



Lic. Marcela García Rey^a – Lic. Cynthia Rodríguez^b

^a Lic. en Psicología (UBA) - Especialista en Psicología Clínica Infantojuvenil (Htal. Tobar García).

Directora de la carrera de Psicología (UdeMM). ^b Lic. en Psicología (UBA) - Posgrado Clínico ICBA-EOL.

Coordinadora de Prácticas Profesionales Supervisadas (UdeMM).

Rehabilitación psicosocial en pacientes con padecimiento mental grave alojados en una casa de medio camino

Resumen:

Se trata de una investigación exploratoria descriptiva que estudia uno de los dispositivos de atención en salud mental comunitaria, alternativos a los modelos clásicos de internación psiquiátrica.

Indaga la efectividad del dispositivo “Casa de Medio Camino” como agente y facilitador en la adquisición de habilidades sociales, en pacientes adultos con padecimiento mental grave.

Se desarrolló bajo la modalidad de un estudio de casos, ya que incluyó la voz de los usuarios allí alojados, así como las referencias de quienes contribuyen con su trabajo al funcionamiento del dispositivo.

Explora la capacidad de establecer relaciones con otros, la aceptación de reglas sociales y el grado de autonomía alcanzado por los pacientes. Incluye la perspectiva de los pacientes, sus familiares y los equipos tratantes externos, a fin de valorar el dispositivo, la dinámica y su funcionamiento, en el marco de la nueva Ley de Salud Mental en la República Argentina.

Se concluye que el funcionamiento del dispositivo facilita la adquisición de

hábitos de independencia y la interacción con el entorno socio-comunitario, así como el nivel de habilidades de la vida cotidiana, todos indicadores de rehabilitación psicosocial. No obstante, surgen problemáticas inherentes a la sintomatología propia del padecimiento mental, que interfieren en la convivencia.

Palabras Clave: *casa de medio camino, rehabilitación psicosocial, calidad de vida, padecimiento mental.*

Introducción

En la República Argentina el abordaje tradicional de los pacientes con trastornos mentales graves admitía la internación permanente debido a su condición de cronicidad y carencia de autonomía en las principales áreas de funcionamiento requiriendo supervisión y cuidado institucional.

A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley 26.657) promulgada en 2010, se inicia una serie de modificaciones en las prácticas disciplinares del área que resultan de suma importancia, entre otras se incluye la implementación de dispositivos de atención alternativos a los modelos

clásicos de internación psiquiátrica como un derecho humano fundamental para todas las personas, en concordancia con normativas de referencia en Salud Mental y Derechos Humanos a nivel internacional.

La transformación que presupone esta ley, implica el pasaje de la institucionalización crónica y marginal, a un abordaje basado en la inclusión en la comunidad, que promueve la integración al contexto socio-comunitario y la prevención terciaria, para propiciar la disminución de las secuelas de la enfermedad mediante la rehabilitación de las capacidades perdidas. (Gisbert Aguilar, 2003).

Desde esta perspectiva, evaluar los nuevos dispositivos en salud mental, y su incidencia en la rehabilitación psicosocial de las personas con padecimiento mental grave, se constituye en un objetivo primordial para dar cuenta del funcionamiento de los mismos en nuestro medio.

Esta investigación explora y describe en forma transversal uno de los dispositivos denominados “Casa de Medio Camino”, que funciona en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, destinado

a personas con padecimiento mental grave. Su objetivo general es describir y valorar los efectos del dispositivo en la rehabilitación psicosocial de dichos pacientes, en tanto que entre los objetivos específicos plantea tanto la evaluación del dispositivo como agente y facilitador en la adquisición de habilidades sociales, como la indagación en el grado de autonomía personal alcanzado por el paciente.

Se toman como fuentes primarias de información, tanto a los sujetos allí alojados, como a informantes clave en contacto cotidiano con los mismos.

Se realiza un abordaje metodológico mixto cualitativo y cuantitativo, que incluye un Focus Group, entrevistas en profundidad y la administración de una escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana (LSP).

Instrumentos para la recolección de datos

1. Instrumentos Utilizados para el análisis cualitativo de datos

Para la recolección de datos se realizaron las siguientes técnicas: *Focus Group* y entrevistas en profundidad.

El modelo clásico de Focus Group implica un grupo de entre seis y doce participantes, sentados en círculo, en torno a una mesa, en una sala preferentemente amplia y cómoda. Se cuenta además con la presencia de un moderador, encargado de guiar la interacción del grupo e ir cumplimentando los pasos previstos para la indagación. Se busca que las preguntas sean respondidas en el marco de la interacción entre los participantes del grupo, en una dinámica donde éstos se sientan cómodos y libres de hablar y comentar sus opiniones. La duración promedio de un Focus Group es de noventa a ciento veinte minutos (Roussos et al., 2010).

El propósito es que el moderador tome las tendencias generales observadas; pero a su vez las opiniones aisladas y minoritarias con el objetivo de alcanzar una comprensión del fenómeno de estudio a partir de una guía que orientará la obtención de la información. No obstante contar con una guía de temáticas, el moderador podrá realizar preguntas a partir de la emergencia de nuevos tópicos.

En tanto el segundo instrumento utilizado, la *entrevista en profundidad* consiste en una situación cara a cara (Taylor y Bogdan, 1996), donde se da una conversación íntima de intercambio recíproco. En esta interrelación, se reconstruye la realidad de un grupo y los entrevistados son fuentes de información general, en donde hablan en nombre de gente distinta proporcionando datos acerca de los procesos sociales y las convenciones culturales (Schwartz y Jacobs, 1984: 62). Los informadores oyeron, sintieron, vieron y vivieron situaciones que nos interesa conocer. Debido a las particularidades propias del colectivo estudiado, se optó por realizar notas de campo luego de finalizar las entrevistas.

2. Instrumento Utilizado para el análisis cuantitativo de datos

Para realizar el análisis cuantitativo de datos se administra la “Escala sobre el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana –Life Skill Profile (LSP)–”.

Se trata de una escala heteroadministrada para personas con enfermedades mentales crónicas, que no se encuentran en un momento de crisis. Debe tenerse en cuenta los tres meses pasados de forma global.

Cada ítem responde a una escala tipo Likert de mayor (4 puntos) a menor funcionalidad (1 punto).

