grupo su singularidad y especial importancia en el abordaje del paciente psicótico”. Los autores consultados dan cuenta de que los grupos manifiestan características del contexto y del funcionamiento grupal relevantes y generalizables a los diversos formatos que emplean al grupo como herramienta terapéutica para impulsar la autonomía y la autoestima en pacientes con TMS. Proponen diferentes tipos de intervenciones grupales: grupos de actividad, de psicoeducación, de familiares, trabajo en equipo, etc. Los dividen didácticamente en dos tipos de formatos de intervención grupal: los grupos de actividad (rehabilitadora-terapéutica) y los grupos psicoterapéuticos. En síntesis, la experiencia del grupo es una percepción, sumado a una emoción en donde el ser y estar en un grupo produce una serie de sensaciones perceptivas pero a la vez emotivas, lo cual resultará en un registro del grupo: su primitiva representación.

Se desprende de las entrevistas cómo son los dispositivos que definen las actividades grupales que se desarrollan en el centro, en donde se plantea explícitamente que los dispositivos son de tipo “clínico grupal psicoterapéutico”. Hay un primer momento en donde llega el usuario con su familia y tienen una serie de entrevistas con la dirección de la institución. Luego de que el usuario sea admitido, el primer contacto es con el psiquiatra, y a partir de esa instancia de evaluación se da su derivación a uno de los dispositivos grupales en funcionamiento del centro. Esto dependerá de las características de cada usuario

El marco teórico utilizado por los psicólogos que trabajan en el centro

Esta categoría permite conocer desde qué marco teórico o concepción de trabajo es el abordaje en el dispositivo clínico grupal psicoterapéutico de los profesionales que trabajan en el centro. El trabajo desde un marco teórico implica basarse en un cuerpo teórico ordenado y, en función de este, una práctica concreta que sustente y oriente el trabajo del profesional psicólogo. Este marco teórico nos permite pararnos desde un lugar que nos habilite a comprender, analizar y operar en una situación determinada, en este caso en un dispositivo clínico psicoterapéutico. En suma, el marco teórico subyace en la construcción de las intervenciones que se realizan, así como también en las estrategias que se diseñan para el abordaje clínico de los objetivos que se planteen. La teoría se operativiza en una praxis, que más allá del estilo de cada quien, incide directamente en el quehacer clínico del psicólogo que la ejecuta.

Algunos de los profesionales consultados refieren que trabajan desde un marco cognitivo conductual, otros desde el psicoanálisis y otros desde un enfoque sistémico. También aparece la postura más ecléctica, desde una perspectiva integradora.

El armado de esta categoría comienza con referencias bibliográficas de cómo se trabaja según el cuerpo teórico y cuáles serían los objetivos en las prácticas terapéuticas de los grupos con personas con TMS.

El grupo terapéutico de orientación cognitivo-conductual en el proceso de rehabilitación psicosocial.

Esta forma de abordaje se caracteriza por el trabajo en esquizofrenias como el producto de la interacción de tres factores: vulnerabilidad, estrés y habilidades de afrontamiento. Es así que Muñoz Molina et al., (2007) explican que

La relación terapéutica es muy importante para abordar el inicio del tratamiento. El terapeuta tiene una doble función: como guía, ayudando al paciente a entender la manera en que las cogniciones influyen en sus emociones y conductas disfuncionales, y como catalizador,

promoviendo experiencias correctivas o nuevos aprendizajes que fomenten, a su vez, pensamientos y habilidades más adaptativas. (p. 101)

Habitualmente se emplea en el trabajo grupal la técnica de prescripción y exposición de tareas con el fin de estabilizar los síntomas positivos, mejorar el *insight* y la disforia y generar una mejor adherencia al tratamiento. Se busca entonces una adaptación a la realidad a partir de la modificación de los comportamientos. Desde esta perspectiva, el aprendizaje de nuevos hábitos y modelos corregirían la inadecuación de las conductas de las personas con TMS, y producirían un sujeto con respuestas más adaptadas y esperables en su relación con el medio en el que está inserto.

El grupo terapéutico de orientación psicoanalítica en el proceso de rehabilitación psicosocial

De los Santos, L. (2015) en su tesis explica que las referencias teóricas psicoanalíticas del trabajo terapéutico grupal están dirigidas mayoritariamente a los pacientes con neurosis, denotando la ausencia de las referencias teóricas a los diagnosticados con esquizofrenia específicamente. De su investigación de grupos terapéuticos de orientación psicoanalítica con personas con esquizofrenia nos indica que el trabajo está basado en una postura ética psicoanalítica y en herramientas como la escucha:

Lo esencial está dado por la escucha psicoanalítica sobre aspectos que van más allá de los manifiestos en los discursos de los pacientes en las sesiones, y que busca rescatar la capacidad de contactar y de estar con otros a partir del sentido propio de la comunicación verbal que se establece entre estos pacientes. Esta escucha rescata lo fundamental de la valencia bioniana (Bion, 1976) sobre lo propio de lo humano que se produce al estar en grupo con otros. Es una escucha de los terapeutas que también se promueve entre los integrantes del grupo, siempre neutral y abstinentes de estigmatizar al otro por tener una enfermedad mental. La clínica de la escucha de los contenidos delirantes que se manifiestan en los participantes del grupo, característicos de algunos aspectos de su patología, es inédita en la mayoría de los pacientes. Por eso se promueve un encuadre de trabajo estable y continente que permita el despliegue de dichos contenidos por parte de los pacientes, y el trabajo terapéutico sobre los mismos respetando su sentido particular y confrontándolo con el juicio de realidad (Kernberg, 1987). La técnica psicoanalítica que orienta este proceso terapéutico no busca levantar represiones para acceder al inconsciente (Chemama, 1998), sino habilitar el despliegue y abordaje del mundo delirante y alucinatorio que afecta las relaciones interpersonales y la inclusión social de estos pacientes. El método empleado mantiene el trabajo clínico psicoanalítico basado en la palabra y las verbalizaciones de los pacientes, bajo la regla fundamental de abstenerse de críticas que coarten la comunicación y con la postura de las terapeutas, receptiva, abierta y disponible para escuchar lo que los pacientes tengan para decir (Chemama, 1998). Esta postura implica el trabajo y la alerta constante sobre el

riesgo de estigmatizar y discriminar a los pacientes ante el despliegue de un mundo interno delirante e incompañable, y sobre el riesgo de aliarse con el auto estigma que tienen por padecer una enfermedad mental. (De los Santos, L., p. 32, 2015)

Asimismo, indica que

las herramientas terapéuticas que se utilizan desde una postura ética psicoanalítica, (...), son los señalamientos y orientaciones que promuevan la construcción de una cadena asociativa grupal (Kaës y Anzieu, 1979). Este aspecto del trabajo clínico implica habilitar la interacción y el intercambio entre los pacientes participantes del grupo, que genere una comunicación entre ellos y no solo radialmente hacia las terapeutas coordinadoras. La interpretación de contenidos inconscientes no se justifica y solo se recurre, si corresponde, a la interpretación de contenidos delirantes a partir de la confrontación con el juicio de realidad si es necesario para la continuidad del proceso terapéutico. Por otra parte el grupo también sostiene y contiene las incertidumbres y enigmas a los que en varias sesiones se ven enfrentados los pacientes al animarse a verbalizar estos aspectos delirantes y alucinatorios. Los aspectos transferenciales que se trabajan específicamente en este grupo y que se realiza fuera del ámbito terapéutico, solo entre las coordinadoras, tiene que ver con la intertransferencia (Kaës y Anzieu, 1979) que se produce entre las terapeutas y que responde al impacto del trabajo clínico con pacientes con patologías mentales severas y persistentes, como los que integran este grupo. (p. 32-33)

Por último, explica que el

grupo es un apoyo para la organización y la preparación de sus participantes enfocada hacia su reinserción social y comunitaria. Brinda además de apoyo, un espacio donde generar la confianza entre sus participantes y permitir así el abordar sus preocupaciones, su mundo interior y el tratamiento del estigma social que tienen por padecer una enfermedad mental. El grupo terapéutico cuenta con las mismas posibilidades que otorga la psicoterapia personal para estos pacientes (Gabbard, 2000) cómo ser: lograr estabilización clínica de síntomas, desarrollar la alianza terapéutica, psicoeducar, generar conciencia de la movilización afectiva ante situaciones de estrés, dar oportunidades para la introspección y para el manejo y resolución de conflictos. (p. 32-33)

En suma, podemos plantear que el psicoanálisis con grupos plantea un modelo de trabajo en el que no se normativice la escucha, es decir, que el coordinador del grupo no censure el mundo delirante desplegado en la palabra de los sujetos participantes de los grupos. A su vez, apunta a trabajar de forma tal que exista un encuadre o marco referencial que incluya ciertas variables constantes que brinden cierta contención al usuario. Se destaca que los fines de la intervención también se sostienen en la búsqueda de una inclusión del usuario en la comunidad.

El grupo terapéutico de orientación sistémica en el proceso de rehabilitación

psicosocial:

Desde este enfoque no se encontraron referencias al trabajo en grupos terapéuticos con personas con TMS específicamente, pero sí acerca de grupos con orientación sistémica con familiares de personas con esquizofrenia. A partir de consultas bibliográficas se entiende que se han utilizado los principios de la teoría general de los sistemas en el campo de la ciencia psicológica, específicamente enfocados en los sistemas sociales —como la familia— gracias al crecimiento abundante de enfoques terapéuticos familiares. Entre estas corrientes se destacan tres enfoques principales: el enfoque estratégico, el enfoque estratégico-estructural o de resolución de problemas, y el enfoque de la escuela de Milán.

En este sentido, el enfoque estratégico en su desarrollo plantea que todo comportamiento en una situación de interacción se convierte en un mensaje. Esto último implica comunicación, y de esta forma se establece un vínculo que va a definir la interacción. Estos postulados dieron lugar al desarrollo de teorías complejas sobre la comunicación y la esquizofrenia. Desde esta perspectiva se parte de la premisa de que los problemas son mantenidos por los comportamientos actuales, por lo tanto, si estos comportamientos se eliminan, los problemas también desaparecerán. El tratamiento está basado principalmente en instrucciones paradójicas que apuntan a cambiar las interacciones que mantienen el problema.

Tanto el enfoque estratégico-estructural como la escuela de Milán comparten los mismos principios y técnicas de intervención paradójica, aunque con sus propias particularidades. Se utiliza para trabajar el contexto social de la familia, en donde se incluye al terapeuta en el tratamiento en la medida en que se involucra en él (Witusik A., 2017). En síntesis, el abordaje psicoterapéutico a nivel grupal implica objetivar las intervenciones hacia la comunicación y que a partir de ella la problemática a afrontar pueda reformularse de forma tal que se encauce de otro modo.

El grupo terapéutico desde una orientación integradora-integrativa en el proceso de rehabilitación psicosocial:

En 2021, la IIPA (Asociación Internacional de Terapia Integrativa) plantea que el enfoque de la Psicoterapia Integrativa refiere a la unión de diferentes sistemas de una persona: el afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico. Desde una consciencia de los aspectos sociales y transpersonales de dichos sistemas que son los que rodean a la persona. Asimismo, estos conceptos se enmarcan desde una perspectiva evolutiva del ser humano, teniendo en cuenta las necesidades, sensibilidades, crisis y oportunidades para un nuevo aprendizaje, según la fase vital del desarrollo en la que la persona se encuentre.

Este enfoque tiene en cuenta muchos criterios que hacen al funcionamiento humano.

El enfoque psicodinámico, el enfoque centrado en el cliente, el conductual, el cognitivo, la terapia familiar, la terapia Gestalt, las psicoterapias corporales, las teorías de las relaciones objetales, la psicología psicoanalítica del *self* y el análisis transaccional son todos considerados dentro de una perspectiva de sistemas dinámicos. Cada uno proporciona una explicación parcial de la conducta y cuando se integran de una forma selectiva con otros aspectos del enfoque del terapeuta, cada uno de ellos gana valor. Las intervenciones psicoterapéuticas que se emplean en Psicoterapia Integrativa están basadas en las investigaciones sobre el desarrollo evolutivo y en las teorías que describen las defensas auto-protectoras utilizadas cuando se producen interrupciones en un normal desarrollo. (IIPA, 2021)

Según Antonio Tarí García y Carmen Ferrer Dufol (2017), el enfoque del individuo como parte de un grupo es crucial para comprender la enfermedad mental y su evolución. El proceso de recuperación se ve afectado por las relaciones, ya que las respuestas positivas surgen de estas interacciones. Además, sugieren que la terapia grupal puede ser una alternativa terapéutica sustitutiva y correctiva. Estos autores también destacan que los enfoques terapéuticos grupales tienen características específicas que los distinguen de otras modalidades de intervención psicoterapéutica, lo que les otorga singularidad e importancia en el tratamiento de pacientes psicóticos.

Tarí García y Ferrer Dufol (2017), siguiendo a Tizón y Bauleo, identifican características relevantes del contexto y funcionamiento grupal que son aplicables en diversos formatos de terapia grupal para fomentar la autonomía y la autoestima en pacientes con enfermedades mentales severas. Proponen diferentes tipos de intervenciones grupales, como grupos de actividad, psicoeducación, familiares y trabajo en equipo; estos se dividen didácticamente en grupos de actividad (rehabilitadora-terapéutica) y grupos psicoterapéuticos. En los primeros, el objetivo es la resocialización del individuo, enseñándoles normas sociales y habilidades necesarias para la vida cotidiana o recreativas. En cuanto al segundo tipo, se refieren a grupos terapéuticos centrados en la tarea de recuperación, donde las intervenciones forman parte de una psicoterapia integradora.

Además, siguiendo a Lysaker (2012), este modelo busca la integración psicológica de aspectos del yo previamente fragmentados o aislados dentro del cliente. Según Tarí García y Ferrer Dufol (2017), trabajar con pacientes con enfermedades mentales severas requiere un alto nivel de complejidad y solo la integración estratégica de intervenciones rehabilitadoras y psicoterapéuticas puede promoverla. Además, afirman que los enfoques grupales son herramientas privilegiadas para lograr esta integración.

Por otra parte, Barreto (2011) plantea que desde la perspectiva de la terapia comunitaria integrativa la integración es beneficiosa tanto para aquellos en desventaja como

para los de posición media; todos son iguales, alguien que, al igual que uno mismo, se ha perdido o aún se pierde y se encuentra nuevamente. De esta manera, la inclusión funciona tanto interna como externamente en una persona. Uno se incluye en la medida en que se siente parte de una historia común, de un lenguaje compartido en el que uno se reconoce. En este sentido, inclusión e integración funcionan casi como sinónimos. Los estudiantes, psicólogos, médicos y profesores, a su vez, rompen la barrera del aislamiento que a menudo produce la educación superior y redescubren a las personas simplemente como seres humanos. Estos encuentros permiten a las personas encontrarse consigo mismas. De esta forma, surge un espacio para que la comunidad intercambie y discuta sus problemas, busque apoyo y a la vez soluciones que emergen de una red de relaciones que se caracteriza por la horizontalidad del conocimiento. Esto último lleva a concluir que la terapia integrativa comunitaria es una herramienta de inclusión social. El objetivo desde esta perspectiva es ayudar a las personas a recuperar su identidad personal a través de un trabajo que las conecte nuevamente con sus valores y su cultura; la estrategia que busca es crear y fortalecer vínculos positivos. Asimismo, busca reforzar la importancia de la comunidad en la vida diaria, potenciando los valores que la sostienen, fomentando el trabajo en red. La terapia comunitaria es una forma de participación ciudadana que se realiza en colaboración con otras acciones en el área local, como servicios de salud, clubes, diferentes organizaciones sociales y asociaciones vecinales, entre otras, con el fin de promover la recuperación o fortalecimiento del sentido de la vida en poblaciones vulnerables. Las diferentes redes conforman un mapa de relacionamiento que conecta varios nudos (pueden ser personas, organizaciones, instituciones, etc.), implica una forma de organización con acciones diversas pero con objetivos en común y promueven prácticas emancipatorias. En momentos específicos, dichas redes sociales creadas alrededor de cada persona cumplen la función de sostener la seguridad, vivienda y supervivencia dando respaldo y brindando apoyo.

En la literatura y los antecedentes del tema consultados para este trabajo se observa la coexistencia de múltiples perspectivas cuando se reflexiona sobre modelos, herramientas y estrategias de trabajo en salud mental. Con frecuencia, los diferentes autores mencionan programas integrales, rehabilitación e intervenciones psicosociales como prácticas dirigidas a abordar problemas psicológicos y sociales, en las cuales se espera la participación activa de los sujetos participantes. Sin embargo, se hace mención de manera menos frecuente a dispositivos clínicos grupales específicamente psicoterapéuticos. En su lugar se habla de actividades grupales, no siempre terapéuticas, para alcanzar los objetivos planteados.

Egreso e inclusión social

Esta categoría remite a la apreciación subjetiva que tienen los propios profesionales acerca del egreso de los usuarios una vez que transitan por el centro. Asimismo, se desprende de la consulta la valoración de los términos utilizados por ellos en cuanto a la reinserción e inclusión y cuál sería la diferencia. En consecuencia, se obtienen datos concretos de las dificultades que tienen en el centro para lograr el egreso de los usuarios, sin tener un resultado claro en la reinserción y, más lejos aún, una verdadera inclusión social de estos usuarios como lo promueve la Ley de Salud Mental.

Cabe mencionar que no se pudo contar con información sistematizada de quiénes son los usuarios que egresan del centro y en qué condiciones. A partir de las conversaciones con los profesionales, podemos pensar que esto sería un síntoma institucional, dado que los entrevistados respondieron que el objetivo del centro es la inclusión social a partir de una rehabilitación psicosocial integral.

VI. Análisis y Resultados

Funcionamiento del Centro

“El centro trabaja con un modelo de rehabilitación considerando a la persona como ser integral biopsicosocial y consideramos que el trabajar en... en grupo... con el perfil comunitario es el que nos lleva a trabajar en dispositivos grupales” (Entrevistado 3).

En primer lugar, se observa que la concepción de salud y de sujeto con la que los profesionales trabajan está alineada a las consideraciones que plantea la definición de la OMS, y a su vez de la ley N° 19 529, lo cual repercute en los dispositivos en funcionamiento dentro de la institución, así como también en el enfoque de trabajo que califican de perfil comunitario. En segundo término y en la misma línea de los planteos de Almiron (2008), las prácticas en el centro son desde un abordaje global e integral de las personas. De esta manera, se consideran todos los aspectos de las personas, físicos, psicológicos y sociales, ya que la salud mental es un estado variable resultado de un proceso dinámico e interactivo.

Asimismo, se destaca la importancia del trabajo interdisciplinario y en este caso resaltan el trabajo con psiquiatras en el Centro:

“...a mí me parece que nosotros no tenemos que estar tan peleados con los psiquiatras. Digo tampoco tan... no sé, yo creo que es necesario que haya acá en el equipo... acá como hay un psiquiatra...” (Entrevistado 3).

En este marco, se observa una pluralidad de propuestas de trabajo e intervención que abarca distintas áreas de expresión. Como ejemplo de ello, en el caso de la comunidad:

Los usuarios participan todos los días (...) dura 4 horas y hay 8 talleres diferentes que son pilates (...), teatro, expresión plástica, artesanía, fotografía (...), música (...), literatura. Después hay actividades que son grupales que son como más de organización y de... procesar lo que da la experiencia grupal, que son el grupo terapéutico y la asamblea. (Entrevistado 1)

El tránsito de los usuarios en el centro está marcado por el trabajo grupal desde su llegada al mismo. Este recorrido dentro de la institución puede ser considerado en dos vertientes: por un lado, la participación en grupos no necesariamente terapéuticos, los cuales podrían ser considerados por su objetivo de adquisición de habilidades y recreación; la otra vertiente refiere al trabajo grupal terapéutico, dentro del cual se apunta a elaborar la experiencia grupal. Al igual que el planteo de Antonio Tarí García y Carmen Ferrer Dufol (2017), la estructura grupal puede proponerse como área terapéutica sustitutiva y correctiva. Asimismo, se identifican características del contexto y funcionamiento grupal relevantes para

impulsar la autonomía y autoestima en pacientes con TMS a través de dos tipos de formatos: grupos de actividad y grupos psicoterapéuticos.

En esta última vertiente se destacan los grupos terapéuticos y el dispositivo de asamblea.

En relación al dispositivo de asamblea, los entrevistados refieren que, fundamentalmente, se hace hincapié en los aspectos organizativos de la comunidad con la finalidad de estructurar y operativizar las tareas, las jornadas y las semanas.

Un grupo terapéutico propiamente dicho, relacionado más con cuestiones internas y otro [se refiere a la asamblea] es más organizativo, más de la tarea en sí y organizativo de cuestiones más prácticas, (...) vamos a tratar de ponerlas como en palabras para que queden organizadas para el transcurrir de la semana. (Entrevistado 1)

En este sentido, el objetivo del centro en la complejidad de su intervención, apunta a la recuperación de la socialización y la activación de las esferas socioafectivas de los usuarios.

Las intervenciones que se realizan no están aisladas al trabajo con las familias de los usuarios: se las integra en el proceso de tratamiento. Subyace en la intervención una perspectiva de trabajo multidimensional: "...el trabajo familiar, el trabajo con la persona, el reconocimiento de su trastorno, a la adhesión a la medicación" (Entrevistado 3).

Es importante señalar que, al momento de realizar el trabajo de campo, el centro gestionó convenios con Instituciones de Asistencia Médica Privada de Profesionales (IAMPP) del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Esto provoca que la participación en el centro de los usuarios esté atravesada por los tiempos de asistencia de la IAMPP y no por el tratamiento en sí.

Capaz que la persona no tiene más para pagar, que ha pasado y se tiene que ir, y eso no es un egreso, eso es un... no sé... una salida a la fuerza, digamos, ¿no? Entonces como que los egresos terminan siendo así de truncos y no se puede como pensar, o no se está haciendo quizás una *mea culpa* de lo que es el centro también. Esto de bueno... de planificar un egreso. (Entrevistado 5)

Si bien más adelante en este capítulo desarrollaremos la categoría "Egreso e inclusión", es menester señalar el impacto de la política de las IAMPP en el tránsito de los usuarios por el centro. El egreso es significado por los profesionales como "trunco" en función de los plazos administrativos que establece la institución de salud.

Nosotros tenemos obviamente trabajos de investigación y hechos, y el tema es, qué pacientes que están muy inactivos y muy aislados pueden recuperar, obviamente, la socialización y la actividad como un puente hacia otros también espacios de socialización y

actividad.... Que el centro no se convierta en un algo cerrado, sino que sea un campo abierto.
(Entrevistado 6)

Se observa que, a nivel conceptual y teórico, la intervención del centro se diseña y sostiene en una postura de apertura en el medio que propicie un tránsito que no cierre sus posibilidades y no se institucionalice su pasaje por el mismo. No obstante, se reconocen dificultades al llevarlo a la práctica en los distintos avatares de las intervenciones de los profesionales.

