



Master Universitario en Rehabilitación Psicosocial en Salud Mental Comunitaria

Evaluación Programas residenciales para Trastornos
Mentales Severos: Propuesta para la mejora de un
Programa de Viviendas Asistidas en Buenos Aires

Alumna: Miriam Sandra Essayag Rudaeff
Tutor: Marcelino López

11 de noviembre de 2015

Índice

Resumen.....	2
Introducción:	
. Historia de la desinstitucionalización mundial y surgimiento de los programas residenciales para TMG.....	3
. América Latina y Argentina.....	5
. Características y componentes de un programa residencial. Recomendaciones que surgen de la evidencia empírica.....	7
. Programas Residenciales en Argentina Ciudad de Buenos Aires.....	9
. Programa Residencial de gerenciamiento privado:” Viviendas Asistidas”.....	11
Metodología.....	14
Resultados y Análisis de los datos.....	15
Discusión y recomendaciones.....	21
Bibliografía.....	24
Anexos:	
. Anexo 1.....	28
. Anexo 2.....	29
. Anexo 3.....	30
. Anexo 4.....	31

Programas residenciales para personas con Trastornos Mentales Graves: Propuesta para la mejora de un Programa de Viviendas Asistidas en Buenos Aires a través de la evaluación de las características funcionales de sus usuarios y el Índice Ambiental del dispositivo.

Resumen

Los programas residenciales cobran un papel muy importante en la rehabilitación y /o recuperación de las personas con Trastornos Mentales Graves. La provisión de un recurso residencial adecuado representa una de las condiciones críticas para garantizar dicha rehabilitación, además de una buena atención. El presente trabajo tiene como objetivo realizar una primera evaluación de algunos aspectos de un programa de viviendas asistidas en la ciudad de Buenos Aires, con la finalidad de identificar y proponer posibles mejoras del mismo. Dicho análisis se lleva adelante a través de los resultados arrojados por dos herramientas que analizan y se relacionan: Índice Ambiental y BELS (Basic Everyday Living Schedule).

Palabras claves: rehabilitación psicosocial, esquizofrenia, trastornos mentales graves, evaluación de programas residenciales.

Introducción

En el funcionamiento de los programas de salud se corre el riesgo de valorar los logros a través de la subjetividad, y es fácil, de esta forma, cometer errores.

Es por esto que se considera a la evaluación de los servicios de salud como un aspecto esencial a tener en cuenta en todos los programas de intervención sanitaria y social (López, Fernández y Laviana, 2010).

Afortunadamente los programas dirigidos a personas con enfermedades mentales graves y persistentes y en particular a las diagnosticadas con esquizofrenia, ha empezado a ser un ámbito de aplicación de las metodologías de evaluación (Muñoz, 2003; Vázquez, Muñoz, Muñiz, et. al., 2000; Muñoz, Vázquez, Muñiz, et. al., 1999; López, Muñoz y Pérez Santos, 1997; López, Laviana, García- Cubillana et. Al. 2005). Esta busca conseguir un conocimiento concreto, y realizar un juicio de valor sistemático a través de procedimientos del método científico, que proporciona de manera válida y fiable, información pertinente, que permite tomar decisiones concretas. (Aguilar, Ander-Egg, 1992).

Es decir, a través de la evaluación se trata de valorar si el dispositivo cumple o no con sus funciones, si se desarrolla según lo previsto en términos de estructuras y funcionamiento y, a través de ellos, en qué medida alcanza los resultados para los que se estableció.

Para evaluar si un programa funciona, habrá que estudiar distintos aspectos de las personas que atienden, cuáles son las necesidades concretas que se deben cubrir, y en qué medida el apoyo brindado contribuye a satisfacer de manera correcta sus necesidades (Knudsen, Thornicroft, 1996).

Esta evaluación de servicios o programas se basa en la identificación de los objetivos que se buscan con la aplicación del mismo, una comprobación empírica que el programa esté causando los cambios en la dirección deseada y el análisis del grado o intensidad conseguido en dichos cambios, superando así la percepción subjetiva de las personas implicadas directamente en la intervención (Wholey, Hatry y Newcomer, 2004).

El abordar la evaluación de programas residenciales para personas con Trastorno Mental Grave (TMG) se enfrenta con importantes dificultades, debido a las diferentes formas en las que este tipo de dispositivos han ido configurándose en los distintos países, e inclusive con diferencias sustanciales dentro de un mismo territorio: distinta denominación y diversidad en cuanto a los programas en sí, y sobre las visiones en términos de rehabilitación y segregación social. Sin embargo se han llevado adelante algunas revisiones y trabajos que han permitido calificar algunos programas residenciales como prácticas emergentes basadas en la evidencia y en general considerar que hay bases razonables para defender su desarrollo (López, Lara, Laviana, et al., 2004).

Dicho esto queda aclarar que el presente, está orientado al cambio ya la mejora a las que la evaluación puede contribuir, ayudando a las instituciones y dispositivos a seleccionar, supervisar, mejorar y dar sentido a sus programas.

Historia de la desinstitutionalización mundial y surgimiento de los programas residenciales para TMG:

La Reforma Psiquiátrica es un movimiento que se inicia básicamente a partir de los años 50 y que se desarrolló de forma diferente en distintos lugares del mundo, inicialmente en Norteamérica y Europa.

En 1963 en EEUU, y después de muchos años de lucha, se promulga la Ley de Centros Comunitarios de Salud, yes a partir de esos años, y hasta finales de los 80, en los que se produce la desinstitutionalización masiva con el objetivo de la inserción comunitaria. Sin embargo, el proceso fue muy desigual en un contexto sin un buen desarrollo de los sistemas sanitarios y sociales públicos, con lo que en muchos lugares puede verse como un fracaso, ya que no se había previsto donde albergar a esa cantidad de pacientes, aumentando el número de vagabundos, y mendigos y personas con TMG en las prisiones. En Italia se creó el movimiento de profesionales llamado Psiquiatría Democrática liderado entre otros por Franco Basaglia, primero en el Manicomio de Gorizia y luego en el resto de los hospitales, con la aprobación de la Ley 180 que dictaba el cierre de los manicomios. Así es como se llevó adelante un proceso de reubicación comunitaria de los internados y de su inserción laboral por medio de la creación de cooperativas sociales, así

como del desarrollo de importantes redes de servicios comunitarios de salud mental (Shorter, 1999).