El LSP se compone de cinco subescalas. Una puntuación alta en cada subescala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto.

Las puntuaciones de las subescalas vienen de la suma de las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma:

Subescala	Número de Ítems
Autocuidado	10,12,13,14,16,17,18,19,27,30
Comportamiento Social Interpersonal	2,5,6,9,11,25,29,34,36,37
Comunicación-contacto social	1,3,4,7,8,39
Comportamiento social no personal	28,31,32,33,35,38
Vida autónoma	15,20,21,22,23,24,26

Una vez obtenidos los puntajes directos de cada subescala y de la LSP, se deberá evaluar el nivel de funcionamiento respectivo.

Para esto solo se cuenta con las indicaciones descriptas precedentemente:

- Cada ítem responde a una escala tipo Likert de mayor (4 puntos) a menor funcionalidad (1 punto).
- Una puntuación alta en cada subescala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto.

No se tienen indicaciones sobre puntos de corte para cada subescala ni para el total del LSP. Es por esto que se calcula, para cada subescala y la LSP, el promedio de los puntajes directos obtenidos (promedio=puntaje directo/cantidad de ítems) y éste se evalúa en función de los criterios de la escala Likert definida.

Tomando dichos criterios -a mayor puntaje directo (máximo 4) mayor funcionalidad y a menor puntaje directo (mínimo 1) menor funcionalidad- evaluaremos de la siguiente manera: cuanto más próximo se encuentre el promedio al mayor puntaje (4) mayor funcionalidad y cuanto más cerca se encuentre al menor puntaje (1) menor funcionalidad.

Resultados

1. Resultados Cualitativos

1.1 Focus Group

Se realizó en un encuentro de tres horas, dentro del espacio de supervisión de acompañantes terapéuticos que desarrollan tareas semanales en el dispositivo, coordinados por una psicóloga de la institución. Se procedió a tomar notas de campo que luego fueron reconstruidas.

Antes de dar inicio a la sesión se establecieron los tiempos necesarios para cada parte de la indagación. Se controló el tiempo destinado a cada ítem para que su desarrollo tuviera la misma duración. (Roussos et. al 2010)

A partir del material recolectado (notas de campo tomadas al finalizar la sesión) se procedió a realizar el análisis. El informe no es una simple tabulación de la información registrada, sino que implica la interpretación cualitativa de esa masa de datos. Datos que van más allá de las respuestas concretas de los participantes e incluyen sobre todo la interacción grupal que los temas fueron desatando. De allí surgirán las hipótesis más finas sobre los niveles de aceptación y rechazo que motivaron las preguntas, y la percepción global del moderador de lo que fue la administración de la técnica.

Guión:

Funcionamiento global del dispositivo.

Hábitos y comportamientos de los sujetos con respecto a la dinámica propuesta por la casa:

Interacción con el entorno socio-comunitario:

Percepción de los sujetos, sobre su inclusión en el dispositivo, su convivencia con los otros sujetos alojados y la relación con la comunidad.

Se procedió a hacer una puesta en común del estado de investigación y sus objetivos. Luego se invitó a los participantes a relatar brevemente su experiencia como “referentes de guardia” en la institución “casa de medio camino”. Una vez concluidas las presentaciones, se inició la discusión y puesta en común del guion pautado. A partir de estas primeras precisiones, comenzó el debate.

Como síntesis de este análisis, que intenta dar respuesta al objetivo 1 de esta investigación cabe destacar que todos los informantes clave coinciden en el impacto positivo al conocer “La Casa”. Refieren que el dispositivo funciona como una casa y que de esa manera es referido por los residentes.

En relación a la rehabilitación psicosocial surgen: para los Items salidas y manejo del dinero, diferentes modalidades de adquisición entre los residentes. En tanto la problemática de la higiene y la voracidad (como sintomatología residual) persisten en algunos residentes, provocando malestar en la convivencia.

1.2. Entrevistas en profundidad

Como resultado de las entrevistas se puede ubicar el ingreso al dispositivo Casa de Medio Camino como un progreso referido en esencia a las condiciones de la vida cotidiana en comparación con anteriores instituciones y residencias. Mencionan *no estar encerrados, buen trato, cuidado,*

comodidad y ser considerados residentes y no pacientes.

Coinciden en definir La Casa como el mejor lugar donde estuvieron en comparación con otros sistemas de tratamiento, poniendo énfasis en el sentimiento de sentirse cuidada.

Como síntesis de los resultados obtenidos por las entrevistas en profundidad para el objetivo # 2. Explorar las vicisitudes de la vida cotidiana y las relaciones interpersonales de los sujetos allí alojados, coinciden las tres entrevistadas en ubicar el ingreso al dispositivo Casa de Medio Camino como un progreso referido en esencia a las condiciones de la vida cotidiana en comparación con anteriores instituciones y residencias. Mencionan *no estar encerrados, buen trato, cuidado, comodidad y ser considerados residentes y no pacientes.*

Respecto de las vicisitudes de la vida cotidiana, se destacan el sentido de pertenencia a la casa, el orden propiciado a través de reglas y horarios en la convivencia, que favorece la misma. Así mismo ubican las tres entrevistadas, problemáticas interpersonales referidas a conductas disruptivas de algunos residentes respecto del aseo y la comida.

Las entrevistadas coinciden en señalar que las relaciones establecidas con pares, tanto dentro como fuera del dispositivo se desarrollan en general uno a uno, constituyéndose muy significativas.