Situaciones por fuera de... que ya han quedado por fuera del ámbito institucional donde no se logran las articulaciones entre las instituciones que terminamos recurriendo a Derechos Humanos más de una vez y... y que después las sostenemos a pulmón de cada uno porque no quedan en el ámbito institucional y bueno, así de estas situaciones hay un montón más y por suerte la gente en otras instituciones también va en la misma línea y responden a esa articulación, pero que termina siendo informal y eso siempre nos deja con menos garantías, a los que hacemos la intervención y a los usuarios que reciben la intervención, y eso es tremendo. Entonces nos arriesgamos a los líos y lo hacemos igual. ¿Sabés lo que pasa con el lío? En la falta de articulación se va la vida de gente. (Entrevistado 2)

Yo qué sé, yo hago mi propia agenda de contactos, y mando a los gurises a la Fundación XX. Desde el centro han tenido... algunas veces se han contactado, pero no han quedado los vínculos. Ahora tengo dos usuarios que van a ir a trabajar gracias a la Fundación, pero son contactos míos, entonces en realidad creo que hay como ciertos techos que tenemos, este... y que a veces quedamos como medio atrapados, ¿no? (Entrevistado 3)

Se desprende entonces que el funcionamiento encuentra un obstáculo a la hora de tender y consolidar redes para establecer posibles tránsitos fuera del centro, quedando librada a la discreción de cada profesional y de su agenda de contactos las potencialidades de su intervención. Cabe señalar que, según comentan los entrevistados, este trabajo era facilitado por las reuniones intercentros, pero en la actualidad ya no funcionan. Se destaca la ausencia del trabajo colectivo y, en una misma sintonía, la generación de redes. En este sentido, la bibliografía remarca la importancia en el trabajo en red, y en esta línea López M. y Laviana M. (2007) explicitan que estos dispositivos generan redes sociales que brindan apoyo y respaldo en seguridad, vivienda y supervivencia.

Pero el centro, para mí, se tiene que empezar a replantear, como el Patronato, como todo (...) Lo que pasa es que tenemos que trabajar una misma línea y no sé si lo estamos pudiendo hacer... En su momento existía la Intercentros, y ahora no... se abandonó eso que estaría bueno que pudiera volver. Digo, a veces uno no se da cuenta que hay colectivos... creo que a veces acá nosotros formamos parte de un colectivo, no nos damos cuenta que estamos atravesados por otros colectivos también. Celebro las cosas que se hacen en el centro, pero falta una visión de lo colectivo. Nosotros siempre que hablamos de los

argentinos, hablamos de la capacidad de resistencia de ellos y bueno, vamos y... lo colectivo, ¿no? Entonces acá lo que falta es como esa cuestión de replique de lo colectivo. (Entrevistado 3)

Existen dificultades de articulación y coordinación con otras organizaciones o instituciones estatales. A propósito, se puede inferir también que hay ciertas cuestiones a nivel país que no están resueltas como sistema sanitario en cuanto a la atención de la salud mental de las personas con TMS.

Como ejemplo de ello, uno de los entrevistados relata una experiencia donde se puede visualizar la complejidad para tramitar una denuncia por explotación sexual de una usuaria con TMS recién llegada al centro. Ningún organismo del estado tiene previsto la especificidad de estos casos, lo cual implicó una suerte de derivación de oficina en oficina de los diferentes entes estatales.

Por último, se observa la interrelación entre el funcionamiento del centro y las intervenciones que realizan los profesionales, en tanto el primero condiciona a las segundas y establece cierto detenimiento en el avance de nuevas herramientas y dispositivos que logren mayor desarrollo y expansión del programa en la comunidad.

Todo lo que se creó desde el centro... es más, yo mirando acá veo la grilla de todo lo que es los proyectos, de los programas... están buenísimos, van surgiendo a partir de necesidades que aparecen, pero (...) yo no sé si (...) si no tenemos más para avanzar, ¿no? (Entrevistado 3)

Para concluir, se observa que a nivel enunciativo, el centro enmarca su trabajo en una concepción de un modelo social para la atención a la salud mental desde sus inicios, concepciones que están en juego en el diseño y puesta en marcha de los programas e intervenciones que allí se llevan a cabo. No obstante, en un nivel operativo existen dificultades en el desarrollo de las mismas y detenciones en la implementación de prácticas que las desarrollen oportunamente y lo consoliden como modelo.

Dispositivos Grupales

Tomado a Deleuze (1987), "el saber es un agenciamiento práctico, un dispositivo de enunciados y de visibilidades" (p. 79). Podremos visualizar cómo el saber no es solo un conocimiento teórico, sino que también es una práctica y un mecanismo mediante el cual se enuncian y hacen visibles ciertos discursos y objetos. Estos regímenes históricos de enunciación y visibilidad tienen el poder de determinar lo que es visible e invisible, enunciable o no enunciable. En otras palabras, el saber tiene la capacidad de hacer surgir o desaparecer objetos y realidades que podrían no existir fuera de estos regímenes. En la

misma línea, García Fanlo (2011) señala que un dispositivo es un emergente histórico-social, parte de una estrategia política, que se relaciona con el saber y surge para abordar un problema específico en la sociedad. Es dinámico, heterogéneo, y su aplicación implica efectos simbólicos y significativos más allá de sus objetivos primarios.

...clínico grupal psicoterapéutico. Sí, el dispositivo clínico es grupal, pero con un conocimiento más individualizado en lo previo, ¿no?, donde se hace el balance de diagnóstico clínico, de diagnóstico funcional, o sea, en las diferentes áreas de funcionamiento, para poder luego integrar los diferentes grupos terapéuticos que hay acá, ¿no?, de acuerdo a afinidades, de acuerdo a veces al diagnóstico. El grupo de la mañana, por ejemplo, trabaja con pacientes que esencialmente tienen trastorno del espectro autista, retraso mental leve a moderado y esquizofrenia injertada en retraso mental. Y esto no es por un purismo diagnóstico, porque hay un psiquiatra acá dentro (...) es porque evidentemente esto marca algunas capacidades volitivas que no tienen los pacientes con esquizofrenia, ¿no? son más voluntariosos, etcétera, y menos cualidades de abstracción, de razonamiento, etcétera. (Entrevistado 6-b)

... Los grupos del Mutualismo (...) los fuimos dividiendo espontáneamente. Yo soy un poco el repartidor del juego, hubo uno que se fue formando con gente que estaba bastante bien y que mejoró más aún a partir del grupo y quizá de otras circunstancias de vida, en socialización y lo cognitivo...

(...) el psiquiatra que hace las primeras entrevistas muchas veces ya ha aprendido, este está para tal grupo, está para la comunidad o está para... ¿no? (...) Eso nos ha hecho dividir grupos, también las personas que tienen mucho nivel de deterioro y mucho nivel... y mucha falta de apoyo social, tuvimos que armar un grupo particularizado en ese sentido porque es otra población que tiene necesidades bastante distintas.

todos los coordinadores de grupo, o sea acá, no son quienes hacen la admisión para el grupo. La admisión en este momento la está haciendo psiquiatría y se deriva a los distintos programas. Nosotras lo que tenemos es una cita previa de media hora antes de entrar al grupo, si vemos que la persona —generalmente la admisión está bien hecha— entonces la persona está indicada para el grupo, pero si vemos que la persona no está indicada para el grupo, como ya ha pasado, no hay una indicación clara de que la persona le vaya a beneficiar un grupo, se manda nuevamente a la admisión y ahí se decide otro dispositivo para esa persona. (Entrevistado 5)

La comunidad terapéutica quiso ser más ecléctico [sic], ¿no? Donde hay gente que es de buena clase... de una clase social pudiente, con gente que está en otra situación (...) Algunos (...) viviendo en refugios de repente, ¿no?, que son realidades muy distintas, pero de repente, en el funcionamiento mental no son tan distintas. (Entrevistado 6-b)

En la línea de lo planteado por Fernández, A. (1997), se observa a partir de estos fragmentos que las prácticas clínicas que se realizan en el centro promueven la emergencia del sujeto. Un sujeto que tiene sus singularidades, opacidades, sufrimientos y saberes sobre

su propia vivencia. Se procura con los dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos que los usuarios logren el despliegue de la palabra y la acción de narrar(se) y relatar(se) desde su vivencia, a medida que se propician las condiciones adecuadas para que el sujeto pueda emerger y encontrarse donde la vida trae su trama a descubrir y a revelar. Cabe destacar la importancia de entender que la enfermedad mental y sus condiciones son independientes de la clase social del sujeto, del lugar o su contexto. En la pluralidad de grupos que conforman los dispositivos, el centro tiene una perspectiva en la cual, más allá del funcionamiento estructural subjetivo de cada usuario, se va en sentido contrario a cualquier tipo de segregación, lo cual no es menor si tenemos en cuenta que sus objetivos son para la inclusión social.

En función del relato de los profesionales entrevistados, es posible dar cuenta de la existencia de distintos dispositivos grupales, en donde, si bien ellos consideran que todos tienen un objetivo terapéutico, no todos lo son en sí mismos. Algunos de los dispositivos (en ocasiones también nombrados como grupos) que funcionan en el centro y que surgen en los encuentros son: dispositivo grupal de seguimiento, dispositivo grupal de reforzamiento vincular, dispositivo grupal de egresados, dispositivo grupal de estimulación cognitiva, dispositivo de orientación sociolaboral y apoyo curricular (incluidas las pasantías laborales), dispositivo de comunidad terapéutica, dispositivo de psicoeducación familiar, dispositivos de talleres, dispositivo individual y grupal clínico psicoterapéutico (con abordajes que se mixturán entre lo cognitivo conductual, lo sistémico y el psicoanálisis) en donde los objetivos a veces se desdibujan aparentemente. El término *dispositivo* se utiliza en diversos contextos de salud mental y puede generar confusión sobre su significado. López y Laviana (2007) enfatizan la importancia de precisar los términos y señalan que muchas de nuestras discrepancias surgen no solo por diferencias conceptuales o teóricas, sino también por confusiones terminológicas (p. 2).

...los abordajes grupales que tenemos, para mí son todos psicoterapéuticos. Todos los componentes integran el proceso terapéutico, los compañeros de grupo, todo eso... para mí eso es como mágico ¿no?, como a veces tiene que ver con nuestra función y a veces no tiene que ver con nuestra función inmediata, sino *a posteriori*, ¿no? Cómo la procesan y la metabolizan. Enseguida está el no porque es ajeno, al tiempo estuve pensando... y empezó a esa cosa externa a apropiársela, digerirla, a medurarla, y ahí empieza a procesar. Y no sé, para mí el grupo... cambia. Sabés, a veces para mí los grupos tenían que estar en mayor movimiento, en que hubiera una mayor accesibilidad a otras opciones que nosotros no tenemos y que a veces tiene que ver con la potencialización de las limitaciones técnicas y limitaciones de los usuarios...

Es trabajo que uno nunca deja de aprender como técnico, si bien todo el abordaje grupal y la mirada es desde el individuo y dentro de ese individuo su relación con el grupo y con los otros y con el mundo. (Entrevistado 6-a)

Los dispositivos grupales tienen como mucha importancia por esto de la identificación, ¿no? con el grupo y con poder entender que hay personas que están pasando similares situaciones y verse sostenidos, ¿no? por esas personas, sentirse como iguales, ¿no? (Entrevistado 4)

El grupo en que estoy es comunidad terapéutica... todos los días de dos a seis. Ese funcionamiento dura 4 horas y hay 8 talleres diferentes que son pilates, teatro, expresión plástica, artesanía, fotografía, música, literatura. Hay actividades que son grupales que son como más de organización y de procesar lo que la experiencia grupal, que son el grupo terapéutico y la asamblea ¿no? Uno es más grupo terapéutico propiamente dicho, más "cuestiones internas" y otro es más organizativo, más de la tarea en sí y organizativo de cuestiones más prácticas, yo qué sé, si falta un taller, vamos a hacer un... un paseo, o cosas que salgan de la rutina, vamos a tratar de ponerlas como en palabras para que queden organizadas para el transcurrir de la semana. (Entrevistado 1)

No aprendemos conductas, no trabajamos, este... pero sí generamos como, bueno... como posiciones, los grupos acá tienen desde la rehabilitación, tienen los mismos esquemas que la comunidad, ¿no? que es la horizontalidad la confrontación, la permisividad, espacio de contención y no deja de ser asimétrico, llamar la atención y ser bueno como el que coordina pensar en la rehabilitación y pensar, o sea, sacar el estigma, sacarle el diagnóstico. No medicalizar, no psiquiatrizar todo, no terapizar todo. (Entrevistado 3)

En las palabras de los entrevistados podemos observar que en esta modalidad de trabajo y de construcción de los dispositivos grupales subyace la concepción de un modelo integrativo donde aquellos procesos grupales que no son exclusivamente terapéuticos inciden y nutren el trabajo en aquellos procesos grupales de los dispositivos específicamente clínico terapéuticos.

Estoy inserta, eh... como coordinadora, cocomunnicadora con otra compañera en un grupo psicoterapéutico grupal, de frecuencia semanal, que eso ya es una diferencia con el funcionamiento de otros grupos de acá. Los vemos solamente una vez por semana una hora y media, en ese espacio y tienen una particularidad que es un grupo, eh... de seguimiento también, de cómo van los usuarios, cómo son sus trayectorias en los cursos, en dónde están insertos en la misma institución (...) No todos tienen actividades dentro del centro, también pueden tener actividades fuera del centro y eso implica la, eh... estar al tanto de cómo van las cosas para hacer las coordinaciones con las instituciones en donde estén, eh... funcionar un poco como referentes, en ese sentido. (Entrevistado 2)

Se puede inferir que existe una interferencia a nivel conceptual entre el objetivo del grupo clínico psicoterapéutico y la noción de seguimiento. Lo que se realiza es un

acompañamiento de los usuarios en sus distintos tránsitos e inserciones dentro y fuera del centro (pasaje por los talleres y también por otras instituciones), lo cual se distingue de abordar de forma clínica con objetivos terapéuticos la dimensión del padecimiento. Esto implica que exista una incorporación del seguimiento en la tarea del coordinador, lo cual se podría apreciar como un apartamiento del objetivo que se traza en una estrategia clínica de un dispositivo psicoterapéutico. De todos modos, este abordaje reviste su importancia, por lo cual surge la interrogante de si es necesario, en este sentido, generar dos dispositivos: uno específicamente psicoterapéutico, y otro para el seguimiento de los usuarios en sus actuales tránsitos que hacen también a sus tratamientos.

En cuanto al grupo psicoterapéutico,

No es un grupo de rehabilitación en el sentido de que, eh... esté enfocado en esa trayectoria de la autonomía, solamente, eh... Yo te diría que una de las características del dispositivo que acompañan en esta otra forma, que yo te estoy planteando es que es un grupo abierto, por ejemplo, siempre ingresa gente que se mantiene en el tiempo, no tiene un, una este... un tiempo específico de duración, no se espera que la persona esté un determinado tiempo específico, ¿no? que es bien distinto a los otros grupos, sean los de mutualista, o sean los de la comunidad donde se piensan dos, tres años. El grupo nuestro se llama XX, trabajamos mucho, mucho, mucho en engrosar el espesor de redes vinculares que tienen, es casi, eh... ponemos muchísimo esfuerzo en eso, estén en los momentos que estén siempre les decimos, y les decimos a la familia: "Cuanto más vínculos tengan, cuanto más redes sociales tengan, más posibilidades de sostener cosas y de no, de cumplir los objetivos de su proyecto vital que se van proponiendo" como nos pasa a todos, ¿no? Trabajamos pila en eso. (Entrevistado 2)

Se aprecia que el encuadre de los grupos tiene una incorporación flexible de los participantes, lo cual no genera una permanencia de los mismos de forma continua, sino que, por el contrario, está abierto a nuevos tránsitos por él. Más allá de sus ventajas y desventajas, la movilidad y rotatividad de los usuarios hace fluctuar la dinámica del grupo y el acontecer grupal, lo cual incide en sus objetivos en la medida de que muchas veces implica una modificación en la intervención del coordinador.

A pesar de reconocer la importancia de la salud mental en la salud pública y su amplia utilización en diferentes ámbitos, Restrepo y Jaramillo (2012) señalan las dificultades en cómo se investiga e interviene en el campo de la salud mental. Las acciones e investigaciones no se basan en definiciones universales, sino en concepciones construidas a partir de distintos enfoques de salud-enfermedad de los profesionales.

En la comunidad, es un modelo más holístico, ¿no? Está el abordaje terapéutico, ¿no? de seguimientos y después está todo lo que es la parte de talleres, entonces es como un abordaje más holístico, ¿no? Lo terapéutico pasa por el grupo terapéutico, por el seguimiento

que uno pueda tener de conversar situaciones puntuales con ellos, pero también porque tienen varias actividades, ¿no? Cada una con sus objetivos, y que van de la mano de esto de como de lo terapéutico, ¿no? de cómo... cómo a través de... de lo plástico ¿no? Está lo terapéutico, después está el taller de estimulación cognitiva, ¿no?, que también ayuda en esto de eh... más como de los síntomas negativos de la enfermedad, ¿no? Del déficit cognitivo que puedan tener este... bueno, la música, el teatro, etcétera... todos los... los talleres que hay. Sin dudas que favorecer favorecen, porque el trabajo que uno puede hacer en el grupo ¿no? es como, es como esto de tender lazos, ¿no? (Entrevistado 4)

Para el dispositivo de la comunidad terapéutica es relevante el conjunto de la trayectoria del usuario por la vida institucional del centro. De allí rescatan insumos para el abordaje y construcción de intervenciones con los usuarios. A partir de esos acontecimientos que implican modos de convivencia con el otro, rescatan elementos para la intervención psicoterapéutica.

si yo trabajo en un grupo (...) trabajo la relación con el afuera, y a mí me interesa que ellos puedan trabajar, no acá dentro en grupo encerrado, si no... ¿qué pasa fuera? ¿no? Si vos te llevás mal con este, pero que esa relación entre A y B no sea el tema del grupo, sino A y B: ¿qué pasa después cuando están afuera?, porque a mí me interesa el qué hacen ellos después, cuando se van de acá. Yo no estoy con ellos, pero me interesa que lo que puedan sacar del grupo sea eso, que las líneas de trabajo sean en ese sentido... debiera. (Entrevistado 3)

Del análisis de estos fragmentos de las entrevistas se desprende la diferencia de lo que entendemos habitualmente como grupo psicoterapéutico, en donde los objetivos clínicos se hacen más difusos. Habitualmente, los grupos psicoterapéuticos se enfocan en el abordaje y tratamiento de las emociones y relaciones que afectan a ese grupo y sus miembros, en función de la dimensión del sufrimiento de cada sujeto. Uno de los principales objetivos es propiciar un espacio seguro que facilite —a partir de esas relaciones e interacciones que se establezcan— el crecimiento personal y el autoconocimiento de cada uno de los participantes. Es así que se diferencia de otros grupos de apoyo o grupos sociales que pueden estar o no conducidos por profesionales psicólogos. Aquí podemos observar cómo los diferentes espacios grupales psicoterapéuticos, y los que no lo son (por ejemplo, los talleres), hacen a un todo terapéutico, en donde los abordajes más tradicionales no cuadran dadas las características de los diferentes acontecimientos con múltiples atravesamientos. Esto último indica que se constituye como un campo de problemáticas y se desdibuja, en cierta forma, el objetivo específico de tal o cual grupo. Incluso implica en más de una oportunidad la renuncia al cuerpo teórico que trae el profesional para abordar ese espacio, siendo esto una de las características más destacadas a lo largo de todas las entrevistas (esto está desarrollado más adelante en la categoría de marco teórico).

En este sentido, cabe retomar a Virginia Otero (2004), quien plantea que la rehabilitación psicosocial es un conjunto de estrategias de intervención psicosocial en la atención comunitaria de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, que propicia su independencia y autonomía personal y social. Más que centrarse en un diagnóstico basado en los síntomas que presenta esta enfermedad, se basa en el reconocimiento de las capacidades, los recursos personales y en las redes de apoyo familiar y social con las que cuentan estos pacientes y que han conservado más allá de la enfermedad, para potenciarlos en el proceso de rehabilitación psicosocial (Otero, 2004). A nivel mundial, los dispositivos de abordaje terapéutico para pacientes con TMSP trabajan, entre otros, con los objetivos principales que define esta autora para los programas de intervención en rehabilitación psicosocial:

1. Reducir los síntomas de los pacientes.
 2. Aumentar el desempeño de roles sociales valiosos.
 3. Disminuir el estrés que la conducta del paciente genera en la familia y la carga familiar que supone la convivencia.
 4. Incrementar la red de apoyo familiar.
 5. Reducir la cantidad de ingresos hospitalarios.
- (Otero, 2004: XIV).

Se desprende de las entrevistas que el trabajo grupal terapéutico con usuarios con TMS difiere de otros espacios grupales terapéuticos, dado que tiene un enfoque específico en este tipo de trastornos. Sus objetivos se centran en fomentar la adherencia al tratamiento tanto terapéutico como farmacológico, en brindar apoyo psicoeducativo —incluso a la familia del usuario— y herramientas para la mejora de la comunicación y promoción de la socialización, en el fortalecimiento de la autoestima y la autonomía, en el desarrollo personal para el manejo efectivo de los síntomas en el mejoramiento de la calidad de vida, apuntando a una inclusión en la comunidad.

En su gran mayoría, estos espacios se transforman en dispositivos grupales que conforman un conjunto de prácticas, que frecuentemente funcionan articulados y ensamblados con otros dispositivos. De esta forma, se van generando redes como resultado de dicha intervención, incluso dentro del mismo centro. De alguna manera, este funcionamiento genera que se encuentren y ensamblen conocimientos de la organización y de los profesionales, pasantes universitarios y personal del centro con las situaciones que son parte del tránsito por la institución. Esto se reproduce teniendo en cuenta su contexto micro, meso y macrosocial en el que se desarrollan los distintos actores. Se podría decir que estos dispositivos grupales funcionan como conectores entre los diferentes emergentes. Estos dan cuenta de lo específico de las problemáticas mentales de los usuarios y la singularidad que cada uno de los actores aloja, los cuales se encuentran enmarcados en un proceso. Los mismos tienen como objetivo un abordaje integral, donde se trabaja desde lo

vivo con lo habitado y en función de la singularidad, los aprendizajes, las capacidades y dificultades, los intereses, expectativas y la historia de vida de cada uno de los usuarios y sus familias.

En esta línea, Foucault (1984) refiere a que el dispositivo es una red en donde se hace visible un conjunto heterogéneo compuesto por discursos, instituciones, leyes, enunciados científicos, proposiciones filosóficas y morales en el orden de lo dicho y de lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre esos elementos y la naturaleza de los vínculos que allí se instalan, propiciando experiencias, afectaciones y producciones; una red de relaciones que implica una forma de ejercicio del poder y de configuración del saber, donde se hacen posibles efectos de verdad y realidad.

En las entrevistas se guionaron preguntas para incursionar sobre la potencialidad del dispositivo clínico grupal psicoterapéutico. El objetivo era considerar su aporte para los resultados que busca la implementación de la Ley de Salud Mental en cuanto a favorecer los procesos de inclusión social de estas personas y su concordancia con el paradigma emergente que la misma promueve. En este sentido, todos los actores entrevistados contestaron afirmativamente. De todos modos, entienden que el objetivo de la inclusión social no se produce con frecuencia, dado que de alguna manera falta mucho avanzar en el cambio de modelo de atención hacia el nuevo paradigma de la salud mental.