Francia comenzó su proceso en los años '40 y '50 y de la mano de un grupo de psiquiatras humanistas, así se lleva adelante la humanización de los hospitales y la asistencia de la Salud Mental en la Comunidad, como la asistencia extrahospitalaria. En Inglaterra surge el Movimiento anti psiquiátrico y se promulga en 1959 la Ley de Salud Mental, que reconoce al paciente psiquiátrico con los mismos derechos de asistencia y rehabilitación médica que los pacientes que padecen otro tipo de dolencia o incapacidad física, y se crean recursos de atención hospitalaria para los enfermos mentales: hogares para post cura, centros de día, talleres protegidos. El desarrollo de servicios comunitarios de salud mental dentro del Servicio Nacional de Salud y de distintos dispositivos sociales, permitió también ir cerrando progresivamente los Hospitales Psiquiátricos en un proceso más ordenado y satisfactorio que el de los Estados Unidos (Shorter, 1999).

En España este proceso no se dio hasta los años '80 cuando surge la corriente de la psiquiatría comunitaria. Luego de la decadencia de la etapa postfranquista se empiezan a conocer las transformaciones que en términos manicomiales se estaban dando en el resto de los países de Europa. Grupos de profesionales de múltiples manicomios, se plegaron a la crítica institucional y al inicio de experiencias transformadoras, y en 1985 con el "Informe de la Comisión Ministerial de Reforma Psiquiátrica" (Ministerio de Sanidad y Consumo), se delimitaron los principios generales y la filosofía a seguir para el proceso de transformación de la atención psiquiátrica, también propuso una serie de directrices y recomendaciones para la implantación de un nuevo modelo de atención a la Salud Mental con la Ley General de Sanidad de 1986 que propone la plena integración de la atención del paciente psiquiátrico al sistema sanitario general en ámbitos sanitarios y a nivel ambulatorio. Aunque la Reforma afectó de manera dispar a distintas Comunidades Autónomas y solo en alguna de ellas (Andalucía, Asturias, Navarra) se cerraron de hecho los Hospitales Psiquiátricos (García, Espino, Lara, 1998).

Estas reformas psiquiátricas se basan por tanto, en un modo de abordar la salud mental muy diferente: la vuelta del enfermo mental a la sociedad, atendiendo al usuario en su propio contexto social y familiar. (Vallhonrat, A., Vaquero A, Vila M, 2010).

El objetivo central era romper con la asistencia tradicional y permitir que la persona se liberase de la institucionalización, acertadamente definida por Franco Basaglia como la ausencia de proyecto, de la pérdida de futuro, de estar constantemente a merced de los otros sin la más mínima iniciativa personal, tener el día decidido y organizado según el ritmo dictado sólo por las exigencias organizativas que, como tales, no pueden tomar en cuenta al individuo y las circunstancias particulares de cada quien (Sarraceno, 2003).

Así surge el nuevo modelo de atención, con enfoque rehabilitador que apuesta al paradigma de la recuperación (recovery), y el bienestar (well-being)(Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de intervenciones psicosociales en Trastorno Mental Grave, 2009).

Es así como la comunidad, adquiere un papel protagónico en el marco de la intervención, con la participación de diferentes agentes, principalmente socioeducativos, y la educación queda estrechamente vinculada al desarrollo comunitario (Varela Crespo, 2010)

En este contexto la disponibilidad de servicios e intervenciones, van más allá del marco tradicional de los sistemas sanitarios, al menos en algunos países, y comienza a necesitar redes complejas de servicios y profesionales, además de la participación activa de las personas afectadas (López, Laviana, 2007).

Lentamente este cambio hace que la vida de las personas con trastorno mental grave, se desenvuelva en hogares familiares o en residencias y, con ello, sus necesidades se van acercando progresivamente hacia la normalidad, esto es ajustándose al conjunto de necesidades de la población sana: necesidad de recibir una educación, de poder trabajar, de relacionarse, de ocupar el tiempo libre y, por supuesto de recibir un tratamiento adecuado (Gómez- Beneyto, 2007).

Y en este sentido la vivienda pasa a ser un componente esencial, en la medida que existe evidencia acumulada suficiente para afirmar que la provisión de un alojamiento adecuado representa una de las condiciones críticas para garantizar la atención comunitaria, convirtiéndose en uno de los más importantes programas de apoyo social (Pérez García, 2013).

Sin embargo la orientación y el desarrollo concreto de este tipo de programas presentan todavía importantes diferencias entre y dentro de los distintos países a la vez que muchos aspectos de la estructura, gestión y funcionamiento siguen siendo objeto de controversias (Fakhoury, Priebe, 2002).

Existen numerosos programas con variaciones en relación a su estructura, mecanismos de gestión y dinámicas de funcionamiento. En general, y con distintos matices según los países, en un primer momento el alojamiento era una prolongación de la atención sanitaria que bajo el nombre de “*estructuras intermedias o casas de medio camino, dispositivos de entrenamiento*”, configuraban espacios alternativos al Hospital Psiquiátrico, para llevar adelante intervenciones rehabilitadoras (López, Laviana, 2012).

Luego de un proceso de cambio, se pasa a ofrecer distintos tipos de alojamientos, teniendo en cuenta las necesidades de cada usuario (niveles de apoyo), yendo hacia residencias con niveles de mayor autonomía a otro llamado de “apoyo residencial” que pone más énfasis en las preferencias personales, fomentando la utilización de la vivienda propia, y brindando la provisión de apoyos flexibles, adaptados a las necesidades individuales de las personas. (López, Laviana, García-Cubillana, et. al., 2005).

América Latina y Argentina.

La Declaración de Caracas, firmada en 1990, representa un hito fundamental en la historia de la salud mental en las Américas. Los dos objetivos fundamentales que se comprometieron a promover son: la superación del modelo de servicios psiquiátricos basado en el hospital psiquiátrico y la lucha contra todos los abusos y la discriminación de que son víctimas las personas con problemas de salud mental, estos dos objetivos fueron

adoptados como las más grandes metas de todos los movimientos de reforma de salud mental ocurridos en América Latina y el Caribe, a partir de 1990 (Caldas de Almeida, 2007).

Sin embargo, y a pesar de la justeza de estos objetivos de la Declaración de Caracas, los indicadores disponibles mostraron que en la mayoría de las poblaciones, las metas de Caracas no se cumplen, ya que la mayoría de la atención psiquiátrica sigue brindándose en los hospitales psiquiátricos, distantes de la residencia del paciente, sin cumplir con las condiciones necesarias para asegurar cuidados de calidad ni respetar los derechos humanos básicos (OMS, 2001).

