

Artículo

Lo perdido en las internaciones: reflexiones en torno a las estrategias de rehabilitación en una Residencia Protegida de Salud Mental

*What was lost in hospitalizations:
reflections on rehabilitation strategies in
a Protected Mental Health Residence*

Trebucq, María Agustina

Licenciada en Trabajo Social
(Universidad Nacional de La Plata, Argentina)

Correo: agustinatrebucq@gmail.com

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo reflexionar en torno a las estrategias de rehabilitación para la desinstitucionalización en el marco del grupo de egreso de una residencia protegida de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, focalizando en los limitantes y posibilitadores que emergen en dicho proceso. A partir de una experiencia situada en un dispositivo habitacional transitorio y de puertas abiertas, destinado a personas con padecimientos mentales severos, se analizan intervenciones orientadas a la recuperación de la autonomía, la reconstrucción de vínculos y la inclusión social y laboral. El análisis se centra en el grupo de egreso como espacio privilegiado para problematizar los efectos subjetivos y sociales de las internaciones prolongadas, articulando las pérdidas y las marcas que imprime la institucionalización en la vida de los usuarios con las estrategias desplegadas en el proceso de rehabilitación psicosocial. En este marco, se desarrollan tres ejes centrales del proceso de rehabilitación: hábitat, red social y trabajo, identificando en cada uno de ellos los principales obstáculos y facilitadores del egreso y la reinserción comunitaria. Se evidencia que la desinstitucionalización excede el cierre físico de los hospitales psiquiátricos y requiere políticas públicas intersectoriales y compromisos institucionales sostenidos en el tiempo..

Palabras clave

Salud mental comunitaria, Desinstitucionalización, Rehabilitación.

.....

Abstract

This paper aims to reflect on rehabilitation strategies for deinstitutionalization within the framework of the discharge group of a protected mental health residence in the Autonomous City of Buenos Aires, focusing on the limiting factors and facilitators that emerge in this process. Based on a situated experience in a transitional, open-door residential device intended for people with severe mental health conditions, the analysis examines interventions oriented toward the recovery of autonomy, the reconstruction of social bonds, and social and labor inclusion. The analysis focuses on the discharge group as a key space for problematizing the subjective and social effects of prolonged hospitalizations, articulating the losses and the marks left by institutionalization in users' lives with the strategies implemented in the process of psychosocial rehabilitation. Within this framework, three central axes of the rehabilitation process are developed: housing, social networks, and work, identifying in each of them the main obstacles and facilitating factors for discharge and community reintegration. The findings show that deinstitutionalization goes beyond the physical closure of psychiatric hospitals and requires intersectoral public policies and sustained institutional commitments over time.

Keywords

Community mental health, Deinstitutionalization, Rehabilitation.

.....

Introducción

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires existen actualmente cinco residencias protegidas de rehabilitación psicosocial para personas con trastornos mentales severos, dependientes de la Dirección General de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (en adelante, DGSAM). Este tipo de dispositivo forma parte de la estrategia de desmanicomialización que se propone con la Ley Nacional de Salud Mental n°26.657, sancionada en el año 2010. Como lineamientos generales, la implementación de dicha normativa entiende a la salud mental como un proceso que está determinado por factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales e históricos y propone una modalidad de abordaje comunitario e interdisciplinario en todos los niveles de atención. Desde esta perspectiva, se promueve un abordaje comunitario, interdisciplinario y basado en derechos, que cuestiona las prácticas tutelares tradicionales y coloca en el centro la autonomía y la ciudadanía de las personas con padecimientos mentales. Este posicionamiento implica reconocer a las personas usuarias del sistema de salud mental como sujetos de derecho, con capacidad de decisión y participación activa en los procesos que involucran su vida y su tratamiento.

En el marco de la reorganización de los distintos niveles de atención y efectores, se desarrollan dispositivos habitacionales con diferentes niveles de apoyo destinados a la rehabilitación psicosocial y la reinserción comunitaria de personas con padecimientos mentales severos. En este contexto de ampliación de derechos para las personas con padecimientos mentales, se inauguran en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires distintas residencias de rehabilitación psicosocial tanto para adultos como para niños y adolescentes. Siguiendo los lineamientos normativos, dichas instituciones cuentan con un equipo interdisciplinario integrado por trabajo social, psicología, psiquiatría, terapia ocupacional y enfermería, y un equipo de operadores técnicos que se distribuyen en distintas franjas horarias para cubrir la totalidad de los días.