Creo que van en consonancia con la ley, pero dista mucho del funcionamiento de los dispositivos concretos, materiales. (...) sin modificación, y en las modificaciones que se han empezado a hacer, igual nos encontramos una y otra vez como con la repetición de una misma forma de mirar a las personas, una lógica que es manicomial, que es esto de poner al otro en el lugar de objeto, ¿no? como de no poder contemplar estos otros aspectos, este... mirada biologicista, ¿no? como más rígida; más de la persona-paciente, ¿no? que tiene que aceptar la ayuda que viene de afuera como en una cosa, que no los contempla en su en su participar activamente de su vida, ese proyecto de vida, de su decisión de su elección de tratamiento o no, ¿no? Como un montón de cosas que me parece que en la perspectiva de la ley y en el cambio que se quiere hacer de modelo, están contempladas, pero... hay una brecha grande entre lo teórico y lo práctico. (Entrevistado 2)

Los entrevistados refieren a una distancia entre lo establecido y lo promulgado por la nueva Ley de Salud Mental y las prácticas que llevan adelante enmarcadas en la vida institucional del centro.

Sí, el dispositivo va en consonancia con la ley, a mí me parece que nosotros... digo, yo miro el Patronato, ¿no? y digo: lo que avanzó... y yo lo conocí con Martín... este... Aldo, lo que creció ese dispositivo, pero creo que la rehabilitación llegó como a un techo y no sé por qué no avanza de ahí, quedó como... está encapsulado, o sea, todo lo que se creó desde el centro, (...) pero la rehabilitación quedó ahí, yo no sé si la rehabilitación desde la comunidad

terapéutica no tiene más para avanzar, no sé si [Nombre del dispositivo grupal] como programa... no tenemos más para avanzar, ¿no? (Entrevistado 3)

De las palabras del entrevistado se puede extraer que existen un conjunto de potencialidades de los dispositivos que están actualmente en marcha, que no terminan de plasmar en la transición hacia el nuevo modelo.

Sí, a ver... que ayuda y que de alguna manera este es una herramienta, sí, lo considero. Gran facilitación que tengan este beneficio de poder venir a través de una mutualista, por ejemplo, pero a su vez es una gran limitación que eso tenga un tiempo acotado, ¿no? Y si se quiere continuar el trabajo, bueno, a veces se puede ver entorpecido por lo económico, ¿no? que es un gran obstáculo. Pero yo creo que sí, que es una herramienta que va de la mano y que está buena. (Entrevistado 4)

Se observa que los entrevistados tienen una percepción favorable a la incorporación de usuarios que vienen derivados por las IAMPP; no obstante, entienden que muchas veces la duración del tratamiento en la institución está pautada por plazos administrativos y no se tiene en cuenta para el egreso la necesidad y singularidad del proceso de cada usuario. Esto ocurre pese a que se sabe que son patologías crónicas y que pueden conllevar grandes deterioros del sujeto, donde la duración de los tratamientos es relativa.

Sí, le falta esto que hablábamos hace un rato, ¿no? El tema de la salida a la sociedad nuevamente, eso es lo que conforma la rehabilitación en Derechos Humanos que es lo que promueve la nueva ley, que se pueda pensar como distintos instrumentos para ayudar a esa persona a mejorar y eso no, no lo tenemos. (Entrevistado 5)

Yo creo que va en consonancia, no tanto porque se haya acomodado a la ley, sino porque quizás la ley se basa en cosas en las que el modelo, en (...) la idea del grupo también se basó, ¿no? que es el poder juntar a personas que tienen la misma dificultad y que en el intercambio de aspectos que tienen que ver con la dificultad y aspectos que no son de la dificultad puedan ir generando una experiencia que es significativa y que es una experiencia de vida y que va y que deja eso como riqueza de los vínculos, más allá del tratamiento en sí, por eso es psicosocial, ¿no? (Entrevistado 1)

Creo que la ley prevé cosas, hay cosas que yo no estoy muy de acuerdo con la ley pero creo que en muchas sí... El centro está... está a tono. (Entrevistado 3)

Si bien podemos pensar que en este tránsito —como todo proceso de cambio de paradigma— falta ajustar las políticas estatales en función a lo previsto en la ley, también se abre la interrogante de si como profesionales en el campo de la salud mental, las prácticas llevadas adelante generan las condiciones óptimas para avanzar en los cambios esperados que también aporten a la construcción del nuevo paradigma. A su vez, cabe agregar la pregunta de si existen profesionalmente obstáculos y cuáles serían, que no permiten hacer

avanzar, y detienen la consolidación y exploración de las otras potencialidades de los dispositivos.

Marco Teórico Utilizado por los Psicólogos que Trabajan en el Centro

De hecho, creo que la gente es más abierta ahora, yo creo, por lo menos la gente de Psicología, la gente de Psiquiatría creo que también... Psiquiatría está el riesgo del reduccionismo biológico, alguien que sea muy biólogo difícilmente le dé mucha bolilla a la rehabilitación, y el reduccionismo biológico es uno de los grandes males que aquejan a la Psiquiatría hoy en día, no me cabe la menor duda, pero de los Psicólogos en general, vienen con una mente bastante abierta, ¿no? por lo menos... los que vienen acá. (Entrevistado 6-b)

“Y si vienen habiendo hecho una formación específica en psicoanálisis, eh... su funcionamiento es diferente acá y eso habla muy bien de ellos como personas” (Entrevistado 6-a).

Más allá de la presencia de las distintas corrientes mencionadas anteriormente, se observa un esfuerzo de integración de los distintos marcos teóricos en la práctica institucional del centro. Es por esto que es necesario señalar que se desprende de lo antes dicho por los entrevistados que existiría una suerte de valorización de la apertura teórica de los profesionales que coordinan los grupos clínicos psicoterapéuticos.

No es único, es como una mezcla de cosas, ¿no?, lo que uno va recabando del pasaje por Facultad, sobre todo, pero básicamente es como una mirada que incluye el Psicoanálisis y la psicología social, sin ser lo de grupos operativos, ni nada que se le parezca, centrado como en la importancia de la tarea que es lo que une en realidad es la enfermedad. (Entrevistado 4)

Sin embargo, en este parlamento se observa un ruido conceptual a la hora de enmarcar la práctica psicológica integrativa.

Se van desarrollando otras tareas, que son las de convivencia y qué es lo que permite ir trabajando cuestiones para el funcionamiento intrapsíquico. El marco es el Psicoanálisis, no un psicoanálisis ortodoxo, ni nada que se le parezca, herramientas del psicoanálisis, entonces como una mixtura ahí. Diría quizás resumiendo lo que sería solo psicología social porque la psicología social ya tiene aportes del Psicoanálisis, entonces esa es la idea del funcionamiento del grupo. (Entrevistado 4)

Es difícil apreciar cómo el marco teórico se transforma en una práctica concreta para los fines terapéuticos de los dispositivos grupales.

“Un grupo al que uno se... uno se inserta tiene... ya está diagramado y uno se va amoldando a eso, uno se tiene que ir acomodando al funcionamiento que ya está” (Entrevistado 4).

La posición en la cual el profesional se inserta para realizar su trabajo da cuenta de cierta pasividad a la hora de ejercer su rol y sus intervenciones, por lo cual nos estaría hablando de que el funcionamiento de la institución también promueve en sus prácticas una necesidad de amoldarse y acomodarse al llevar adelante la coordinación. Se trata de algo instituido del centro que hace obstáculo a lo nuevo instituyente que pueda estar presente en la formación de cada profesional que ejerce un rol de coordinación en los dispositivos clínicos psicoterapéuticos.

Lo sistémico también lo manejas sin saberlo ...es como... en la práctica cuando uno está, cuando a uno lo marca mucho el que hacer y no se lo cuestiona tanto es como que 'ta, lo manejas sin... sin saberlo, pero está muy muy muy presente en el aire y serían como esos tres, esas tres cuestiones: El psicoanálisis vincular es muy importante, porque siempre estamos tratando de generar vínculos para que ese vínculo sea protector de todo lo que se pueda trabajar, aportes de la psicología social es a partir de la tarea, poder ir viendo cómo, de cómo se arma.

Hay momentos en que se pueden mezclar, o con algún grupo trabajar más desde un enfoque y con el otro de otro. (Entrevistado 4)

Los profesionales refieren que muchas veces hay marcos teóricos que están presentes en sus intervenciones sin incluso saberlo, lo cual muestra un desconocimiento de lo que termina construyendo sus prácticas.

Por momentos parecería que existe una suerte de contradicciones en función de las corrientes teóricas en que se enmarcan a la hora de su intervención, es como que si la población y el conjunto de actividades determinara la modalidad teórica de sus prácticas. En ese sentido, una de las cosas que surge constantemente en muchos de los entrevistados es que sus intervenciones están posicionadas en un rol directivo y de sostén en el espacio grupal.

Muchas veces nos quedamos como en lo directivo, a partir de la tarea ir viendo cómo se van dando esas cooperaciones entre ellos y lo individual, cómo va evolucionando hacia un momento donde se muestra más apático a otro momento donde 'ta, ya se apropia de eso y bueno, ese... lo hace naturalmente contagia otro y 'ta, y es un funcionamiento más autónomo del grupo y coordinando que están como medio arreando a la gente. (Entrevistado 1)

Yo diría que tiene su directividad, ¿no? No es un grupo operativo donde a veces las conclusiones quedan un poco en un limbo medio abstracto, ¿no?, porque nosotros conocemos las vulnerabilidades de ellos, el modelo de vulnerabilidad al estrés lo vivimos aplicando, porque en lo que tiene que ver con reinserción social y sobre todo la reinserción ocupacional, estudio, vuelta al estudio, ocupar el rol de ama o amo de casa, de madre o laboral, hay que darlo de a pequeños pasos. Con mucha carga de exigencia de golpe, los pacientes no se manejan bien, tienden a descompensarse, ¿no? Llega un momento que, de

trabajarlo en muchas reuniones, como que van entrando más en conciencia de lo que es cierto déficit y de que su ritmo de adaptación va a tener que ser más gradualista, ¿no? Una cosa difícil para ellos y muy difícil para las familias. La familia siempre está pensando en ese futuro tan amenazador. (Entrevistado 6-a)

Eso hace que la forma de abordaje tenga una escucha que en mi caso tiene una orientación psicoanalítica y que, este... influye sobre todo en lo latente que se va escuchando, no necesariamente siempre en las intervenciones, pero aparte incluye también un... mmm..., un lado más directivo, si se quiere, porque hay que ir viendo cómo van las cosas en las otras actividades donde están insertos activamente ¿no?

Sería como una perspectiva integradora ¿no?, entre una orientación psicoanalítica y otros aspectos de repente donde se... que se toma más de el abordaje cognitivo conductual específicamente, las dos formaciones bien diferentes y las integramos, y bueno, tratamos de eso, de funcionar coordinadamente. La diferencia más grande es esto como de la posibilidad de poder integrar herramientas que son más, eh... directivas. La forma de intervención es más dinámica. Se mantiene como la escucha ¿no? desde el punto de vista psicoanalítico, pero la forma de intervención incluye esas otras formas de abordar.

El modelo integrador tiene la ventaja, como esto de... de no quedar atados a... mmm... a una forma sola de pensar el paciente o el grupo, en este caso, el grupo como paciente. Poderle dar otra flexibilidad tanto a la escucha como a las intervenciones, intervenciones concretas de lo que precisa esa persona para ganar herramientas, por ejemplo, para manejarse en el vínculo con otro, en lo social, ¿no? Como que tratamos de integrar esas dos miradas, este... y creo que eso es una, una ventaja seguro, eh... en este tipo de, de abordaje, por lo menos a los otros que conozco, ¿no?

Hay algunos que son de orientación más puramente psicoanalítica, que el abordaje es diferente, la escucha es diferente y las intervenciones también son diferentes, también he trabajado desde ese otro, de ese otro modo (...) creo que la diferencia más grande es esto como de la posibilidad de poder integrar herramientas que son más, directivas. (...) la forma de intervención es más dinámica, (...) se mantiene como la escucha, ¿no? desde el punto de vista psicoanalítico, pero la forma de intervención incluye esas otras formas de abordar, ¿no? (Entrevistado 2)

Los entrevistados refieren a adoptar una postura integradora en sus intervenciones teniendo en cuenta que trabajan a partir de dos posturas teóricas distintas (en este caso cognitivo conductual y psicoanálisis) como una forma de amalgamarse por la coyuntura y avatares por las que se conformó el equipo de coordinación. Lo directivo prevalece como modo en que el coordinador se coloca en el grupo, y desde ese lugar se sostiene la intervención. Podríamos decir entonces que lo directivo se convierte en el pivote sobre el que se basa la estrategia de intervención.

Lo directivo, a veces, este... no sé, digo, porque si necesitas dirigir, y está bueno que sea directivo porque le da mucha seguridad, los estructura, pero uno tiene que poder a veces

permitir esa cuestión, esa suerte del caos, porque ellos después se terminan ordenando.
(Entrevistado 3)

Con respecto a tener una postura más directiva desde la coordinación, en la siguiente cita se sugiere que podría ser por la falta de experiencia profesional y el miedo que genera en los más jóvenes el encuentro con esa población, lo que obstaculiza la posibilidad de asombro a la hora de intervenir.

Está bien, es como trabajan. Yo no me sentiría muy cómodo dirigiendo, y menos un grupo terapéutico. Capaz que tenemos visiones distintas... yo tengo 30 años trabajando, y capaz que entrevistaste gente mucho más joven y esta población genera mucho miedo. Mucho mucho miedo... ¿no? La propia locura (...) llega un momento que a mí lo que me puede asustar ahora es no asombrarme, ¿no? (...) este... perder el espanto. Esas cosas sí me... me asustarían, pero no esta población, no. Yo creo que perfectamente se puede lidiar con el caos. Creo que hay mucho más miedo, que a veces incluso uno trabajando tiene como ciertos dispositivos, lo que pasa que en la modalidad en la comunidad te pone al lado de la persona, no como cuando vas al hospital. (Entrevistado 3)

En este sentido, cabe plantearse cuánto influye a su vez el conocimiento teórico y metodológico a la hora de la intervención. Cuánto influye en cuanto a la posibilidad de dejarse afectar por aquello del orden de lo incierto que se juega en un régimen de afecciones, donde los fenómenos transferenciales y contratransferenciales suscitados son parte de las herramientas para posibilitar el entendimiento; la conceptualización teórica como parte de un proceso del profesional para la resolución acorde a ese abordaje.

Yo la diferencia no sé si la marcaría tanto por la cuestión teórica sino por... por las cuestiones más prácticas, porque si miramos los grupos que hay dentro del centro (...) porque no es lo mismo venir a un grupo terapéutico, una hora semanal donde tenés ese rato o una hora y media semanal, ese rato para sintetizar todo lo, o mejor dicho, trabajar todo lo que surja ahí, a un grupo que tenés 20 horas semanales donde se van dando cosas a través de la "convivencia" que le llamamos nosotros; no es convivencia, pero es compartir todas las tareas que tienen que ver con... con la organización del espacio, porque nosotros además hacemos merienda, por ejemplo, todos los días y se cocina, entonces hay varias cosas que dan material para trabajar desde la organización. (Entrevistado 1)

De acuerdo a esto, podemos visualizar cómo un posicionamiento teórico no es lo que objetiviza la práctica psicológica, sino que las actividades que se realizan son el marco a objetivar. No obstante, muchas veces se produce un desdibujamiento del rol.

El gran reto es que la persona después pueda insertarse de verdad en otros ámbitos y que eso sirva como trampolín real para una futura inserción, pero me parece que sí, que va en consonancia, este... porque descentra el tratamiento de lo que es lo farmacológico, de lo que es la figura del supuesto saber, ¿no? El psiquiatra, el psicólogo, este... nosotros abajo no

somos psicólogos. Somos... tomamos mate, hacemos chistes, nos matamos a risa, es como 'ta... obviamente ellos muchas veces nos dicen "Bueno, 'ta"... "un psicólogo que dice eso"...., en algún momento a otro compañero le habían dicho "Ah, bueno, pero vos... Vos sos psicólogo al final?", porque era como que no... no... se desdibujaba tanto que era como bueno... (Entrevistado 1)

En la comunidad, es un modelo más holístico, ¿no? Está el abordaje terapéutico, ¿no? de seguimientos y después está todo lo que es la parte de talleres, entonces es como un abordaje más holístico, ¿no? Lo terapéutico pasa por el grupo terapéutico, por el seguimiento que uno pueda tener de conversar situaciones puntuales con ellos, pero también porque tienen varias actividades, ¿no? Cada una con sus objetivos, y que van de la mano de esto de como de lo terapéutico, ¿no? de cómo... cómo a través de... de lo plástico ¿no? Está lo terapéutico, después está el taller de estimulación cognitiva, ¿no?, que también ayuda en esto de eh... más como de los síntomas negativos de la enfermedad, ¿no? Del déficit cognitivo que puedan tener este... bueno, la música, el teatro, etcétera... todos los... los talleres que hay. Sin dudas que favorecer favorecen, porque el trabajo que uno puede hacer en el grupo ¿no? es como, es como esto de tender lazos, ¿no? (Entrevistado 4)

Es este caso, el entrevistado da cuenta de la postura más integradora que se acerca al modelo planteado por la psicología integrativa. Distingue, además, que habría un espacio grupal que se relaciona más con lo terapéutico, centrado en la recuperación y otros espacios grupales en donde se canaliza el trabajo hacia la rehabilitación terapéutica. Desde este lugar, las soluciones emergen de una red de relaciones que se caracterizan por las intervenciones grupales, como ser: actividades de psicoeducación, talleres de arte, entre otros. Por otro lado, se incentiva la promoción de trabajo para consolidar una lógica de equipo, en donde el objetivo es la resocialización del usuario, enseñándoles normas sociales y habilidades necesarias para la vida cotidiana o recreativas.

Mi abordaje es del terapeuta cognitivo-conductual. Yo tengo formación en TCC [Terapia Cognitivo-Conductual] y el grupo, en este momento, este grupo en realidad funciona hace 5 años y yo hace 5 años que estoy en el grupo, entonces ha cambiado de coordinadoras y algunas han sido psicoanalistas, pero mi abordaje es terapeuta cognitivo-conductual y en este momento es cien por ciento TCC mi grupo, (...) de la mejoría en las habilidades sociales, de que ellos puedan relacionarse de una manera más asertiva con sus familiares, de que puedan salir otros temas, dificultades en su relacionamiento con sus padres, con el estigma, con la sociedad, cómo lo manejamos de manera asertiva. Todas esas cosas que quizás en un marco psicoanalítico no se daba. (Entrevistado 5)

El entrevistado menciona que su quehacer en el grupo que coordina es llevado adelante desde lo cognitivo conductual. Como observamos anteriormente, este modelo teórico apunta a la readecuación y corrección de comportamientos de acuerdo a lo esperado. No obstante, menciona que ha tenido compañeras de coordinación de

orientación psicoanalítica. De ello subraya que su grupo es enteramente cognitivo conductual, más allá de la presencia de otro modelo teórico. Podemos apreciar que esta conformación de la dupla se realiza en función de los recursos humanos con los que cuenta el centro y no de acuerdo a un interés de convergencia de los aspectos teóricos en las intervenciones, tal y como sería una situación ideal de una perspectiva integradora. Es posible apreciar la disposición de hegemonización del discurso de las terapias cognitivo conductuales por sobre otros modelos teóricos: una postura de clausura que se distingue por completo de la perspectiva integradora mencionada anteriormente. En esta línea de argumentación, también menciona:

Yo concibo que el tema de trabajar psicosis es bastante complejo con terapia psicoanalítica. Eh... yo concibo eso, y bueno, también hay pruebas, ¿no? Funciona muchísimo mejor el trabajo de habilidades sociales y demás. Es importante trabajarlos con ellos, en estos últimos tres años quizás más TCC que cuando yo empecé a hacer la formación y demás y le di como el tinte más cognitivo-conductual. Y bueno, la diferencia en realidad he visto en... en cuanto a egresos, en cuanto a pragmatismos y síntomas negativos que mejoran ¿no? Son síntomas que la medicación muy poco hace por ellos y por eso la rehabilitación ahí pone como un gran, una gran suma en esto de que bueno, de que ellos puedan, eh... incluirse en la comunidad, de que se anote en un club, de que cumplan, de que así, están acá los talleres, de que asistan al grupo sin faltas, de que se vinculen entre ellos, de que se vinculan mejor con sus pares, con sus hermanos, con sus padres, ¿no? Digo, todas esas cosas que se trabajó fuertemente este año y el año pasado en *roleplay*, en las actividades, en habilidades sociales, lo he visto como que ha funcionado muchísimo mejor que los tres primeros años que fue una cosa más psicoanalítica, más de pensar que ellos, en realidad, no lo estaban pudiendo llevar adelante. No estaba funcionando.

A veces depende mucho también del terapeuta que esté dándolo, ¿no? En su momento no se dio y ahora sí se está dando; de hecho, mi coterapeuta es psicoanalítica y se suma a trabajar conmigo esto, ella en su grupo trabaja un marco más psicoanalítico. No tengo idea cómo trabaja, pero se suma al trabajo que yo estoy haciendo y bueno, son chiquilines también que... hay alguno que hace cinco años también que están en el grupo entonces darle un *refresh*.

Uno se amalga al otro, ¿no?, en este caso [Nombre] se une a mi marco teórico y en su grupo ella hará su marco teórico, pero en este caso como que pueden funcionar los dos porque realidad, eh... Ella se une a las propuestas mías, será que está hace más años también en el grupo y demás. (Entrevistado 5)

Se puede apreciar cómo en su relato argumentativo hay una segregación del discurso psicoanalítico, lo que conforma un obstáculo para la intervención. Se hace necesario pensar hasta qué punto el rechazo explícito a otro posicionamiento teórico en el trabajo con esta población es eficaz en el ejercicio de la coordinación, sobre todo teniendo

en cuenta que la otra postura teórica se encuentra presente y no hay un diálogo posible desde su interpretación de su propia práctica en el grupo. A su vez, se denota la ausencia de acuerdos en cómo llevar adelante la intervención en el grupo, lo cual se puede volver enteramente contraproducente en el ejercicio de coordinación: el otro profesional debe amalgamarse a las propuestas de quien tiene la coordinación más activa.

Lo antedicho da cuenta de un debate histórico que aún no se lauda. En este sentido, Palem (2009) explica que “en Francia se ha perdido mucha energía y mucho tiempo en debates ideológicos entre dos polos extremos: el polo psicoanalítico y el cognitivo-comportamentalista; la farmacopsiquiatría ha obtenido carta de ciudadanía” (p. 1).

En caso contrario, a la luz de lo que plantea otro entrevistado, podemos observar cómo se lleva adelante la intervención cuando existe una similitud de recorrido dentro de la formación y un mismo posicionamiento conceptual y teórico.

Por ejemplo, con esta otra compañera que también hizo toda la formación acá con nosotros y que tiene una postura de trabajo similar este... mmm... me es muy cómodo trabajar porque voy a trabajar con... sobre la base de la rehabilitación. (Entrevistado 3)

Línea sistémica, no porque no adhiera a la línea más de la facultad, de la formación que tuvimos que fue pichoniana. Acá, digo se entrelazan otros... otros ejes y a mí... que es la línea sistémica que... donde hice una formación, una profundización después un posgrado. Esa concepción del hombre como parte de un sistema, pero a su vez el hombre mismo como un ser que puede desplegar en cada grupo distintos aspectos o potencialidades, entonces nos permite eso tener una visión del hombre no acabado, persona que integra este..., un grupo que viene con una historia de vida, donde siempre sus grupos está como marcado y la persona que posee el síntoma, las personas enfermas y acá bueno, podemos generar otro tipo de despliegue. (Entrevistado 3)

A partir de otra línea teórica, el entrevistado argumenta su preferencia por lo sistémico, por sobre la formación recibida en Facultad acerca del trabajo con grupos. Entiende que la noción de sujeto que lo sistémico le aporta es enriquecedor para desplegar otras potencialidades en el grupo con sus intervenciones y hacia donde apuntar a nivel clínico con el padecimiento de los participantes.