La creación de servicios y programas para atender a las personas con TMG en la comunidad ha sido uno de los desafíos más importantes de la reforma de los servicios de salud mental, desde la atención y tratamiento de crisis agudas en hospitales generales hasta el apoyo residencial en la comunidad (Caldas de Almeida, González, 2005).

En este sentido, la Argentina no es la excepción. Recién en el año 2010 se promulgó la Ley Nacional de Salud Mental N°26657, aunque previo a esta ley, varias provincias de la Argentina contaban con una ley específica en cuya legislación se comenzaba a enunciar el cambio. Por ejemplo la Ley Provincial N° 2440 de Río Negro de septiembre de 1991 que enuncia en su primer capítulo que, *“...queda prohibido la habilitación y funcionamiento de manicomios, neuropsiquiátricos, o cualquier otro equivalente, público o privado, que no se adecue a los principios individualizados de la presente Ley”* (Ley 2440, 1991).

Otro caso es el de la Ley 5845 de la Provincia de Chubut de Diciembre de 2008, que en su Artículo 6° enuncia los derechos de las personas con sufrimiento mental, *“... derecho a la atención adecuada (...) derecho al tratamiento y la atención, preferentemente en la comunidad en la que vive, respetando sus pautas culturales, (...) derecho a la residencia y al trabajo en la comunidad.”*(Ley 5845, 2009)

La Ley 448 de Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) de Julio de 2000 en su artículo N° 2 establece:

....el reconocimiento de la Salud Mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio saludable (Ley 448, 2000)

En este sentido, la Ley Nacional aborda los derechos de los argentinos con padecimiento mental y legitimó un cambio en el modo de concebir y abordar la problemática de Salud Mental, y se equipara, de esta manera con la normativa internacional. En el Artículo N°1 la ley enuncia:

La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno

goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley 26657, 2010).

Esta Ley constituye un gran avance en materia de políticas de Salud y Derechos Humanos, ya que constituye un cambio de paradigma que deja de entender a las personas con enfermedad mental como objeto de asistencia para considerarlas sujetos de derechos Humanos.

En cuanto a los dispositivos residenciales la Ley de Nacional deja claro en el Capítulo V de "Modalidad de abordaje Art. N° 11:

La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas (Ley 26657, 2010)

Y recientemente, Septiembre de 2015, se publica en el Boletín Oficial la Resolución 1484/2015 con las "Normas mínimas para habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud Mental y Adicciones", que permite habilitar muchos de los dispositivos que la Ley Nacional sugiere y que hasta el momento no tenían una reglamentación clara para funcionar.

Características y componentes de un programa residencial. Recomendaciones que surgen de la evidencia empírica.

Con el nombre de *programas residenciales o de alojamiento* se hace referencia a programas que buscan mejorar la funcionalidad personal y social, además de la permanencia de personas con TMG en la comunidad (López, Laviana, 2012). Estos programas residenciales han ido cambiando, evolucionando de diferentes modos según los distintos contextos e idiosincrasias. En una encuesta de la American Psychiatric Association de 1982, se recogieron más de 100 nombres distintos para diferentes

dispositivos residenciales destinados a personas con TMG (Pastor, Blanco, Navarro, 2010)

Se podrían describir una serie de variables que se consideran esenciales, y que dan cuenta de las dimensiones más relevantes de estos dispositivos, siendo estas:

- el *grado de dependencia*: teniendo en cuenta los usuarios más deteriorados o de un alto nivel de discapacidad, y de otros usuarios con menos deterioro, esta diferencia se verá reflejada en el nivel de funcionamiento de los mismos,
- el *grado de especialización*: siendo necesarios algunos dispositivos que atiendan niveles de mayor especialización que otros,
- el *grado de restricción*: que implica contar con recursos con más capacidad de contención y otros más flexibles y abiertos,
- *el grado de supervisión*: teniendo dispositivos con supervisión constante y otros con niveles menores de supervisión,
- el *nivel de presencia profesional*: contando con recursos con personal las 24 horas hasta recursos con presencia profesional nula (Pastor, Navarro, Blanco (2010).

En función de estas dimensiones se crea el modelo de “*continuum residencial*”, que trata de organizar los diferentes dispositivos como una red por la que transita el paciente utilizando los diferentes recursos residenciales según la necesidad de cada momento, de supervisión, contención, apoyo, grado de normalización e integración, nivel de funcionamiento, etc. Estos son:

- Familias sustitutas: Esta modalidad ha prosperado solo en algunos países siendo programas que facilitan la integración y la normalización mediante la convivencia del usuario con una familia ajena durante un tiempo limitado o no.
- Pisos protegidos, supervisados o tutelados: Son viviendas insertas en la comunidad de vecinos normales con capacidad entre dos y cuatro usuarios con diferentes grados de supervisión, pudiendo tener presencia constante o no de profesionales. La mayoría funciona como vivienda de estancia indefinida.
- Residencias de cuidados personales: Suelen ser de personas ajenas al sistema público (iniciativa privada) y ofrecen además de la estancia, apoyo en los autocuidados y hábitos de salud básicos con una capacidad que va desde 4 hasta 100 personas.
- Mini residencias, residencias, casas hogar: Se incluyen aquellos dispositivos residenciales que brindan atención profesional de forma continua, en un espacio bastante normalizado y de estancia voluntaria del residente. Con una capacidad de entre 8 y 40 personas, permaneciendo en este dispositivo durante el proceso individual de rehabilitación para después acceder a recursos más normalizados, en ellos siempre hay presencia profesional: psicólogos, educadores, terapeutas

ocupacionales, enfermeras, psiquiatras, monitores, animadores socioculturales, integradores sociales, etc.

- Unidad socio-sanitaria residencial: Son alternativas cercanas al contexto sanitario, pensadas para personas con serias dificultades para integrarse en ámbitos más normalizados o con un alto nivel de discapacidad o deterioro, contando con presencia constante de personal sanitario: psiquiatría, enfermería, etc.