Se trata de dispositivos de puertas abiertas de carácter voluntario y transitorio, cuyo objetivo no es sustituir indefinidamente el espacio manicomial por otro tipo de encierro, sino funcionar como instancias intermedias que acompañen procesos de recuperación de la autonomía y de reconstrucción de proyectos de vida por fuera de la lógica institucional. La cantidad de

vacantes y el rango etario de les usuaries varía según cada residencia, pero todas están destinadas para personas adultas —mayores de 18 años— o adolescentes con trastornos mentales severos, con cierto grado de autonomía, con posibilidades de reinserción social y que no cuenten con una red socioafectiva que pueda brindar contención y/o alojamiento.

La residencia en la cual se basa el presente escrito contaba, al momento de mi paso por ella, con quince personas usuarias de entre 20 y 70 años, mayoritariamente mujeres, con trayectorias de vida atravesadas por internaciones prolongadas de más de 30 días en hospitales monovalentes y generales (Moyano, Alvear, Borda, Piñero, Fernández, Tornú, etc.), así como por experiencias previas de institucionalización en otros dispositivos habitacionales. Estas trayectorias ponen de manifiesto que la desinstitucionalización no puede pensarse únicamente como el cierre de hospitales psiquiátricos, sino como un proceso que implica abordar los efectos subjetivos, vinculares y sociales que deja el encierro prolongado.

El trabajo que se lleva adelante en este tipo de dispositivos va en línea con un proceso de desinstitucionalización que no solo se relaciona con la externación de hospitales psiquiátricos (la des-hospitalización), sino también con trabajar en torno a los efectos a nivel subjetivo producto de internaciones prolongadas. Siguiendo a Cáceres, Druetta, Hartfiel y Riva (2009) “comparado con el acto de la internación, ponerle fin suele requerir de un procedimiento complejo, teniendo en cuenta el habitual desamparo social y abandono familiar que padecen estos individuos” (p. 301). Tal desamparo se condice con la lógica tutelar en la que el sistema de salud mental históricamente ha operado, sustituyendo la voz y la decisión de las personas usuarias, debilitando su autonomía y restringiendo su ejercicio pleno de ciudadanía. Esto se expresa en trayectorias laborales interrumpidas, poca autonomía para la realización de tareas cotidianas, quiebre de lazos afectivos, entre otros.

La rehabilitación psicosocial y la integración comunitaria de las personas con padecimientos mentales severos es el pilar fundamental a partir del cual se interviene, entendidas no solo como objetivos técnicos, sino como prácticas políticas que buscan restituir y en muchos casos reconstruir) derechos, capacidades y vínculos. Entrevistas individuales, entrevistas familiares, asambleas convivenciales y acompañamientos en actividades cotidianas constituyen estrategias mediante las cuales se intenta tensionar la lógica

asistencialista y promover procesos de participación activa de les usuaries en la toma de decisiones.

En el marco de la Residencia en Salud de Trabajo Social transité y conocí la dinámica de una de las cinco residencias protegidas de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante aproximadamente tres meses. En dicho tiempo, participé de numerosas entrevistas individuales con usuaries, entrevistas familiares, asambleas convivenciales y acompañamientos en tareas de la vida cotidiana, dentro y fuera de la residencia. Además de los mencionados, uno de los espacios que conforma el cronograma de la residencia es el *grupo de egreso*. El mismo funciona de manera semanal en la institución y en él, con la participación de algunos usuaries y parte del equipo profesional, se trabaja de manera puntual distintos aspectos a reforzar para pensar el egreso. En estos encuentros surgieron múltiples interrogantes que guían la redacción del presente escrito: ¿Qué implican las internaciones prolongadas? ¿Cómo se trabaja en pos de restituir lo que se perdió en ellas? ¿Cómo influye la institucionalización en las trayectorias de las personas? ¿Qué efectos a nivel subjetivo imprime la manicomialización? ¿Qué estrategias se llevan adelante por parte del equipo en el grupo de egreso? A partir de estos interrogantes se pretende reflexionar en torno a las estrategias de rehabilitación para la desinstitucionalización en el marco del grupo de egreso de una residencia protegida de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, focalizando en los limitantes y posibilitadores que emergen en ese proceso.