Mi formación en realidad es en Psicoanálisis, por lo que el marco teórico que utilizo básicamente es ese, lo que sí me ha pasado, me pasó, me pasa, que tengo, eh... en la coordinación de un grupo terapéutico con una colega y ella tiene abordaje cognitivo comportamental, entonces de alguna manera es como que he empezado a interiorizarme más también en esa técnica, ¿no? Cognitivo comportamental, trabajando mucho lo que son las habilidades sociales a través del *roleplay*. Entonces como que he empezado a incursionar un poco más también ese marco teórico, pero básicamente es psicoanalítico, o sea que es a través de la palabra, ¿no? de hacer señalamientos, alguna interpretación si cabe pero en

realidad con esta población, en realidad lo que más se hace es como ser más directivo muchas veces y no tanto el psicoanálisis interpretativo y asociación libre eso no, no corre este, pero a veces asociar ideas. Sí lo hago con algunos grupos que te permiten más esa como elaboración, ¿no?. Son como diferentes herramientas que aportan diferente, hay determinado marco teórico que puede favorecer más en que de repente lo que se busca más son trabajar habilidades sociales, porque son como más aplacados o cuesta mucho esto de lo comunicativo, entonces ahí se trabaja como más lo particular y puntual, o sea, eso es lo que podría decirte con respecto a esto que preguntas..., hay momentos en que se pueden mezclar o con algún grupo trabajar más desde un enfoque y con el otro de otro. (Entrevistado 4)

Como podemos apreciar, frente a la discordancia de abordaje teórico en una misma dupla de coordinación de un grupo, existen otras posturas en un mismo fenómeno que insiste y que acordaremos en llamar *amalgamiento*. En este caso, en palabras del entrevistado, se busca incorporar lo que le resulta adecuado para determinados estares circunstanciales y propios de las patologías de los usuarios. De todos modos, hay un retorno de la interrogante mencionada, ya que, ¿hasta qué punto se trata de una postura integrativa o de una hegemonización de un discurso sobre otro o, como en este caso, de una inclusión práctica de herramientas de otra corriente debido a una ausencia significativa de herramientas del propio marco teórico?

Con respecto al trabajo interdisciplinar con el campo de la Psiquiatría, uno de los entrevistados refiere:

Claro... desde algunos lugares en *** [el centro] le han pegado mucho por eso, pero 'ta, a mí me parece que nosotros... digo, no tenemos que estar tan peleados con los psiquiatras. Digo, tampoco tan... no sé, yo creo que es necesario que haya acá en el equipo, acá como hay un director psiquiatra capaz que en el afuera también, ¿no? [El centro] está medio alejado también del afuera, esa es una visión mía. (Entrevistado 3)

A su vez, también observamos la necesidad que plantean de generar redes hacia fuera del centro y no solamente sostener las intervenciones en el espacio intrainstitucional. La consolidación de redes es fundamental en este modelo de atención y así se destaca en toda la bibliografía consultada y utilizada en esta tesis.

Finalmente, se hace importante traer la palabra de los directores del centro ya que en ella podemos apreciar la postura ecléctica hacia la que apuntan tener como política de trabajo para el abordaje de la salud mental en el centro:

Psicoanalíticos, cognitivo conductuales y sistémicos. (...) Acá lo que tendemos más, es a lo ecléctico, ¿viste?, a poder incorporar todas las miradas posibles para ver de qué manera podemos ser más operativos en el intercambio laboral, porque si mirás desde un solo ángulo, sonaste. (Entrevistado 6-a)

Con respecto a la mirada psiquiátrica, los entrevistados plantean que debería existir un diálogo que consolide el abordaje entre lo psicológico y lo biológico del campo de la salud mental. Sin estimar uno por sobre el otro, destacando que los profesionales psicólogos tienen mayor apertura para sostener este ejercicio interdisciplinar y de abordaje integral.

Entonces esas miradas aseguradoras a mí me rechinan. En un inicio, el dogmatismo psicoanalítico fue muy importante, la gente es más abierta ahora. Yo creo, por lo menos la gente de Psicología, desde la Psiquiatría está el riesgo del reduccionismo biológico, alguien que sea muy biologicista difícilmente le dé mucha bolilla a la rehabilitación, y el reduccionismo biológico es uno de los grandes males que aquejan a la Psiquiatría hoy en día, no me cabe la menor duda. Los psicólogos en general vienen con una mente bastante abierta. Y si vienen habiendo hecho una formación específica en Psicoanálisis, su funcionamiento es diferente acá y eso habla muy bien de ellos como personas. (Entrevistado 6-a y b)

La teoría sistémica. Ahí los sistémicos nos han enseñado mucho, y lacanianos también. Sin duda el tratamiento dual, sin duda, porque sin medicación los pacientes que tienden a hacer muchas crisis, evidentemente, y sin duda que la medicación se precisa. Y se precisa por una cuestión preventiva, además, este... Un paciente puede haber hecho un brote y no haber hecho ninguno más, pero nunca tenés la seguridad de cuándo va a volver a caer en otro, y yo siempre planteo en alguna clase y eso... ¿Y si hace otro? Y queda luego estabilizado en un nivel más deficitario, de más acentuados síntomas negativos, de déficit cognitivo y quedó peor con toda la larguísima duración que eso tiene y es medio imperdonable. Sí lo pudimos evitar. La medicación sirve para lo que sirve y para lo que no, no. Sirve para, sobre todo, los síntomas denominados positivos, o sea, alucinaciones, delirios en toda su variedad, crisis de descontroles de violencia, que muchas veces son los *raptus* catatónicos, gente que rompe todo en la casa antes y después. Solo con la medicación es muy poco, evidentemente: impedir una recaída tiene que ser uno de nuestros grandes objetivos. (Entrevistado 6-b)

Más allá del posicionamiento de cada profesional, de describir cuáles son sus necesidades a la hora del trabajo y de esta forma optar por una caja de herramientas que facilite el tránsito grupal, también se puede percibir el reconocimiento y la importancia de las diferentes disciplinas para un trabajo en equipo, aunque ello genere resistencias. Asimismo, se observa un esfuerzo para superar las heridas provocadas por el histórico modelo médico hegemónico en el abordaje del campo de la salud mental y la importancia del dispositivo grupal en el proceso de rehabilitación psicosocial integral.

En suma, se observa un esfuerzo práctico de ejercer la coordinación de los grupos clínicos psicoterapéuticos desde una postura integradora. No obstante, se distingue del ideal de la directiva del centro de adoptar una postura ecléctica, en la medida de que no se genera una cosmovisión acerca del campo de problemas a abordar. Lo que se produce es un fenómeno de amalgamamiento entre los coordinadores, sobre todo entre aquellos que se

posicionan desde distintas líneas teóricas. Ante este fenómeno existen tres enfoques que se pueden observar:

- Disputa: Una de hegemonización de un discurso teórico sobre otro.
- Falencia: una inclusión práctica de herramientas de otra corriente debido a una ausencia significativa de herramientas del propio marco teórico. Esto puede resultar en posibles interferencias en los objetivos terapéuticos del dispositivo clínico grupal.
- Interferencias en objetivos terapéuticos: una función de seguimiento y acompañamiento desde una coordinación con un rol “directivo” y de “sostén” que pueden llevar al desdibujamiento del rol profesional. Desde el paradigma de la psicología integrativa no se observa que ninguna de las posturas mencionadas se adopte a ella, en la medida de que la misma se propone incorporar explicaciones diversas sobre el fenómeno a abordar y cada una de estas tiene un igual valor. No se jerarquiza uno por sobre el otro, ni tampoco se deja de lado por falta de operatividad.

Sin embargo, es visible que, para los profesionales entrevistados, todas las actividades grupales desarrolladas en el centro en el marco del tránsito de cada uno de los usuarios aportan a los objetivos terapéuticos, lo cual condice con la mirada de la psicología integrativa en lo que concierne a rehabilitación psicosocial.

Egreso e Inclusión

...es la inclusión: o sea, que la persona empiece a ser participativa, que luche por sus derechos, que se pueda incluir, que sepa hablar de lo que pasa. Que pueda asumir sus carencias, como reconocer sus fortalezas, intercambiar con los otros, poder estar inserto en un grupo, pero pelear por su inclusión y ciudadanía y el grupo terapéutico es un facilitador (...), nosotros representamos la comunidad más chica, desde un lugar protegido, es un lugar protegido. (...) no es solamente que exista una ley, ya existe una ley, es un cambio, pero si vos no cambiás la cabeza de la gente no podemos estar luchando por la inclusión... (Entrevistado 6-a)

Se destaca que figuran al centro como un lugar protegido, como una comunidad más chica, y que este proceso no solamente tiene una parte importante en el transcurso del tratamiento sino también en los cambios subjetivos que se deben dar a nivel profesional y en lo social para la inclusión.

En las próximas expresiones se observa en la mayoría de las intervenciones de los profesionales del centro que no tienen un trabajo planificado para un perfil de egreso de los usuarios, y manifiestan que es porque su trabajo está abocado a “la rehabilitación y el

sostén”. Asimismo, todos describen un ideal de logros para formalizar un egreso, pero de los relatos se desprende que ese tipo de egreso no es habitual, dado que se enfrentan frecuentemente al abandono del usuario, al término de los planes de las mutualistas y al vínculo constante que tiene el usuario con los dispositivos del centro. Por momentos, se entiende que el egreso siempre está relacionado con pasar a otro dispositivo o programa ya sea en el centro o fuera de este.

Si bien el centro diseña y apunta a una postura de apertura en el medio que propicie un tránsito que no clausure las posibilidades de los usuarios y no se institucionalice su pasaje por el mismo, se puede visualizar de las entrevistas que no son habituales los egresos. Los profesionales reconocen dificultades al llevarlo a la práctica en los distintos avatares de las intervenciones, y adjudican variadas justificaciones a la ausencia del egreso.

En referencia a la falta de un perfil de egreso y la planificación hacia ese logro, se visualiza que no tienen una definición concreta. Hacen referencia a que el usuario logre tener un proyecto de vida, pero parecería que se responde desde un ideal: un ideal que también implica la “mejoría” de manera imprecisa y abstracta.

Los criterios para definir el egreso (...) Esa cosa más inespecífica, ¿no?, de la mejoría, cuando está mejor, ¿no? Que se basa un poco en que la persona tenga un proyecto, tenga el deseo de hacer algo, ¿no? y que tenga cierta continuidad en todo el proceso que es venir, participar, tener la iniciativa de hacer esas cosas que recién hablábamos, participación de la familia, ¿no? Y cierta conciencia, por decirlo de alguna manera, de las dificultades a la hora de la materialización del proyecto, ¿no? (Entrevistado 1)

Que la persona logre avanzar (...) no solo en el reconocimiento de su enfermedad, de su trastorno (a mí me cuesta mucho decir *enfermedad*), de su trastorno y sentir que puede avanzar, gestamos proyectos, ¿no? Hay un término, *neoinserción* (...) es como darle un nuevo sentido, ¿no?, entonces cuando la persona logra, como, acceder a proyectos, crearlos... digo, tenemos los famosos egresos por falta de logro, que es cuando la persona... el mayor logro que tiene es venir a la comunidad y no ha logrado avanzar mucho, porque no logra poner una pata afuera. (Entrevistado 3)

Sabemos, a partir de lo plasmado a lo largo de este trabajo, que estos usuarios necesitan de una red de dispositivos terapéuticos que incluyan elementos de estimulación cognitiva y funcional y apoyo y comprensión de las dificultades ajustadas a las necesidades de cada sujeto. Sin embargo, parecería que técnicamente cuesta mucho correrse del lugar de “sostener” como parte de lo terapéutico, lo que por momentos deriva en un modelo donde el profesional opera como una prótesis para que puedan funcionar. Esto puede conllevar a acentuar sus carencias, lo que evita promover sus potencialidades y una futura emancipación del centro.

...es bien complejo, cuando al ser un grupo que el objetivo es poder siempre ser sostén en la trayectoria que la persona vaya teniendo desde el lugar académico y desde las inserciones en otras cosas, desde lo laboral, la vivienda y demás. (...) el egreso puede estar dado por muchísimos factores diferentes, este... Es difícil que se dé un egreso, porque en realidad te tengo que contar como de la conformación de grupo. Es un grupo muy heterogéneo en sus participantes, hay personas que están insertas en su trabajo, tienen una cierta autonomía en la vivienda y siguen participando del grupo porque están haciendo de repente cursos que son para complementar cosas, pero la institución exige que tengan un espacio terapéutico de sostén. Entonces ahí no hay un egreso planificado, se podría hablar de un egreso en cualquier momento, pero en realidad las condiciones, (...) objetivos generales de la rehabilitación están dados, pero la persona quiere seguir (...) capacitándose y entonces el grupo sigue como un... eso, como un espacio, el de referencia y de pertenencia, porque también tienen gente [con la] que transitó ese espacio en muchos años [y] con ellos se visitan, se sostienen en los distintos momentos vitales, el grupo va a delinear objetivos específicos, ¿no? De sostén, pero también de logros, de concreción de cuestiones en pos de la autonomía en distintas áreas e ir acompañando ese proceso. Los objetivos más ligados a la rehabilitación. (Entrevistado 2)

Podemos observar también en el pasaje anterior que cuando el usuario está listo para emanciparse del centro, sigue participando de los dispositivos dispuestos con objetivos de rehabilitación. Esto podría dar cuenta de ciertas dificultades por parte del centro para promover ese egreso y operativizarlo, lo cual pareciera que se transforma en una extensión de lo familiar. Quizás lo óptimo sería pensar en espacios determinados y con objetivos acordes para que los usuarios que egresan no pierdan el contacto y la pertenencia a ese lugar. Esto se distingue de lo que sucede actualmente en donde hay una indiferenciación de la participación de quienes son usuarios y de quienes han egresado, conformando indistintamente los mismos dispositivos clínicos psicoterapéuticos grupales.

Este... estamos lejos de eso todavía.....para no quedar como un intermediario, eh... haciendo como más visible la falta o las dificultades de las carencias... Hay con tanto para trabajar todavía, que estamos muy lejos de lo que yo pienso que es la inclusión, pero trabajando para eso igual, ¿no? Como tratando de ponerle cabeza a eso. (Entrevistado 2)

Se puede observar la ausencia de una planificación para el egreso de un usuario. La partida del centro de un usuario quedaría por momentos supeditada a los tiempos de subsidio que marcan las instituciones de salud, y por otro lado al abandono del usuario.

(...) va a tener que venir quizás por lo que le dice el estado, o su mutualista las 48 sesiones renovables, y después cuando se les terminen tengan que renovarlas o esperar que se vuelvan a renovar en dos años y volver. Entonces como que los egresos no son tanto clínicos sino son lo que les dice la mutualista o nos dice BPS. Y eso es un gran déficit porque, capaz que la persona no tiene más para pagar que ha pasado y se tiene que ir y eso no es un

egreso, eso es un... no sé... una salida a la fuerza, digamos ¿no? Los programas son crónicos, igual que su situación, igual que la patología. (Entrevistado 5)

Básicamente el criterio, o sea, es, si la persona no abandona antes, es el que se termine el convenio con la mutualista, porque la mayoría de los pacientes que vienen a grupo terapéutico vienen por mutualista, ellos tienen, eh... a 3 años de posibilidad terapéutica y bueno, a menos que la persona abandone antes, el criterio es ese. Después lo que se puede hacer es ver si la persona lo puede... puede continuarlo, eh... abonando particular, se hace, ¿no? (Entrevistado 4)

Y capaz que agregar otra cosa de los egresos es que muchas veces no son solamente porque la mutualista dice "Bueno hasta acá vamos con las sesiones", o... o la gente no les puede pagar, sino que ellos obviamente abandonan los grupos, hay un... un alto índice abandono. (Entrevistado 5)

No obstante, se visualiza que parte de lo que se puede hacer siempre está relacionado a egresar con un trabajo o derivarlos hacia otra red institucional, si es posible estatal, ya que se prioriza antes que a una privada en la que dependerá de que el usuario pueda afrontarlo económicamente. En contrapartida, se visualiza el obstáculo para su concreción, dado que la falta de redes de coordinación y articulación con otros dispositivos es algo explicitado por los entrevistados.

(...) o derivarlo a una psicoterapia, si uno considera que es importante que se siga teniendo cierto sostén, eh... pero no me ha pasado de... eh... de que haya algún usuario, este... que pueda como cerrar el proceso terapéutico y no necesitar ¿no? de otra red de contención, no, en estos grupos terapéuticos, en la comunidad terapéutica, se plantean determinados objetivos y el egreso está cuando la persona ha logrado determinada autonomía o, este ... que le permita poder mantener actividades por fuera del centro, ¿no? generar otras redes, ¿no? Y ahí sí se plantea como el egreso de la comunidad, que no es el egreso del centro, ¿no? Porque pasan a otro programa... depende mucho de... de las de las posibilidades que tenga la familia o la persona de: o abonar particular, particular, o sea, que puedan pagar el costo de... de lo que implica el grupo sin el beneficio o que puedan este... abonar una psicoterapia, no, eh... O buscar reinsertarlo en alguna institución pública, ¿no? Si se puede, que no tenga ese costo (Entrevistado 4)

Lo que sucede y tenemos algunos casos, es de gente que egresa, genera un proyecto, deja [el centro] como parte de su proyecto de vida y después vuelve, no necesariamente a la comunidad, hay pocos casos. Hay pocos casos, son pocos casos los casos que vuelven a la comunidad. Pero sí, bueno, a programas más tipo supervisados, la red, hay como otros dispositivos para poder sostener. (Entrevistado 3)

El egreso de la rehabilitación sería lo laboral y ahí también hay otra deuda del estado que no, no hay, no hay cupos para lo laboral para las personas con trastornos mentales. (Entrevistado 3)

Un usuario consiguió trabajo y 'ta, ahí egresó. Nosotros no tuvimos muchas más noticias de él. Muchas veces (...) el riesgo, es quedarse como atravesado por la enfermedad y 'ta... no ver todo lo otro, ¿no? (Entrevistado 3)

En cuanto a la comunidad terapéutica refieren que los usuarios pueden permanecer entre dos y tres años, pero marcan que sí se da un egreso de la comunidad. Esto no implica que egrese a la vida social, sino que es frecuente ver que el usuario luego de su pasaje por la comunidad, aún continúa transitando por diferentes programas del centro.

Este grupo es un grupo que se diferencia de otros en [el centro] porque es un grupo donde sí o sí egresan. Hay otros grupos que son de permanencia, entonces este grupo sabemos que todo el que entra va a egresar en algún momento, todos egresan entonces sí o sí van a egresar y los logros pueden ser los mayores o menores: el poder tener presente cuáles son las dificultades, nosotros lo tomamos como un criterio importante porque partimos de la base que es como la conciencia de la enfermedad que se llama, o conciencia de dificultades, ¿no? (Entrevistado 1)

Esa misma persona en general, sí se mantienen en contacto con el centro, sí ha pasado de gente que abandona y que después, años después vuelve, eso sí ha pasado (...). (Entrevistado 1)

Pero creo que es eso, digo, el trabajo familiar, el trabajo con la persona, el reconocimiento de su trastorno, a la adhesión a la medicación. (...) acá es egreso porque en realidad lo que sobrevive cuando la persona viene es la sintomatología negativa y uno es con lo que combate, cuando aparece lo positivo, dentro de las estructuras que se fueron armando, ¿no? Para poder soltar algo. (Entrevistado 3)

Por otra parte, se observa cómo influye entre los profesionales sus posicionamientos en función de sus prácticas de intervención y cómo entran en una suerte de contradicción en un mismo relato.

Este grupo ha mutado en corrientes y, desde un principio, los primero dos o tres años ha trabajado una parte más psicoanalítica, en estos últimos tres años quizás más TCC, que cuando yo empecé a hacer la formación y demás y le di como el tinte más cognitivo-conductual. Y bueno, la diferencia en realidad he visto en... en cuanto a egresos, en cuanto a pragmatismos y síntomas negativos que mejoran, ¿no? Los egresos, la verdad, no se están dando, porque todos los usuarios tienen esquizofrenia, ¿no? Es decir, es un tratamiento farmacológicamente crónico y psicoterapéutico que tiende también a lo crónico, pero no al punto de que ellos vayan a tener que venir todos los [día de la semana] de aquí a que se mueran (...). (Entrevistado 5)

Podemos observar que, en las palabras del propio entrevistado, el posicionamiento teórico, en este caso, no asegura los objetivos del centro.

Pareciera que los profesionales tienen una rutina de trabajo donde se dificulta pensar en la práctica de intervención y el resultado de la misma frente a las complejidades que conlleva el trabajo con estos usuarios. Entran en una lógica que no los habilita a poner un alto, analizar y rearmar el trabajo en los dispositivos en función de lograr resultados a partir de los objetivos del centro.

“Un grupo al que uno (...) se inserta, tiene ya está diagramado y uno se va amoldando a eso, uno se tiene que ir acomodando al funcionamiento que ya está” (Entrevistado 1).

Todos los profesionales, en menor o en mayor grado, reconocen que hay algo que no funciona. Las señales de abandono son elevadas, los egresos no son tales, pero no hay una mirada crítica en el sentido de revisar lo que se hace y cómo se hace para la búsqueda de mejoras en los dispositivos en los que trabajan y en su práctica profesional. Salvo alguna excepción en dos relatos, que manifiestan interpelar(se) qué podría estar pasando o qué cosas son las que se deberían realizar para poder avanzar en ciertos aspectos previstos.

Y los abandonos se están dando mucho más en el primer mes de la persona en el grupo (...) porque les cuesta adaptarse a un dispositivo grupal y ahí quizás habría que pensar en un pregrupo, ¿no? Que en un momento se hizo. Ahora no, no, no se está haciendo, es la realidad, pero antes de conformarse este grupo terapéutico se hizo un pregrupo: es un seguimiento de tres o cuatro veces individuales con esa persona conociéndolo un poco más su historia, explicándole cómo funciona un grupo y eso sería bueno como para intentar, (...) que no haya tantos egresos en el primer mes. (...) porque luego el reingreso se da, pero no con el grupo mismo, sino con otros programas y lamentablemente se da cuando la persona ya pasó por una etapa de internación, ¿no? Que capaz no era el momento indicado para estar en un grupo. (Entrevistado 5)

Todo lo que se creó desde el centro... es más, yo mirando acá veo la grilla de todo lo que es los proyectos, de los programas; están buenísimos, van surgiendo a partir de necesidades que aparecen, pero la rehabilitación quedó ahí, yo no sé si la rehabilitación desde la comunidad terapéutica no tiene más para avanzar, no sé, egresados como programa... si no tiene más para avanzar, ¿no? (Entrevistado 3)

Asimismo, la ausencia de articulación entre los diferentes dispositivos de salud genera obstáculos complejos a la hora del tránsito de los usuarios por las redes que se prevén para el trabajo. Esto implica que el profesional tome decisiones a partir de sus contactos personales y conocimientos de otras redes, lo que genera que no se pueda colectivizar y sistematizar el trabajo sumado a una gran dispersión y superposición de esfuerzos. La ausencia de una articulación y de un trabajo colectivo y coordinado de todo el sistema de salud es un hecho.