Según la persona va adquiriendo más autonomía y va mejorando su funcionamiento, va circulando por esta amplia red hacia los dispositivos de menor supervisión, aprendiendo en este recorrido nuevas estructuras, rutinas, funcionamientos, etc. (Pastor, Blanco, Navarro, 2010)

Este modelo de “contínium residencial” evolucionó al de “Viviendas con apoyos especializados” (Supported housing), siendo que trata de una nueva perspectiva desde la cual se aporta flexibilidad al modelo de contínium residencial, ya que incorpora la idea del usuario como parte activa en la toma de decisiones que afectan a su vida, y en especial del lugar donde va a vivir. Se trata de que un mismo recurso residencial pueda variar sus características según las necesidades del usuario. Este modelo le da prioridad a habilitar viviendas normalizadas con la incorporación de la perspectiva, deseos y expectativas del usuario, pudiendo elegir dónde y cómo vivir así como participar del modo de funcionamiento interno de la vivienda, con un alto nivel de flexibilidad en cuanto a los apoyos e intervenciones profesionales según las necesidades (Pastor, Blanco, Navarro, 2010)

Asimismo la evidencia empírica muestra ciertos efectos positivos constatables de un “buen” programa residencial sobre aspectos como: la situación clínica a través de una buena adherencia al tratamiento, una mejora en el funcionamiento social y personal de los usuarios, el desarrollo de redes sociales y aspectos subjetivos como la calidad de vida y satisfacción. Otros aspectos, según la evidencia, que hablan de un “buen” programa residencial son: tamaño pequeño de las unidades, funcionamiento interno participativo y no custodial, adecuado nivel de actividades considerando a cada usuario, bajo nivel de emoción expresada por parte de los trabajadores dentro de las residencias y finalmente un entorno vecinal lo más normalizado posible lo que genera un alto nivel de intercambio social y vida comunitaria. Se sugiere apartamentos individuales con supervisión periódica de 1 o 2 plazas, pisos con supervisión periódica variable, de 3 a 5 plazas, pisos con supervisión nocturna y de fin de semana de 4 a 10 plazas y casas hogar o residencias de 8 a 20 plazas (López, Laviana, 2012).

Programas residenciales en Argentina: Buenos Aires

En la Ley N°448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), su Artículo N° 14 contempla los recursos necesarios para la implementación de nuevas modalidades residenciales. Para ello establece los siguientes efectores:

- *Residencias Protegidas de hasta veinte (20) camas;*
- *Casas de Medio Camino;* objetivo fundamental fomentar la independencia, formar grupos de autogobierno de la casa, en las tareas y actividades de la vida cotidiana y en forma grupal. Conviven allí pacientes y personal especializado a puertas abiertas. La estadía comprende un máximo de 18 meses, y estará diseñada para albergar un total de 20/30 personas. Existirá un equipo de coordinadores y acompañantes terapéuticos en forma permanente en la casa. El tratamiento individual, psiquiátrico y psicológico, lo continuará cada paciente en el dispositivo terapéutico que haya hecho la derivación.
- *Hogares y familias sustitutas;* esta idea es posible en tanto se cuente con familias de la comunidad que deseen admitir e integrar a ellas a pacientes que requieren de cuidados y contención, pero que por diversos motivos no pueden ser brindados por su propia familia, si es que la tuviera. Las familias recibirán un subsidio a modo de ayuda para la manutención del paciente que toman a su cuidado.

Los dispositivos residenciales públicos con los que cuenta CABA son:

- Residencia Protegida N° 1 “Gorriti”
- Casa de Medio Camino “Goyena”
- Casa de Medio Camino “Avellaneda”
- Casa de Medio Camino del Hospital Tiburcio Borda Servicio N° 164
- Casa de Medio Camino “Pompeya”
- Casas de Medio Camino “Warnes”
- Departamento asistido “San Juan”
- Hogares terapéuticos (niños)
- Hospital de noche Servicio n° 165

Y cuenta también con un Programa atención domiciliaria para adultos e infanto-juvenil: “Adop- Adopi”, siendo AdoP: Atención domiciliaria psiquiátrica-psicológica-social en situaciones de crisis y AdoPi la Atención domiciliaria psiquiátrica-psicológica-social infantil en situaciones de crisis. Este es un programa que funciona desde 2003 para dar respuesta a pacientes y sus grupos familiares en situación de crisis, que por su complejidad requieren temporalmente una atención domiciliaria intensiva en salud mental.

El informe de la auditoría de la gestión correspondiente al año 2012 de la Dirección General de Salud Mental de CABA, resume que el Plan de Salud Mental de 2007-2011, pone énfasis en la rehabilitación y reinserción social de los pacientes con trastorno mental a través de dos opciones: Casas de Medio Camino y las Familias Sustitutas, y se verificó que, no se implementó la propuesta de Familias Sustitutas y que durante el 2012 el Programa de Residencias contó con 2 sedes de Residencias Protegidas y ningún Departamento Asistido. Asimismo pone de manifiesto que la Dirección General de Salud Mental (DGSM) no cuenta con Plan de Salud Mental 2012-2016 (presentó lineamientos generales) en donde se establezcan objetivos y metas a largo, mediano y corto plazo y detalle de procedimientos y recursos adecuados para alcanzarlos.

En relación al Programa de Residencias se identificaron los siguientes problemas y/o desprolijidades:

- La Residencia Protegida Gorriti
 - La Coordinadora no cuenta con nombramiento efectivo
 - No cuenta con Psicólogos ni Psiquiatras de acuerdo a lo establecido por la DGSM.
 - No cuenta con detectores de humo y luz de emergencia.
 - Los informes estadísticos no se elevan a la Dirección General de Salud Mental. Departamento Asistido Av. San Juan, y la Coordinadora no cuenta con nombramiento formal.
 - No cuenta con profesional con formación en rehabilitación (Psicólogo, Sociólogo etc.) de acuerdo a lo establecido por la DGSM.

- Atención Psicológica programada domiciliaria ADOP- ADOPI
 - Falta de espacio físico, de equipamiento informático y de elementos de trabajo que mejoren las condiciones de archivo y resguardo de información de pacientes en la DGSM.

El informe concluye que: se evidencia la falta de un Plan de Salud Mental acorde a los requerimientos de la normativa vigente y de registros que den cuenta de acciones de evaluación y monitoreo por parte de los responsables de las áreas (AGCBA, 2012).

En cuanto a la esfera privada en CABA, y de acuerdo a lo que se ha podido relevar, ya que no se cuentan con estudios sistematizados, se cuenta con pocos recursos para una gran población estos son:

- Casas de medio camino: “Centro psicopatológico Aranguren”, “Casa de Medio Camino del Poder Judicial”.
- Hostales: “El Hostal”, “Témpora”, “La Casa”.
- Programas Residenciales: “Viviendas Asistidas”.

En relación a los dispositivos privados, la normativa hasta el momento no había sido clara para su habilitación y puesta en marcha, afortunadamente recientemente se anunció una nueva normativa (el 16 de septiembre de 2015) y se esperan grandes cambios.