Este escrito se compone de esta breve introducción y una serie de apartados. En un primer momento, se realiza una breve historización de normativas vigentes en nuestro país en materia de salud mental y cómo las mismas han servido de base para la posterior promulgación en el año 2010 de la Ley Nacional N°26.657 de Salud Mental en Argentina. En el segundo apartado, se profundiza en relación a la rehabilitación y a las estrategias llevadas adelante por el equipo profesional en la residencia. Por último, se puntualiza sobre la experiencia en uno de los espacios que funcionan en la institución: el grupo de egreso, abordando algunos debates que surgieron en los distintos encuentros.

Las bases para la desmanicomialización

En Argentina fue luego de la mitad de la década del 2000 que se comenzaron a efectivizar algunos cambios legislativos a nivel nacional en materia de salud mental. La ley nacional de Salud Mental 26.657 sancionada en el año 2010 no fue posible sin antes numerosos debates en relación a la *desmanicomialización* y los hospitales psiquiátricos.

Provincias como Santa Fe, Río Negro y Entre Ríos fueron precursoras en legislaciones específicas de salud mental (Ley 10772/91; Ley 2.440/91 modificada por Ley 3.575/02; Ley 8.806/94, respectivamente) y sirvieron de referencia en el país para el cambio de paradigma que comenzaba a instaurarse en muchos lugares del mundo. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires los cambios en materia legislativa se dieron en el año 2000 con la promulgación de la Ley n° 448, reglamentada en el año 2004.

Siguiendo la línea implementada con las legislaciones en otras provincias, en CABA también se comenzaron a promover estrategias de intervención centradas en la salud mental comunitaria, reservando la internación únicamente como última opción. El eje central que impulsó los cambios fue repensar las formas en que se han atendido históricamente los padecimientos de salud mental. Para esto fue fundamental una transformación en la concepción que se tenía de salud mental, incorporando a la definición los factores psicológicos, socioeconómicos, culturales e históricos, aportando una mirada integral para su atención, con base en la comunidad.

Uno de los puntos centrales para el cambio de paradigma fue la de “atender y reintegrar a la persona con sufrimiento mental en su medio habitual, priorizando las estrategias de intervención en crisis y de reinserción social” (Cohen y Natella, 2013, p.131). Se procura la atención en la comunidad y en el territorio en que la persona vive, priorizando que pueda continuar viviendo en su medio acompañado por sus vínculos y redes afectivas, cuando esto sea posible. En este punto fue fundamental hablar del *enfoque de crisis* y la *reinserción social*.

El enfoque de crisis significó en primer lugar un cambio de percepción respecto a cómo se entendían los padecimientos en salud mental. Entenderlos como hechos reversibles y transitorios permitió que su atención no estuviera adjudicada específicamente a los hospitales psiquiátricos (mani-

comios), sino que también se atendieran en los hospitales generales y/o en los centros de salud de primer nivel de manera interdisciplinaria.

Es importante en este punto destacar que, en la gran mayoría de las internaciones psiquiátricas, la puerta de entrada han sido las situaciones de crisis o urgencias. En este nuevo contexto, las situaciones de crisis o urgencias en salud mental se tomaron, en cambio, como una puerta de entrada para el trabajo con la familia, los vínculos afectivos, la red institucional/barrial en la que vive la persona, etc. Al respecto, Cohen y Natella (2013) refieren que “en la desmanicomialización la intervención en crisis fue la instancia que permitió articular todos los niveles de prevención de la salud: la prevención propiamente dicha, la promoción, el diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación” (p. 134).

A partir del primer contacto con la persona se comienza a trabajar para evitar la institucionalización o la internación, priorizando la atención ambulatoria y en la comunidad, siendo la *reinserción social* el eje principal. Evitar las internaciones manicomiales contribuyó también a reducir el estigma social que lleva tener un padecimiento de salud mental, ya que al sostener la permanencia de la persona en el ámbito comunitario se lograba una integración en la trama social, en contraposición a lo que sucedía con las internaciones psiquiátricas en las que la persona quedaba excluida.