2. Resultados Cuantitativos

Matriz de datos

(Con los valores de las sub-escalas calculados en base a las preguntas)

Encuesta Oberv. Nro		AUTOCUI- DADO (10)		COMP. SOCIAL INTERP.(10)		COMUNIC. CONTACTO SOCIAL (6)		COMPORT. SOCIAL NO PERSONAL (6)		VIDA AUTO- NOMA (7)		TOTAL (39)	
		PD	PROM	PD	PROM	PD	PROM	PD	PROM	PD	PROM	PD	PROM
A	1	37	3.70	37	3.70	23	3.83	24	4.00	24	3.43	145	3.72
A	2	38	3.80	32	3.20	21	3.50	19	3.17	18	2.57	128	3.28
A	3	30	3.00	38	3.80	17	2.83	23	3.83	18	2.57	126	3.23
A	4	27	2.70	35	3.50	21	3.50	22	3.67	16	2.29	121	3.10
A	5	33	3.30	34	3.40	20	3.33	23	3.83	23	3.29	133	3.41
A	6	36	3.60	28	2.80	14	2.33	24	4.00	17	2.43	119	3.05
A	7	31	3.10	27	2.70	9	1.50	21	3.50	13	1.86	101	2.59
A	8	34	3.40	35	3.50	12	2.00	24	4.00	10	1.43	115	2.95
A	9	29	2.90	34	3.40	14	2.33	19	3.17	14	2.00	110	2.82
B	1	35	3.50	35	3.50	23	3.83	24	4.00	22	3.14	139	3.56
B	2	35	3.50	30	3.00	20	3.33	20	3.33	16	2.29	121	3.10
B	3	28	2.80	30	3.00	13	2.17	24	4.00	12	1.71	107	2.74
B	4	28	2.80	29	2.90	23	3.83	23	3.83	14	2.00	117	3.00
B	5	32	3.20	33	3.30	22	3.67	23	3.83	22	3.14	132	3.38
B	6	35	3.50	32	3.20	11	1.83	24	4.00	13	1.86	115	2.95
B	7	27	2.70	25	2.50	8	1.33	24	4.00	13	1.86	97	2.49
B	8	32	3.20	35	3.50	13	2.17	24	4.00	12	1.71	116	2.97
B	9	27	2.70	30	3.00	14	2.33	19	3.17	13	1.86	103	2.64
C	1	36	3.60	38	3.80	16	2.67	24	4.00	20	2.86	134	3.44
C	2	32	3.20	32	3.20	22	3.67	19	3.17	12	1.71	117	3.00
C	3	33	3.30	38	3.80	13	2.17	24	4.00	14	2.00	122	3.13
C	4	29	2.90	35	3.50	22	3.67	22	3.67	12	1.71	120	3.08
C	5	32	3.20	26	2.60	18	3.00	22	3.67	20	2.86	118	3.03
C	6	34	3.40	28	2.80	13	2.17	24	4.00	16	2.29	115	2.95
C	7	27	2.70	28	2.80	9	1.50	21	3.50	9	1.29	94	2.41
C	8	35	3.50	37	3.70	14	2.33	24	4.00	11	1.57	121	3.10
C	9	32	3.20	35	3.50	17	2.83	21	3.50	14	2.00	119	3.05

Nota: Los datos de cada pregunta que componen cada encuesta se encuentran en el ANEXO XX

REFERENCIAS DE LA MATRIZ DE DATOS:

P.D.: Puntaje Directo; PROM.: Puntaje Directo / Cantidad de ítems por subescala (indicada entre paréntesis.)

Análisis del Perfil de Habilidades por Observador

Tabla 1. Perfil de habilidades de la vida cotidiana según observadores A, B y C. Distribución de frecuencia y porcentaje.

OBSER- VADOR	BAJO		MOD BAJO		MOD ALTO		ALTO		TOTAL	
	FR.	%	FR.	%	FR.	%	FR.	%	FR.	%
A					8	88.89	1	11.11	9	100.00
B			1	11.11	7	77.78	1	11.11	9	100.00
C			1	11.11	8	88.89			9	100.00

La tabla 1 muestra los resultados obtenidos mediante la evaluación de las encuestas administradas a los tres observadores A, B y C. Los mencionados datos brindan información sobre el nivel del Perfil de habilidades de la vida cotidiana observado en sujetos alojados en una casa de medio camino. Los niveles posibles a alcanzar por los sujetos son BAJO, MODERADAMENTE BAJO, MODERADAMENTE ALTO y ALTO.

Observando la tabla 1 vemos que **los tres observadores coinciden en cuanto al nivel alcanzado en el perfil de habilidades de la vida cotidiana por los sujetos alojados en una casa de medio camino y que dicha coincidencia se encuentra en el nivel MODERADAMENTE ALTO**. En el caso de los observadores A y C el 88,89% de los sujetos alcanza un nivel MODERADAMENTE ALTO en cuanto al perfil de habilidades de la vida cotidiana. En el caso del observador B el 77,78% alcanza el mencionado nivel.

A este nivel alcanzado le sigue, para los observadores A y B, los individuos que tienen un nivel ALTO en su perfil de habilidades de la vida cotidiana, en ambos 11,11% y para los observadores B y C, los individuos que tienen un nivel MODERADAMENTE BAJO en su perfil de habilidades de la vida cotidiana, en ambos 11,11%.

Es importante destacar que **ninguno de los tres observadores encuentra sujetos con BAJO nivel en el perfil de habilidades de la vida cotidiana**.

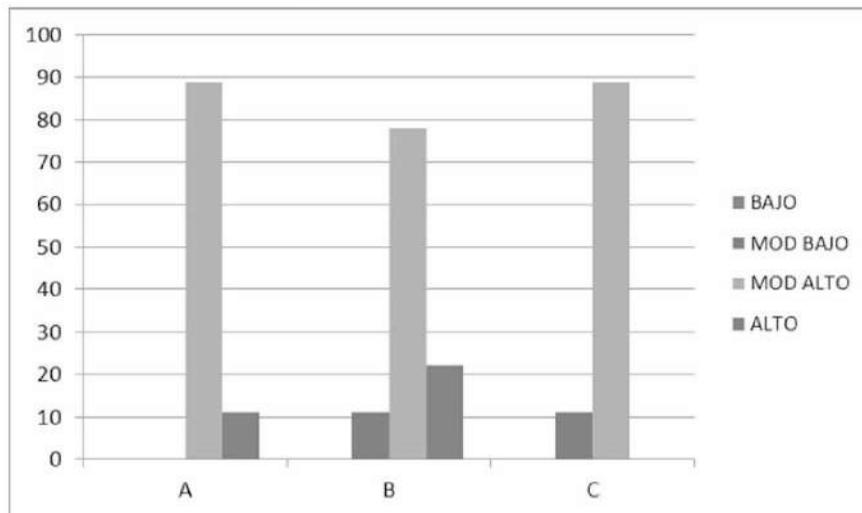


Gráfico 1. Perfil de habilidades de la vida cotidiana según observadores A, B y C. Porcentaje.

En el gráfico 1 notamos la importancia de las barras verdes –correspondientes al nivel MODERADAMENTE ALTO en el perfil de habilidades de la vida cotidiana de los sujetos observados– con respecto al resto de las barras, en los tres observadores encuestados.