Programa Residencial de gerenciamiento privado “Viviendas Asistidas”

“Viviendas Asistidas” es un programa residencial privado de rehabilitación domiciliaria, de puertas abiertas, organizado en casas comunes, insertas en el Barrio de Belgrano en CABA. Belgrano es un barrio mixto: residencial y comercial, que cuenta con una variada infraestructura urbana (comercios, bares, cines, etc.).

Tabla 1- Características sociodemográficas

Edad	edad media	47,4
	Rango de edad	27-70
	< 35 años	3
	35-50 años	2
	> 50 años	5
Sexo	Hombre	4
	Mujer	6
Estado Civil	Soltero	5
	Casado/ con pareja separado/ divorciado/viudo	- 5
Nivel educativo	Sin estudios	-
	Estudios primarios	2
	Estudios secundarios	7
	Estudios universitarios	1
Ingresos económicos	Ingresos propios*	4
	Ingresos no propios	6

Fuente propia

* Pensión, trabajo

En cuanto a las características sociodemográficas de los usuarios de estas viviendas (Tabla 1), estos presentan edades variadas entre 27 años y 70 años con una edad promedio 47,4; con mayor cantidad de mujeres, y con un nivel sociocultural general medio/medio alto, con estudios secundarios (algunos incompletos) y que cuentan con dinero suministrado en su mayoría por sus familias

La mayoría de los usuarios de Viviendas Asistidas (Tabla 2) son derivados por sus médicos psiquiatras tratantes, y en general estos vienen directamente de un hospital o clínica psiquiátrica o de algún hostal o casa de medio camino, y otros casos de sus propias casas en las que vivían con familiares mayores a ellos mismos que se enfermaron, fallecieron e inclusive fueron trasladados a otras instituciones y no pueden seguir cuidando de ellos.

Tabla 2- Procedencia de los usuarios

Su casa	3
Hospital psiquiátrico	5
Otros*	2

*Hostal, Hogar, etc.

Fuente propia

En el dispositivo de Viviendas Asistidas conviven personas con TMG con diagnóstico de esquizofrenia y Trastorno Bipolar, (Tabla 3). Proviene de

familias de un nivel sociocultural medio/ medio- alto que por diferentes motivos deciden que sus familiares no vivan en la casa familiar o carecen de familia.

Tabla 3- Diagnóstico de los usuarios

Diagnóstico de los usuarios	
Esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos y trastornos con ideas delirantes	6
Trastorno de personalidad y del comportamiento	1
Bipolar	3

Fuente propia

Viviendas Asistidas tiene dentro de sus objetivos brindar un trabajo de rehabilitación para mejorar la autonomía e independencia del usuario desde un contexto de *vivienda normalizada con apoyo*.

El programa cuenta con 3 casas, cada una de ellas equipada para 4 usuarios, cuenta con supervisión con modalidad intensiva (24 horas), llevada adelante por “Operadores de apoyo”, asimismo asisten a las viviendas psicólogos llamados “Referentes”, que promueven y siguen muy de cerca el proceso de rehabilitación de su referidos, estos visitan las viviendas con una frecuencia de dos o tres veces por semana, trabajando en cada encuentro los objetivos de rehabilitación con los usuarios. Se trabaja en poder adquirir y o sostener las actividades de la vida diaria(AVD), descubrimiento de preferencias e intereses, ocio y tiempo libre, hábitos saludables, etc.

Todos los usuarios cuentan con habitación individual aunque algunas con baño compartido, y se les sugiere traer su mobiliario, si es que cuentan con ello, aunque se los provee en caso contrario con todo lo necesario para equipar su habitación.

Los criterios de admisión a Viviendas Asistidas son:

Ingresan al dispositivo personas con TMG que se encuentren en fase de estabilidad, autoválidas, que no presenten comportamientos agresivos. Se sugiere que tengan, aunque se puede trabajar para su adquisición una vez haya ingresado el usuario al dispositivo, una actividad regular de 4 horas diarias fuera de la vivienda para estimular la salida de la misma. Estas actividades pueden ser hospital de día, actividades en la comunidad: estudio, trabajo, así como visitas a familiares y amigos, ocio, etc. Que fundamentalmente organicen su día.

Metodología

La presente, es una evaluación participativa mixta: con un único evaluador externo que ha dirigido el proceso, facilitando la participación de los informantes internos del programa, estos últimos cuentan con un conocimiento completo del programa y de su funcionamiento, así como de todos sus componentes, teniendo acceso profundo a la información de los usuarios del programa, de tal modo que los mismos han estado involucrados en la planificación, realización y análisis de la evaluación lo que permitió la optimización de recursos y una mejora sustancial en la calidad de la tarea.

El método utilizado consiste en el análisis de la información obtenida con dos cuestionarios, completada con la obtenida directamente del personal y del, análisis documental y notas de campo realizadas durante la investigación.

Se ha incluido a toda la población de Viviendas Asistidas objeto de estudio, estos son 11 usuarios en total viven en las tres casas que conforman el programa en su totalidad. La aplicación en contexto real ha sido cuidadosa con el fin de reducir lo más posible la interferencia y sobrecarga en el trabajo de los informantes.

Las herramientas utilizadas han sido dos: IA Y BELS:

- a- Índice ambiental (*Environmental Index*): Esta escala fue desarrollada por el Team of Assessment of Psychiatric Services (TAPS) en un estudio sobre desinstitucionalización de dos Hospitales en el Reino Unido Iniciado en 1985 y continuado durante más de una década. Tiene como objetivo valorar el grado de autonomía de un individuo dentro de su entorno residencial además de evaluar la calidad y la disponibilidad de actividades en el contexto en el que el dispositivo está emplazado (entorno próximo). Es una herramienta que puede ser utilizada en contextos hospitalario- institucional como en cualquier tipo de dispositivo residencial para personas con TMG. Está dividida en 2 sub secciones:

1- Índice de restrictividad con subsecciones:

- Actividad
- Pertenencias
- Comidas
- Salud e higiene
- Habitaciones de los usuarios
- Servicios

2- Disponibilidad y accesibilidad a servicios básicos para la vida en comunidad en el entorno de la vivienda:

- Entorno

Consta de 55 ítems cuya categoría de respuesta es sí o no. La puntuación obtenida con un máximo de 55 mide la mayor o menor proximidad al funcionamiento de contextos institucionales a través de la medición de niveles de restricción (García Pérez, 2013). Esta herramienta ha sido utilizada con ciertas

modificaciones acordadas con el equipo del TAPS, en la Evaluación del programa residencial para personas con TMG en el 2004 en Andalucía (López, Laviana, García-Cubillana, Fernández, Moreno, Maestro, 2005). Se presenta como limitación de que esta herramienta el que no esté validada en la Argentina.

b- Habilidades Básicas de la Vida Diaria (BELS- *Basic Everyday Living Schedule*), Elaborado por Julián Leff, es un instrumento diseñado para evaluar las habilidades básicas de la vida diaria, en personas que sufren un TMG de larga duración. Se le administra a un informante clave, en este caso han sido a psicólogos con la función de referentes de los usuarios, y explora cuatro áreas de funcionamiento:

- Autocuidado
- Habilidades domésticas
- Habilidades comunitarias
- Actividades y relaciones sociales.