Las normativas mencionadas significaron un avance sustancial en materia de derechos para las personas con padecimientos mentales y fue de gran importancia para la promulgación de la Ley Nacional de Salud Mental n°26.657 en el año 2010. Dicha normativa reconoce la salud mental como una cuestión de derechos humanos y considera que el modelo manicomial en sí mismo constituye una violación de derechos fundamentales. En este sentido, se establece que los manicomios deben ser cerrados y reemplazados por un sistema de salud mental integrado en la comunidad, que no esté centrado en la internación y que lleve adelante estrategias de intervención de maneras interdisciplinarias e intersectoriales.

Sin embargo, el manicomio tiene un alcance más amplio que sus propios muros (Faraone et al., 2024), lo cual nos invita a pensar en los procesos de desinstitucionalización no únicamente a partir del cierre de los manicomios, sino como un proceso complejo que implica un trabajo crítico de reflexión y revisión de los paradigmas y marcos teóricos que históricamente

han regido la práctica en nuestro país. Paulo Amarante (2024) permite pensar la desinstitucionalización como:

Una ruptura epistemológica que cuestiona los conceptos, las prácticas, las instituciones, todas las consecuencias en las prácticas sociales, culturales, educacionales, de todos los campos que fueron influenciados por la idea de locura, alienación, peligrosidad, incapacidad. Para eso es necesario, primero, un cambio a nivel del discurso, en los conceptos y concepciones. No hablar más de la locura relacionada con la irracionalidad y lo peligroso. Segundo, es necesario incluir a las/los pacientes en actividades sociales y culturales, integrándolos. La respuesta que da la psiquiatría es encerrarlos y doparlos; la desinstitucionalización propone otra cosa: que haya proyectos de vida (p. 66)

En este sentido, se adhiere a lo dicho respecto a la desinstitucionalización como un proceso complejo que obliga a deconstruir o desarmar lo instituido, construyendo otros saberes y formas de concebir los padecimientos de salud mental y las estrategias de intervención. Para la construcción de nuevos significados es fundamental que se piensen otro tipo de instituciones, no solo desde el ámbito sanitario sino también desde la comunidad, esto habilita la integración en la trama social de las personas con padecimientos, sin reducir su tránsito por ámbitos específicos de salud mental. De esta manera, se entiende que, si bien la sanción de leyes y normativas como las previamente señaladas son fundamentales para el cambio de paradigma hacia una salud mental de carácter más comunitaria, resultan insuficientes si no van acompañadas de una revisión crítica de las prácticas profesionales y de los supuestos teóricos que las sostienen. La desinstitucionalización exige cuestionar la persistencia de dispositivos y discursos tutelares que, aun en contextos comunitarios, continúan limitando el ejercicio efectivo de la autonomía y la ciudadanía de las personas con padecimientos mentales.

La rehabilitación como una práctica desinstitucionalizadora

La rehabilitación psicosocial se concibe aquí como una práctica que no busca adaptar al sujeto a un orden social dado, sino habilitar condiciones para que pueda construir un proyecto de vida propio, en diálogo con otros y en el ejercicio de derechos. Desde esta perspectiva, la autonomía se en-

tiende como la posibilidad de participar activamente en las decisiones que afectan la propia vida, aun cuando se requieran apoyos.

La lógica tutelar, que históricamente ha atravesado los dispositivos de salud mental, tiende a confundir cuidado con control y protección con sustitución de la voluntad. Frente a ello, las estrategias de rehabilitación que se desarrollan en la residencia intentan correrse de ese lugar, promoviendo vínculos más horizontales entre el equipo profesional y les usuaries. A tales fines, si bien la DGSAM propone que el egreso de las residencias se de en un tiempo no mayor a dos años, la gran mayoría de les usuaries que se encuentran actualmente en la residencia llevan allí diez años o más. Esta extensión del periodo estimado para el egreso responde a múltiples factores: algunos de ellos son propios de los padecimientos mentales, pero otros tantos están íntimamente vinculados con las secuelas que deja la institucionalización. Estas secuelas se expresan en la pérdida de autonomía, la reducción de los intercambios sociales en la comunidad y el debilitamiento de las redes sociales. En este sentido, los egresos de las residencias son procesos mucho más abarcativos y complejos que demandan una práctica rehabilitadora que pueda ir desarmando lo que cada usuarie trae de las internaciones y de la institucionalización para poder pensarse eventualmente por fuera de ella.