Luego se observa, en dos observadores, la presencia de la barra violeta –correspondientes al nivel ALTO en el perfil de habilidades de la vida cotidiana de los sujetos observados–.

Se observa la presencia de la barra roja –correspondientes al nivel MODERADAMENTE BAJO en el perfil de habilidades de la vida cotidiana de los sujetos observados– en los observadores B y C.

Hay ausencia de barra celeste –que correspondería al nivel BAJO en el perfil de habilidades de la vida cotidiana de los sujetos observados– en los tres observadores.

De esta manera, del análisis cuantitativo de datos, se desprende que para los tres observadores encuestados, los resultados del análisis de datos arrojan que el Nivel de Habilidades de la vida cotidiana alcanzado por los sujetos alojados en una casa de medio camino es en su gran mayoría moderadamente alto (Objetivo 3 de esta investigación).

A continuación, el resto del análisis aporta datos referidos a las cinco escalas mediante las cuales se llega a la evaluación del Perfil de habilidades de la vida cotidiana, con lo cual se amplía la respuesta al tercer objetivo planteado.

Análisis por escala/observador

Tabla 2. Las cinco escalas evaluadas según Observador A, B Y C. Distribución de frecuencia y porcentaje

Sub escala	Observador	BAJO		MOD BAJO		MOD ALTO		ALTO		TOTAL	
		FR.	%	FR.	%	FR.	%	FR.	%	FR	%
Autocuidado	A	0	0.00	0	0.00	5	55.56	4	44.44	9	100.00
	B	0	0.00	0	0.00	6	66.67	3	33.33	9	100.00
	C	0	0.00	0	0.00	6	66.67	3	33.33	9	100.00
Comp. Soc. Interp (C.S.I)	A	0	0.00	0	0.00	3	33.33	6	66.67	9	100.00
	B	0	0.00	1	11.11	6	66.67	2	22.22	9	100.00
	C	0	0.00	0	0.00	4	44.44	5	55.56	9	100.00
Com. Cont.Soc (C.C.S)	A	1	11.11	3	33.33	2	22.22	3	33.33	9	100.00
	B	1	11.11	4	44.44	1	11.11	3	33.33	9	100.00
	C	1	11.11	3	33.33	3	33.33	2	22.22	9	100.00
Comp. Soc.no per (C.S.no P.)	A	0	0.00	0	0.00	2	22.22	7	77.78	9	100.00
	B	0	0.00	0	0.00	2	22.22	7	77.78	9	100.00
	C	0	0.00	0	0.00	1	11.11	8	88.89	9	100.00
Vida autónoma	A	1	11.11	4	44.44	3	33.33	1	11.11	9	100.00
	B	0	0.00	7	77.78	2	22.22	0	0.00	9	100.00
	C	2	22.22	5	55.56	2	22.22	0	0.00	9	100.00

El Perfil de Habilidades de la vida cotidiana se evalúa según 5 escalas:

1. Autocuidado
2. Comportamiento Social Interpersonal
3. Comunicación y Contacto Social
4. Comportamiento Social no Personal
5. Vida Autónoma

La tabla 2 muestra las frecuencias y porcentajes obtenidos para cada una de las escalas según cada uno de los tres observadores y discriminando el nivel alcanzado en BAJO, MODERADAMENTE BAJO, MODERADAMENTE ALTO y ALTO.

Con respecto a la escala de **Autocuidado**, encontramos coincidencia en los tres observadores: la mayoría de los sujetos se encuentran en el nivel MODERADAMENTE ALTO y siguiéndole, el nivel ALTO. Observador A MODERADAMENTE ALTO 55,56% y ALTO 44,44%, Observadores B y C MODERADAMENTE ALTO 66,67% y ALTO 33,33%.

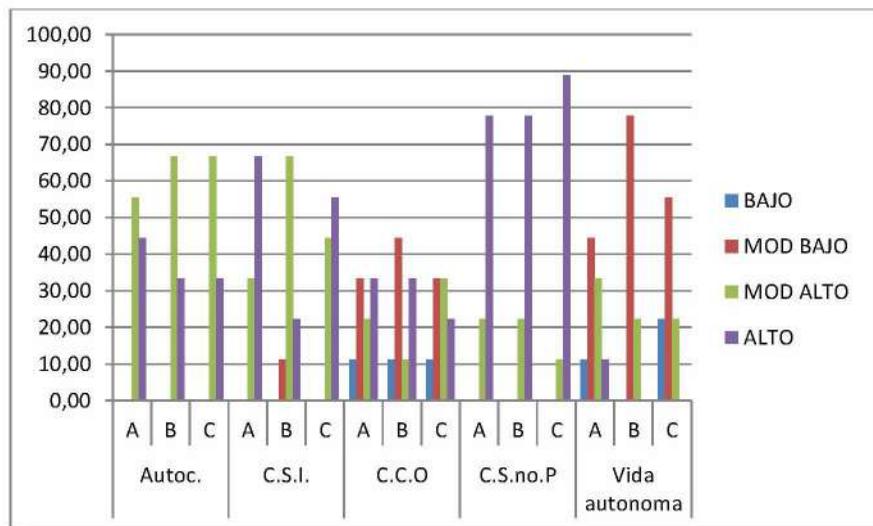
Con respecto a la escala de **Comportamiento Social Interpersonal**, coinciden los observadores A y C en que la mayoría de los sujetos se posicionan en el nivel ALTO con 66,67% y 55,56%, en tanto que en el observador B la mayoría se encuentra en el nivel MODERADAMENTE ALTO, con 66,67%.

En referencia a la escala **Comunicación y Contacto Social**, vemos que los sujetos se distribuyen con mayor uniformidad que en el resto de las escalas, y esta tendencia se repite para los tres observadores. No obstante, es destacable que la mayoría de los sujetos observados se agrupan en los niveles MODERADAMENTE BAJO, MODERADAMENTE ALTO y ALTO, notándose una disminución en el nivel BAJO.

Con respecto a la escala **Comportamiento Social no Personal**, hay coincidencia en los tres observadores encontrándose a la mayoría de los sujetos en el nivel ALTO. Observadores A y B 77,78%, y observador C 88,89%.