Permite puntuar el desempeño o ejecución actual del usuario y la oportunidad que tiene para actuar de forma independiente en cada área. El cuestionario tiene 26 ítems y a su vez cada uno se divide en dos escalas, una de oportunidad de ejecución y otra de desempeño o realización de la habilidad. Este instrumento ha tenido un estudio de fiabilidad al español realizado con una muestra de 77 personas alojadas en pisos y casas hogar protegidas en Granada y Sevilla, brindando buenos resultados (Pérez García, 2013). No hay validación argentina de este instrumento.

La administración de las entrevistas se realizó en julio de 2015, de forma individual, con la debida autorización de los directores de las viviendas. Estas entrevistas fueron llevadas adelante por un único entrevistador externo al dispositivo, entrenado para este trabajo, con el fin de evitar posibles malas interpretaciones.

Resultados y análisis de los datos

Las características estructurales y de localización de las tres viviendas es uniforme, estas están ubicadas en un sector residencial- comercial de CABA, destinadas a una población de clase media/ media- alta.

Cada una de ellas tiene 4 dormitorios individuales, además de un dormitorio para un operador/a de apoyo (cuidadores de 24 horas), y espacios comunes (living, comedor, terraza o patio), algunas de las habitaciones tienen baño privado (1 en cada vivienda) y tres cuartos de baño en total en cada unidad.

Las tres viviendas que conforman el programa residencial han arrojado iguales resultados en Índice Ambiental (IA), por lo que a continuación se analizan en conjunto.

El aplicar el Índice Ambiental (ver ANEXO 1), dio como resultado (Tabla 4) un índice de restrictividad de 17 sobre un índice máximo de restrictividad de 55.

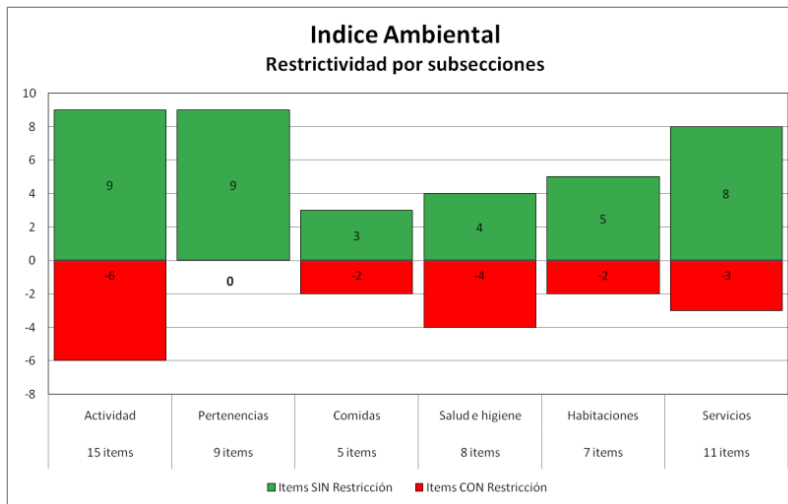
Tabla 4- Índice Ambiental: Índice de restrictividad.

INDICE AMBIENTAL Indice de Restrictividad			
Subsecciones	IR Max.	IR obtenido	%
Actividad	15	6	40,00
Pertenencias	9	0	0,00
Comidas	5	2	40,00
Salud e higiene	8	4	50,00
Habitaciones	7	2	28,57
Servicios	11	3	27,27
Total	55	17	30,91

Fuente propia

Analizando cada una de las subsecciones (Tabla 5), se puede observar que la subsección *Actividad* aporta 6 de los 17 puntos totales de restrictividad, vinculado fundamentalmente a horarios de rutinas (levantarse, acostarse).

Tabla 5- Índice Ambiental: Restrictividad por subsecciones



Fuente propia

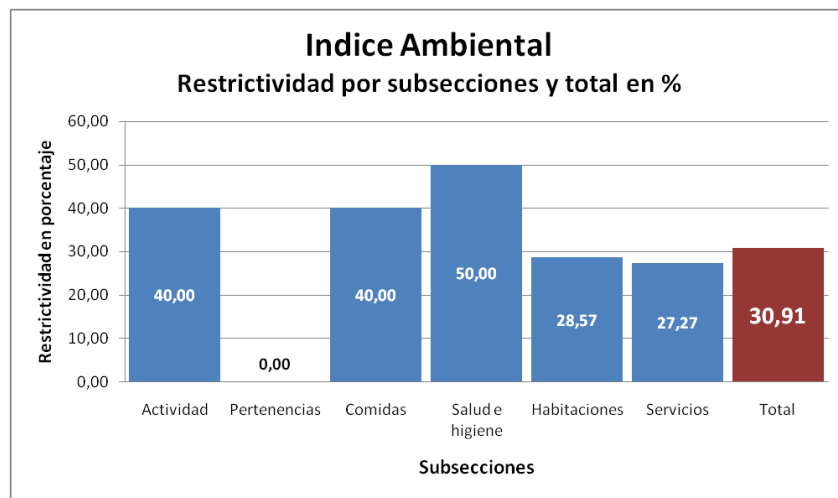
En cuanto al ítem *Pertenencias*, no presenta ninguna restricción, y el de *Comidas* que arrojó un valor de 2 sobre 5, son en aquellos ítems vinculados al consumo de alcohol dentro de la vivienda, aunque de las entrevistas se desprende que no hay restricciones para el consumo fuera de las mismas, salvo las que ponga su equipo tratante (y siempre que no vuelva al dispositivo alcoholizado).

Salud e Higiene obtuvo 4 puntos sobre 8, dos de ellos son por el control de peso, y dos por la falta de llave WC y ducha.

En cuanto a las *Habitaciones* las restricciones 2 sobre 7 puntos, se deben a la prohibición de fumar dentro de los dormitorios y el acceso de visitas del sexo opuesto a las habitaciones.

