



Trabajo Final de Grado
Pre-proyecto de Investigación

*“Residencias Asistidas en Uruguay: perspectivas de
sus Usuarios”*

Nicolás Medina Iribarne

Montevideo

30 de Octubre de 2014

Tutor: Prof. Agr. Alicia Rodríguez

ÍNDICE

1- Resumen.....	3
2- Fundamentación y Antecedentes.....	3
2.1- Experiencias en Desmanicomialización y Residencias Asistidas en España.....	5
2.2- Experiencias Regionales y Locales.....	6
3- Referentes teóricos.....	9
3.1- Discapacidad y Trastornos Mentales Severos y Persistentes.....	12
4 -Problema y preguntas de investigación.....	13
5- Objetivos de la investigación.....	14
5.1- Objetivo general.....	14
5.2- Objetivos específicos.....	14
6- Diseño Metodológico.....	15
7- Consideraciones éticas.....	16
8- Cronograma de ejecución.....	17
9- Resultados esperados.....	17
10- Referencias Bibliográficas.....	18
11- Anexos.....	24

1- Resumen

El presente proyecto surge con la iniciativa de conocer los significados de los usuarios acerca de las Residencias Asistidas para Personas con Trastorno Mental Severo y Persistente: "Casavalle" y "Chimborazo", ubicadas en el departamento de Montevideo. Se orienta a aquellos usuarios que transitan por una de las experiencias innovadoras en lo que respecta a prestaciones en salud mental en el Uruguay; buscando constituir nuevos canales de enunciación para dichas personas, a modo de captar su discurso como insumo fundamental para la investigación.

Se utilizará una metodología cualitativa, constando ésta de tres fases. La primera corresponderá a la selección de los participantes (muestra heterogénea de usuarios de ambas residencias); una segunda fase de administración de las entrevistas (técnica entrevista en profundidad) y la tercera, correspondiente al análisis de resultados (Análisis de contenido Categorical: Análisis Temático), informe final y difusión.

Se espera contribuir a la producción de conocimiento como aporte para el desarrollo de acciones e intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida de los usuarios de las Residencias. Asimismo se busca generar insumos acerca de los procesos de ingreso y egreso de usuarios. Intentará dar cuenta de los principales obstáculos y facilitadores presentes en la actualidad en el Programa Residencia Asistida.

Palabras claves:

Residencia Asistida, Desmanicomialización, Usuarios de Salud Mental.

2- Fundamentación y Antecedentes

Durante el período comprendido entre Agosto 2013- julio 2014 formé parte del equipo de la Unidad de Coordinación de Egreso Asistido (UCEA) en el marco del Programa de Practicantes y Residentes de Psicología convenio ASSE-UdelaR (Administración de los Servicios de Salud del Estado- Universidad de la República), Uruguay. Debido la inserción mencionada, trabajé con usuarios de las Residencias Asistidas "Casavalle" y "Chimborazo", realizando acompañamientos psicosociales a aquellos residentes que UCEA derivaba para dicho fin. De esa forma surge el contacto con la población residente y sus diversas problemáticas, constituyéndose el presente proyecto de investigación como respuesta a las necesidades de seguir indagando y a la búsqueda de nuevos conocimientos. A continuación se realizará la fundamentación de la pertinencia de dicho estudio y la revisión de antecedentes e investigaciones realizadas en Uruguay y en otras regiones (mayormente éstas últimas) debido a la escasa producción en lo local, en lo que a la temática respecta.

El "Programa Nacional de Residencia Asistida para las Personas con Trastorno Mental Severo y Persistente" (PNRA) (2008) *tiene como principales objetivos:* Crear un Sistema Nacional de Residencia Asistida, contribuir a la prevención y detección precoz de la sintomatología psiquiátrica; promover la autonomía, integración y re-socialización de las personas con TMSP.

Los/as participantes del presente proyecto son aquellos usuarios de ambas Residencias, mayores de dieciocho años, que presentan las características detalladas en el PNRA (2008) (*ver anexo*). Los procesos de evaluación y selección de las personas beneficiarias del mencionado Programa, son realizado por la UCEA.

Las Residencias Asistidas (modalidad que aborda el presente proyecto), es una de las Modalidades del Sistema Residencial Asistido. Éstas son destinadas a personas con deterioros significativos, pero con condiciones psicopatológicas que les permitan funcionar en una Residencia Comunitaria. Requieren de personal idóneo que funcione diariamente las 24 horas (Comisión Asesora Técnica Permanente, 2008). Se debe reafirmar, como expresa la CATP (2008), que no se trata de una internación, los usuarios deben tender al desarrollo de actividades tanto dentro como fuera del hogar, con autonomía.

El presente proyecto pretende rescatar el discurso oprimido. Constituye una apuesta por abrir canales de enunciación, de acercarse a las demandas de los residentes propiciando un rol activo en los mismos. Se propone un acercamiento a las vivencias, valorizaciones y perspectivas de los usuarios que forman parte del Programa Nacional de Residencia Asistida. Resulta importante generar conocimiento resultante de los propios usuarios; en el entendido de que cualquiera de las modalidades de vivienda, desde la más autónoma a la más asistida, debe responder a las necesidades reales de las personas, teniendo en cuenta sus discapacidades, sus habilidades, sus deseos y sus expectativas (Lascorz, Serrats, Ruíz, Córdoba & Vegué, 2014).

En otro plano, se plantea contribuir al tercer objetivo general del Programa Nacional de Residencias Asistidas (2008): "Generar espacios de investigación y planificación de acciones entre distintos organismos del Estado, instituciones privadas y organizaciones de la sociedad civil, que tengan como objetivo la inserción residencial y social de esta población"(p. 6)

"En la actualidad los programas residenciales para personas con Trastorno Mental Grave (TMG) son un tema de creciente interés en el marco de la atención comunitaria a la enfermedad mental y cada vez están más extendidos internacionalmente" (Lascorz, et al 2014, p. 522). "En la actualidad los programas residenciales para personas con Trastorno Mental Grave (TMG) son un tema de creciente interés en el marco de la atención comunitaria a la enfermedad mental y cada vez están más extendidos internacionalmente" (Lascorz et al, 2014, p. 522). El proyecto basa su creación aprovechando el momento histórico nacional presente, donde varios organismos estatales han mostrado interés y cooperación en la problemática, con el fin de actuar intersectorialmente. Es pertinente destacar a Galende (2008) resaltando el rol del Estado: "Tiene que haber una recuperación de derechos, estas personas son privadas de ciudadanía; recuperar la ciudadanía requiere del esfuerzo del Estado, ninguna política de mercado va a devolverles nunca a estas personas esa condición de ciudadanía" (p.414).

Sería oportuno para el desarrollo del Programa Nacional de Residencia Asistida confiar en la experiencia obtenida en los programas comunitarios de desarrollo social impulsados años atrás en el territorio nacional, a su vez sumando las ideas y prácticas desarrolladas en el contexto internacional, en Italia y España (Trieste y Andalucía respectivamente) y las incursiones de desmanicomialización y programas Residenciales regionales, en Brasil y Chile.