Con respecto a la escala **Vida Autónoma**, si bien hay coincidencia en los tres observadores encontrándose a la mayoría de los sujetos en el nivel MODERADAMENTE BAJO (Observador A 44,44%, Observador B 77,78% y Observador C 55,56%), podemos notar que en los observadores A y C habría una tendencia a una distribución más uniforme en el resto de los niveles BAJO, MODERADAMENTE ALTO y ALTO, en tanto que en el observador B claramente la mayoría se encuentra en el nivel MODERADAMENTE BAJO y le sigue el nivel MODERADAMENTE ALTO con bastante diferencia porcentual.

Gráfico 2. Las cinco escalas evaluadas según Observador A, B Y C.
Porcentaje



En el gráfico 2 vemos la importancia de las barras violeta –correspondiente a nivel ALTO– especialmente en la escala de **Comportamiento Social no Personal** en los tres observadores. Luego, las barras rojas –correspondiente a nivel MODERADAMENTE BAJO– especialmente en la escala **Vida Autónoma** en los tres observadores.

Las barras verdes –correspondientes a nivel MODERADAMENTE ALTO– se observan en la escala correspondiente a **Autocuidado** en los tres observadores y en la escala **Comunicación Social Interpersonal** acompañadas, en esta última escala, por la barra violeta –correspondiente a nivel ALTO– en los tres observadores.

Finalmente en la escala **Comunicación y Contacto Social** es en la que más variedad de barras encontramos en los tres observadores, siendo las barras rojas –correspondientes a MODERADAMENTE BAJO– las que tienen preponderancia, seguidas de la violeta –correspondiente a nivel ALTO– y la verde –correspondiente a nivel MODERADAMENTE ALTO–.

Sintetizando, podemos decir que en la escala Autocuidado los tres observadores coinciden en MODERADAMENTE ALTO; en la escala Comunicación Social Interpersonal los tres observadores coinciden entre ALTO y MODERADAMENTE ALTO; en la escala Comunicación y Contacto Social es en la que más variedad de puntajes encontramos; en la escala **Comportamiento Social no Personal** es la que más puntaje ALTO se observa para todos los observadores y en la escala Vida autónoma en la que más puntaje MODERADAMENTE BAJO para todos los observadores.

Como ampliación de este análisis, que intenta dar respuesta al objetivo 3 de esta investigación –“Evaluar el nivel de habilidades de la vida cotidiana alcanzados por los sujetos alojados en una casa de medio camino”–, podemos agregar que *para los tres observadores encuestados los sujetos alcanzan el mayor nivel en lo referido al Comportamiento Social no personal, al que le siguen el Comportamiento Social Interpersonal y el Autocuidado. Se observa mayor dispersión en el nivel alcanzado en el Contacto Social y la Vida Autónoma. En esta última se encuentra discrepancia en la tendencia de los resultados de los tres observadores.*

Conclusiones y discusión

Esta investigación tuvo como objetivo general explorar y analizar en forma transversal los efectos de un dispositivo denominado “Casa de Medio Camino”, que funciona en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en la rehabilitación psicosocial de los sujetos allí alojados. En tanto que los objetivos específicos se centraron en describir la dinámica del dispositivo como agente y facilitador en la adquisición de habilidades sociales, explorar las vicisitudes de la vida cotidiana y las relaciones interpersonales de los residentes y por último indagar el grado de habilidades de la vida cotidiana alcanzado por los residentes.

Se tomaron como fuentes primarias de información, tanto a los sujetos allí alojados, como a informantes claves en contacto cotidiano con los mismos. El dispositivo cuenta al momento del trabajo de campo, con 9 pacientes, 3 hombres y 6 mujeres, todos adultos mayores entre 22 y 60 años, estabilizados clínicamente, que se encontraban allí por su propia voluntad, como indicación terapéutica y con el consentimiento de sus familiares. En tanto los informantes clave fueron miembros del staff profesionales y no profesionales y auxiliares externos al dispositivo (referentes de guardia)

Para responder a los objetivos específicos propuestos se realizó en primera instancia un Focus Group, integrado por referentes de guardia, todos alumnos de la carrera de Psicología de la Universidad de la Marina Mercante, quienes participaron haciendo observaciones directas durante tres (3) horas en forma semanal por el lapso de cuatro (4) meses. **Los resultados del Focus Group responden al objetivo específico #1: Describir la dinámica del dispositivo Casa de Medio Camino como agente facilitador de la rehabilitación psicosocial de los sujetos allí alojados.**

Se puede sintetizar que la rehabilitación psicosocial de sujetos con padecimiento mental comprende el funcionamiento general del individuo y orienta sus acciones hacia el logro del funcionamiento más apropiado para la vida independiente del mismo dentro de su comunidad, incluyendo -entre otras habilidades psicosociales- las características del lenguaje, la interacción social, el nivel de actividad, la higiene personal y autocuidado, los modales, y el manejo de dinero (Baker y Hall, 1984).

Se concluye que el funcionamiento del dispositivo facilita la adquisición de hábitos de independencia y la interacción con el entorno socio-comunitario, ambos indicadores de rehabilitación psicosocial. No obstante, surgen problemáticas inherentes a la sintomatología propia del padecimiento mental, que interfieren en la convivencia, como por ejemplo respecto del aseo, la voracidad en el comer o fumar, entre otros ítems mencionados. De igual forma, a pesar de facilitar la inclusión al entorno y propiciar salidas y actividades externas, en general la mayoría de los residentes, aun los que tienen una vida más activa fuera del dispositivo, no se observa actividades grupales (salvo excepciones), prevaleciendo tanto dentro como fuera del dispositivo actividades uno a uno.

Respecto del dispositivo todos los informantes clave coinciden en el impacto positivo al conocer por primera vez "La Casa". Refieren que el dispositivo funciona como una casa y que de esa manera es referido por los residentes

El equipo de trabajo incluye entre profesionales y no profesionales a una médica psiquiatra, psicólogo de guardia (referente de guardia diario), acompañantes terapéuticos internos y externos, talleristas, ama de llave, cocinera, y personal de servicio. Cada paciente cuenta con un equipo médico tratante por fuera de la institución, así como

también según el paciente, cuentan con acompañante terapéutico y actividades externas variadas.

Cada día se cumple con una rutina pautada que incluye los horarios de desayuno, almuerzo, merienda y cena, no obstante no todos los pacientes participan de los mismos, ya que no tienen carácter obligatorio.