Desde un inicio se trabaja en conjunto con les usuaries un proceso de rehabilitación que incluye un acompañamiento en diversas tareas de la vida diaria tales como actividades varias del mantenimiento de la casa, organización de rutinas —trabajo, actividades recreativas, turnos médicos— y construcción de hábitos para una vida lo más autónoma posible por fuera de la institucionalidad.

Es fundamental en este tipo de dispositivos recuperar la capacidad de decisión de les usuaries y su carácter como ciudadanos y ciudadanas con derechos partícipes de la sociedad. La mayoría de ellos viene de institucionalizaciones en las que la lógica les ubicaba en un lugar de pacientes, sin mucho lugar para pensar de manera crítica sus padecimientos y los tratamientos, muchas veces tomando el equipo profesional decisiones por ellos. Ante este tipo de políticas y paradigmas que entienden a las personas con padecimientos mentales como personas *incapaces* es fundamental llevar adelante estrategias de intervención que deconstruyan o desarmen ese lugar establecido para les *pacientes* para que puedan, de manera progresiva, ir recuperando parte de la autonomía que se pierde en las internaciones.

La rehabilitación como una práctica desinstitucionalizadora se presenta como una contrarespuesta ofensiva a los abordajes de los padecimientos mentales en los manicomios, en los que más que trabajar con les usuaries la reinserción comunitaria se les *entretiene* (Saraceno, 2003) hasta que eventualmente son externados. Implica considerar a cada usuarie en su particularidad y construir estrategias de rehabilitación con ellos, acordes a sus trayectorias individuales.

Saraceno (2003) caracteriza a los manicomios como un “centro vigente de reproducción de las enfermedades” (p.39). Esto se condice con lo que se observa en la residencia, donde el trabajo de rehabilitación se relaciona en gran parte con deconstruir lo que la institucionalización imprime a nivel subjetivo en les usuaries. Caracterizando las internaciones como un *proceso de empequeñecimiento* del sujeto, el autor realiza un señalamiento de las marcas que dejan las mismas y cómo les usuaries suelen ser externades en condiciones peores a las que ingresaron y debido a aspectos que no están relacionados específicamente con su padecimiento mental sino justamente con la institucionalización.

En este escenario es importante entonces pensar la rehabilitación no solo como la restitución de los derechos formales sino también como una reconstrucción de los mismos y la recuperación de la ciudadanía plena de les pacientes psiquiátricos. Esto implica trabajar en torno a los síntomas que conllevan los padecimientos mentales pero también implica, como equipo de salud, el desarmar las lógicas instituidas construyendo otras formas de intervención posibles. En este sentido, la rehabilitación no se limita a la restitución formal de derechos, sino que apunta a la reconstrucción de una ciudadanía sustantiva, entendida como la posibilidad real de habitar espacios sociales, tomar decisiones, establecer vínculos y proyectarse en el tiempo por fuera de la institución.

Grupo de egreso

El *grupo de egreso* —nombrado así por el equipo— funciona en la residencia de manera semanal y en él participan algunos usuaries y parte del equipo profesional. Es un espacio destinado a trabajar o reforzar distintos puntos claves que pueden estar influyendo en la posibilidad de egreso. Quienes participan son convocades por el equipo profesional cuando éste

evalúa que se encuentran en una instancia adecuada para comenzar a trabajar en conjunto la salida de la institución. No hay una cantidad de encuentros pautados ni temáticas previas establecidas para el grupo, lo que se trabaja se va construyendo con los usuarios a partir de la mirada del equipo y de lo que evalúa que puede ser un obstaculizador y es necesario reforzar.

Si bien las cuestiones que se trabajan y que surgen en los distintos encuentros son múltiples, algunas atraviesan la gran mayoría de ellos. En este sentido, me interesa puntualizar en tres ejes específicos que sintetizan los debates que se dan en el grupo y trazan una línea para reflexionar en torno a las marcas que imprimen las internaciones y la institucionalización en las vidas de los usuarios y en las estrategias de rehabilitación que el equipo diagrama. Para tal fin, se toma como referencia la caracterización que realiza Saraceno (2003) del proceso de rehabilitación enfatizando en tres ejes principales: hábitat, red social y trabajo.