2.1- Experiencias en Desmanicomialización y Residencias Asistidas en España

Andalucía aparece en la literatura como ejemplo en las políticas de desinstitucionalización. No existe Hospital Psiquiátrico en la comunidad autónoma. "El proceso de desinstitucionalización, desmantelamiento y cierre de los 8 Hospitales Psiquiátricos que existían se realizó entre los años 1985 y 1999. Al mismo tiempo que se cerraban los Hospitales, se abrían Comunidades Terapéuticas y Casas Hogares" (AEN, 2005, p.56). Estas reformas fueron consecuencia de un movimiento generalizado que cuestionó la pertinencia de los Hospitales psiquiátricos en el proceso de rehabilitación.

La investigación llevada a cabo por Moscardó et al. (1993) evalúa el resultado de la desinstitucionalización de los pacientes del Hospital Psiquiátrico de Bétera (Valencia), arrojando los siguientes resultados: "La desinstitucionalización se considera aceptable en cuanto a la elección de los pacientes, ya que salieron los que tenían mejores condiciones "a priori" y el lugar de asignación, los más hábiles fueron a alojamientos menos supervisados. Las variaciones en cuanto al estado final de los pacientes son dispares, dependiendo del alojamiento asignado y sobre todo del personal que los atiende"(Moscardó et al., 1993, p.44). Como resultado de lo anterior, es necesario enfatizar en el tipo de alojamiento asignado, si es el hogar familiar, apartamento independiente o un dispositivo residencial asistido. Destacan la importancia de estos últimos, en tanto que reúnen dignas condiciones materiales de vivienda y personal capacitado a cargo, conjuntamente con un plan individualizado para los residentes.

Iraurgi, Basabe, Igartúa & Páez (1994) en su investigación exploran la valoración de un colectivo de autoayuda (usuarios de salud mental y familiares) que poseen sobre las necesidades sociosanitarias más adecuadas para la inserción comunitaria de las personas con TMSP . Los resultados muestran que: respecto a la residencia más adecuada para el enfermo, los familiares apuestan por espacios tutelados (ej. Residencias Asistidas) mientras que los usuarios, sí bien se inclinan por la residencia familiar como opción dominante, existe un considerable número que reclama una vida autónoma (domicilio propio). Indican que aquellas personas con TMSP que viven fuera del núcleo familiar y, por tanto, reciben un menor apoyo de éstos en su proceso de enfermedad, son los que en mayor medida optan por residencias asistidas como lugar óptimo.

En la investigación llevada a cabo por Moré (2003) en Madrid, señala que sobre 1980 comienzan a desarrollarse estudios de satisfacción de usuarios sobre los dispositivos de salud mental; siendo una

necesidad cada vez más tenida en cuenta en la actualidad, por ser un indicador del cumplimiento de las expectativas subjetivas de los pacientes y de la calidad de la atención y servicios prestados.

Rodríguez (1992) refiere que se desarrollan cambios en el ámbito de la atención residencial, una “nueva filosofía” enfatizada en equilibrar estrategias basadas en dispositivos residenciales específicos con estrategias que ayuden a las personas con discapacidades psíquicas a elegir, acceder y mantenerse en viviendas normales, similar al resto de la población. Dicha implementación incorpora un “equipo de monitores” que ofrecerá apoyo a los usuarios, tanto en el funcionamiento doméstico en su apartamento y la convivencia cotidiana, como en su adaptación e integración en el entorno comunitario.

Lascorz et al (2014) plantean como objetivo de investigación evaluar la evolución de los residentes ingresados de tres residencias asistidas ubicadas en Barcelona. Los resultados determinan que: se puede afirmar que la estancia en las residencias favorece la estabilidad clínica del usuario, mejorando el funcionamiento general de la persona, destacando dicha evolución en hábitos de salud y relaciones personales, recuperando su estatus de ciudadano, más activo y autónomo. Se produce mayor participación en la vida comunitaria (tanto dentro como fuera de la residencia) conjuntamente con el incremento en la utilización de servicios sanitarios.

En España se observa una amplia experiencia en torno a la atención e investigación en Salud Mental, donde los antecedentes citados con resultados positivos ofician de aval para la incursión y desarrollo local de experiencias similares. Ejemplo de ello son específicamente: el énfasis realizado sobre la creación de dispositivos residenciales asistidos en España (propuesta que está presente en Uruguay en el Programa Nacional de Salud Mental (2011) estimulándose su desarrollo a futuro); y las investigaciones desarrolladas que exploran las valoraciones de colectivos de salud mental (como el presente proyecto de investigación) son objeto de profundización y desarrollo en el contexto local.

2.2- Experiencias Regionales y Locales

En lo que refiere al contexto latinoamericano, la declaración de Caracas (1990) proclama la superación del enfoque psiquiátrico de asistencia, conjuntamente con el dispositivo asilar, reclamando una profunda reestructuración de la atención. Sumado a esto, incentiva la lucha en contra de la estigmatización que sufren las personas con problemas de salud mental.

Se observan dos países que pueden ser considerados como pioneros en lo que respecta a Programas de Externación, más precisamente en Hogares Asistidos, ellos son Chile y Brasil. Como principales críticos e ideólogos del proceso de reforma brasilero (Techera, Apud & Borges, 2009), pueden destacarse Basaglia, Foucault, Bastide, Castel, Szasz, Illich entre otros, proceso de reforma que comienza a finales de la década del setenta.

da Conceição et al (2012) en la investigación realizada en Volta Redonda - Rio de Janeiro refiere: "En 2009 fueron creadas, con carácter de urgencia, tres residencias terapéuticas(...)permitiendo así el desarrollo de prácticas innovadoras que han contribuido a la producción de nuevos conocimientos en el

campo de la salud mental que procura ofrecer una atención al usuario de forma integral" (p. 93), con resultados más que positivos para la población destinataria y su familia.

Como se expresa en "Norma Técnica sobre Hogares Protegidos" elaborado por el Ministerio de Salud de Chile (2002): "Las personas con discapacidad psíquica presentan múltiples necesidades, tanto a nivel personal como en relación al medio ambiente físico y social. La definición de los ámbitos de responsabilidad entre los distintos sectores del Estado para satisfacer estas necesidades es materia aún pendiente en Chile"(p.8). Aseveran que se requieren de acciones intersectoriales y de la propia comunidad, sin las cuales las intervenciones propias en salud no serían eficientes.

Destacan (Díaz, Erazo & Sandoval, 2008) el carácter trascendente del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría (2000), que estimula la creación de las Residencias Asistidas para personas con TMSP. El mencionado Plan, es uno de los principales aportes e influencias para el PNRA en Uruguay (CATP, 2008). La reforma chilena organiza sus estrategias de acuerdo a objetivos establecidos por la OMS en tres líneas prioritarias: Abordaje Comunitario, Atención Psiquiátrica en relación a Atención Primaria en Salud y el Respeto a los Derechos Humanos. Sin embargo, reconocen lo siguiente: "La dificultad de la reforma psiquiátrica en Chile pasa por omitir que el ejercicio del poder no sólo se reduce a la violencia como efecto del modelo asilar, sino que se encuentra en el centro mismo del saber médico"(Díaz, Erazo & Sandoval 2008, p. 33). El enunciado remite a que toda intervención producidas del efecto poder-saber médico, sin establecer nuevas formas de relacionamiento con la población vulnerable y la inexistencia de perspectivas comunitarias de atención; termina por reproducir las prácticas de dominación, sean estas inscriptas dentro o fuera del hospital.