Se alienta a los pacientes a su cuidado y limpieza personal, aseo y cambio de ropa en el caso necesario. Por las tardes en general se realizan las diferentes salidas pautadas (actividades varias, consultas con los equipos médicos tratantes, salida con familiares, entre otras). Casi todos los residentes siguen la dinámica propuesta por la casa, valoran el dispositivo y sus reglas de convivencia, apelando a ellas toda vez que surgen conflictos internos.

No obstante frente a ciertos límites, en especial con respecto a la ingesta de comida fuera de horario o el consumo de cigarrillos regulado, se presentan controversias entre los convivientes y el personal de servicio que regula tales actividades.

Surgió una temática particular en la reunión de convivencia, que se deberá tener en cuenta, ya que no ha sido contemplada. Una paciente preguntó sobre la posibilidad de "visitas higiénicas" también para las mujeres. Ya que hasta ese momento sólo se habían pactado para los varones allí alojados. Esta pregunta impactó en todos los presentes, incluso los miembros del staff y coordinadores de la actividad de convivencia. Es un tema que hasta el momento no se había planteado como posibilidad, ubicando la necesidad de "visitas higiénicas" sólo en la población masculina. A partir de este hecho, se procedió a trabajar el tema, tanto a nivel interno, como con los respectivos equipos médicos tratantes de cada paciente.

Para alcanzar el objetivo específico #2: Explorar las vicisitudes de la vida cotidiana y las relaciones

interpersonales de los residentes. Se llevaron a cabo tres (3) entrevistas en profundidad a residentes.

Respecto de este ítem, se infiere un alto grado de pertenencia y la consideración de contar con un ámbito que si bien sigue siendo un dispositivo específico para sujetos con padecimiento mental, no cuenta como la clásica "institución" de encierro. Todos los residentes, con un largo historial de tratamientos, relatan en pocas palabras el contraste entre "otros lugares" y este lugar que les ofrece "La Casa" como denominan al dispositivo. Las entrevistadas refieren claramente el sentido de pertenencia, por ejemplo respecto de su habitación como un lugar del que se han apropiado, que alberga no solo sus objetos cotidianos, ya que incluyen los regalos que reciben de la familia como los libros y también recuerdos, dejando claro que se trata de los objetos propios más valorados, tanto por la expresión en la respuesta como por el énfasis de los dichos.

Como ejemplo se toman los dichos de una de las entrevistadas respecto del dispositivo, que ponen de manifiesto de forma clara la percepción del dispositivo: una entrevistada destaca que *tuvo tratamiento en otras casas de medio camino, pero que era distinto. Ubica esa diferencia en el trabajo y la comunicación entre el "equipo psiquiátrico" (Equipo Médico Tratante externo) y La Casa, poniendo énfasis en el sentimiento de sentirse cuidada.*

Se observa la importancia de contar con un lugar "propio" donde poder disponer del tiempo necesario para visitas, sin pautas. Tan importante para las entrevistadas como el "buen trato" que incluye sentirse tratada como una persona, recuperando su subjetividad cuando la entrevistada remarca que la tratan por su nombre de pila.

Organización de la vida diaria: Uno de los principales objetivos del dispositivo es ofertar a los residentes una dinámica cotidiana que incluye los aspectos

propios del entorno socio-comunitario donde se encuentra inmerso. Es decir, propone al sujeto dejar de ser un paciente asistido institucionalmente, para pasar a ser un residente activo en las cuestiones relativas a su propio bienestar y el de su entorno. Se suscitan entonces reglas de convivencia, horarios, modos de presentarse y tareas a realizar en colaboración con los demás convivientes, manejo del dinero. Este ítem resulta de suma importancia porque apunta los recursos propios de cada sujeto responsabilizándolo en sus acciones cotidianas. No obstante no todos los residentes responden de igual forma, tal como lo manifiestan las entrevistadas, el principal problema radica en los hábitos de limpieza. Por otra parte en lo relativo al manejo y la disponibilidad del dinero es un punto fundamental que diferencia este tipo de dispositivos de los clásicos dispositivos de internación psiquiátrica. De esta manera los residentes tienen en su poder el dinero en forma mensual, y se responsabilizan de sus gastos, más allá de los servicios que incluye el alojamiento en La Casa (comida, bebida, aseo, ropa de cama, artículos de limpieza e higiene, etc.)

Salidas, entorno socio-comunitario: La inclusión en el entorno socio-comunitario y la independencia para movilizarse hacia diferentes destinos depende de los "permisos" que cada residente tenga, y que provienen de una estrategia conjunta de la familia y el equipo médico tratante, según la situación que este atravesando el sujeto. Esta situación es de conocimiento de todos los residentes, quienes saben "los permisos" que tiene cada uno. En el caso de las entrevistadas dos hacen uso óptimo de esta posibilidad, realizando sus actividades cotidianas solas, mientras que una de ellas también las hace, pero con auxiliares que la acompañan. Este recurso apunta a trabajar el contacto con el exterior y las habilidades interpersonales fuera del entorno de La Casa.

Refieren que "*salen solas, a caminar, tomar un café, hacer trámites, al banco o al médico*", pero que no todos "*tienen permiso*" para salir solos. Una de ellas relata que sale sola en general pero otras veces sale con un acompañante terapéutico. Respecto de los fines de semana y las fechas significativas ítem que explorar las actividades fuera de la rutina cotidiana, como indicador del tiempo de ocio y las actividades realizadas. Si bien cuentan con la posibilidad de realizar salidas, las actividades se reducen al ámbito familiar, excepto por una de las entrevistadas que refiere ir a la iglesia o a veces a la peluquería. Todas las actividades refieren al ámbito familiar. No se desprende de los dichos de las residentes otro tipo de relaciones afectivas ni lazo social con pares adultos, que no sean los convivientes. Este punto muestra una clara coincidencia con los resultados obtenidos en el Focus Group.