Finalmente, en lo que hace a *Servicios* arrojó 3 sobre 11 puntos, siendo que 2 puntos refieren a la visita de profesionales a las viviendas (Trabajadora Social y Psicólogos) y el tercer punto por las reuniones periódicas con el personal.

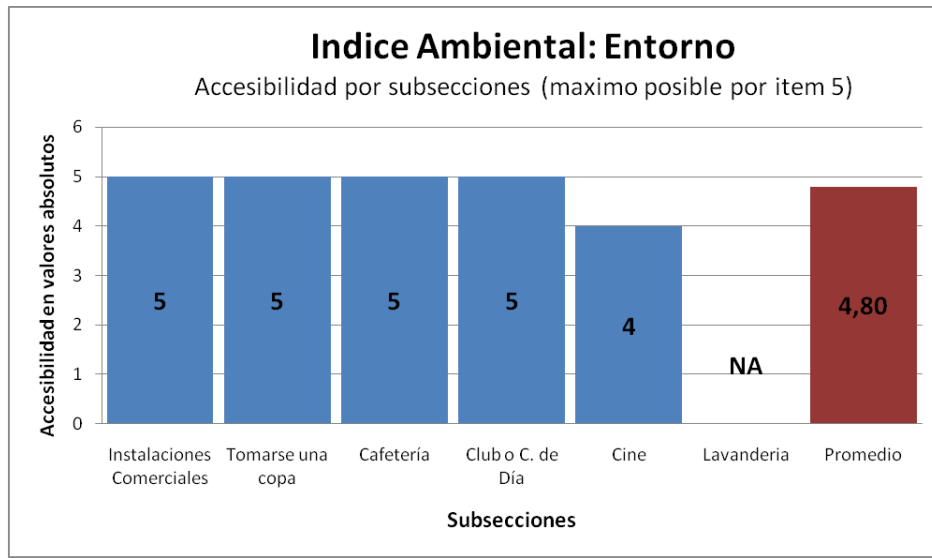
Tabla 6- Índice Ambiental: Restricción por subsecciones en porcentajes



Fuente propia

En cuanto a los aspectos del entorno (ver ANEXO 2) las preguntas han arrojado resultados de máxima accesibilidad a instalaciones comerciales, cafeterías y bares, centros sociales, parques, lavanderías, a excepción del ítem *Cine* a los que por la acotada distancia pueden ir caminando pero, sin embargo, en todos los casos deben cruzar avenidas con paso de cebra y/o semáforo (Tabla 7).

Tabla 7- Índice ambiental: Resultados del entorno.



Fuente propia

Se complementa el Índice Ambiental con la Escala de Grado de Oportunidad de BELS (ver ANEXOS 3 y 4), ésta describe el grado de oportunidad para que el residente ejerza en forma independiente una habilidad cotidiana concreta en el alojamiento en el que reside, y cuya valoración es previa a la capacidad real para desempeñarla.

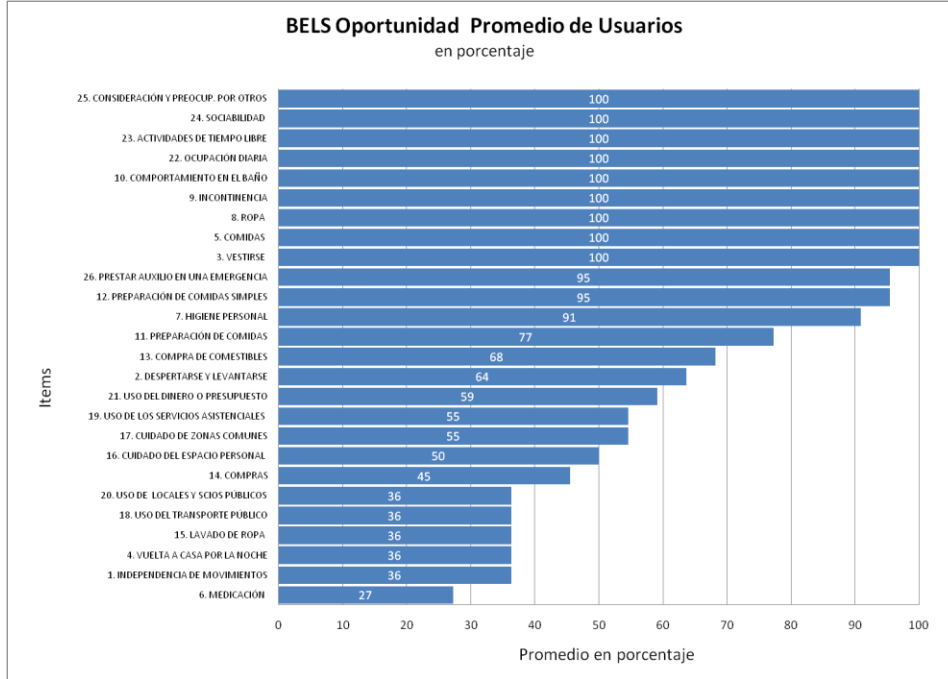
Las Tablas 8 y 9, muestran que la Escala de oportunidad promedio de BELS de este dispositivo (de las tres viviendas), tiene más de un 70% de posibilidad de llevar adelante las áreas evaluadas.

Se observa que de los 7 ítems con puntajes menores al 50% del puntaje máximo de oportunidad, 5 son debidos al requerimiento de informar la hora estimada de regreso y el lugar a donde concurren al salir de la vivienda. Los otros dos ítems se refieren a la medicación y lavado de ropa.

De los demás ítems evaluados con baja puntuación, varios de ellos se encuentran relacionados con el cuidado del espacio personal, cuidado de zonas comunes, compras de comestibles y preparación de comidas.

Más de un tercio de los ítems tienen la puntuación máxima y 12 de los 26 ítems, más del 90% de grado de oportunidad.