De acuerdo con Galende (2008) cuando expresa: "Entonces desinstitucionalizar es lograr estos cambios en la subjetividad que permitan que estas personas recuperen capacidades sociales que les permitan vivir en el afuera del hospital" (p.410). El progresivo corrimiento del presupuesto económico del manicomio deberían ir dirigidos a nuevos dispositivos comunitarios (por ejemplo las Residencias que aborda el presente proyecto), así como también en recursos humanos e inversión en investigación.

Las construcciones en torno al concepto de discapacidad y hogares asistidos en el marco legal del Uruguay pueden observarse directamente en la Ley 18. 651 "Protección integral de personas con discapacidad", donde en el artículo 37 afirma que el MIDES conjuntamente con la Comisión Nacional Honoraria de la Discapacidad "Promoverá la creación de hogares con internación total o parcial para personas con discapacidad cuya atención sea imposible a través del grupo familiar y reglamentará y controlará su funcionamiento en coordinación con el Ministerio de Salud Pública" (Ley 18.651,2010)

Una de las problemáticas actuales en el Uruguay es la siguiente: "Nuestra legislación debe actualizarse y ajustarse a los avances del derecho internacional, en particular en lo referente a libertades civiles y derechos humanos"(Techera, Apud, Borges, 2009, p.113) a modo de reemplazar antiguas leyes, ejemplo de ello, una de las centrales, la Ley N° 9.581 "Psicópatas" creada en 1936. Es

importante destacar el trabajo realizado en la elaboración del Anteproyecto de Ley de Salud Mental desde 2007 por distintos colectivos (usuarios y familiares de salud mental, asociaciones civiles, profesionales de diferentes disciplinas) que constituirá un cambio sustancial para el futuro del país.

Cano, Evia, & Apud (2013), plantearon como objetivo analizar las condiciones de accesibilidad a un servicio de salud mental público, incorporando las valoraciones y sentidos que usuarios y trabajadores tienen sobre el servicio estudiado, y los procesos de salud y enfermedad. Concluyen que existen dificultades en las condiciones de acceso al servicio de salud mental estudiado, identificándose además problemas que son comunes a todos los servicios de salud mental de ASSE. Los usuarios identificaron en la dimensión administrativo– organizacional las mayores barreras para el pleno acceso a la atención, pero en definitiva se mostraron en total conformidad con el servicio de salud mental.

"El énfasis en los emprendimientos comunitarios –aún en fase naciente de desarrollo y consolidación– fueron señalados con precisión al actualizar el PNSM de 2005: (...) Crear Albergues Comunitarios Permanentes (Hogares Protegidos): Hasta el presente las necesidades de albergue permanente son realizadas por la Colonia de Alienados y las “Casas de Salud”, en condiciones muchas veces inaceptables"(Ginés, 2013, p. 46).

Referido específicamente a la Residencia Asistida Chimborazo, la experiencia comienza a funcionar en julio de 2007 (Trillo, Piñeiro, & Domínguez, 2009) Tiene capacidad para que residan ocho personas, y actualmente únicamente se alojan usuarios del sexo masculino, mayores de dieciocho años. A modo de evaluación de la implementación del dispositivo destacan: "Mejora su calidad de vida promoviendo el ejercicio de los derechos que su condición humana les confiere. Asimismo estimula el desarrollo de responsabilidades acorde a sus posibilidades" (Trillo et al 2009, p.216). Mientras que “Casavalle” posee capacidad para doce personas y su población está compuesta de ambos géneros. En suma, el dispositivo de Residencias se configura como un actor de cambio social, como propulsor de transformaciones concretas a nivel local, cambios en las administraciones y en la comunidad.

Es necesario continuar en el desarrollo de políticas en común, que integre diversos actores que confluyen en el ámbito de Salud Mental (grupos y organizaciones civiles, Ministerios, UdelaR, ASSE, prestadores privados de servicios de Salud, etc.) que permita el diseño de planes de acción para el aprovechamiento de los recursos y la complementación entre los Programas existentes desde lo micro hasta en la totalidad de la República.

La OMS (1978) (2011) ha priorizado en sus formulaciones políticas el componente de salud mental, y en particular el desarrollo de servicios de salud mental de base comunitaria, articuladas en red, y con base en la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS). Actualmente en la República Oriental del Uruguay con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (2007), es que éste último adopta dichas recomendaciones y propone enfatizar sus acciones en la estrategia de APS, y en las intervenciones comunitarias, conjuntamente con la participación de la sociedad civil. Se destaca la

importancia de desarrollar atención integral al usuario con enfermedad mental, coordinando las actividades en los tres niveles de atención, con énfasis en la promoción y prevención.

El programa de Salud Mental de ASSE-MSP (2011) tiene como cometido brindar asistencia a todas las personas usuarias de Salud Pública que padecen enfermedades mentales en todo el territorio nacional. Se hace necesario orientarse a satisfacer las necesidades de este sector de la población, desprotegida por su propia patología, vulnerables y objeto de exclusión. La atención de la persona con enfermedad mental, requiere un modelo de atención que ponga en el centro a la persona considerada. "El primer desafío es estar alerta y evitar cualquier tentativa de reproducir la exclusión en la interna de la red asistencial, así como también combatir el modelo hospitalocéntrico, favoreciendo la creación de dispositivos intermedios con base comunitaria que garanticen la atención de las personas con enfermedad mental en su medio y el enlace con programas de rehabilitación y resocialización (Equipos de Salud Mental, Residencias Asistidas, Centros de Rehabilitación, etc.)" (Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables; 2012, p.18).

De esta manera surge el Programa Nacional de Residencia Asistida (PNRA) para las Personas con Trastorno Mental Severo y Persistente: Se plantea en el antedicho PNRA (2008) a modo de antecedentes: en octubre de 2008, la Comisión Asesora Técnica Permanente del Programa de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública crea un documento para el desarrollo de un Programa Nacional de Residencia Asistida, para las Personas con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP).

En diciembre de 2008 la Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, crea una Sub- Comisión con el cometido de fortalecer el trabajo para la constitución de un Programa Nacional Público y Privado de Residencias Asistidas para Personas con TMSP. Posteriormente en marzo de 2010, se redacta la Guía para el funcionamiento de las Residencias Asistidas para las Personas con Trastornos Mentales, a cargo del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública.

Hasta la actualidad, según testimonios de informantes calificados no existen en Uruguay investigaciones o publicaciones llevadas a cabo con usuarios de las Residencias. Tampoco se han desarrollado acciones formales-institucionales destinadas a producir conocimientos acerca de las perspectivas de los residentes. Por ello, es menester iniciar investigaciones que involucren a las personas en cuestión integrando paradigmas desmanicomializantes.

3- Referentes teóricos

Con el advenimiento de la Modernidad, se despliegan transformaciones en el continente Europeo que involucran nuevos modelos de vigilancia, disciplinamiento, corrección y castigo. Como expresa Foucault (1992) en toda Europa, a mediados del siglo XVII se construyen rápidamente los primeros manicomios. Los mismos se configuran como "hijos de la modernidad", consecuencia directa de las lógicas operantes en ese momento sociohistórico.