Yo qué sé, yo hago mi propia agenda de contactos y mando a los gurises (...) a la Fundación XX. Desde el centro han tenido algunas veces, se han contactado, pero no han quedado los vínculos. Ahora tengo dos usuarios que van a ir a trabajar gracias a la Fundación, pero son contactos míos, entonces en realidad creo que hay como ciertos techos que tenemos y que a veces quedamos como medio atrapados, ¿no? (...) Pero el centro para mí se tiene que empezar a replantear, como el Patronato, como todo. Lo que pasa es que tenemos que trabajar una misma línea y no sé si lo estamos pudiendo hacer (...) En su momento existía la Intercentros y ahora no, se abandonó eso que estaría bueno que pudiera volver. Digo, a veces uno no se da cuenta que hay colectivos, creo que a veces acá nosotros formamos parte de un colectivo, no nos damos cuenta que estamos atravesado por otros colectivos también. Celebro las cosas que se hacen en el centro, pero falta una visión de lo colectivo. Nosotros siempre que hablamos de los argentinos, hablamos de la capacidad de resistencia de ellos y bueno, vamos y... lo colectivo, ¿no? Entonces acá lo que falta es como esa cuestión de replique de lo colectivo. (Entrevistado 3)

Los profesionales entrevistados insertos en otros centros de salud mental también dan cuenta de la misma problemática.

Porque la verdad que los otros centros de rehabilitación que conozco funcionan así. Yo trabajo en otro centro de ASSE con trastornos mentales graves y, justo, también, hace diez años que está el centro, este centro tiene treinta, o sea... Y hay usuarios que hace 10 años que están. Entonces, como que..., ¿no? ¿Dónde está el egreso? (Entrevistado 5)

Le falta esto que hablábamos hace un rato, ¿no? El tema de la salida a la sociedad nuevamente, eso es lo que conforma la rehabilitación en Derechos Humanos que es lo que promueve la nueva ley, que se pueda pensar como distintos instrumentos para ayudar a esa persona a mejorar y eso no, no lo tenemos. (Entrevistado 5)

Si bien desde los profesionales que trabajan en los grupos se puede percibir un malestar con respecto a lo que no se da —a lo que no hay y a lo que falta—, estas críticas se ven proyectadas por fuera de su trabajo personal, ya sea en el centro, en el sistema y en la no implementación total de la Ley de Salud Mental. Sin embargo, desde la directiva de la institución podemos observar que muchas veces las dificultades también se centran en los propios técnicos en sus prácticas.

Es trabajo que uno nunca deja de aprender como técnico, si bien todo el abordaje grupal y la mirada es desde el individuo y dentro de ese individuo su relación con el grupo y con los otros y con el mundo. Si yo analizo la experiencia del *** [programa del centro] es el ejemplo más divino de lo que genera la rehabilitación, es brutal. Siempre hay que seguirlos incentivando para que den otro paso, porque a veces la tendencia de los técnicos también es a la sobreprotección, a que no puede, que no van a llegar.

Sabés, a veces para mí los grupos tenían que estar en mayor movimiento, en que hubiera una mayor accesibilidad a otras opciones que nosotros no tenemos y que a veces tiene que

ver con la potencialización de las limitaciones técnicas y limitaciones de los usuarios. A los técnicos les cuesta separarse de la persona con la que está trabajando. O sea, tienen que circular la población, esto es un momento en la historia de la persona y lo que uno esté abordando también tiene que verlo como un momento, como una etapa, como... Si es tu grupo bueno, 'ta... y siempre analizar por qué se va la persona. Si la persona es un abandono, tener claro por qué lo hizo: muchas veces depositamos el abandono en las carencias de la persona, pero nunca... rara vez nos cuestionamos, como técnico, si lo que hicimos estaba bien o estaba mal, ¿no? (Entrevistado 6-a)

Yo siempre pienso que nosotros representamos la comunidad más chica desde un lugar protegido. Porque si no, no estamos ayudando a que la persona se habilite. Entonces el grupo tiene que ser un habilitador del cambio, y cuanto más el grupo está pasivo, más directivo es nuestro rol, el grupo empieza a ser, las personas empiezan a ser gestores de sus destinos, empiezan a ser ellos los que coordinan más el grupo y el coordinador está como un rol más... estás como armándote, desarmándote y bueno, eso también es la vida en la sociedad. Y es así como tenemos que pensarlo, porque si vos cuidás demasiado todas las variables estas no funciona.... El dispositivo tiene que rearmarse, si mantenés todo ultraestable, claro, la vida en general no es así, o no es tan así, uno lo busca. (...) y ahí no estás habilitando, entonces todo lo que sea es buscar que la persona sea partícipe, activa.

El grupo-espacio donde largar su locura y un espacio donde poder funcionar normalmente.

Seguimos reproduciendo el modelo en un medio un poco más amable o más amigable. (Entrevistado 6 b)

O sobreproteger, que es inhabilitar, que es institucionalizar que es... Pero yo digo falla la gestión, falla el control, (...) (Entrevistado 6 a)

(...) pueda cambiar su cabeza si siente que hay una cabeza, otra, afuera, que lo mira, que le hace pensar, que lo empieza a potenciar son sus recursos, porque todos tenemos recursos, muchos nos hemos venido enviando en los funcionamientos, ¿no? Yo discuto muchas veces, a veces con técnicos de acá y, digo, todos tenemos, tendemos a poner a veces el pie en el freno, ¿no? A veces son luchas por el poder también, ¿no? que no necesariamente pasa por el dinero, sino por quien dictamina tal y tal o cual cosa, o no. Que eso... eso está muy muy muy en discusión, también, el poder es una vieja pelea, ¿no? de los seres humanos. (Entrevistado 6-a)

En cuanto al trabajo en función del modelo emergente de salud mental se referencia un avance y un posicionamiento adecuado, pero rápidamente surge la preocupación de los cambios por delante no solo en el sistema de salud, sino en los profesionales que trabajan en este.

Hay creo que sí, que hay líneas ideológicas de base, ¿no? que convergen y miradas sobre las personas que van hacia un mismo lugar, pero dista mucho del funcionamiento de los dispositivos concretos, materiales. (...) sin modificación, y en las modificaciones que se han

empezado a hacer, igual nos encontramos una y otra vez como con la repetición de una misma forma de mirar a las personas, una lógica que es manicomial, que es eso de poner al otro en el lugar de objeto, ¿no? como de no poder contemplar estos otros aspectos. (Entrevistado 2)

Y a los técnicos nos pasa también sí. Pasa (...) que hay un trabajo ahí para hacer, que no va a estar solo a punto de partida de redactar como miradas comunes en lo teórico, sino que necesitamos cuestionarnos cosas de la práctica, del hacer, que se repiten en el día a día, que se da más en determinados dispositivos. Capaz que en los de rehabilitación está más atenuado, porque ya los que los integramos venimos como con otra cabeza, en los que son más de salud es más duro, ¿no? Más vinculados a la medicina está mucho más rigidizados, pero están en todos lados, igual ¿no? como esa mirada biologicista, ¿no? como más rígida, más de la persona-paciente, ¿no? que tiene que aceptar la ayuda que viene afuera como en una cosa, que no los contempla en su... en su participar activamente de su vida, ese proyecto de vida, de su decisión, de su elección de tratamiento o no, como un montón de cosas que me parece que en la perspectiva de la ley y en el cambio que se... que se quiere hacer de modelo están contempladas, pero hay una brecha grande entre lo teórico y lo práctico. (Entrevistado 2)

Vamos por eso, pero, digo, hay algo que tiene que ver en el trato que va a llevar mucho tiempo más y que personas que formamos parte de alguna forma de la implementación, (...) igual lo tenemos. Hay cosas que las tenemos super naturalizadas y va a ser todo un viaje eso. (Entrevistado 2)

Más allá de las dificultades, disputas y obstáculos complejos con los que se encuentran los profesionales en sus prácticas psicológicas cotidianas, y en el marco de un cambio de paradigma del abordaje en el campo de la salud mental, podemos visualizar la importancia y la contribución de los dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos —y de aquellos que no lo son— como un todo que favorece a la rehabilitación integral de las personas con TMS. Asimismo, cabe considerar la importancia de interrogarnos desde dónde conformamos nuestra concepción de dispositivo clínico, con qué objetivos y su potencia. Se hace importante retomar lo que Baremblytt (2005) planteaba acerca de que “los dispositivos, generadores de la diferencia absoluta, producen realidades alternativas y revolucionarias que transforman el horizonte considerado de lo real, de lo posible y de lo imposible” (p. 135).

Todas las personas que trabajan en el centro dan cuenta de los esfuerzos dirigidos a contribuir a rehabilitar de manera integral a personas con TMS conjuntamente con sus familias. En consecuencia, es fundamental que los servicios prestadores de salud no dejen de lado aspectos tan importantes a desarrollar en estos pacientes y ciertas habilidades que le permitan desempeñarse de manera más efectiva, propiciando su independencia, autonomía personal y social. Por lo tanto, el trabajo de los profesionales de la salud debe ir más allá de la rehabilitación, dado que su fin debería centrarse en trabajar la “habilitación”

de estos sujetos para viabilizar una verdadera inclusión en la sociedad. En este sentido, la inclusión social es el concepto que considera que la discapacidad es resultado de obstáculos que crea la propia sociedad. La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad cuestiona el enfoque de integración social, que veía a las personas con discapacidad como sujetos a ser rehabilitados, y propone el concepto de inclusión, basado en un modelo social que reconoce que la discapacidad ocurre porque la sociedad no está preparada para acoger a personas con características diferentes y, por lo tanto, no les permite desarrollar su potencial. Este se encuentra fundamentado en el modelo social, el cual considera que la discapacidad se produce porque la sociedad no tiene la forma de alojar a una persona con características diferentes y por ello no la habilita a desarrollar sus capacidades potenciales.

Asimismo, nos encontramos en un momento sociohistórico caracterizado por la desarticulación de lo colectivo, de los lazos sociales solidarios: la apuesta por la construcción de dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos con objetivos claros y técnicas óptimas para el abordaje de personas con TMS se hace fundamental.

En lo que refiere a la inclusión social, estamos en un momento histórico que implica profundas transformaciones en la salud mental. En este sentido, es preciso aportar al debate en referencia a nociones de integración, inserción e inclusión social en lo que respecta al ámbito de la salud mental de manera de poder esclarecer y diferenciar cada concepto. Muy frecuentemente estos son utilizados indiferentemente o como sinónimos aunque sean paradigmas distintos. Ejemplo de ello se puede visualizar en la respuesta de un entrevistado al consultarle sobre inserción (palabra frecuente utilizada por los profesionales del centro) e inclusión.

Lo estamos diciendo como sinónimos, que no lo son. Si nos ponemos a pensar, diríamos la palabra correcta. Esa es como la respuesta más honesta que te puedo llegar a dar en cuanto a eso. (Entrevistado 5)

Refiriéndonos nuevamente a las autoras argentinas, Ardila-Gómez et al. (2016), quienes se basaron en lo expresado por Wolfensberger W. y Thomas S. (1983), plantean una diferencia entre integración social e inclusión social. Según ellas, la integración social implica que una persona con alguna diferencia, como una discapacidad, tenga la oportunidad de formar parte activa de un grupo mayoritario. En otras palabras, se trata de abrir estructuras y espacios de socialización para incluir a “personas diferentes”. Por otro lado, la inclusión social se refiere a reconocer que la discapacidad surge a partir de las limitaciones y desigualdades generadas por una sociedad diseñada de manera homogénea, basada en una idea de “normalidad”. En este sentido, en lugar de enfocarse en adaptar a los individuos diversos, las intervenciones se centran en modificar los entornos para permitir la

participación y la igualdad de oportunidades de todos los miembros de la sociedad. (Ardila-Gómez et al. 2016)

En conclusión, el paradigma de la integración social y la inclusión social plantea la importancia de promover la participación activa de las personas con diferencias en la sociedad. Esto implica no solo abrir espacios y estructuras de socialización, sino también modificar los entornos para eliminar las limitaciones y desigualdades que dificultan la plena participación de todos los individuos. Al reconocer y valorar la diversidad, podemos construir una sociedad más inclusiva y equitativa para todos sus miembros.

Lo que pasa que me parece que nosotros hablamos más de reinserción o neoinserción, y la inclusión, lo inclusivo es como, lo que uno apuesta, ¿no?, un espacio donde puedan contemplarse todas las realidades. Nosotros partimos mucho del estigma y nos quedamos ahí, ¿no?... cuesta muchísimo, creo que a veces a nosotros también, las instituciones, nos cuesta muchísimo poder incluir (...) Pero eso es otro tipo de cosas, es cómo la persona se siente, la inclusión tiene que ver [con] cómo la sociedad se puede abrir, cómo la sociedad tiene... genera los espacios para que esa persona sea parte, esté incluido (...) pero hay una cuestión más de no visibilizar, (...) si quieres incluir, hay que visibilizar y 'ta. (Entrevistado 3)

Para mí la inserción tiene que ver más con la capacidad personal, ¿no? de cada uno, eh... Si quiera reinsertarse o no quiera, si seguir estudiando, está estudiando, o hacemos algo nuevo y el incluir tiene que ver con que la sociedad se genere la sensibilidad para aceptarlo. (Entrevistado 3)

En estos párrafos citados se pueden identificar cómo los conceptos se utilizan de manera indiferente y se pone a la inclusión social como algo de afuera (ajeno a su práctica) a lo que se apuesta. Asimismo, en relación a dicho concepto, el entrevistado confunde el término *inclusión* con *reinserción* o *neoinserción*. La *inclusión* no se refiere a volver a ingresar a algo, sino a crear espacios donde todas las realidades sean contempladas y todas las personas puedan participar por igual con una verdadera oportunidad de participar plenamente.

Seguidamente, el mismo entrevistado plantea:

Apuesto a trabajar en la inclusión y con el afuera, no solamente con el grupo acá dentro, de los pactos denegativos como lo que queda dentro de un grupo y nosotros trabajamos con eso hasta cierto punto porque después necesitamos pasar a incluir esa persona con el afuera (...) Acá es un espacio donde ellos pueden traer todas las ansiedades que les genera el afuera, trabajar con ellos para devolverlos al afuera, no nos quedamos centrados en el grupo terapéutico en sí mismo. Es como poder devolverlos afuera. (Entrevistado 3)

En este pasaje se indica que el espacio terapéutico es donde los participantes pueden trabajar con sus ansiedades generadas por el afuera para luego devolverlos a ese entorno. Esta perspectiva limita la inclusión social a un proceso terapéutico centrado en el

grupo (aunque el entrevistado plantea no centrar el trabajo en el grupo terapéutico), porque no se puede dejar de lado la importancia de abordar las barreras y desafíos que existen en el entorno externo fuera del grupo terapéutico. La falta de consideración del contexto externo implica —lo que el entrevistado menciona, de que el objetivo es “devolver a las personas al afuera”— la ausencia de estrategias de trabajo para generar cambios en el entorno externo y promover una sociedad más inclusiva. La inclusión social implica no solo trabajar con los individuos, sino también con las estructuras y actitudes sociales que perpetúan la exclusión y discriminación. La Ley de Salud Mental, con el fin de consolidar un cambio de paradigma de la salud mental, plantea que el cambio de modelo implica una atención con un enfoque territorial, que privilegie el primer nivel de atención en salud orientado a la prevención y promoción de la salud y que ponga énfasis en los lugares donde se desarrolla la vida de las personas y, en el caso de que sea necesario, se coordinaría con servicios de mayor especialización. La internación sería el último recurso. Para que esto sea posible, es necesario que las instituciones de salud, cualquiera de ellas, promuevan un trabajo para generar y consolidar una diversidad de dispositivos asistenciales, laborales y habitacionales, adecuados a cada situación personal de los sujetos con padecimientos mentales, que conformen una red orientada a la promoción del fortalecimiento de los lazos familiares y comunitarios.

A saber, también se expresa en la entrevista que “[el centro] está medio alejado también del afuera, esa es una visión mía” (Entrevistado 3).

Por otra parte, se afirma por el entrevistado que parten mucho del estigma pero refiere a que “se quedan ahí”. La inclusión social va más allá de combatir el estigma individual. Implica cambiar las estructuras y actitudes sociales que perpetúan la exclusión y discriminación de ciertos grupos. De alguna forma, este pasaje da cuenta de las dificultades con las que también cuentan los propios profesionales a la hora de no estigmatizar.

“Nosotros partimos mucho del estigma y nos quedamos ahí, ¿no?... cuesta muchísimo, creo, que a veces a nosotros también, las instituciones, nos cuesta muchísimo poder incluir (...)” (Entrevistado 3).

En este sentido decimos que la inclusión social no es solo responsabilidad de las instituciones, sino de toda la sociedad. La sociedad tiene un papel —y eso incluye a todos los actores que la conforman y participan en ella— que desempeñar en la creación de un ambiente inclusivo y equitativo (y esto debe ser parte de una planificación con determinados objetivos de trabajo) para viabilizar en los contextos indicados esos movimientos a partir del trabajo articulado con el resto de los dispositivos de salud.

Cabe señalar que para la inclusión se debería trascender el hecho de la necesidad de visibilizar la problemática de la salud mental, dado que es un camino que en cierta forma ha tenido su recorrido —“hay una cuestión de no visibilizar, pero para incluir es necesario

visibilizar”—. La inclusión social, además de dar visibilidad a las experiencias y necesidades de personas que tienen afectada su salud mental, implica reconocer y valorar la diversidad de estas, y así poder abordarlas adecuadamente y que las mismas sean contempladas. Es el objetivo que las personas tengan la oportunidad real de participar en sus comunidades en un ambiente inclusivo y equitativo.

Seguidamente, se observa en los datos aportados por los entrevistados que falta mucho recorrido para una posible inclusión social de los usuarios.

La inclusión es el gran reto, porque la realidad demuestra que no hay demasiado, este... y creo que el ejemplo de lo laboral es un buen ejemplo para eso, ¿no? Algunos, no todos, quieren trabajar, ¿no? Y claro, ¿qué posibilidades de trabajo protegido hay? Y bueno, hay pocas, ¿y qué posibilidades de cumplir trabajos no protegidos tienen ellos? Algunos tienen y otros no tienen un lugar donde se pueda insertar, donde se puede sentir incluido y, bueno, no hay mucho, y eso, ‘ta... es culpa de todos, un poco, ¿no? Que la persona tenga una inclusión real y (...) que eso no sea nada del otro mundo, ¿no? Pero para eso tiene que haber unas condiciones que permitan esa inclusión y que la persona bueno, vaya, venga y que tal y que esté como algo fluido, pero para eso tiene que haber condiciones sociales: el cambio social que tiene que haber para que se dé la inclusión, pero eso no está. Eso es donde deberíamos ir, no sé si vamos hacia eso, capaz que sí, a eso es hacia donde deberíamos ir. (Entrevistado 1)

Trabajamos por mucho tiempo para que se diera esto, como de tener la posibilidad de abrir un cupo de puestos en X lado para que se sumen personas que tengan tal dificultad y me parece que eso va como, como más del lado de esto de la inserción. Después pasaba de todo porque (...) obviamente hay un montón de factores que tienen que ver con cómo se incluye el otro desde el humano, desde lo vincular, que si no se trabajan solamente se le hace un espacio, se le hace un huequito y ahí queda, con todas sus dificultades, y con todas las dificultades de los otros para hacer con esa situación nueva, ¿no? (...) Yo creo que la inclusión lleva un trabajo que es primero, que es anterior con el usuario que llega, que es cómo se piensa él, de cómo se piensa ahí con lo que le pasó, de cómo eso lo incluye en una narrativa de una historia de vida y de cómo se posiciona, ¿no?... Si puede presentarse de un lugar diferente al de “Soy un discapacitado que vengo a buscar un lugar”, ¿no?... Cuando se trabaja realmente en la desestigmatización, en la posibilidad de que el otro realmente incluya, de que el otro pueda percibir a quien... al usuario que llega como un par, en un montón de aspectos y que pueda estar viendo como nosotros vemos, potenciales y no solamente carencias, y cuando se trata, ¿no? (...) se trabaja mucho el plano de lo humano, parece que las cosas se articulan de una manera diferente, se da de otra forma y eso me parece que tiene que ver con la inclusión. Estamos lejos de eso todavía... para no quedar como un intermediario, eh... haciendo como más visible la... la falta o las dificultades, de las carencias. Hay con tanto para trabajar todavía, que estamos (...) muy lejos de lo que yo pienso que es la inclusión, pero trabajando para eso igual, ¿no? (Entrevistado 2)

Con frecuencia todos los entrevistados sugieren que la inclusión tiene que ver con la sensibilidad de la sociedad para aceptar a las personas. Si bien la sensibilidad y la empatía son importantes, la inclusión va más allá de la aceptación pasiva. Implica modificar los entornos y eliminar las barreras que impiden la plena participación de todos. En este sentido, se hacen fundamentales las estrategias profesionales del campo de la salud mental para su concreción.

Es que en la inclusión social está todo el tema de la discriminación, ¿no? De los prejuicios que hay con esta población, ¿no? Pero la inclusión de alguna manera va más allá de... de tener un trabajo, sino que puedan ser, como, valorados como sujetos con derechos, no discriminados por tener una enfermedad, comprendidos en su funcionamiento (Entrevistado 4)

Al menos del mío sí, intento. No voy a hablar por todos ¿no? Porque me parece también que depende mucho del terapeuta... eh... yo trato de que sí, de que la inclusión esté. (Entrevistado 5)

En resumen, se pueden observar ciertos errores conceptuales en el discurso de los entrevistados que podrían estar relacionadas con la confusión entre reinserción e inclusión: la limitación en comprender el alcance de la inclusión social más allá del estigma individual, la asignación exclusiva de responsabilidad a las instituciones, y la creencia de que la inclusión se basa únicamente en la aceptación de la sociedad. Esta creencia, en cierta forma, desacumula e incide en cómo los profesionales incluyen y sistematizan en sus prácticas, el trabajo planificado hacia el egreso de los usuarios y la inclusión social.

A saber, la Ley de Salud Mental pone un fuerte énfasis en fomentar, consolidar y fortalecer la vida en comunidad como una alternativa a la hospitalización en instituciones aisladas y especializadas. Este cambio significativo implica una serie de transformaciones y la aparición de un nuevo enfoque para el tratamiento de la salud mental. El cambio principal radica en la concepción del individuo, la forma en que se representa el mundo y la interacción entre ambos. En el paradigma de la complejidad, el enfoque social-comunitario implica abordar integralmente las problemáticas de salud mental, permitiendo que las personas continúen con sus proyectos de vida y mantengan conexiones con su entorno familiar, amigos, instituciones y lugares habituales. En definitiva, como plantea Menéndez, E. (2012), este cambio implica que se preste particular atención a las relaciones sociales tanto entre personas con diagnósticos de enfermedad mental como con el resto de la comunidad a la que pertenecen. De esta manera, se reconoce la participación de diversos actores en el proceso —usuarios, profesionales e instituciones— y se analizan las interacciones que surgen entre ellos (Menéndez, E., 2012).

Para lograr esto es necesario establecer una variedad de recursos estratégicos laborales, de apoyo y de vivienda adecuados a cada situación individual de las personas con

trastornos mentales, formando así una red orientada a fortalecer los lazos familiares y comunitarios. Es en esta línea, se cuenta con lo que define la Ordenanza 1488/019, proponiendo los dispositivos para la atención en salud mental, los que a su vez integran la red de atención a la salud mental.