En palabras del autor, el primero hace mención al proceso de consolidación de un lugar para habitar y la posibilidad de adquirir una vivienda; el segundo se relaciona con la estimulación de las redes vinculares del sujeto, favoreciendo el intercambio con otros y el tercer eje hace hincapié en la inserción laboral.

Si bien dichos ejes son centrales en todas las estrategias de intervención que se llevan adelante en la residencia desde el primer momento en que la persona ingresa al dispositivo, el *grupo de egreso* específicamente aborda en profundidad estos aspectos y es el espacio en el que se condensan algunas líneas de acción concretas donde los usuarios suelen expresar cuáles son los puntos que encuentran como obstáculos para pensarse por fuera de la institución.

- *Hábitat*. Además de la posibilidad concreta del acceso a una vivienda a la que puedan egresar, desde el ingreso a la residencia se trabaja con los usuarios en pos de favorecer la apropiación del espacio. Es importante destacar que en las internaciones las tareas propias del mantenimiento de una casa, tales como la cocina y la limpieza son llevadas adelante por la institución: la comida se brinda a los usuarios hecha y la limpieza es llevada adelante por el personal.

De manera contraria, en dispositivos como el descripto en este escrito son los usuarios quienes se encargan del mantenimiento de la casa así como

de las compras y la cocina. Esto se presenta como un cambio sustancial en sus vidas y es uno de los aspectos que les usuaries traen de las internaciones y que es necesario desarmar en conjunto con ellos. Para ello se realizan cronogramas en conjunto con el equipo que ordenan las distintas tareas a realizar y también se llevan a cabo asambleas semanales en las que se tratan distintos temas relacionados con la convivencia y el mantenimiento de la casa.

A esto se suma la escasa posibilidad de acceder a una vivienda, ya sea propia o alquilada, lo cual representa uno de los principales obstaculizadores para el egreso. Si bien algunos usuaries poseen una vivienda, la mayoría no cuenta con un lugar al que trasladarse una vez que egresan. En ciertos casos, no es viable regresar al hogar previo a la internación, ya que las personas con las que convivían no están dispuestas o no se encuentran en condiciones de recibirles nuevamente. Otros usuaries no tienen una vivienda disponible y tampoco pueden afrontar el costo de un alquiler, especialmente considerando que la pensión por discapacidad suele ser su único ingreso.

Por otro lado, incluso cuando se logra garantizar el acceso a una vivienda y se cumplen las demás condiciones necesarias, muchas veces emerge el *temor a dejar la residencia*. Este es un factor clave que pone en evidencia los efectos que deja la institucionalización prolongada, más allá del padecimiento de salud mental en sí. Tras trayectorias de vida marcadas profundamente por la internación, resulta casi inimaginable proyectar un futuro por fuera del marco institucional, como si esa posibilidad fuera, en sí misma, una utopía.

En este sentido, es esencial desarrollar estrategias de intervención que promuevan la participación activa de les usuaries y les incluyan en la toma de decisiones sobre sus propios tratamientos. La construcción de vínculos más horizontales y democráticos entre el equipo y les usuaries no solo fortalece su autonomía, sino que también facilita que puedan pensarse como sujetos independientes. Para avanzar en esta dirección, es necesario desmontar los efectos de los paradigmas tutelantes, que relegan a las personas con padecimientos mentales a un rol pasivo frente a sus tratamientos y a su capacidad de decisión.

- *Red social*. En muchos casos, las redes vinculares funcionan como un facilitador en el proceso de desinstitucionalización ya que brindan a la per-

sona un acompañamiento y sostén necesario para la reinserción comunitaria y la rehabilitación. En el caso de les usuaries de la residencia, se vislumbran distintas situaciones. Por un lado, se encuentran aquellos en edades mayores a los 50 años, que han perdido la red familiar con la que contaban debido al fallecimiento. Por otro lado, en el caso de aquellos más jóvenes que sí cuentan con familiares, el vínculo que predomina suele ser conflictivo y muchas veces representa un factor que influye negativamente. A su vez, en todos los casos, se puede dar cuenta de cómo las múltiples internaciones o las internaciones prolongadas han obstaculizado el sostenimiento a lo largo de la vida de las redes vinculares en general, así como también el paso por espacios de socialización o encuentro con otros por fuera de las internaciones con el fin de generar nuevos vínculos.