A finales del siglo XIX, en Uruguay se crea el actual Hospital Vilardebó, durante el período militarista del país (1875-1886) más precisamente inaugurado el 21 de mayo del año 1880. En 1912 se funda la Colonia Etchepare, como respuesta de alivio a la superpoblación del Manicomio Nacional (Ginés, 2012) Ya “en la segunda mitad del siglo XX la Colonia Etchepare y el hospital albergaron hasta cinco mil personas. La sobrepoblación de internados en el país lleva a una tasa de 18 pacientes cada diez mil habitantes , una de las más altas del mundo”(Techera, Apud & Borges, 2009, p.55).

“Es así que se crean los asilos, los manicomios, como instituciones tendientes a la contención y segregación de lo que no se quiere ver, en el supuesto de que lo que no se ve, no existe” (Del Castillo, 2011, p. 84). Se puede observar desde el comienzo la concepción del “loco”, como aquel que debe ser excluido del resto de la población, institucionalizado para su corrección.

Como postula Foucault (1992) la prisión estaba ligada desde el principio a un proyecto de cambiar a los individuos; pero su fracaso fue inminente “no sirve más que para fabricar nuevos criminales o para hundirlos más en la criminalidad” (Foucault, 1992, p.90). Las clases pobres eran las principales víctimas de la delincuencia. “La prisión ha sido el gran instrumento de reclutamiento. A partir del momento en que alguien entraba en la prisión, se ponía en marcha un mecanismo que le hacía infame; y cuando salía no podía hacer nada sino recaer en la delincuencia” (Foucault, 1992, p.91). Realizándose un paralelismo con la Institución Hospital Psiquiátrico, estas atribuciones pueden perfectamente transformarse y adaptarse a lo que respecta al Manicomio " El origen del derecho penal positivo es simultáneo con la creación de la psiquiatría como disciplina. Los dos se ocupaban de dos órdenes de anormalidad, el delito por un lado y el trastorno mental por otro" (Galende, 2008, p. 401). El Hospital en sus principios está ligado a la transformación de los sujetos, de recuperación de la "razón", a combatir la desadaptación por la que fueron reclutados. Pero a través del tiempo, se manifiesta social-económica y sanitariamente su fracaso, los resultados en éstos diversos ámbitos son ineficientes. En el momento del ingreso e internación en el hospital, no pasa a ser considerado “delincuente”, sino a conformar el colectivo de “locos”, al decir Foucault (1992) produciéndose en su cuerpo un sinfín de *ejercicios del poder*, y recayendo sobre la persona mecanismos de estigmatización y segregación social. Posteriormente, luego del egreso del sujeto de la Institución, se produce un efecto similar al primero: tras egreso mencionado, es probable la reincidencia del acto delictivo (en este caso: recaer nuevamente en un “cuadro agudo”, y posterior internación).

"Una locura construida a partir de la peligrosidad, lo antiproduktivo. Alerta ante una locura que solo ha sido vista desde la negatividad" (de León, 2013, p.212). Ésta construcción de la locura que el autor hace mención, se vincula directamente con un fenómeno prevalente en la actualidad, la estigmatización de la persona con padecimientos psiquiátricos como señalan Cano, Evia. & Apud (2013). Techera, Apud & Borges (2009) expresan que la estigmatización es el mecanismo por el cual el conjunto social marca negativamente a las personas que no se adecuan a sus preceptos. Ésta en conjunto con la iatrogenia, son consecuencias directas de la institucionalización de las personas en hospitales psiquiátricos.

Aseveran que estos fenómenos forman una alianza que impiden integrar al enfermo mental a la sociedad. "La iatrogenia y el encierro lo recluyen en sí mismo, la estigmatización lo excluye de la sociedad" (p.27).

El proceso de Reforma de Salud Mental italiano, según la literatura representa una especie de paradigma en cuanto a implementación de políticas de desmanicomialización. En mayo de 1978 se aprueba la Ley 180, que se basa en la modificación del modelo hospitalocéntrico por el de asistencia territorial-comunitario. En Trieste particularmente "El desmantelamiento del manicomio ha supuesto la diversa utilización y la reconversión de los recursos existentes; las nuevas ofertas surgen con el desplazamiento material del personal, de los pacientes y de los fondos económicos del hospital a la comunidad. Cambian por lo tanto, la gestión financiera y administrativa de los recursos públicos, con buenos resultados tanto en eficacia como de eficiencia" (Rotelli, de Leonardis & Mauri, 1987, p.179). Estos autores afirman que los psiquiatras italianos innovadores trabajan sobre la hipótesis de que el "mal oscuro" de la psiquiatría está en haber segmentado un objeto ficticio, "la enfermedad", de la existencia global de las personas y la sociedad. Sobre esta separación artificial, han construido una serie de aparatos científicos, jurídicos y administrativos (fundamentalmente instituciones) que giran en torno a la "enfermedad". Plantean que es ese el conjunto preciso a desmontar (desinstitucionalizar) para generar un nuevo contacto con las personas, desde nuevas perspectivas integradoras.

Basaglia, 2008 citado por de León (2013) sobre la experiencia Italiana afirmaba: "Comprendimos que la internación de los "locos pobres" era una consecuencia del hecho de que estas personas no eran productivas, en una sociedad basada en la productividad, y si seguían enfermas era por la misma razón, porque eran improductivas, inútiles para una organización social como esta" (p.184). Resultó necesaria la implementación de nuevas políticas inclusivas, focalizadas en la atención comunitaria de persona con TMSP, atendiendo sus necesidades más allá de lo estrictamente psicopatológico, aquellas relacionadas a convivir en sociedad (Rotelli, de Leonardis & Mauri, 1987).

Lascorz et al (2014) refieren que muchas personas con TMG tienen dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y cuidado, aumentando el riesgo de marginación cuando carecen de apoyo familiar. Conjuntamente se produce una inadecuada utilización de los recursos sanitarios de hospitalización (Gisbert et al, 2002), que deriva en la dificultad de desinstitucionalización. Rodríguez (1997) identifica como una de las principales consecuencias de la problemática de alojamiento, es el fenómeno de la Puerta Giratoria "un alto porcentaje de reingresos hospitalarios de corta duración está relacionado con la inexistencia de un adecuado soporte residencial social, lo que limita la eficacia de las intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras" (p.66). El fenómeno de la puerta giratoria es altamente frecuente en el sistema sanitario uruguayo (del Castillo, Villar & Dogmanas, 2011).

Foucault (2002) advertía que los mecanismos disciplinarios tienen cierta tendencia a “desinstitucionalizarse”, a salirse de las fronteras donde permanecían para circular en estado libre, descomponiéndose en procedimientos flexibles. El enfoque psicopatológico y psiquiátrico dominante, que reduce el tratamiento al recetario psicofarmacológico, que nos remite al Paradigma Individual-restrictivo, modelo médico-clínico (Saforcada, De Lellis & Mozobancyk, 2010) y al control-encierro de los sujetos; se encuentra en crisis en Europa y son varias regiones de Latinoamérica que no son ajenas a dichos procesos de cambios, en lo que refiere intervenciones y Programas en Salud.