Sobre las actividades externas, en este caso las tres coinciden en realizar actividades variadas fuera del ámbito de La Casa. Una de ellas repite algo ya referido respecto de las salidas, que salen solos los que tienen "permisos", remarcando que ella lo hace sola, sin acompañante terapéutico. La integración a actividades externas con otros adultos pares como por ejemplo natación o incluso ir "a tomar un café" implican la apertura paulatina al contexto socio-comunitario donde está inmersa La Casa que habitan, y posibilita la progresiva construcción del lazo social. No obstante, estas salidas no dan cuenta de actividades grupales. Un ítem interesante para explorar la posición de los sujetos en el dispositivo, es el referido a los controles médicos: Los equipos médicos tratantes externos incluyen psiquiatra y psicólogo, que trabajan en conjunto para elaborar estrategias terapéuticas y farmacológicas acordes a la situación del residente. El dispositivo administra la medicación y sigue las indicaciones

del equipo médico tratante en todos los casos. Esta circunstancia propicia que los sujetos ubiquen por fuera de La Casa todo lo referido al tratamiento del padecimiento mental en sí mismo, quedando de este modo el dispositivo como un ámbito de salud referido esencialmente a la rehabilitación psicosocial, logrando que el sujeto allí alojado pase de ser "paciente" a ser "residente".

Finalmente frente a la pregunta de cómo se siente en la actualidad: Coinciden las tres entrevistadas en referir una sensación de bienestar y la confirmación de estar satisfechas con su situación actual. Incluso el comentario de la última entrevistada con relación a "los nervios" por la llegada de la hija, y la llamada por cuenta propia al psiquiatra para consultarle, indican una anticipación de una situación que si bien era muy esperada resulta movilizante y de extrema tensión, pero que en el contexto del dispositivo, habilita la posibilidad del manejo de dicha situación en un entorno que propicia el auto-cuidado.

Ninguna de las entrevistadas quiso agregar nada, en general las preguntas tuvieron respuestas cortas, y en algunos casos repetitivas. Todas se mostraron colaboradoras, de buen ánimo, pero sin abundar en detalles y con intención de terminar rápido.

Por último se administró la escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana (LSP) a tres (3) informantes clave, un Acompañante Terapéutico en contacto semanal con los residentes, una persona integrante del staff no profesional de La Casa y la coordinadora de acompañantes terapéuticos, que desarrollan su labor dentro del dispositivo diariamente, parte del personal profesional del dispositivo. Si bien la escala es un instrumento cuantitativo, se decidió su aplicación a pesar de contar con una población total de 9 residentes, con el objeto de obtener información sobre el objetivo #3, en

base a las categorías propuestas por el instrumento: Evaluar el nivel de habilidades de la vida cotidiana alcanzado por los sujetos alojados en el dispositivo.

Para los tres observadores, el Nivel de Habilidades de la vida cotidiana alcanzado por los sujetos alojados en una casa de medio camino es en su gran mayoría moderadamente alto. Es importante destacar que ninguno de los tres observadores encuentra sujetos con bajo nivel en el perfil de habilidades de la vida cotidiana.

Haciendo un análisis de las cinco escalas, mediante las cuales se llega a la evaluación del Perfil de habilidades de la vida cotidiana, se obtiene un detalle más preciso del modo en que se conforma el mencionado perfil. Los sujetos alcanzan el mayor nivel de habilidades en Comportamiento Social no personal, y luego en Comportamiento Social Interpersonal y Autocuidado. Por otra parte es un dato a destacar que el menor nivel de habilidades se observa en Contacto Social y Vida Autónoma, siendo esta última la de menor logro alcanzado.

Teniendo en cuenta que la escala valora el funcionamiento social global de los sujetos más allá de la sintomatología negativa, se concluye que de manera general se obtiene una valoración moderadamente alta de funcionalidad social, no obstante se observa que el ítem “vida autónoma” si bien no llega al nivel más bajo de apreciación, es una de las subescalas con menor puntuación.

Desde esta perspectiva y siguiendo el Consenso de la Comisión Intercentros de Rehabilitación Psicosocial del Uruguay (2005), la *rehabilitación* se define como un modelo terapéutico integral basado en el paradigma biopsicosocial que apunta a mejorar la calidad de vida del paciente, su familia y la comunidad. Implica el encuentro entre la persona con padecimiento mental, su familia, su entorno y el equipo referente. En dicho

encuentro han de privilegiarse el lugar, el potencial y el saber de la persona con padecimiento mental, en un aprendizaje en común hacia la construcción de un camino propio e individualizado. Si entonces, avanzar hacia esa meta es confirmar la recuperación de la persona en su autonomía, en sus capacidades y su potencial de salud, más allá de la baja puntuación en el ítem “vida autónoma”, al sopesar la funcionalidad total de los residentes, se concluye que el dispositivo Casa de Medio Camino contribuye a la construcción de un proyecto de vida, definido por la propia persona y en la toma de conciencia de su condición ciudadana (del Castillo y cols., 2011).

Discusión

Como resultado de la investigación más allá de los objetivos planteados, se pudieron aislar dos variables no tenidas en cuenta desde el inicio de la misma, ni en el abordaje del campo. Por un lado, a través de las diferentes técnicas administradas, un ítem que se reiteró en la voz de los distintos actores participantes, residentes, acompañantes, y miembros del staff, fue la irrupción de problemáticas en la convivencia producto de la incidencia de la sintomatología negativa de algunos sujetos allí alojados. Relacionadas por el ejemplo con el aseo y la voracidad. Hábitos de limpieza y la modalidad de la ingesta, son en líneas generales, los puntos disruptivos para la convivencia, las relaciones interpersonales e incluso el devenir cotidiano en el dispositivo.

Otro ítem, que no se valoró fue la sexualidad. Surgió del análisis del Focus Group, como un tema de interés de los residentes, tratado en las reuniones mensuales de convivencia. Se trató respecto a las visitas higiénicas que los varones de La Casa podían solicitar, no así las residentes mujeres. Se presenta de esta manera una variable no anticipada, y de la que se deberá elaborar un

abordaje propicio habida cuenta de la puesta juego como factor de interés de los residentes.

Finalmente, teniendo en cuenta que no existen hasta el momento investigaciones actuales sobre el funcionamiento de Casa de Medio Camino en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y que la reglamentación vigente no agota las diferentes maneras de implementación de este tipo de dispositivos, se recomienda continuar con la evaluación, tomando la presente investigación como prueba piloto. Así mismo, se recomienda la Escala para la habilidad de vida cotidiana, como un instrumento útil para valorar el funcionamiento social global de los sujetos con padecimiento mental grave, más allá de la valoración clínica, proponiéndose como medida de valoración al ingreso y al egreso del dispositivo.