Es así que el cambio de modelo implica una atención con un enfoque territorial, que privilegie el primer nivel de atención en salud orientado a la prevención y promoción de la salud y que ponga énfasis en los lugares donde se desarrolla la vida de las personas y, en el caso de que sea necesario, se coordinaría con servicios de mayor especialización. La internación sería el último recurso.

Finalmente, cabe destacar que en este sentido y a nivel de territorio e intervención, existe una desarticulación entre el centro y lo posible fuera de él. Se construye una territorialidad cerrada entre un adentro institucional y una ausencia de comunicación fluida con un supuesto exterior, que, en última instancia, también impregna al centro. Visibilizar esta interrelación permitiría superar ciertas dicotomías que encierran y clausuran los tránsitos para el egreso, vinculados a la inclusión social.

VII. Discusión de Resultados y Conclusiones

En este capítulo daremos cuenta de la discusión de los resultados para dar respuesta a los objetivos planteados en esta investigación. En este sentido, el problema abordado tenía como fin poder conocer el funcionamiento del dispositivo clínico grupal psicoterapéutico en los procesos de inclusión social de personas con TMS. Específicamente, el fin era incursionar sobre la potencialidad de este y considerar su aporte para los resultados que busca la implementación de la Ley de Salud Mental en cuanto a favorecer los procesos de inclusión social de estas personas y su concordancia con el paradigma emergente que promueve.

Dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos y los otros dispositivos grupales que abarcan distintas áreas de expresión.

Los dispositivos que definen las actividades a desarrollar en el centro lo hacen desde un abordaje grupal. Se plantea explícitamente que los dispositivos son de tipo “clínico grupal psicoterapéutico”. Asimismo, los entrevistados señalan que el sujeto contemplado, como parte de un grupo, es determinante a la hora de entender la enfermedad mental, así como también su evolución. En este sentido, se considera que el proceso de recuperación es de tipo relacional y que las respuestas de avance van a surgir de ellas. Asimismo, entienden que la estructura grupal, como estrategia de trabajo, se propone como área terapéutica sustitutiva y correctiva, en donde los diferentes enfoques terapéuticos grupales comparten una serie de características peculiares que los distinguen de otras modalidades de intervención (psicoterapéuticas). Le otorgan al grupo su singularidad y una especial importancia en el abordaje del usuario con TMS. De esta forma, se visualiza que los grupos manifiestan características del contexto y del funcionamiento grupal relevantes y generalizables a los diversos formatos que emplean al grupo como herramienta terapéutica para impulsar la autonomía y la autoestima en usuarios del centro. En este sentido, desde el centro se llevan a cabo diferentes tipos de intervenciones grupales que priorizan la socialización de los usuarios:

- talleres de expresión (plástica, música, teatro, literatura, pilates),
- estimulación del desarrollo cognitivo,
- talleres de elaboración artesanal, como cocina y artesanías,
- actividades recreativas,
- asambleas comunitarias,
- meriendas comunitarias,

- entrenamiento en habilidades sociales y de la vida cotidiana,
- psicoterapia individual (si lo requiere),
- psicoterapia grupal,
- trabajo con la familia de forma individual y multifamiliar.

También se observó que estos dispositivos están divididos en dos tipos de formatos de intervención grupal: los grupos de actividad (rehabilitadora) y los grupos psicoterapéuticos (recuperación).

Esta modalidad de trabajo implica la construcción de diferentes estrategias para el tratamiento de los usuarios del centro a partir de dispositivos grupales. En ellos subyace la concepción de un modelo integrativo, donde los procesos grupales que no son exclusivamente terapéuticos inciden y nutren el trabajo los procesos grupales de los dispositivos específicamente clínicos terapéuticos: son parte de un todo en lo que refiere al tratamiento.

Se apreció que el trabajo grupal terapéutico con usuarios con TMS difiere de otros espacios grupales terapéuticos, dado que tiene un enfoque específico en este tipo de trastornos. Los objetivos están centrados en: mejorar de la calidad de vida, fomentar la adherencia al tratamiento —tanto terapéutico como farmacológico—, brindar apoyo psicoeducativo —incluso a la familia del usuario— herramientas para mejorar la comunicación, la promoción de la socialización, el desarrollo personal para el manejo efectivo de los síntomas y el fortalecimiento de la autoestima y la autonomía. Esto desemboca en que los objetivos apunten a una inclusión en la comunidad.

En su gran mayoría, estos espacios se transforman en dispositivos grupales que conforman un conjunto de prácticas, que frecuentemente funcionan articulados y ensamblados con otros dispositivos.

Posicionamiento del profesional en referencia al proceso de inclusión social de los usuarios de dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos

En cuanto al proceso de inclusión social de los usuarios de dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos, y a partir de las valoraciones que se tienen de los resultados por parte de los profesionales del centro, se pueden observar ciertos errores conceptuales relacionados a la confusión entre reinserción e inclusión: la limitación en comprender el alcance de la inclusión social más allá del estigma individual, la asignación exclusiva de responsabilidad a las instituciones y la creencia de que la inclusión se basa únicamente en la aceptación de la sociedad. Esta creencia, en cierta forma, desacumula e incide en la inclusión social, en el trabajo planificado hacia el egreso de los usuarios y en cómo los profesionales incluyen y sistematizan sus prácticas.

Para que esto sea posible, es necesario que las instituciones de salud, cualquiera de ellas, promuevan un trabajo para generar y consolidar una diversidad de dispositivos asistenciales, laborales y habitacionales adecuados a cada situación personal de los sujetos con padecimientos mentales que conformen una red orientada a la promoción del fortalecimiento de los lazos familiares y comunitarios.

Asimismo, otro aspecto fundamental es la formación académica técnico-profesional en el campo de la salud mental para mejorar las prácticas profesionales y la atención clínica. En relación al cambio del paradigma de atención que plantea la ley, los organismos internacionales, tanto la OMS (2006) y la OPS (2009), enfatizan la necesidad de fortalecer y formar recursos humanos en este ámbito como una de las principales áreas estratégicas para mejorar la atención que se brinda en salud mental. A su vez, el Plan Nacional de Salud Mental del 2020 de nuestro país destaca la importancia de la formación del personal para garantizar una atención de calidad. Es fundamental que la formación esté alineada con los cambios de paradigma y de modelo de atención, y actualizar los contenidos formativos para contar con trabajadores con competencias adecuadas. En este marco, la Universidad de la República (2020) ha emitido una resolución en la que: reconoce la importancia de implementación total de la Ley N° 19 529 de Salud Mental, se compromete a apoyar y esforzarse para acompañar ese proceso y se aboca a realizar su mayor esfuerzo político y académico para construir ámbitos de enseñanza, extensión e investigación de grado y posgrado, orientados por los principios centrales concertados en la ley para el trabajo en el campo de la salud mental. El objetivo es que los ámbitos de formación de profesionales de la salud se alineen con el cambio de paradigma en la atención de salud mental, brindando una formación integral, interdisciplinaria y centrada en los derechos, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a lo largo de todas las etapas de su vida.

En este sentido decimos que la inclusión social no es solo responsabilidad de las instituciones, sino de toda la sociedad. La sociedad —y eso incluye a todos los actores que la conforman y participan en ella— tiene un papel crucial a desempeñar en la creación de un ambiente inclusivo y equitativo. Esto debe ser parte de una planificación con determinados objetivos de trabajo —sumado la puesta en marcha de un conjunto de estrategias para poder lograrlo— para viabilizar en los contextos indicados esos movimientos a partir del trabajo articulado con el resto de los dispositivos de salud y de educación.

Intervención en el Dispositivo Clínico Grupal Psicoterapéutico

En lo que refiere a las concepciones de los profesionales sobre la intervención con dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos, se conoció que algunos de ellos trabajan desde un marco cognitivo conductual, otros desde el psicoanálisis y otros desde un enfoque

sistémico. También se enunció, como forma de trabajo clínico, la postura ecléctica desde una perspectiva integradora.

Según los entrevistados y con respecto a la mirada psiquiátrica, se plantea que debería existir un diálogo que consolide el abordaje entre la dimensión psicológica y la dimensión biológica de la salud mental. Sin estimar uno por sobre el otro, los profesionales entrevistados destacaron que los psicólogos tienen mayor apertura para sostener este ejercicio interdisciplinar y de abordaje integral.

No obstante, se puede inferir un ruido conceptual a la hora de enmarcar la práctica psicológica integrativa y es dificultoso apreciar cómo el marco teórico de los profesionales se transforma en una práctica concreta para los fines terapéuticos de los dispositivos grupales. Los entrevistados refieren que muchas veces hay marcos teóricos que están presentes en sus intervenciones sin incluso saberlo, lo cual muestra un desconocimiento de lo que termina construyendo sus prácticas. Asimismo, parecería que existe una suerte de contradicciones en función de las corrientes teóricas en que se enmarcan a la hora de su intervención. En esta dirección, pareciera que tanto la población como el conjunto de actividades determinan la modalidad teórica de sus prácticas. No se trataría de un posicionamiento teórico lo que objetiviza la práctica psicológica, sino que las actividades que se realizan son el marco a objetivar y, en ocasiones concretas y frecuentes, se produce un desdibujamiento del rol del psicólogo.

De forma insistente, surgió que sus intervenciones están posicionadas en un rol directivo y de sostén en el espacio grupal. Con respecto a tener una postura más directiva desde la coordinación, expresan que podría ser por la falta de experiencia profesional y por el miedo que genera esta población en los más jóvenes, lo que obstaculiza la posibilidad de asombro a la hora de intervenir.

Por otra parte, la posición en la cual el profesional se inserta para realizar su trabajo da cuenta de cierta pasividad a la hora de ejercer su rol y sus intervenciones. Esto nos estaría hablando de que el funcionamiento de la institución también promueve en sus prácticas una necesidad de amoldarse y acomodarse para llevar adelante la coordinación. Se trata de algo instituido del centro, que hace obstáculo a lo nuevo instituyente que puede estar presente en la formación de cada profesional que ejerce un rol de coordinación en los dispositivos clínicos psicoterapéuticos.

En cuanto a la conformación de la dupla de profesionales que abordan los grupos, se realiza en función de los recursos humanos con los que cuenta el centro y no de acuerdo a un interés de convergencia de los aspectos teóricos en las intervenciones, tal y como sería en una situación ideal de una perspectiva integradora. Es posible apreciar la disposición de hegemonización del discurso de las terapias cognitivo conductuales por sobre otros modelos teóricos: una postura de clausura que se distingue por completo de la perspectiva

integradora mencionada anteriormente. En esta línea de argumentación también se puede apreciar cómo en algunos relatos hay una segregación del discurso psicoanalítico, lo que conforma un obstáculo para la intervención. Se hace necesario pensar hasta qué punto el rechazo explícito a otro posicionamiento teórico en el trabajo con esta población es eficaz en el ejercicio de la coordinación, sobre todo teniendo en cuenta que la otra postura teórica se encuentra presente y no hay un diálogo posible desde la interpretación de su propia práctica en el grupo. A su vez, se denota la ausencia de acuerdos en cómo llevar adelante la intervención en el grupo, lo cual puede volverse enteramente contraproducente en el ejercicio de coordinación: el otro profesional debe amalgamarse a las propuestas de quien tiene una coordinación más activa. En caso contrario, y a la luz de otro planteo, podemos observar cómo encuentran más viable la intervención y el diálogo entre coordinadores cuando existe una similitud de recorrido dentro de la formación y un mismo posicionamiento conceptual y teórico.

También se puede apreciar que, frente a la discordancia de abordaje teórico en una misma dupla de coordinación de un grupo, existen otras posturas en un mismo fenómeno que insiste y que acordamos en llamar *amalgamiento*. En este caso, se busca incorporar lo que le resulta adecuado para determinados estares circunstanciales y propios de las patologías de los usuarios.

De todos modos, retorna la interrogante mencionada, ya que ¿hasta qué punto se trata de una postura integrativa, de una hegemonización de un discurso sobre otro o de una inclusión práctica de herramientas de otra corriente, debido a una ausencia significativa de herramientas del propio marco teórico?

Por otra parte, se puede inferir que existe una interferencia a nivel conceptual entre el objetivo del grupo clínico psicoterapéutico y la noción de seguimiento. Lo que se realiza es un acompañamiento de los usuarios en sus distintos tránsitos e inserciones dentro y fuera del centro (pasaje por los talleres y también por otras instituciones), lo cual se distingue de abordar de forma clínica con objetivos terapéuticos la dimensión del padecimiento. Esto implica que existe una incorporación del seguimiento en la tarea del coordinador, lo cual se podría apreciar como un apartamiento del objetivo que se traza en una estrategia clínica de un dispositivo psicoterapéutico. De todos modos, este abordaje reviste su importancia, por lo cual surge la interrogante de si es necesario, en este sentido, generar dos dispositivos: uno específicamente psicoterapéutico, y otro para el seguimiento de los usuarios en sus actuales tránsitos que hacen también a sus tratamientos.

Se observa que estos usuarios necesitan de una red de dispositivos terapéuticos que incluyan elementos de estimulación cognitiva y funcional, apoyo y comprensión de las dificultades ajustados a las necesidades de cada sujeto, pero parecería que técnicamente los profesionales se sitúan en el lugar de “sostener” como parte de lo terapéutico. Esto, por

momentos, deriva en un modelo donde el profesional opera como una prótesis para que los usuarios puedan funcionar. Esta postura puede conllevar a acentuar sus carencias, evitando promover sus potencialidades, y una futura emancipación del centro.

Cabe señalar que se observa un esfuerzo práctico de ejercer la coordinación de los grupos clínicos psicoterapéuticos desde una postura integradora. No obstante, se distingue del ideal de la directiva del centro de adoptar una postura ecléctica en la medida de que no se genere una cosmovisión acerca del campo de problemas a abordar. Lo que se produce es un fenómeno de amalgamamiento entre los coordinadores, sobre todo entre aquellos que se posicionan desde distintas líneas teóricas. Frente a este fenómeno, las posturas que se observan son tres:

- Existe una disputa por la hegemonización de un discurso teórico sobre otro.
- Se observa una falencia en la que se incluyen prácticamente herramientas de otra corriente debido a la falta considerable de herramientas del propio marco teórico.
- Estas situaciones pueden generar interferencias en los objetivos terapéuticos, ya que existe una función de seguimiento y acompañamiento desde una coordinación con un rol “directivo y de sostén” que puede provocar el desdibujamiento del rol profesional.

Desde el enfoque de la psicología integrativa se reconoce que ninguna de las posturas mencionadas se adapta completamente a él, ya que este enfoque busca incorporar diversas explicaciones sobre el fenómeno a abordar, valorando igualmente cada una de ellas. No se jerarquiza una sobre la otra, ni se descarta alguna por falta de operatividad.

Sin embargo, queda evidenciado que todas las actividades grupales realizadas en el centro contribuyen a los objetivos terapéuticos para los profesionales, lo cual está en línea con la perspectiva de la psicología integrativa en términos de rehabilitación psicosocial.

En este sentido, se puede afirmar que este funcionamiento promueve la interacción y la integración de conocimientos entre la organización, los profesionales, los estudiantes en prácticas y el personal del centro en relación a las diferentes situaciones que forman parte del proceso de los usuarios a medida que transitan por la institución. Estas actividades grupales actúan como facilitadores de conexiones entre los diversos aspectos que reflejan las problemáticas mentales específicas de los usuarios y la singularidad única de cada uno de los involucrados, dentro de un contexto micro, meso y macrosocial en el que interactúan los distintos actores. Podría decirse que estos grupos se diseñan con el objetivo de abordar integralmente cada individuo, teniendo en cuenta su vivencia, sus experiencias y respetando su singularidad, su capacidad de aprendizaje y sus dificultades, sus intereses y expectativas y su historia personal y familiar.

Aporte del dispositivo clínico grupal psicoterapéutico en función de los resultados que busca la implementación del nuevo modelo de atención (Ley de Salud Mental).

En lo que respecta al aporte del dispositivo clínico grupal psicoterapéutico, en función de los resultados que busca la implementación de la Ley de Salud Mental para favorecer los procesos de inclusión social de personas con TMS y su concordancia con el paradigma emergente que la misma promueve, se obtienen datos concretos de las dificultades que tienen en el centro para lograr el egreso de los usuarios.

Todos los actores entrevistados contestaron afirmativamente frente a la pregunta de si el dispositivo clínico grupal psicoterapéutico favorece a los procesos de inclusión social. De todos modos, entienden que el objetivo de la inclusión social no se produce con frecuencia, dado que, de alguna manera, falta mucho por avanzar en el cambio de modelo de atención hacia el nuevo paradigma de la salud mental.

Aunque el centro busca fomentar un enfoque de apertura que facilite un proceso de transición sin limitar las posibilidades de los usuarios y sin institucionalizar su estadía, es evidente que los egresos no son frecuentes. Si bien los profesionales reconocen las dificultades que enfrentan al poner esto en práctica durante las diferentes etapas de intervención, ofrecen diversas justificaciones para la falta de egresos. No se visualiza un resultado claro en la reinserción y, más lejos aún, una verdadera inclusión social de estos usuarios como lo promueve la Ley de Salud Mental.

Se señala al centro como un lugar protegido, como una comunidad más pequeña, y se destaca la importancia de incluir a las familias de los usuarios en el tratamiento. Además, se enfatiza que este proceso no solo desempeña un papel crucial en el transcurso del tratamiento, sino también en los cambios subjetivos que deben darse a nivel profesional y social para lograr la inclusión. En este sentido, se subraya la importancia de comprender que la enfermedad mental y sus condiciones no dependen de la clase social del individuo ni de su ubicación o contexto.

Es importante destacar que todos los grupos que conforman los dispositivos del centro tienen una perspectiva que va en contra de cualquier tipo de segregación, más allá del funcionamiento estructural subjetivo de cada usuario, lo cual es especialmente relevante si consideramos que sus objetivos tienen como fin la inclusión social.

Asimismo, se enfatiza que el trabajo grupal terapéutico con usuarios con trastornos mentales graves difiere de otros espacios grupales terapéuticos, ya que se enfoca específicamente en este tipo de trastornos. Los objetivos están centrados en: mejorar de la calidad de vida, fomentar la adherencia al tratamiento —tanto terapéutico como farmacológico—, brindar apoyo psicoeducativo —incluso a la familia del usuario— y brindar herramientas para mejorar la comunicación, la promoción de la socialización, el desarrollo

personal para el manejo efectivo de los síntomas y el fortalecimiento de la autoestima y la autonomía. Esto desemboca en que los objetivos apunten a una inclusión en la comunidad. De esta manera, estos espacios se convierten en dispositivos grupales que comprenden un conjunto de prácticas que a menudo funcionan de manera articulada y conectada con otros dispositivos, con el fin de promover la creación de redes como resultado de dicha intervención, incluso dentro del mismo centro.

Se observa una brecha entre lo establecido y promulgado por la nueva Ley de Salud Mental y las prácticas que se llevan adelante enmarcadas en la vida institucional del centro. De igual modo, se puede observar que existe un conjunto de potencialidades de los dispositivos que están actualmente en marcha que no terminan de plasmar su efectividad en la transición hacia el nuevo modelo.

Por el contrario, en cuanto a la comunidad terapéutica, se observa que sí hay egresos de la comunidad. Esto no implica que egresen a la vida social, sino que generalmente el usuario, luego de su proceso por la comunidad, aún continúa su tránsito por diferentes programas del centro.

El número de usuarios que abandonan el tratamiento es elevado y los egresos no son tales. Los profesionales visualizan la falta de egreso como un obstáculo, pero no hay una mirada crítica en el sentido de revisar lo que se hace y cómo se hace para la búsqueda de mejoras en los dispositivos en los que trabajan y en su práctica profesional. Salvo alguna excepción, en dos relatos, donde los entrevistados manifiestan interpelarse y preguntarse qué podría estar pasando o qué cosas son las que se deberían realizar para poder avanzar en ciertos aspectos previstos. Cabe destacar que los profesionales que están insertos en otros centros de salud mental también dan cuenta de la misma problemática en sus otros ámbitos de trabajo.

Cabe mencionar que estas críticas parecerían estar proyectadas por fuera de su trabajo personal, ya sea en el centro, en el sistema o en la no implementación total de la Ley de Salud Mental. Sin embargo, desde la directiva de la institución, podemos observar que muchas veces las dificultades también se centran en los propios técnicos y en sus prácticas. En cuanto al trabajo en función del modelo emergente de salud mental, se referencia un avance y un posicionamiento adecuado, pero rápidamente surge la preocupación de los cambios que faltan, no solo en el sistema de salud, sino en los profesionales que trabajan en este.

Aunque en este proceso de transición —como ocurre con cualquier cambio de paradigma— todavía falta implementar, presupuestar, desarrollar y ajustar las políticas estatales conforme a lo establecido en la ley, también se espera que los profesionales del campo de la salud mental mejoren las prácticas existentes para crear las condiciones óptimas que impulsen los cambios deseados. Se espera que, además, contribuyan a la

construcción del nuevo paradigma identificando los obstáculos y reflexionando sobre ellos, para así comprender las dificultades que obstaculizan el avance y frenan la consolidación y exploración de las otras posibilidades de los dispositivos clínicos psicoterapéuticos en este caso.

A pesar de los desafíos, conflictos y obstáculos complejos que enfrentan los profesionales en su práctica psicológica diaria, y en medio de un cambio de paradigma en el enfoque de la salud mental, podemos reconocer la importancia y contribución de los dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos, así como de aquellos que no lo son, como un conjunto que promueve la rehabilitación integral de las personas con TMS. Además, es crucial reflexionar sobre cómo concebimos estos dispositivos clínicos, cuáles son nuestros objetivos y qué potencial tienen.

En resumen, podemos identificar ciertos errores conceptuales en el discurso de los entrevistados, que parecen estar relacionados con la confusión entre reinserción e inclusión. Estos errores incluyen una limitación en comprender la verdadera amplitud de la inclusión social más allá del estigma individual, la asignación exclusiva de responsabilidad a las instituciones y la creencia errónea de que la inclusión se basa únicamente en la aceptación de la sociedad.

Esta creencia equivocada afecta la forma en que los profesionales abordan y sistematizan sus prácticas, limitando el trabajo planificado hacia la reinserción de los usuarios y la inclusión social. Es importante destacar que a nivel territorial y de intervención hay una desconexión entre el centro y lo que es posible fuera de él. Se crea una territorialidad cerrada donde existe falta de comunicación fluida con un supuesto exterior, y esto finalmente también afecta al centro mismo. Poder visibilizar esta interrelación posibilitaría superar ciertas dicotomías que encierran y obstaculizan los procesos de transición hacia la reinserción y la inclusión social.