Las Políticas Públicas actuales avanzan con el propósito de concebir a la persona de forma integrada, intentando mitigar la fragmentación de Salud Mental con respecto a la atención en salud en general, con la consecuente separación de lo psíquico y social del resto de la persona (Fiasché, 2005; Galende, 2008). “Todas estas problemáticas (tan diversas como complejamente multideterminadas) requieren ser atendidas superando las ficticias antinomias entre lo mental y lo corporal, lo individual y lo social, lo sectorial y lo extrasectorial, lo normal y lo patológico” (Saforcada et al, 2010, p. 64). Estos autores denominan el cambio de modelo a “el pasaje de la Salud mental a lo mental en salud” implicando una adecuada coordinación entre los diferentes profesionales de la salud, en acciones de investigación, en promoción de salud e incentivado la participación social de los usuarios.

Es importante que se trabaje en perseguir el restablecimiento de relaciones satisfactorias entre el usuario y su familia, así como también en el ámbito social y laboral, en el entendido de que mediante el proceso de rescate de las actividades tanto laborales como sociales, el individuo progresará en el restablecimiento de su valor social. De este modo se pretende la desactivación gradual del modelo asilar.

3.1 Discapacidad y Trastornos Mentales Severos y Persistentes

El Informe Mundial sobre Discapacidad (OMS, 2011) advierte que en los años futuros la discapacidad será un motivo de preocupación mayor, ya que la prevalencia está aumentando. Dicho informe tiene la finalidad de proporcionar datos destinados para la formulación de políticas y programas que mejoren la calidad de vida de las personas con discapacidades.

En la Ley Protección Integral de Personas con Discapacidad (2010) conceptualiza a la Discapacidad como una categoría dinámica, y vinculada con las conceptualizaciones desarrolladas por la CIF (2000), que promueve un enfoque bio-psico-social y ecológico, resultante de la interacción entre las personas con deficiencias (físicas y psíquicas) y fundamentalmente las barreras restrictivas del entorno. De esta interacción, la persona resulta con desventajas a la hora de participar, en igualdad de condiciones, en la vida económica, social y cultural de su comunidad. Tal como lo expresa Bagnato, Da Cunha & Falero (2011) tanto en las postulaciones de la OMS (2000) en la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud”, OMS (2011), en la Convención de la ONU (2006), se

expresa un cambio de paradigma en torno a las concepciones sobre la discapacidad; la situación de discapacidad no está determinada por las deficiencias físicas o mentales de la persona. Esto conlleva dos consideraciones fundamentales: se descentra la discapacidad exclusivamente a la persona para focalizarla en aspectos de la vida social y el ambiente; y que no es asimilable discapacidad a deficiencia o patología.

Referido a la población objetivo de las Residencias, actualmente existe un consenso acerca de delimitar conceptualmente a la misma con el objetivo de identificar sus problemáticas y necesidades, para de esa manera diseñar políticas de atención a la comunidad. "En el ámbito de la salud mental la palabra cronicidad tiene unas claras connotaciones negativas y estigmatizantes, razón por la que la literatura especializada viene utilizando más recientemente el término Trastorno Mental Severo (TMS) para referirse a los trastornos mentales graves de duración prolongada y que conllevan un grado variable de discapacidad y disfunción social.(...)Quizás la definición más representativa y que ha alcanzado un mayor consenso sea la que emitió el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU en 1987 (NIMH, 1987), y que incluye tres dimensiones:

1. Diagnóstico: Incluye a los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos) y algunos trastornos de la personalidad
2. Duración de la enfermedad y del tratamiento: Tiempo superior a los dos años.
3. Presencia de Discapacidad"(Gisbert, et al, 2002, p.6).

En el presente del Uruguay se encuentra la necesidad de desplazar la hegemonía de la psiquiatría en el campo de la salud mental, dar lugar a modelos que contemplen la integralidad, por ejemplo aquellos enfoques comunitarios y relativos a la rehabilitación psicosocial. "La rehabilitación Psicosocial previamente considerada como prevención terciaria, ha evolucionado hacia un concepto, un cuerpo de conocimiento sobre los modos de organizar servicios y métodos sujetos a validación empírica, y se ocupa de la prevención y/o reducción de la discapacidad asociada a trastornos mentales y conductuales (WAPR , 2003, p.1). La Rehabilitación Psicosocial ejecutada desde una perspectiva comunitaria, constituye en la actualidad uno de los encuadres más óptimos para actuar en la reincorporación social de esta población.

4 -Problema y preguntas de investigación

Orientándose hacia el nuevo modelo de Salud al cual se dirige el país, surge el dispositivo residencial monitoreado, como uno de los modelos de externación fundamental. La desinstitucionalización promulgada en el contexto nacional no puede quedar reducida al mero externamiento de los pacientes. Es por ello clave indagar las cuestiones que hacen el ingreso, permanencia y egreso de usuarios en Hospitales, como en dispositivos Residenciales que aborda el presente proyecto.

Partiendo de la concepción de que las personas son sujetos con Derechos y que el Estado tiene la responsabilidad de garantizar su goce efectivo, es que la presente investigación pretende indagar en los residentes su tránsito en la Residencia Asistida.

Se plantea las siguientes preguntas: ¿Cuáles son las perspectivas de los usuarios acerca de las Residencias Asistidas? ¿qué significados le atribuyen a la misma?

¿Cómo se desarrolló desde la perspectiva del usuario, el proceso de ingreso a la Residencia?

¿Qué piensan los usuarios con respecto al Programa Residencia Asistida?

¿Existen necesidades/ demandas de los usuarios en relación a la Residencia o al Programa en general? ¿Cuáles son los proyectos de egreso de los residentes?

Las lógicas de transformación hacia nuevos modelos en salud no pueden ser descontextualizadas, ni intentar extrapolar las experiencias italianas o españolas directamente al local. Existen características específicas del ambiente, del momento socio-histórico y de la población; lógicas propias de funcionamiento que requieren conocer detalladamente a los usuarios en su contexto.

Resulta importante que se promueva un rol participativo hacia los Residentes, (la participación de usuarios de servicios de salud representa una de las carencias más importantes del SNIS en la actualidad) que se los involucre en la organización y gestión de las Residencias. Desde micro intervenciones (como la presente) se busca descentrar a dicha población como objeto de asistencia y receptiva de tratamientos médicos, promoviendo actitud crítica y el despliegue de participación social desde el lugar de usuarios como lo establece el Sistema Nacional Integrado de Salud (2007).

5- Objetivos de la investigación

5.1- Objetivo general

- Conocer los significados de los usuarios acerca de las Residencias Asistidas "Casavalle" y "Chimborazo".

5.2- Objetivos específicos

- Conocer el proceso de ingreso a la Residencia y las significaciones atribuidas por los usuarios.
- Indagar en las percepciones de los usuarios ligadas a la experiencia en la Residencia, desde que se realizó el ingreso hasta el presente.
- Conocer la opinión de los usuarios con respecto al Programa Residencia Asistida.
- Identificar las demandas de los usuarios en relación a las Residencias Asistidas.
- Indagar los proyectos de egreso que presentan los usuarios.