En este punto, desde el equipo profesional se establecen líneas de acción que tienden por un lado a trabajar con las familias respecto a los padecimientos de salud mental y, por el otro, a fomentar la participación de les usuaries en distintas actividades que sirvan, entre otras cosas, para construir redes afectivas.

El trabajo con la red familiar —siempre y cuando esté habilitado por les usuaries— es fundamental para desarmar de alguna manera la noción que tiene ese familiar respecto al padecimiento de salud mental y para intercambiar respecto a los imaginarios que esa noción trae consigo. Cuando el equipo evalúa que es necesario para el egreso del usuarie, se intenta construir con la familia (siempre que ésta esté disponible y dispuesta) otras formas de entender dichos padecimientos ya que, al igual que una gran parte de la sociedad, traen consigo ideas que posicionan a les usuaries en un lugar problemático o de incapacidad.

A su vez, se intenta que les usuaries permanezcan la menor cantidad de tiempo posible en la residencia. Esto, además de ser un objetivo para que desarrollen intereses y puedan construir una rutina y una inserción en la comunidad, es primordial para que justamente puedan fortalecer las redes vinculares a partir del encuentro con otros, por fuera de las instituciones de salud mental.

- *Inserción laboral*. Históricamente el trabajo ha funcionado como un ordenador de la rutina y la cotidianeidad de las personas, además de proporcionar un bien económico que viabiliza y permite subsistir, es un aspec-

to que forma parte de la identidad de una persona y alrededor del cual se organizan otros aspectos de la vida.

En los distintos encuentros del grupo surgieron numerosos debates que permitieron visibilizar el sentido que el *trabajo* adquiere para algunos usuarios, así como el significado que tiene para ellos la posibilidad de integrarse al mercado laboral. Más allá del aspecto económico, la inserción laboral se presentaba como la posibilidad de proyectarse por fuera de la residencia y de vivir una vida autónoma.

Para contextualizar, es importante decir que la gran mayoría de los usuarios de la residencia se encuentran en una edad adulta —mayores de 35 años— y no han tenido trayectorias laborales sostenidas a lo largo de su vida. Esto se debe principalmente a las múltiples internaciones que han interrumpido sus recorridos y a la falta de estrategias de acceso o continuidad laboral durante estos procesos.

En este punto, se evidencia la importancia de políticas públicas y normativas tales como la Ley N° 955 de la Ciudad de Buenos Aires de Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica que establece la creación de efectores estatales para la reinserción psicológica, social y laboral de las personas con sufrimiento o malestar psíquico por medio del trabajo terapéutico. La gran mayoría de los usuarios de la residencia participaba de dichos espacios y es destacable que, además de otorgar un monto económico para los que asisten, funcionan como lugares de pertenencia en los que los usuarios, además de aprender distintos oficios, fortalecen las redes vinculares y sociales con las que cuentan. Asimismo, para muchos de ellos, la asistencia a los talleres representa la actividad principal en su día a día, funcionando como un ordenador de la rutina.

Reflexiones finales

La experiencia desarrollada en este escrito intenta profundizar de manera situada en relación a los desafíos, avances y tensiones del proceso de desinstitucionalización en salud mental en Argentina. En el recorrido por dispositivos como las residencias protegidas, se visibiliza que este proceso excede ampliamente al cierre físico de los manicomios y demanda una transformación cultural, política, subjetiva e institucional mucho más amplia.

En este sentido, el presente escrito pretende ser un aporte para la problematización de nociones claves como autonomía, tutela y ciudadanía, a partir del análisis de una experiencia concreta de intervención. Lejos de concebir la autonomía como una capacidad individual previa o como un objetivo a alcanzar de manera lineal, lo analizado permite pensarla como un proceso relacional, situado y necesariamente acompañado.

Asimismo, el escrito aporta una lectura crítica sobre la persistencia de lógicas tutelares en contextos que, aun inscribiéndose en un paradigma de derechos, corren el riesgo de reproducir formas sutiles de sustitución de la voluntad. El análisis del grupo de egreso permite visibilizar cómo estas tensiones se expresan en la práctica y como la intervención profesional puede orientarse ya sea a reforzar la dependencia institucional o, por el contrario, a habilitar procesos de participación activa, toma de decisiones y ejercicio efectivo de ciudadanía por parte de les usuaries.