A saber, la Ley de Salud Mental (2017) destaca la importancia de considerar a las personas como seres biopsicosociales, promoviendo el derecho universal a la salud y la salud mental para todos. También hace hincapié en la necesidad de acciones intersectoriales e interinstitucionales, así como el papel crucial del territorio, la comunidad y el primer nivel de atención como puntos de entrada al sistema de salud. Asimismo, pone énfasis en fomentar, consolidar y fortalecer la vida en comunidad como una alternativa a la hospitalización en instituciones aisladas y especializadas. Este cambio significativo implica una serie de transformaciones y la aparición de un nuevo enfoque para el tratamiento de la salud mental. El cambio principal radica en la concepción del individuo, la forma en que se representa el mundo y la interacción entre ambos. En el paradigma de la complejidad, el enfoque social-comunitario implica abordar integralmente las problemáticas de salud mental, permitiendo que las personas continúen con sus proyectos de vida y mantengan conexiones

con su entorno familiar, amigos, instituciones y lugares habituales. Para lograr esto, es necesario establecer una variedad de recursos laborales, de apoyo y de vivienda adecuados a cada situación individual de las personas con trastornos mentales, formando así una red orientada a fortalecer los lazos familiares y comunitarios. El cambio de modelo conlleva a adoptar un enfoque territorial en la atención de la salud, priorizando la atención primaria y centrándose en la prevención y promoción de la salud. Se hace hincapié en los lugares donde las personas viven y se desenvuelven en su día a día. Este cambio de enfoque reconoce la importancia de abordar la salud desde una perspectiva más amplia y holística, teniendo en cuenta no solo los aspectos médicos, sino también los sociales, ambientales y culturales que influyen en el bienestar de las personas. En el caso de que sea necesario se coordinaría con servicios de mayor especialización, siendo la internación de la persona el último recurso.

En suma, tanto el enfoque de la integración social como el de la inclusión social resaltan la relevancia de fomentar la participación activa de las personas con diversas capacidades en la sociedad. Esto no implica solamente abrir espacios y estructuras de convivencia, sino también transformar los entornos para eliminar las barreras y desigualdades que obstaculizan la plena participación de cada individuo. Al reconocer y valorar la diversidad, podemos construir una sociedad más inclusiva y equitativa para todos sus miembros.

VIII. Consideraciones Finales

Razonar con dialéctica, o sea, no suponer jamás que nuestro conocimiento es acabado e inmutable, sino indagar. En la teoría del conocimiento, como en todos los otros dominios de la ciencia, hay que razonar con dialéctica, o sea, no suponer jamás que nuestro conocimiento es acabado e inmutable, sino indagar de qué manera el conocimiento nace de la ignorancia, de qué manera el conocimiento incompleto e inexacto llega a ser más completo y más exacto.

V.I.Lenin, 1902.

Esta investigación se trató de un estudio de caso de corte cualitativo llevado adelante en un centro de rehabilitación psicosocial. Su estrategia metodológica conllevó un trabajo de campo conformado por entrevistas a los profesionales que desempeñan el rol de psicólogos en dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos dentro del centro. Cabe mencionar que se profundizó en el mismo, a partir del relato y la narrativa de los participantes. En ellas se buscó analizar las significaciones de los actores sociales entrevistados que forman parte de la institución para adentrarnos en la comprensión de los dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos desde sus propias concepciones y elaboraciones discursivas. Por lo tanto, es fundamental reconocer las limitaciones de este trabajo en el sentido de que no se puede generalizar sus resultados, dado que los mismos se refieren específicamente al centro. En esta perspectiva, el objetivo era brindar una descripción, comprensión e interpretación de los fenómenos mediante las percepciones y significados generados por las experiencias de los participantes, de manera que se pueda desarrollar creencias propias acerca del fenómeno desde la posición del investigador.

Sería interesante, para otras investigaciones futuras, analizar el funcionamiento de otros centros de rehabilitación, por ejemplo, a partir del diseño de estrategias metodológicas que incluyan la comparación de resultados con los obtenidos en este estudio. Esto habilitaría a pensar otras aristas del fenómeno, avanzar en su comprensión desde la producción de conocimiento científico y aportar en la alineación del trabajo existente en dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos, con el nuevo paradigma de atención en salud mental.

Este estudio de caso en un centro de rehabilitación psicosocial de Montevideo permitió indagar y reflexionar a través de la organización de los problemas identificados en el proceso de trabajo. Asimismo, propició un diálogo de manera crítica entre las referencias bibliográficas utilizadas para esta investigación y los diferentes actores involucrados,

posibilitando conocer y reflexionar acerca del funcionamiento del dispositivo clínico grupal psicoterapéutico en los procesos de inclusión social de personas con TMS. El diálogo evitó que el conocimiento se vuelva cerrado en sí mismo y no quedara atrapado en un régimen de enunciación duro, restringido, sino apuntar a líneas de apertura para una reflexión que logre desplegar su segmentariedad múltiple produciendo efectos, incluso allí donde no se los pensara ni se los visualizara. Se logró dar un lugar así a un análisis que alcance a ser una síntesis superadora del lugar de conocimiento desde donde se partía.

En Uruguay, en los últimos quince años, como resultado de movilizaciones y reclamos, se advierte un aumento en las demandas de cambios significativos en el enfoque de la salud mental por parte de diversos sectores de la sociedad, la política y la academia. Estos reclamos desembocaron, en el año 2015, en el inicio de un proceso de debate sobre la reforma de la legislación vigente, liderado por el Ministerio de Salud Pública y con la participación de la sociedad civil, organizaciones y diversas instituciones. Este proceso de reforma se consolidó como hecho político e histórico con la aprobación de la Ley de Salud Mental N° 19 529 en el año 2017.

Desde la promulgación de la Ley de Salud Mental en Uruguay, y en consonancia con el Plan de Salud Mental aprobado por el MSP en febrero de 2020 y la normativa vigente vinculante, se ha producido un cambio hacia un modelo social comunitario en el abordaje de la salud mental, abandonando el modelo asistencial y de aislamiento institucional (manicomial) y dando preferencia a un modelo de atención centrado en la salud y dejando atrás el modelo centrado en la enfermedad.

Esto ha dado lugar a un nuevo paradigma de atención en salud mental. Entre los principios establecidos, se destaca la necesidad de un cambio en el modelo de atención, centrado en los derechos de las personas, con la implementación y desarrollo de servicios comunitarios de salud mental en el territorio. Además, la ley establece que este abordaje debe ser interdisciplinario e intersectorial, y orientado hacia la promoción, fortalecimiento y restitución de los vínculos sociales, en concordancia con el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS. Este cambio de paradigma implica un proceso de desinstitucionalización, basado en los artículos 37 y 38 de la ley, que implica el cierre de instituciones asilares y monovalentes, tanto públicas como privadas, a través de un proceso planificado de desinstitucionalización hacia el año 2025 y la creación de estructuras alternativas que fomenten la integración psicosocial de las personas que utilizan los servicios de salud. Un aspecto trascendente de este cambio se plasma en el segundo inciso del artículo 37, que se refiere a las estructuras alternativas y establece que no deben reproducir prácticas restrictivas que generen exclusión, alienación, pérdida de contacto social y limitación de las potencialidades individuales. Esto está en consonancia con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) y otros tratados

y estándares internacionales sobre salud mental y derechos humanos. Asimismo, la ley pone énfasis en la integralidad de las personas como seres biopsicosociales, el derecho universal a la salud y la salud mental para toda la población, así como la necesidad de acciones intersectoriales e interinstitucionales, dando importancia al territorio, la comunidad y el primer nivel de atención como puntos de entrada al sistema de salud.

Otro aspecto necesario a tener presente es la formación académica técnico-profesional en el campo de la salud mental. Los organismos internacionales —OMS (2006) y OPS (2009)— señalan la necesidad del fortalecimiento y formación de recursos humanos como una de las principales áreas estratégicas para mejorar la atención que se brinda en salud mental, lo que resulta imprescindible para viabilizar la implementación de la ley. En consonancia con los organismos internacionales, el Plan Nacional de Salud Mental del 2020 del MSP advierte la importancia de la formación de los trabajadores que realicen su labor en este campo para garantizar una atención adecuada y de calidad. Es así que especifica que

La formación y educación continua de los trabajadores de la salud debe ir alineada con cambios de paradigmas y de modelo de atención. La planificación y gestión de la formación y la capacitación del personal de la salud, requiere un análisis de la oferta y demanda en términos de cantidades, pero también actualizar los cambios de contenidos, de forma de generar un personal con competencias adecuadas para ofrecer una atención de calidad y satisfacer las necesidades integrales de las personas. (p. 64)

En esta línea, UdelaR (2020) hace hincapié en la importancia de establecer las condiciones adecuadas en los ámbitos de formación de profesionales de la salud para impulsar un cambio de paradigma en el modelo de atención en salud mental. Esto implica priorizar una formación integral basada en el trabajo en equipo y con enfoque en los derechos, el género, las generaciones, la multiculturalidad y la inclusión social. Además, se destaca la necesidad de promover espacios de producción de conocimiento relevante que contribuyan al desarrollo de herramientas de intervención psicosocial integral en la atención de la salud mental. Se trata de aportar a la construcción de un nuevo paradigma de atención en la formación de los profesionales que involucre a la comunidad y contribuya a fomentar la inclusión social, tal como lo establece la ley. Asimismo, se pone un fuerte énfasis en la formación desde una perspectiva integral de funciones basada en la construcción de nuevos conocimientos y enfoques teóricos. Esto permite desarrollar metodologías, estrategias de intervención y un enfoque multi- e interdisciplinario en la práctica profesional en este campo. Se busca enfáticamente acciones eficaces y eficientes para la promoción, prevención y atención en un nuevo modelo de salud mental, así como para la rehabilitación y los procesos de inclusión social. Esto contribuirá a brindar una atención en salud mental de calidad y a reducir los procesos de estigmatización y discriminación social.

En la actualidad seguimos en un proceso de transición hacia la implementación total de lo previsto en la Ley de Salud Mental. Como en cualquier proceso de cambio, es importante distinguir ciertos desafíos clave que reflejan un escenario altamente complejo. Algunos de estos desafíos se relacionan con situaciones urgentes y coyunturales generadas en el contexto de la crisis COVID-19, que desembocaron en retrasos importantes —dado que implicaron respuestas urgentes para la situación de emergencia, y se podría entender que no estaban en consonancia con el cambio de modelo— y otros, de índole más estructural, que están relacionados con el cumplimiento de regulaciones, que requieren respuestas a corto, mediano y largo plazo. Aun así, con un montón de dispositivos creados para la atención integral en salud mental desde una perspectiva de derechos, el mayor desafío sigue siendo viabilizar las propuestas de desmanicomialización y consolidar el modelo social comunitario. Parte de la complejidad se relaciona con la coexistencia de los dos modelos, lo que se refleja en las prácticas profesionales, observándose esa contraposición, y en el enfrentamiento. Asimismo, persisten las movilizaciones reclamando el cumplimiento de la ley. Por otro lado, persisten las disputas por la homogeneización de las prácticas profesionales en el campo de la salud, en cierto sentido. En estas prácticas profesionales nos encontraremos con distintas posturas ideológicas, enclasmientos sociales, atravesamientos de políticas públicas, económicas y el doble juego de la presencia/ausencia del estado. Es menester deconstruir ciertas lógicas y entender cómo operan estas en la relación entre las instituciones que atraviesan el contexto a abordar y los sujetos. En parte, será el entorno el que tendrá el poder de crear y mantener una arraigada cultura en las personas. No podremos comprender completamente este fenómeno si no intentamos entender primero cómo se ha establecido y qué tipo de cultura e ideología promueve.

Desde una perspectiva macrosocial, en referencia al momento sociohistórico contemporáneo, la reforma de la salud mental se enmarca en la puesta en marcha de un modelo social comunitario, donde las prácticas promovidas para su consolidación van en contra de los cometidos propios del neoliberalismo —que implica, en breves palabras, la libertad económica y el libre mercado— cuyo fin son la privatización y la desregulación. Actualmente, experimentamos cómo se deja atrás un estado benefactor para implementar un estado de competencia que inevitablemente, como resultado, profundizará la desigualdad social.

En el campo de la salud mental interesa puntualizar algunos de los propósitos que emergen en función de las formas de tratamientos farmacológicos como vectores de construcción y desarrollo de un avanzado proceso medicalizador en la sociedad. En este proceso, la industria farmacológica no queda por fuera. Su papel es parte fundamental de la producción de estrategias diagnósticas para abordajes terapéuticos focalizados en el

consumo de medicamentos, delineando nuevas subjetividades. Esto implica a sus formas de padecimiento en relación con el objetivo del consumo de los mismos. Para que fluya este capital, “el mundo debe estar libre de trabas, barreras, fronteras fortificadas y controles. Cualquier trama densa de nexos sociales, y particularmente una red estrecha con base territorial, implica un obstáculo que debe ser eliminado” (Bauman, 2003, p.19-20). Es en este sentido que los estados, desde hace algunas décadas, han participado en un proceso de flexibilización de los derechos y seguridades laborales y de los sujetos en general, lo que ha repercutido en el ascenso de los índices de pobreza y desigualdad social en nuestra región y en el mundo. Por otra parte, tampoco quedan afuera los intentos de privatizar y mercantilizar la atención de la salud mental de nuestro país, que promocionan servicios a tan solo quien puede solventarlos económicamente.

Este tipo de políticas y su aplicación repercuten en el campo de toda la salud, pero a un nivel meso. En el campo de la salud mental, las precariza, las estalla. Apunta a desacumular en calidad de formación, a la vez que la desfinancia, otorgándole magros presupuestos con el fin de aislarla; esto que conduce a enfrentarnos con un momento socio-histórico caracterizado por la desarticulación de lo colectivo y de los lazos sociales solidarios. Desemboca en lo que se entiende como sociedad actual, donde el poder tiende a favorecer la fluidez y la ausencia de vínculos sólidos entre las personas, lo que lleva a una desintegración de la estructura social tradicional y a una mayor fragilidad en las relaciones y la organización colectiva como plantea Bauman (2003).

Es así que se advierte la necesidad de que se avance en la implementación de la Ley de Salud Mental por parte de todos los prestadores que integran el SNIS. Para ello, es menester adecuar sus estructuras, prestaciones, perfil de los recursos humanos y organización del trabajo de acuerdo a las disposiciones de la normativa vigente para la atención integral y de calidad de la salud mental.

Por otra parte, esta desacumulación provoca también disputas de poder profesional en el campo de la salud mental, no solo por la lucha de quién hegemoniza las prácticas profesionales, sino también en ocasiones por la mercantilización de dicho campo. En este sentido, es evidente el impacto y retraso que experimentan las instituciones encargadas de formar a los profesionales en el campo de la salud. Estas instituciones se enfrentan a desafíos para generar las condiciones necesarias y garantizar, tanto en la formación como en la generación de conocimiento, la implementación de nuevos programas y la reorientación de los existentes, que cumplan con: estar acordes al cambio de paradigma del modelo de atención en salud mental y que se dé prioridad a una formación integral e interdisciplinaria basada en el trabajo en equipo, con perspectiva de derechos y que apueste a la mejora de la calidad de vida de las personas a lo largo de su vida.

Estas situaciones frenan el avance de los cambios necesarios en materia de salud mental y perpetúan las lógicas de manicomialización, que es el efecto contrario a lo que se espera.

Por último, a un nivel micro, se da cuenta de lo sociopsíquico (sujeto singular), donde particularmente se afectan las relaciones entre los sujetos, la interacción de estos en diversos grupos, organizaciones e instituciones de referencia y el resultado de un proceso productivo que pasa por el interior de los individuos y en torno a su sociedad. En síntesis, la interacción entre los individuos y su historia personal está intrínsecamente relacionada con el entorno social que los define. Esta interacción se manifiesta a través de prácticas concretas en el presente. El individuo, como tal, requiere ser creado *a priori* como resultado de la historicidad, es decir, como el resultado de un proceso histórico continuo. Este proceso histórico se representa como una especie de nebulosa gigantesca e indefinida que abarca todo en una forma inevitable e irreversible. Esta nebulosa es la fuente y la razón de la dinámica del individuo.

En efecto, todas estas complejidades, que irrumpen por momentos imperceptibles y hasta invisibles, tienen —de manera subyacente— el objetivo de construir un sujeto aislado y de fomentar el individualismo, la fragmentación y la mercantilización de las vidas cotidianas a través de la competencia, lo que conduce inevitablemente a la violación de los derechos humanos. Como resultado, la exclusión y la marginalidad vuelven a ser una constante, y sitúan a los sujetos en una posición marcada por el estigma y fuera del ejercicio de sus derechos. Ejemplo de esto: podemos ver el aumento de las personas viviendo en situación de calle en nuestro país. Es una realidad presente. A lo largo de la historia, la pobreza, la mendicidad, la indigencia y la locura han sido marginadas y excluidas de la sociedad. Existen diversas razones que llevan a estas personas a encontrarse en esta situación, como la pérdida de la actividad laboral, la falta de apoyo emocional, social y familiar, problemas de salud mental y la imposibilidad de sostener sus necesidades básicas. Sin embargo, la principal causa es la ruptura de los lazos sociales y la falta de redes de apoyo, lo cual se suma al sufrimiento psíquico que experimentan al vivir en la calle en un sistema que los excluye y fragmenta. Además de la falta de vivienda, también enfrentan otras violaciones a sus derechos fundamentales, como el acceso limitado a servicios de salud, educación, empleo e identidad. También sufren diversas formas de violencia, así como dificultades tanto físicas como mentales, debilitando aún más los pocos lazos que pueden tener o incluso careciendo por completo de ellos.

Por último, parece que estamos viviendo en una época sociohistórica marcada por la falta de progreso, la disolución de los colectivos, la debilitación de los vínculos sociales y las redes solidarias. Es en este sentido, la apuesta por la construcción de dispositivos clínicos grupales psicoterapéuticos para el abordaje de personas con TMS se hace fundamental, a la

vez que optimizarlos como herramienta de abordaje para el tratamiento de la salud mental.

.

Referencias Bibliográficas

- Almirón, L. (2008). Construcción rizomática del concepto de Salud Mental. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14(4), 56-65. https://www.alcmeon.com.ar/14/56/08_almiron.pdf
- Amarante, P (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topia. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-del-centro-de-la-provincia-de-buenos-aires/salud-mental-i/o-amarante-p-2009-cap-1-salud-mental-territorios-y-fronteras-en-superar-el-manicomio-salud-mental-y-atencion-psicosocial-buenos-aires-topia/31432939>
- Amico, L. (2004). Desmanicomialización: Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental. *Revista Margen, Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales*, (35). <https://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>
- Amico, L. (2005). *La institucionalización de la locura: la intervención del Trabajo Social en alternativas de atención*. Espacio.
- Ardila-Gómez, S., Hartfiel, M.I., Fernández, M.A., Ares Lavalle, G., Borelli, M. y Stolkiner, A. (2016). El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. *Salud Colectiva*, 12(2), 265-278. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.1000>
- Asociación Internacional de Psicoterapia Integrativa (2021). *¿Qué es la Psicoterapia Integrativa?* <https://integrativeassociation.com/what-is-integrative-psychotherapy/>
- Arzaluz Solano, S. (2005). La utilización del estudio de caso en el análisis local. *Región y sociedad* 17(32), 107-144. <https://www.scielo.org.mx/pdf/regsoc/v17n32/v17n32a4.pdf>
- Ávila Espada, A. (30-31 de octubre de 2015). *La Clínica Relacional: Perspectiva grupal para las Intervenciones en Salud Mental* [Conferencia inaugural]. Conferencia XVIII Jornadas de APAG: "Convergencias en el trabajo grupal: Pensando juntos ante las nuevas demandas", Madrid, España.
- Bardazano, G. (26 de mayo de 2018). *Incidencia de los marcos jurídicos en los cambios culturales: a propósito de la ley 19.529*. Hemisferio Izquierdo. <https://www.hemisferioizquierdo.uy/>
- Barembliitt, G. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes. Teoria e prática*. Instituto Félix Guattari.
- Barreto A. (29 de octubre de 2011). Thérapie communautaire: integrations des savoirs et constructions dès réseaux solidaires. *Revista Consciencia*. <https://revistaconsciencia.com/>

- Bauleo, A. (1983). Sujeto-Institución: una relación imposible. En A. Bauleo, J.C. De Brasi, E. Pavlovsky, G. Baremlitt y O. Saidón, *Lo Grupal 1* (pp. 65-70). Búsqueda.
- Bauman, Z. (2003). *Modernidad Líquida*. Fondo de Cultura Económica de Argentina.
- Berenguer, A. (10 de enero de 2018). Breve historia de la locura. *Ser Histórico*. <https://serhistorico.net/>
- Bogdan R., Taylor, S.J. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós.
- Castel R. (1980). *El orden psiquiátrico*. Ediciones De la Piqueta.
- Decreto N° 226/018 de 2018 [Presidente de la República actuando en Consejo de ministros]. Para la reglamentación de la Ley 19 529 de Salud Mental. D.O. N° 29 993.
- Del Castillo, R., Villar, M. y Dogmanas, D. (2011). Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*. 1(4), 83-96. <https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102/36>
- Deleuze, G. (1987). *Foucault*. Paidós.
- Deleuze, G y Guattari, F. (1988). *Mil Mesetas capitalismo y esquizofrenia*. Pre-Textos.
- De León, N. y Kakuk, M.J. (2013). Una disyunción política necesaria "Derechos Humanos y Salud Mental". En De León, N. (coord.) *Abrazos: Experiencias narrativas acerca de la locura y la salud mental* (pp. 65-77). Ediciones Levy.
- De León, N., Apud, I., Techera, A., Cano, A., Jurado, F., Kakuk, M. J., Martínez Messina, L., Miniño, A., Sánchez García, C. (2013). Pasado, Presente y Futuro de las políticas en Salud Mental. En De León, N (Coord.) *Salud Mental en Debate*. Psicolibros-Waslala.
- De los Santos, L. (2015) *Estudio de la incidencia de un grupo terapéutico de orientación psicoanalítica, en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que cursan un proceso de rehabilitación psicosocial en un centro del interior del Uruguay*. [Tesis de maestría, Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología]. UR. FP. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/5490>
- De Souza, L., Guerrero, L y Palabé, M. (2005). Cambio psíquico en pacientes psicóticos atendidos en psicoterapia psicoanalítica grupal y rehabilitación. *Revista de psicoterapia psicoanalítica*, 7 (1), 103-115. <http://www.bvpspsi.org.uy/local/TextosCompletos/audepp/025583272005070106.pdf>
- Centro PsicoSocial Surpalerme (CPSP). (2023). *Nuestra propuesta*. <https://surpalerme.com.uy/>
- Fernandez, A. (1997). Notas para la constitución de un campo de problemas de la subjetividad. *Investigaciones en Psicología*, 3. (Año 2, capítulo 8). <http://www.anamfernandez.com.ar/wp-content/uploads/2014/12/Cap%C3%ADtulo-8-Inst-Est.pdf>
- Freud, S. (1924 [1923]). Neurosis y Psicosis en *Obras completas XIX*. Amorrortu.