6-Diseño Metodológico

La presente investigación utilizará una metodología cualitativa. Referido a lo teorizado por Vasilachis de Gialdino (2007) las investigaciones cualitativas son relacionales y se basan en la comunicación, tienen como finalidad dar sentido o interpretar los fenómenos centrandolo el análisis en el significado que las personas les otorgan.

El diseño de la presente investigación consta de tres fases. La primera corresponderá a la selección de los participantes; una segunda fase de recolección de datos y administración de las entrevistas y una tercera, correspondiente al análisis de resultados e informe final.

La primera instancia se desarrollará en elaboración conjunta con el equipo técnico de UCEA, para la selección de usuarios. Consistirá en la revisión de Historias Clínicas e informes de cada uno de los Residentes, con la finalidad de producir un muestreo teórico heterogéneo de la población. Trinidad, Carrero, & Soriano (2006) refieren que Muestreo Teórico, es aquel dirigido por la teoría que emerge, donde el analista decide qué datos coleccionar y dónde encontrarlos para desarrollar la teoría a medida que la va perfeccionando. "El muestreo teórico no acaba hasta que dejan de surgir nuevos conceptos, es decir, hasta que se saturan los datos" (p.25). A este criterio se le denomina Saturación Teórica, y se alcanza cuando el investigador considera que la información comienza a ser repetitiva. Taylor & Bogdan (1987) consideran al igual que Strauss & Corbin (2002), que el criterio de saturación teórica puede utilizarse para definir la muestra, ya que para el muestreo teórico el número de casos tiene una importancia relativa. La importancia está dada por el potencial de cada "caso" (Taylor & Bogdan, 1987) Por estas razones, se requiere un diseño flexible de investigación, estimándose previamente un número de diez usuarios a entrevistar. Se procederá a entrevistar aproximadamente un 50% de la población de cada Residencia: correspondiendo, cuatro usuarios de Chimborazo y seis personas de Casavalle (aquí se tendrá en cuenta la diferencia de género, buscando una muestra equitativa de participantes de ambos géneros). Siempre atendiendo el criterio de saturación teórica y flexibles a posibles entrevistas de nuevos protagonistas.

Los criterios para conformar una muestra heterogénea serán:

- Antigüedad del usuario en la Residencia (desde los usuarios con más tiempo en la Residencia (5 años aprox.) y los ingresos recientes (2 meses).
- Edad (todos mayores de 18 años, atendiendo la diversidad de franjas etarias de los residentes).
- Familiares o vínculos directos (presencia-ausencia de vínculos en la actualidad).
- Escolaridad (se buscará diversidad de escolarización).
- Experiencia Laboral (tanto aquellos con experiencia laboral, como los que no presentan experiencia).
- Que puedan desarrollar un discurso acorde a las características de una entrevista en profundidad (característica inherentes a todos).

Es pertinente destacar que el muestreo teórico no se utilizará como verificación de hipótesis preconcebidas, sino más bien se inducirán hipótesis con los datos recabados.

La segunda etapa de la investigación supone la Recolección de datos: seleccionar, estimar, interpretar y desentrañar la información y optar por una forma de captarla y expresarla (Vázquez Sixto, 1996). Se utilizará la técnica de Entrevista en Profundidad. Ésta herramienta consiste en encuentros “dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras” (Bogdan & Taylor, 1987, p. 101). Se desarrollará un modelo de intercambio entre iguales, y no con pautas estructuradas de preguntas y respuestas. La entrevista será no directiva, no estandarizada y abierta. (Bogdan & Taylor, 1987). Las mismas se realizarán de modo individual, centrándose fundamentalmente en la actualidad de los usuarios, el ingreso de los mismos y los proyectos de egreso. Referido al registro de los encuentros, los mismos se documentarán en formato audio, utilizando grabador digital, para una posterior transcripción en detalle a formato escrito.

En la tercera etapa, se realizará Análisis de Contenido Categorial: Análisis Temático. "Permite indagar el sentido de conjunto y, simultáneamente, la comprensión de particularidades de toda la información recogida" (Vázquez Sixto, 1997, p.2). Dicha técnica permite sistematizar la información; a partir de ciertos datos, formular inferencias que remiten a un contexto específico. Orientándose al estudio de temas provenientes de las declaraciones manifiestas y directas de los usuarios.

7- Consideraciones éticas

De acuerdo a los lineamientos establecidos para la investigación en seres humanos en Uruguay (Decreto N° 379/008) y el Código de Ética Profesional del Psicólogo, se diseñará un consentimiento libre e informado que se entregará a cada uno de los participantes que intervengan en la investigación. Éste contendrá la información fundamental de la misma, expresada de forma accesible y sencilla para su entendimiento, contemplando las características que presenta ésta población, protegiéndolos en su vulnerabilidad. Los participantes de la investigación poseen capacidad civil para dar su consentimiento informado, sin necesidad de ser representados. El presente proyecto atenderá los Principios de "Beneficencia" y "no-maleficencia". A los residentes escogidos se les solicitará su consentimiento informado para acceder a las entrevistas y la autorización para grabar su discurso, aclarándoles que su participación y colaboración serán voluntarias y no generarán ningún tipo de perjuicio o retribución económica. Se enfatizará en la inexistencia del riesgo a egresar compulsivamente de la Residencia debido a las consecuencias directas de su discurso para la presente investigación. Se les informará que cuentan con el derecho de abstenerse a participar o retirarse de la investigación en el momento que lo deseen sin perjuicio.

Se explicitará que la información obtenida será anónima y confidencial, y que posteriormente existirá una instancia de socialización de los resultados con los/as participantes. Se anexa el consentimiento informado.

8-Cronograma de ejecución

ACTIVIDADES	MES 1°	MES 2°	MES 3°	MES 4°	MES 5°	MES 6°	MES 7°	MES 8°	MES 9°	MES 10°	MES 11°	MES 12°
Revisión bibliográfica y Antecedentes												
Elaboración de pautas de las entrevistas												
Coordinación con UCEA / Selección de participantes												
Programación de las entrevistas												
Realización de las entrevistas												
Procesamiento de la información												
Análisis de los datos obtenidos/ Elaboración de informe final												
Difusión de los resultados												

9 -Resultados esperados

La propuesta metodológica planteada permitirá generar conocimiento resultante de los propios usuarios participantes, captando las significaciones de los mismos y apostando a la construcción colectiva de nuevas formas de pensar a las Instituciones de Salud Mental. Se espera que a partir del presente estudio se obtengan datos pertinentes para el desarrollo de acciones e intervenciones destinadas a mejorar la calidad de vida de los usuarios; optimizando el potencial rehabilitador inherente al dispositivo residencial. Asimismo se busca generar insumos acerca del egreso de usuarios de las Residencias (perspectivas, proyectos, dificultades, etc.)

Se buscará promover en los participantes mecanismos de apropiación de la Residencia y la revalorización de su lugar como sujeto productor. Intentará dar cuenta de los principales obstáculos y facilitadores presentes en la actualidad del Programa Residencia Asistida.