La recuperación de la autonomía, la reconstrucción de vínculos y el fortalecimiento de la capacidad de decisión no son metas finales, sino procesos continuos que requieren tiempo, recursos, acompañamiento y, sobre todo, una mirada no tutelar por parte del equipo profesional y de la sociedad en general.

Las marcas que deja la institucionalización —el empobrecimiento subjetivo, el quiebre de lazos, la dependencia institucional— requieren de estrategias que habiliten una reconfiguración del sujeto más allá de la lógica del encierro. En este sentido, el grupo de egreso se presenta como un espacio privilegiado para condensar algunos debates y reflexiones acerca de las posibilidades/imposibilidades que tienen aquellas personas que han transitado por internaciones prolongadas de eventualmente concretar el egreso y reinsertarse en la comunidad.

Se vuelve insoslayable considerar las limitaciones estructurales que obstaculizan muchos egresos: la falta de vivienda, la escasa inclusión laboral, la insuficiencia de redes familiares o sociales. El padecimiento mental no se resuelve únicamente con intervenciones clínicas o acompañamientos terapéuticos; requiere políticas públicas intersectoriales, acceso real a derechos sociales y un Estado presente que garantice condiciones dignas para una vida por fuera de la institucionalidad.

Esta experiencia reafirma que la desmanicomialización es una práctica política que interpela al conjunto de la sociedad. Implica desarmar pre-

juicios, cuestionar discursos hegemónicos sobre la locura, y construir un entramado social que no excluya, sino que habilite la inclusión real, activa y digna de las personas con padecimientos mentales. Como señala Amarante, la desinstitucionalización no es solo una reforma de servicios, sino una ruptura epistemológica y ética: se trata, en definitiva, de rehumanizar los modos de pensar, vivir y acompañar el sufrimiento psíquico.

Referencias bibliográficas

Amarante, Paulo (2023). Sobre el legado de Franco Rotelli. *Salud mental y comunidad*, (14), 16-18.

Cáceres, Carmen; Druetta, Ivana; Hartfiel, Maricel y Riva, María Rosa (2009). El PREA, una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *VERTEX. Revista Argentina de Psiquiatría*, 20(86), 299-307.

Cohen, Hugo y Natella, Graciella (2013). Los principios rectores de la desmanicomialización. Los recursos humanos que los sustentaron. *La desmanicomialización*, 129-187.

Faraone, Silvia; Torricelli, Flavia; Valero, Ana Silvia; Bianchi, Eugenia y Oberti, Milagros (2024). Diálogos en ciencias sociales, salud mental y derechos humanos: Problemáticas, desafíos y oportunidades transeccionales.

Ley No 448 - Salud Mental (2000). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ley No 955 de Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica (2002). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ley No 2.440 - Salud Mental (1991). Provincia de Río Negro, Argentina, Legislatura de la provincia de Río Negro.

Ley No 8.806 - Salud Mental (1994). Provincia de Entre Ríos, Argentina, Legislatura de la provincia de Entre Ríos.

Ley No 10.772 - Salud Mental (1991). Provincia de Santa Fe, Argentina, Legislatura de la provincia de Santa Fe.

Ley No 26.657 - Salud Mental (2010). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Congreso de la Nación Argentina.

Rosendo, Emilio; Ley de Salud Mental N° 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Sabin Paz, Macarena; Ribeiro Mieres, Soledad; Díaz Jimenez, Rosa Matilde y Giglia, Lionel (2015). El desafío de implementar la Ley Nacional de Salud Mental. *Avances y deudas*

en el camino hacia el cambio de paradigma y el cierre de los manicomios. *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2015*.

Saraceno, Benedetto (2001) “La rehabilitación psicosocial: una estrategia para el cambio de milenio” en la rehabilitación psicosocial en Brasil. San Pablo, Hucitec.

Saraceno, Benedetto (2003). *Liberación de los pacientes psiquiátricos*. Editorial Pax, México.

Tisera, Ana; Léale, Hugo; Lohigorry, José; Pekarek, Ana y Joskowicz, Adán (2013). Salud Mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. *Anuario de investigaciones*, 20(1), 251-258.

Recibido: 19/09/2025

Aceptado: 23/02/2026