- Freud, S. (1924). La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis en *Obras completas* XIX. Amorrortu.
- Foucault, M. (1984). *Saber y verdad*, Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (1992). *La vida de los hombres infames*. Editorial Altamira.
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría*. Ariel.
- Galende, E. (2013). *Revista salud mental y comunidad*. (Año 3) (3) 7-16, <http://saludmentalcomunitaria.unla.edu.ar/revista/salud-mental-y-comunidad-nro-3>
- Galende, E. (2008). Desmanicomialización institucional y subjetiva. *Psicoanálisis*. XXX (2/3) 395-427. <https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2018/07/Conferencia-E.-Galende.pdf>
- García Fanlo, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze y Agamben. *Revista digital A Parte Rei*, (74), 1-8.
- Ginés, A. (1998). Desarrollo y ocaso del asilo mental en Uruguay. *Revista de psiquiatría del Uruguay*. 62(2).
- Ginés, A. (2013). Salud Mental en la perspectiva del Sistema Nacional Integrado. En De León, N. *Salud en Salud Mental en Debate* (pp. 37-50). Psicolibros-Waslala.
- Ginés, A. (2013). La honda de Murguía. *Revista de Psiquiatría del Uruguay* 67(2), 172-180.
- Ginés A. Porciúncula H. y Arduino, M. (2005). El Programa Nacional de Salud Mental: Veinte años después: evolución, perspectivas y prioridades. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 69(2), 129-150.
- Hernández Monsalve, M. (2011). Complejidad, complementariedad e integración de intervenciones en personas con psicosis. En M. Hernández Monsalve y P. Nieto Degregori, P. *Psicoterapia y rehabilitación para personas con psicosis*. Grupo 5.
- Hernández Sampieri, R. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa y cualitativa y mixta*. McGraw Hill. <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1292>
- Intercentros Rehabilitación Psicosocial (2011). *Guía de centro de rehabilitación psicosocial* [Archivo PDF]. <https://docplayer.es/8401184-Guia-de-centros-de-rehabilitacion-psicosocial.html>
- Jiménez Chaves, V. (2012). El estudio de caso y su implementación en la investigación (Artículo de revisión). *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*. 8(1), 141-150.
- Jiménez, J. P. (2000). El método clínico, los psicoanalistas y la institución. *Aperturas psicoanalíticas*. *Revista internacional de psicoanálisis*. (4). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000105>

- Laboratorio Uruguayo de Re-Habilitación. (2018). CIPRÉS: historia y actualidad. <http://cipresuruguay.org/historia/>
- Lenin, I. (1902). *¿Qué hacer?* Cultura Popular México.
- Ley Nº 19 529 de Salud Mental de 2017. Sobre las formalidades para hospitalización involuntaria. 24 de agosto de 2017. D.O. 29 786.
- López, M. y Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: Propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(1), 187-223. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000100016&lng=es&tyt=es
- Lourou, R. (2001). *El análisis institucional*. Amorrortu.
- Menéndez, E. (2012). Entrevista: Eduardo Luis Menéndez Spina. *Trabalho, Educação e Saúde*, 10(2), 335-345. <https://www.scielo.br/j/tes/a/MCNBnVkMvnQFNcFHRHrCmrF/?lang=es&format=pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2020). *Plan Nacional de Salud Mental (2020)*. Autoedición. <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%20%202020-2027%20aprobado.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2011). *Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de salud*. Autoedición. <https://www.gub.uy/sites/gubuy/files/documentos/publicaciones/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental%20%281%29.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (1986). *Plan Nacional de Salud Mental*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Plan%20Nacional%20de%20Salud%20Mental%201986.pdf>
- Muñoz, F. y Ruiz, S. (2007). Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(1), 98-110. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80636108.pdf>
- Naciones Unidas – Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). (2008). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*.
- Ordenanza Nº 1 046/2019 de 2019 [Ministerio de Salud Pública]. Por la cual se aprueba la lista anexada de dispositivos integrantes de la red de atención de salud mental. República Oriental de Uruguay, Ministerio de Salud Pública. 23 de octubre de 2019. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1046019-red-atencion-salud-mental>

- Ordenanza N° 1 488/2019 de 2019 [Ministerio de Salud Pública]. Por la cual se sustituye el Anexo I de la Ordenanza Ministerial 1046/2019 del 23 de agosto del 2019. 7 de noviembre de 2019. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-1488019-ordenanza-14882019-sustituye-anexo-i-ordenanza>
- Organización Mundial de la Salud (8 de junio de 2022). *Trastornos mentales*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75356>
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Salud Mental: Un estado de bienestar*.
- Organización Mundial de la Salud y World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR) (1997). *Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR/WHO*. (6). http://www.wapr.org/wp-content/uploads/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación de la OMS*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447>
- Organización Panamericana de la Salud (2022). *Modelo y requisitos mínimos de dispositivos de la Red de Atención en Salud Mental: Unidades de Corta Estadía, Casas de Medio Camino y Centros de Rehabilitación Psicosocial*. <https://www.paho.org/es/documentos/salud-mental-documento-referencia-sobre-modelos-requisitos-minimos-red-atencion>
- Organización Panamericana de la Salud (7-8 de octubre de 2010). *Consenso de Panamá* [Discurso principal]. Organización Panamericana de la Salud. Ciudad de Panamá, Panamá. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (14 de noviembre de 1990). *Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina* [Declaración de Caracas]. Caracas, Venezuela. https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf

- Organización Panamericana de la Salud (6-12 de septiembre de 1978). *Conferencia internacional de atención primaria de salud*. [Declaración de Alma-Ata]. Alma-Ata, URSS. <https://www.paho.org/es/alma-ata#:~:text=La%20declaraci%C3%B3n%20final%20ten%C3%ADa%2010%20puntos%20principalesytext=La%20salud%20es%20un%20estado,la%20acci%C3%B3n%20de%20muchos%20sectores>.
- Otero, V (2004). *Rehabilitación de enfermos mentales crónicos. Evaluación de objetivos*. Ars. Médica.
- Palacios, A. (2008). *El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Ediciones Cinca. <https://pronadis.mides.gub.uy/innovaportal/file/32232/1/el-modelo-social-de-discapacidad.pdf>
- Palem, R. (2009). Actualidad del pensamiento de Henri Ey (1900-1977). *Salud mental*, 32(3), 259-262. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000300010&lng=es&tying=es.
- Pardo, V. (2003). Pautas actuales del tratamiento de los trastornos psicóticos. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 67(1), 76.
- Pardo, V. (2007). Esquizofrenia. Impacto del no tratamiento en la evolución y su vinculación con las intervenciones terapéuticas tempranas. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(1), 83.
- Parrilla, M. (2009). ¿Y si la investigación sobre inclusión no fuera inclusiva? Reflexiones desde una investigación biográfico-narrativa. *Revista de Educación*, (349), 101-117.
- Pichon-Rivière, E. (1981). *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social* (tomo I y II). Nueva Visión.
- RED2RED CONSULTORES (2015). *Estudio "Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma"*. Autoedición. <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
- Resolución 36 de 2020 [Universidad de la República]. Por la cual la Udelar se compromete con la implementación de la ley de salud mental. 23 de junio de 2020. <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/sites/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/files/documentos/noticias/Resoluci%C3%B3n%20del%20Consejo%20Directivo%20Central%20de%20la%20Udelar.pdf>
- Restrepo D. A., y Jaramillo J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a09.pdf>

- Rhéaume, J (2011). *Dimensiones epistemológicas de las relaciones entre teoría y práctica en Sociología Clínica una epistemología para la acción*. Psicolibros.
- Rhéaume, J (2000). El relato de vida y el sujeto social complejo. Conferencia del Profesor Jacques Rhéaume. *Revista Temas sociales*, (30). <https://www.sitiosur.cl/detalle-de-la-publicacion/?el-relato-de-vida-y-el-sujeto-social-complejo-conferencia-del-profesor-jacques-rheaume>
- Rodríguez, J. (2007). La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 127.
- Ruiz Olabuénaga, J. L. (2009). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto.
- Serrano Miguel, M. (2014). Grup de pensadors: Narrativas y subjetividades en torno a la salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(123), 507-519. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000300005>
- Silva, C. (2007). Investigar e intervenir en salud mental tendiendo a la desmedicalización del sentir, pensar y hacer. Aportes para el debate sobre la dialéctica salud-enfermedad. *Revista Herramienta*, (36). <https://www.herramienta.com.ar/?id=559>
- Sisto, V. (2008). La investigación como una aventura de producción dialógica: La relación con el otro y los criterios de validación en la metodología cualitativa contemporánea. *Revista Psicoperspectivas*, 7(1), 114-136. <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/54/154>
- Tarí García, A., Ferrer Dufol, C. (2017). El grupo y la recuperación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131) 227-240. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100013>.
- Techera, A., Apud, I. y Borges, C. (2009). *La sociedad del olvido: Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. CSIC-Universidad de la República.
- Universidad Nacional de Tierra Del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (UNTDF) (6 de junio de 2021). *Discapacidad: la UNTDF presentó una experiencia sobre la accesibilidad académica en encuentro federal e internacional*. <https://www.untdf.edu.ar/noticias/1757>
- Valles Martínez, M. S. (2003). *Técnicas cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial Síntesis.
- Van Dijk, T. A. (2005). Política, ideología y discurso. *Quórum académico*. 2(2), 15-47. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3995803.pdf>
- Verdugo, M. A., López, D., Gómez, A. y Rodríguez, M. (2002). *Rehabilitación en salud mental. Situación y perspectivas*. Amarú Ediciones.

- Verdugo, M. A y Martín, M. (2002). Autodeterminación y Calidad de Vida en Salud Mental: Dos Conceptos Emergentes. *Salud Mental*, 25(4), 68-77.
- Villalobos, E y Zalakain, J. (2010). Delimitación conceptual de la inclusión social. En Pérez Bueno, L. (Dir.) *Discapacidad, tercer sector e inclusión social*. Cinca.
- Wiesenfeld, E. (2000). Entre la prescripción y la acción: La brecha entre la teoría y la práctica en las investigaciones cualitativas. *Forum: Qualitative Social Research*, 1(2). <https://hdl.handle.net/20.500.12008/18912>
- Witusik A. (2017). Family of a person suffering from schizophrenia in the context of a qualitative approach to understanding the family as a system. *Polski merkuriusz lekarski: organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 43(253), 22–25.
- Zito Lema, V. (1985). *Conversaciones con Enrique Pichon-Rivière sobre el arte y la locura*. Ediciones Cinco. http://www.terras.edu.ar/biblioteca/16/16TUT_Zito_Unidad_1.pdf

Tablas

Tabla 1: Ordenanza Nº 1.046/019, 2019. Sustituida por la Ordenanza Nº 1488/19.

Hoja 1

Ordenanza Nº 1.488/019 - Sustituye Anexo I de la Ordenanza Ministerial 1046/2019 del 23 de Agosto del 2019

Red de Estructuras Básicas de Atención en Salud Mental en el marco del SNIS

TIPO Y CARACTERÍSTICAS DE LOS DISPOSITIVOS PARA LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN EL MARCO DEL SNIS.

DISPOSITIVOS PARA LA POBLACIÓN ADULTA

A- UNIDADES EN TERRITORIO

DISPOSITIVOS	DEFINICIÓN	ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO
1. Equipo básico del Primer Nivel de Atención	puerta de entrada al sistema y tiene como principal referencia al equipo especializado de salud mental. Incluye acciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, y apoyo a la inclusión social. Realiza permanentes coordinaciones con organizaciones e instituciones dentro del territorio asignado para asegurar la adecuada detección, tratamiento y acciones de recuperación e inserción comunitaria. Seguimientos de personas clínicamente estables, asegurando la continuidad de los tratamientos y brinda atención a la co-morbilidad física de las personas con problemas de salud mental. Colabora con los dispositivos de atención especializada de salud mental en su seguimiento. Requiere de un equipo básico interdisciplinario con capacitación en temas de salud mental.	De acuerdo a los requerimientos y estándares de los servicios de primer nivel de atención.
2. Equipo especializado de Salud Mental	Equipo interdisciplinario ambulatorio de carácter especializado en salud mental. Realiza atención a personas con problemas de salud mental prevalentes y personas con trastornos de salud mental severos que exceden la capacidad de resolución del equipo básico de salud. A su vez, este equipo realiza, en colaboración con el primer nivel, tareas de capacitación, consultaría y asesoramiento y establece vínculos intersectoriales.	El equipo desarrolla diferentes tipos de abordajes, los que deben incluir estrategias y programas de promoción, prevención, tratamiento, así como programas de rehabilitación, implementándose mecanismos de referencia y contrareferencia entre los distintos niveles de atención, con el fin de garantizar la integralidad y continuidad del proceso asistencial con los recursos disponibles. Realizar evaluación y diagnóstico integral de la persona, situación familiar y otras redes de apoyo para la elaboración del PFI. Se realizarán tratamientos que incluyan: intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales que podrán ser de carácter individual, grupal y/o familiar, así como referencia y contrareferencia con otros dispositivos y recursos significativos de la red. Implementar un proceso de seguimiento y mantenimiento de los logros conseguidos, una vez alcanzados los objetivos definidos en el PFI.
3. Centro Diurno de Rehabilitación Psicosocial	Dispositivo ambulatorio, diurno, de atención psicosocial, que tiene por objeto la adquisición o recuperación de habilidades psicosociales para la inserción social, comunitaria y laboral, estimulando la promoción de autonomía y el fortalecimiento de los vínculos de los referentes familiares y socio-afectivos. Forma parte de la red de atención sanitaria y social, por lo que es imprescindible la coordinación con los demás dispositivos, asegurando la continuidad asistencial. En el caso de personas con UPD se constituirán dispositivos diurnos específicos para esta población.	El equipo interdisciplinario brinda un conjunto de intervenciones y prestaciones orientadas al logro de los objetivos terapéuticos; está destinado a personas que puedan transitar por una atención de carácter ambulatorio intensiva. Se perseguirán los siguientes objetivos: • Realizar evaluación y diagnóstico integral de la persona, situación familiar y otras redes de apoyo para la elaboración del PFI. • Se realizarán tratamientos que incluyan: psico-educación, intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y psicosociales que podrán ser de carácter individual, grupal y/o familiar, así como referencia y contrareferencia con otros dispositivos y recursos significativos de la red. • Realizar evaluación y diagnóstico integral de la persona, situación familiar y otras redes de apoyo. • Orientar a la persona con relación al ámbito ocupacional y educativo. • Implementar un proceso de seguimiento y mantenimiento de los logros conseguidos, una vez alcanzados los objetivos definidos en el PFI.
4. Casa de Medio Camino	Dispositivo sanitario de rehabilitación de mediana estancia, con equipo técnico las 24 horas. Es un recurso asistencial para personas en el periodo de postcrisis o luego de hospitalizaciones prolongadas, que permite el desarrollo de procesos terapéuticos orientados a fortalecer a las personas para que puedan adquirir y/o recuperar hábitos perdidos de convivencia social y familiar, que pudieron haberse alterado por la hospitalización, la propia situación de crisis y/o la evolución del trastorno. En el caso de personas con UPD se constituirán dispositivos específicos para esta población.	En este dispositivo el equipo interdisciplinario brinda atención a personas con trastorno mental severo o a usuarios/as con UPD, con dificultades para residir en una vivienda familiar o social. Se perseguirán los siguientes objetivos: • Realizar evaluación y diagnóstico integral de la persona, consolidando y manteniendo la estabilidad clínica. • Habilitar y facilitar la inclusión socio-familiar, promoviendo la autonomía y la mejora de la calidad de vida. • Elaborar y desarrollar un Plan para el egreso individualizado, en el contexto de la red territorial existente, coordinando con el dispositivo ambulatorio de su territorio.
5. Centro de Acogida	Dispositivos comunitarios diseñados para personas con un alto nivel de uso problemático de drogas y/o problemáticas de salud mental, que no circularán por las redes socio-sanitarias existentes y están gravemente excluidos. Estos dispositivos incorporan una modalidad de bajo umbral, acogida inmediata y carácter local, para dar respuesta a necesidades básicas de las personas con problemas de salud mental y/o UPD, expuestos a situaciones críticas desde lo social y sanitario.	Realiza intervenciones de escucha inmediata y evaluación de demandas y necesidades, alimentación básica, lugar para dormir, baño, lavandería, insumos recreativos, asistencia básica en salud, información para uso seguro de sustancias y material e información para conductas de riesgo, con la posible coordinación con otros servicios sanitarios y sociales. El mismo estará integrado por un equipo profesional interdisciplinario con entrenamiento en primeros auxilios y Reducción de Riesgos y Daños. Asimismo, contará en su integración con líderes comunitarios capacitados constituyendo un Equipo Mixto.
6. Dispositivos de Atención Móvil	Dispositivo móvil de atención ambulatoria que integra la red de atención en salud mental. Este dispositivo móvil busca dar respuesta a las dificultades en la accesibilidad de los usuarios/as de la red en situación de exclusión social grave, pudiendo atender las necesidades de esta población específica.	En este dispositivo se configuran equipos de salud mental, interdisciplinarios, los cuales realizan trabajo extramuros (por fuera de las instalaciones sanitarias) en las siguientes modalidades: • Evaluación de la persona, la familia y el medio, para diseñar un plan individualizado de tratamiento y seguimiento. • Atención domiciliaria: prestación de atención de salud mental en el domicilio supervisando con monitoreo y apoyo de rehabilitación.

B- UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

1. Atención en Servicio de Emergencia	Área acondicionada dentro de las unidades de emergencia, que permite una correcta atención de urgencia, asegurando confidencialidad, protección y contención para la atención de personas con cuadros psiquiátricos agudos o descompensaciones agudas de trastornos mentales severos. Tendrá como objetivo la resolución de la situación de crisis, evaluaciones clínicas, paraclínicas y socio-familiares que permitan un diagnóstico inicial y una adecuada resolución del cuadro clínico y coordinación con el dispositivo de la red pertinente. En el caso de personas con UPD se abordarán los aspectos asistenciales clínicos vinculados a la intoxicación aguda y/o crónica y sus correspondientes urgencias médicas.	En las emergencias se debe contar con un área equipada con acondicionamiento acústico, visual, que permita mantener a la persona en observación y en condiciones de seguridad para sí mismo y terceros, en tanto se realizan las evaluaciones clínicas, paraclínicas, sociales y se llega a un diagnóstico con la estabilidad del cuadro para la resolución de su destino posterior. Se perseguirán los siguientes objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Controlar situaciones de crisis de excitación psicomotriz. • Realizar evaluaciones médicas y paraclínicas. • Realizar evaluación clínica del estado mental del sujeto y del entorno familiar acompañante. • Asegurar monitoreo de enfermería. • Realizar entrevistas con el usuario/ que permitan evaluación integral de la situación de urgencia. • Realizar coordinaciones con otros dispositivos de la red de atención de salud y salud mental en vista a resolver el destino de la persona. • Informar a la persona y acompañantes, en forma clara y detallada las acciones que se propone realizar y solicitar su consentimiento para ello, en los casos en que la condición mental del sujeto lo posibilite. • Establecer un plan terapéutico acorde a la evaluación y diagnóstico realizado y el pasaje al dispositivo de atención en salud mental pertinente de hospitalización o ambulatorio.
2. Unidad de Corta Estada	Dispositivo sanitario hospitalario especializado en salud mental para la atención intensiva durante periodos de agudeza que no pueden ser resueltos en la red de servicios de salud mental ambulatorios. Ubicada en hospital o sanatorio general.	En este dispositivo el equipo interdisciplinario brinda atención integral, de alta intensidad, calidad y especializada. Los usuarios/as de este dispositivo requieren de cuidados clínicos y de enfermería, con una supervisión de su condición de salud, así como de intervenciones terapéuticas de alta intensidad. Su funcionamiento se articula, tanto con la red territorial de dispositivos de salud mental, como con otros servicios clínicos y unidades del hospital donde se encuentra ubicado. Se perseguirán los siguientes objetivos: <ul style="list-style-type: none"> • Realizar evaluación y diagnóstico integral de la persona y su condición general de salud. • Elaborar y desarrollar un Plan de Egreso individualizado, en el contexto de la red territorial existente, coordinado con el dispositivo ambulatorio de su territorio. • Brindar soporte psicosocial a familiares.
3. Unidad de Mediana Estada	Dispositivo sanitario hospitalario, de atención especializada que brinda atención a personas en proceso de recuperación de la sintomatología que persiste tras el tratamiento de su etapa aguda permaneciendo hospitalizada y promoviendo terapéuticas que intenten reintegrar a la persona a su medio habitual de convivencia o a dispositivos socio-sanitarios extrahospitalarios.	En este dispositivo el equipo interdisciplinario tendrá los siguientes objetivos: • Realizar evaluación y diagnóstico integral de la persona y su condición general de salud. • Realizar tratamiento y seguimiento médico clínico, psiquiátrico-psicológico con abordaje individual, grupal y familiar en correspondencia. • Elaborar y desarrollar un Plan de Egreso individualizado, en el contexto de la red territorial existente, coordinando con el dispositivo ambulatorio de su territorio. • Deberá coordinar con recursos sanitarios y sociales de la red, desde el inicio del ingreso a la unidad de mediana estancia.

Página 1

4. Hospital de Día	<p>Dispositivo sanitario hospitalario que brinda atención diurna especializada en salud mental ambulatoria intensiva, siendo una alternativa a la hospitalización a tiempo completo, para personas que cuentan con una red social de apoyo.</p>	<p>En este dispositivo el equipo interdisciplinario brinda tratamiento y rehabilitación a personas con trastorno mental en el periodo de agudización de su sintomatología o que se encuentran en transición desde una hospitalización breve hacia una atención ambulatoria. Brinda un espacio terapéutico de mediana continuidad que asegura la continuidad del tratamiento en coordinación con la red sanitaria y territorial comunitaria. Se persiguen los siguientes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar evaluación y diagnóstico integral de la persona y su condición general de salud. • Realizar tratamiento y seguimiento médico clínico, psiquiátrico-psicológico con abordaje individual, grupal y familiar si corresponde. • Realizar psico-educación. • Realizar entrenamiento en habilidades sociales promoviendo mejores estrategias para su integración social. • Definir e implementar mecanismos de referencia y contrarreferencia con los otros dispositivos de atención, garantizando la integralidad y continuidad del proceso asistencial.
5. Hospitalización Domiciliaria	<p>Dispositivo de atención especializada en salud mental que brinda atención en régimen de internación en domicilio a la persona que presenta un cuadro agudo, hasta lograr su estabilización. Está destinado a personas que tienen contención familiar, bajo nivel de riesgo y adherencia al tratamiento, pudiendo recibir el tratamiento en un ambiente más favorable para su recuperación y rehabilitación.</p>	<p>En este dispositivo se prioriza la posibilidad que la persona permanezca en su domicilio por lo que se persiguen los siguientes objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar evaluación, diagnóstico y tratamiento integral de la persona y su condición general de salud. • Realizar articulación con el dispositivo de atención ambulatoria correspondiente. • Brindar soporte psicosocial a familiares (entrega de información, psicoeducación, facilitar participación y entrenamiento en autogestión) • Elaborar y desarrollar un Plan de Egreso individualizado, en el contexto de la red territorial existente

C. DISPOSITIVOS DE INCLUSIÓN SOCIAL

1. Residencias asistidas	<p>Dispositivo socio-sanitario, de rehabilitación con supervisión las 24 horas, de mediana estadia, para personas con trastornos mentales severos, con nivel de autonomía que en ese momento no permite la vida en una vivienda autónoma.</p>	
2. Hogares protegidos	<p>Dispositivo socio-sanitario, con supervisión las 24 horas, de mediana a larga estadia para personas con trastornos mentales severos con nivel de autonomía que requiere supervisión moderada para la organización de la vida cotidiana</p>	
3. Viviendas supervisadas	<p>Dispositivo social ubicado en la comunidad para grupos pequeños de personas con trastornos mentales severos, con apoyo técnico no residente.</p>	
4. Centro de inclusión laboral	<p>Dispositivo específico de servicios sociales especializados, orientados a la adquisición, recuperación o potenciación de aquellos conocimientos, hábitos y habilidades necesarias para alcanzar y mantener la inclusión socio-laboral plena de las personas con trastornos mentales severos.</p>	
5. Centro de inclusión educativa	<p>Dispositivo para la inclusión educativa el cual es un recurso específico de servicios sociales especializados, orientados a la adquisición, recuperación o potenciación de aquellos conocimientos, hábitos y habilidades necesarios para alcanzar y mantener la inclusión socio-educativa plena de las personas con trastorno mental severo.</p>	