Se propone la difusión de la producción final en el ámbito académico, asociaciones civiles y distintos colectivos, con el objetivo de que la información y los potenciales beneficios retornen a los usuarios en cuestión y a futuros sujetos involucrados. Finalmente, se pretende contribuir a la reflexión y debate sobre Salud Mental desde la realidad uruguaya, partiendo de una de las experiencias innovadoras en lo que respecta a dispositivos extra-hospitalarios.

10- Referencias Bibliográficas

- * Aguirre, A., Maciel, C., Arozamena, C., Celhay, M., del Castillo, de León, N., ... Peyrot, H. (2009) (Inicial) *Anteproyecto de ley de Salud Mental de la Republica Oriental del Uruguay*. Recuperado de:
http://www.psicologos.org.uy/documentos11/20110817_1.ANTEPROYECTODELEYDESA LUDMENTALDELAROU.pdf
- * AEN (2005). 4. El proceso de desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXV(93) 55-58. Recuperado de
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019657004>
- * Arduino, M & Ginés, A. (2012) *Cien años de la colonia Etchepare*. Recuperado de:
http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/colonia_etchepare100.pdf
- * Bagnato, M., Da Cunha, H., & Falero, B. (2011) *Sistema de Cuidados*. Montevideo: MIDES
- * Cano, A. Evia, V. & Apud, I. (2013) Inclusión social y salud mental: reflexiones sobre las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud mental descentralizados de Montevideo a partir de un estudio de caso. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(1), 41 – 63. Disponible en: <http://revista.psyco.edu.uy/index.php/revpsicologia/index>
- * Comisión Asesora Técnica Permanente (2008) *Programa Nacional de Residencia Asistida para las Personas con Trastorno Mental Severo y Persistente*. Montevideo: Autor
- * Delgado, M (2007). Actitudes y opiniones de actores implicados en la política participativa del control de la calidad de los servicios de salud en Colombia. *Universitas Psychologica*.

Vol. 6 (2) May-Ago, 345-358. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v6n2/v6n2a13.pdf>

- * de León, N. (coord) (2013) *Salud mental en debate :Pasado, presente y futuro de las políticas en salud mental* . Montevideo : CSIC UdelaR
- * de León, N (2013) *Abrazos. Experiencias y narrativas acerca de la locura y la salud mental*. Montevideo: Ediciones Levy.
- * del Castillo, R; Villar, M & Dogmanas, D. (2011) *Hacia una Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay*. Recuperado de:
<http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/102/36>
- * Díaz, F., Erazo, J. & Sandoval, C. (2008). Actuales Políticas Públicas para la Desinstitucionalización y Rehabilitación de Personas Psicóticas en Chile. Experiencia de la Comunidad Terapéutica de Peñalolén. *Revista de Psicología*, XVII(1) 9-37.
Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26412982001>
- * Foucault, M (1992) *Microfísica del poder*. Madrid: La piqueta.
- * Foucault, M (2002) *Vigilar y castigar :nacimiento de la prisión*. Buenos Aires : SXXI
- * Fiasché, A. (2005). Hacia una psicopatología de la pobreza. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- * Galende, E. (2008) “Desmanicomialización institucional y subjetiva”. *Revista de Psicoanálisis* - Vol. XXX - Nº 2/3 - 2008 - pp. 395-427. Recuperado de:

[http://eds.b.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/pdfviewer/pdfviewer?
sid=e0287440-34cd-4fc6-bf2b-4a441b62d11d%40sessionmgr115&vid=0&hid=106](http://eds.b.ebscohost.com.proxy.timbo.org.uy:443/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e0287440-34cd-4fc6-bf2b-4a441b62d11d%40sessionmgr115&vid=0&hid=106)

- *Gisbert, C, et al (2002) *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- *González Cases, J. & Rodríguez González, A. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. *Clínica y Salud*, 21(3) 319-332. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180615360009>
- * Investigación en seres humanos, Decreto N° 379/008 (2008) [En línea] Recuperado de: <http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0800379.html>
- *Iraurgi, I; Basabe, N; Igartúa, J & Páez , D (1994). Necesidades sociosanitarias de los enfermos mentales crónicos. Intervención Psicosocial. *Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida* , Vol. 3 (8), 51-63. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1994/vol2/arti4.htm>
- * Lascorz, D; Serrats, E; Ruiz, B; Córdoba, M & Vegué Grilló, J (2014). Las residencias para personas con trastorno mental grave como un recurso terapéutico-rehabilitador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* , Vol. 34 (123), 521-538. Recuperado de: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16822/16693>
- *Longan, Á; Pérez, G; García, A & San Molina, L. (2004). Una experiencia de inserción laboral con T. M. S. Programa de inserción laboral de personas afectadas de trastorno mental severo de Sant Boi. *Informaciones Psiquiátricas* , (177) Jul-Sep, 209-220. Recuperado de: http://www.revistahospitalarias.org/info_2004/03_177_01.htm
- *Ministerio de Salud. Gobierno de Chile (2002) *Norma Técnica sobre Hogares Protegidos*. Chile

- *Ministerio de Salud Pública (2011) Programa Nacional de Salud Mental. *Plan de implementación de prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud*. Recuperado de:
file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Plan_Salud_Mental_Agosto_2011.pdf
- *Moré Herrero, A (2003) Satisfacción de usuarios de dispositivos de salud mental. *Informaciones Psiquiátricas* (174), 333-337. Recuperado de:
http://www.revistahospitalarias.org/info_2003/04_174_04.htm
- * Moscardó, J; Espinosa, J; Peris, P; Belenguer, M; Escriba, P. & García Ródenas, R. (1993) Evaluación del resultado de la desinstitucionalización de pacientes mentales crónicos: un estudio de cohorte. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Vol 13, No 45. Recuperado de: <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15328/15189>
- *Organización Mundial de la Salud, (2000). *“Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud”*. Versión Final. Ginebra.
- *Organización Mundial de la Salud, (2011). *“Informe mundial sobre la discapacidad”* Malta.
Recuperado de: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf?ua=1
- *OMS-OPS (1990) *“Declaración de Caracas”* Conferencia de Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, Caracas, Venezuela. 11-14 de Noviembre de 1990.
Recuperado de: https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
- * Protección Integral de Personas con Discapacidad, Ley N° 18.651 (2010) [En línea]
Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey?Ley=18651&Anchor=>

* Psicópatas Ley N° 9.581 (1936) Poder Legislativo de Uruguay. [En línea] Recuperado de:

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=9581.&Anchor=>

Rodríguez, A. (1992). Alternativas residenciales comunitarias para personas con enfermedades mentales crónicas. Intervención Psicosocial. *Revista sobre Igualdad y Calidad de Vida*, Vol. 1 (2), 15-29. Recuperado de:

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1992/vol2/arti2.htm>

*Rodríguez, A. (1997) *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*.

Madrid: Pirámide.

*Rotelli, M; de Leonardis, O & Mauri, D (1987) Desinstitucionalización: otra vía (la reforma psiquiátrica italiana en el contexto de la Europa Occidental y de los «países avanzados»)

Rev. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría. Voi. VII. N. O 2. Recuperado de:

<http://conferenciabasagiargentina.org/wp-content/uploads/2012/11/Desinstitucionalizaci%C3%B3n-otra-v%C3%ADa1.pdf>

*ROU (2010) Ley 18. 651 *Protección integral de personas con discapacidad*. Recuperada de:

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18651&Anchor=>

*Saforcada, E; De Lellis, M & Mozobancyk, S. (2010) *Psicología y Salud Pública*. Buenos Aires:

PAIDÓS.