Bibliografía

- Bleichmar, S. (Abril, 2006). Estallido del yo, desmantelamiento de la subjetividad. Revista Topia, N° 75. Recuperado de <https://www.topia.com.ar/articulos/estallido-del-yo-desmantelamiento-de-la-subjetividad>
- Bulbena Vilarrasa A, Fernandez de Larrinoa P. & Dominguez Panchón A. (1992). Adaptación castellana de la Escala LSP (LifeSkillsProfile) Perfil de habilidades de la vida cotidiana. Actas Luso – Españolas de Neurología y Psiquiatría. 20 (2): 51-60.
- Cancina, P. (2008). La investigación en Psicoanálisis. Rosario, Homo Sapiens Ed.
- Cohen, H. Natella, G. (2013). La desmanicomialización: Crónica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro; Buenos Aires, Lugar Editorial, p.372.
- Coria, K. (2002) Documento de cátedra 10, estudio de casos. Recuperado de http://www.sai.com.ar/kucoria/estudio_casos.html

- De la Garza Toledo, E. (2000). Subjetividad, cultura y estructura. Recuperado del sitio de Internet de Universidad Autónoma Metropolitana – Delegación Iztapalapa, División de Ciencias Sociales y Humanidades: <http://www.bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Mexico/dcshuami/20100518064934/garza.pdf>
- Del Castillo y Cols. (2001), Hacia la Rehabilitación Psicosocial Integral en el Uruguay. Revista PCS, Vol. 1, N° 4, Uruguay.
- Díaz Gómez, A; González Rey, F. (21 de abril de 2005). Subjetividad: una perspectiva histórico cultural. Entrevista realizada en Sao Pablo en el contexto del 1° Congreso de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología (ULAPSI). Entrevista recuperada de <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V4N310subjetividad.pdf>
- Ey, H. (1965) Tratado de psiquiatría, 8va edición (1998) Barcelona, Masson S.A..p.
- Fernández Aguirre, MV; González Cases, J.; Fernández Chavero, J.M.; y Eizaguirre de Luna, L (1997). "El campo de la rehabilitación psicosocial". En Rehabilitación Psicosocial de personas con mentales crónicos. Madrid, Ed. Pirámide.
- Foucault, M. (2005). El poder psiquiátrico. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Galende, E. (1997). "La producción de subjetividad". En De un horizonte incierto. Buenos Aires, Ed. Paidós.
- Gisbert Aguilar, C. y col. (2003). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Madrid, Ed. Asoc. Española de Neuropsiquiatría.
- Goffman, E. (2001). Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires, Amorrortu Ed.
- Grandinetti, J. (2014) en Revista Imago Agenda, Letra Viva, Buenos Aires, N° 182, Julio, p. 56
- Juan, Santiago y Roussos, Andrés (2010). El Focus grupos como técnica de investigación cualitativa. Documento de Trabajo N° 256, Universidad de Belgrano. Recuperado de: http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/256_roussos.pdf
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657: Derecho a la protección de la salud mental, sancionada el 25/11/2010, promulgada el 2/12/2010. Reglamentada por Decreto 603/2013. Publicada en boletín oficial N° 32.649 el 29 de mayo de 2013. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones
- Lieberman R.P. (1988). Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico. Barcelona, Ed. Martínez Roca.
- López A., Palma L; Laviana C. & cols. (2004). Archivos de Psiquiatría; 67 (2): Pp. 101-128.
- López Salazar, F. (noviembre 2007), Calidad de vida en pacientes psicóticos externos. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año 16, Vol. 14, N° 2, Pp. 65-75.
- Montero, M. (1984). La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos. Revista latinoamericana de psicología. Vol. 16, Nro.3., Pp. 387/400. Fundación Konrad Lorenz. Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80516303>
- Montero, M. (2013). Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollos, conceptos y procesos. Buenos Aires, Ed. Paidós Tramas Sociales 23. p.36.
- Najmanovich, D. (2001). Pensar la subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia. Utopía y Praxis Latinoamericana. Año 6, N° 14, Pp. 106 – 111. Recuperado de <http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2731352.pdf>
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, México, 1995.
- Platt y cols. (1980), The social behavior assessment Schedule. Recuperado de: <http://www.es.ecribid.com/doc/68507766/Escala-Sobre-El-Perfil-de-des-La-Vida-Cotidiana-Life-Skill-Profile>
- Resolución ministerial 1121/86 del Ministerio de Salud y Acción Social de la Re-pública Argentina.
- Saraceno, B. (Diciembre de 2011) Entrevista con Benedetto Saraceno. Revista Ciencia & Saude Coletiva, Vol. 16 N°12, Río de Janeiro. Recuperado de: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011001300018&script=sci_art-text
- Stagnaro, J. (2009), Apuntes para una reflexión sobre la perspectiva bioética en psiquiatría. En Fantin, J.C. y Fridman P. (comp.), Bioética, Salud Mental y Psicoanálisis, Buenos Aires, Ed. Polemos, Pp. 208-230.
- Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de época y Prácticas en Salud Mental. Revista actualidad psicológica, XXVI Nro. 293. Buenos Aires, Argentina. Recuperado de http://www.who.int/topics/mental_health/es/
- Stolkiner, A. (2009). Prólogo para el libro de Amarante, P. Superar el manicomio – Salud Mental y atención psicosocial. Buenos Aires, Ed. Topia.
- Tisera, A. y Moreno, D. (2010). "Salud mental, desinstitucionalización y rehabilitación". Praxis psicosocial comunitaria en salud. Buenos Aires, Ed. Eudeba.
- Veronelli, J.; Veronelli Correch, M. (2004), Los orígenes institucionales de

la Salud Pública en Argentina. Trabajo presentado en la Organización Panamericana de la Salud, Argentina.

Vicente, B. y cols. (1997). Programa de salud mental en la provincia de Río Negro (Argentina). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría,

Vol. XVII, N° 64, pp. 753-762. Recuperado de <http://hdl.handle.net/123456789/258>

Taylor, S.J.; Bogdan, R. (1996). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona, Paidós.

Tisera A., Nabergoi M. (2 de noviembre de 2010), Salud mental: territorios y narrativas entre la reproducción y la transformación. Publicado en Praxis psicosocial comunitaria en Salud, p. 47, Buenos Aires, EUDEBA.