- * Strauss, A. & Corbin, J. (2002) *Bases de la investigación cualitativa :técnicas y procedimiento para desarrollar la teoría fundamentada*. Antioquía : Universidad de Antioquía
- *Taylor, S.J. & Bogdan, R. (1987) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*.
Barcelona: Paidós
- .
- *Techera, A; Apud & I; Borges, C. (2009) *La sociedad del olvido. Un ensayo sobre enfermedad mental y sus instituciones en Uruguay*. Montevideo: CSIC Montevideo.
- *Sistema Nacional Integrado de Salud, Ley N° 18.211 (2007) Recuperado de:
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>
- * Trinidad, A., Carrero, V., & Soriano, M. (2006). *Teoría fundamentada. La construcción de la teoría mediante el análisis interpretacional*. Madrid: CIS.
- * Uruguay. Ministerio de Salud Pública. ASSE (2012) *Red Nacional de Salud Mental: Identidad y convivencia. Experiencias en Salud Mental*. Montevideo: Psicolibros
- * Uruguay. Ministerio de Salud Pública. OPS (2009) *Jornada: Intercambio de Experiencias innovadoras en Salud Mental*. Montevideo: MSP.
- * Vasilachis de Gialdino, I (Coord.) (2007) *Estrategias de investigación cualitativa*.
Barcelona: Gedisa
- *Vázquez Sixto, F. (1996). *El análisis de contenido temático. Objetivos y medios en la Investigación psicosocial*. (Documento de trabajo). (pp. 47-70). Universitat Autònoma de Barcelona.

11-Anexos

"Programa Nacional de Residencia Asistida para las Personas con Trastorno Mental Severo y Persistente" (2008):

"¿A quién va dirigida la propuesta?"

-No cuenten con familiares directos (padre o madre, hermanos/as, esposo/a, hijos/as), o familiares que por razones emocionales o económicas o por falta de disponibilidad de tiempo no pueden hacerse cargo.

-Necesiten de un apoyo en la convivencia por carencias en su red social, situaciones críticas en la familia o momentos existenciales que requieren de una contención especial.

-Acepten las condiciones del mismo y no tengan trastornos de conducta graves, que les impidan habitar en un régimen de convivencia comunitaria.

-Tengan dificultad en los vínculos intrafamiliares.

-Necesiten de apoyos externos a la familia para adquirir autonomía en el desempeño de la vida cotidiana.

-Estén limitados por sus trastornos psíquicos y se considere el sistema de apoyo residencial un tránsito necesario para mayores logros en la autonomía.

-Necesiten prepararse para el futuro con una vida más independiente (por ejemplo, para cuando sus padres no estén)" (Comisión Asesora Técnica Permanente, 2008, p.10).

Los procesos de evaluación y selección de las personas beneficiarias del mencionado Programa, es realizado por la UCEA "funciona en el Hospital Vilardebó y es coordinada por la Dirección de Salud Mental de ASSE. Tiene el objetivo de articular los recursos de ASSE y del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) para lograr el egreso del Hospital de las personas que requieren de un apoyo residencial asistido(...) coordina las 2 Residencias Asistidas (convenio ASSE-MIDES) y el Hogar de Medio Camino (convenio ASSE-Hermanas Hospitalarias). Actualmente hay 75 personas con TMSP a cargo de la UCEA" (del Castillo, Villar & Dogmanas, 2011, p. 91)

Esta conformada por la Lic. Psicología Natalia Lagraca, y los Lic. en Trabajo Social Celmira Bentura y Gerardo Pastorino.

A continuación se citarán los objetivos generales y específicos del Programa:

“Objetivos generales:

- a - Crear un Sistema Nacional de Residencia Asistida, con posibles refuerzos departamentales autónomos pero en coordinación con el Sistema Nacional de Residencia Asistida (SNRA), para las Personas con Trastornos Mentales Severos y Persistentes, que les permita una mejor calidad de vida y logros en su autonomía e inserción socio-ocupacional.
- b - Contribuir a la prevención y detección precoz de la sintomatología psiquiátrica, promoviendo la integración, como alternativa a la discriminación y exclusión de la Persona por sus trastornos psíquicos. Incluir en esta tarea tanto a los actores socio-sanitarios como a los agentes comunitarios.
- c - Generar espacios de investigación y planificación de acciones entre distintos organismos del Estado, instituciones privadas y organizaciones de la sociedad civil, que tengan como objetivo la inserción residencial y social de esta población.

Objetivos Específicos:

- Contribuir a la creación de soluciones al problema de la vivienda de las Personas con TMSP.
- Favorecer procesos de re-socialización de las Personas con TMSP.
- Estimular y promover actitudes de cooperación y tolerancia.
- Acompañar y sostener a la Persona en el proceso de reinserción biopsicosocial" . (Comisión Asesora Técnica Permanente, 2008, p. 6)

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

Montevideo .../.../...

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Nicolás Medina Iribarne, de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. El objetivo de este estudio es conocer las vivencias, significados y perspectivas de los usuarios acerca de las Residencias Asistidas "Casavalle" y "Chimborazo".

Para el cumplimiento de esos objetivos está previsto realizar entrevistas a personas que sean usuarios de las Residencias Asistidas "Casavalle" y "Chimborazo".

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá participar de una serie de entrevistas. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Las entrevistas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

La participación en esta investigación no supondrá para los participantes costo ni riesgo alguno, así como tampoco retribución económica. Si por la participación surgiera alguna especie de malestar (emocional o relacional), el investigador se ocupará de que se reciba la atención necesaria.

En caso de querer conocer más sobre la investigación o que surjan dudas, se podrá solicitar al investigador que aclare las mismas. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Se invitará a los participantes a conocer e intercambiar sobre los avances de la investigación y el resultado final de la misma.

Desde ya le agradecemos su participación.

He entendido la información del proyecto que se me ha proporcionado en la fecha .../.../...

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Nicolás Medina Iribarne. He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es conocer las vivencias, significados y perspectivas de los usuarios acerca de las Residencias Asistidas "Casavalle" y "Chimborazo".

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. Mi participación en el mismo incluye que las entrevistas sean registradas en formato audio.

Entiendo que mi participación es voluntaria. Puedo retirarme del proyecto en cualquier momento y no responder a aquellas preguntas que no quiera, sin que esto perjudique a mi persona.

Comprendo que la participación en el proyecto no presenta ningún tipo de consecuencias en la estadía en la Residencia. Los relatos/comentarios resultantes de las entrevistas serán confidenciales y no afectarán de ninguna manera la permanencia en la Residencia.

Entiendo que puedo consultar en caso que me surjan dudas sobre la investigación. Puedo contactar a Nicolás Medina al número 098158220 en caso de que necesite aclaraciones o tenga inconvenientes producto de mi participación en la investigación.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha respondido de forma satisfactoria.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

Nombre del investigador

Firma del Investigador

Fecha