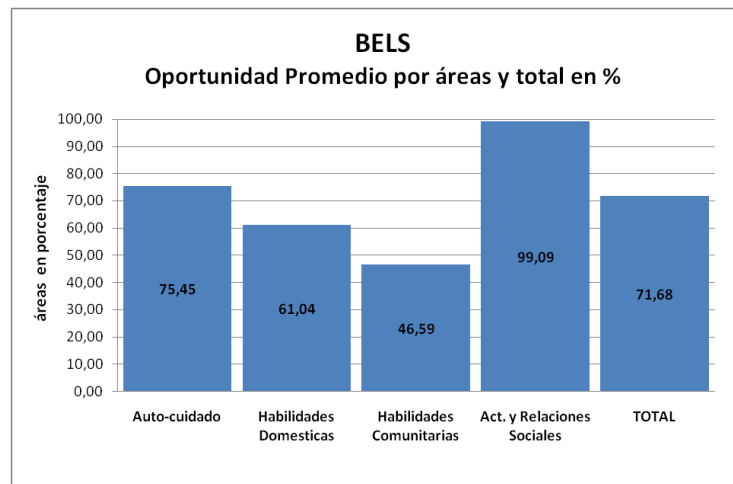
Tabla 8- Resultados BELS oportunidad promedio en porcentajes



Fuente propia

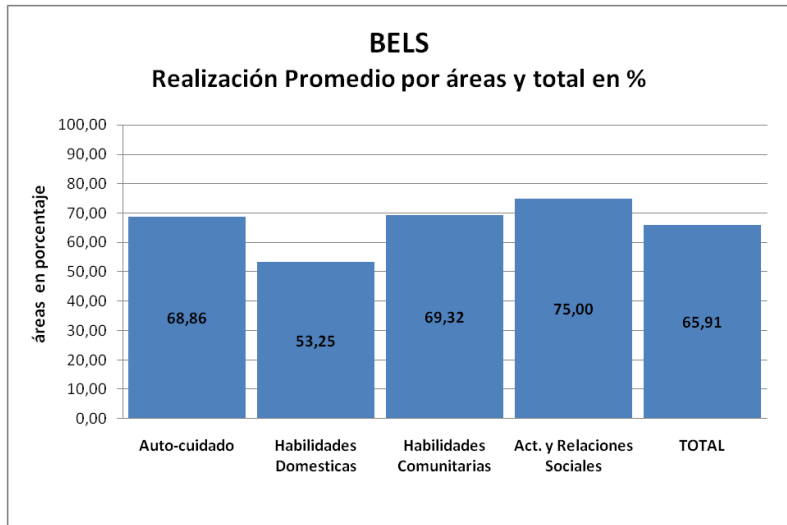
Analizando por áreas podemos ver que las de Actividad y relaciones sociales (99,09%) y autocuidado (75,45%), son las de mayor grado de oportunidad, y las habilidades comunitarias las de menor oportunidad (46,59%). Las habilidades domesticas las de menor oportunidad (46,59%). Las habilidades domesticas (61%), tienen mucha dispersión dentro del área, con un rango de 36% a 95% de grado de oportunidad.

Tabla 9- Resultados BELS oportunidad por áreas y total en porcentajes



Fuente propia

Tabla 10- Resultados BELS promedio por áreas y total en porcentajes.



Fuente propia

En cuanto al nivel de realización de cada habilidad, se observa que el promedio general es mayor al 65,91% del máximo nivel de realización posible.

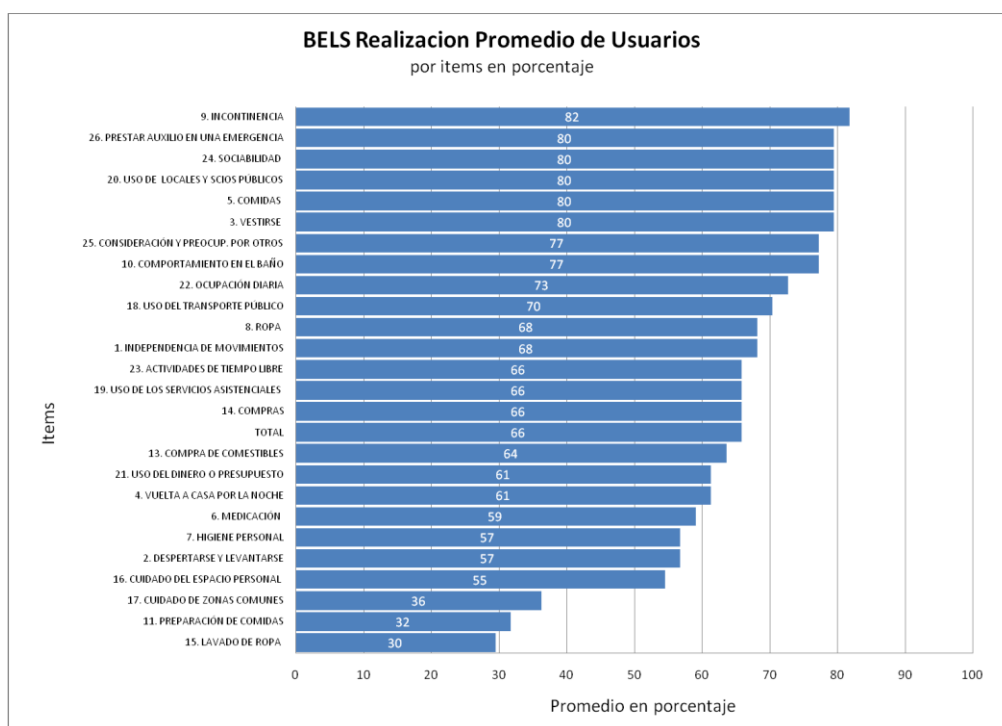
El hecho de informar sobre las salidas puntúa negativamente en el ítem de independencia de movimientos.

También se observa en la Tabla 11, que el dispositivo da la oportunidad (y que se llevan adelante, con un alto nivel de realización), de desarrollar aspectos de cuidado y autonomía (vestirse, e independencia de movimientos) y que no limita el llevar adelante tareas domésticas (por ejemplo: preparación de comidas simples, compras). Sin embargo algunas tareas como lavado de ropa o preparación de comidas más elaboradas, cuidado de las zonas comunes, reflejan en la Tabla valores menores, por tratarse de una población de un nivel socioeconómico alto que siempre ha contado con personal doméstico y no quieren por idiosincrasia participar de estas actividades.

En cuanto al uso de los servicios asistenciales se trabaja dentro del dispositivo para que los usuarios tomen sus turnos médicos, en todas las áreas (ginecología, oftalmología, clínica médica etc.), lo que se logra con bastante regularidad, con apoyo, muchas veces de sus referentes.

En otros ítems puntuados por debajo del 50% de oportunidad, están relacionados con el nivel socio económico y cultural previo al ingreso, así como por la disponibilidad en las viviendas de personal doméstico, que diariamente se ocupa de: lavado de ropa, cuidado de zonas comunes y personal, compra de comestibles y elaboración de alimentos, más allá que tienen la libertad de poder participar en estas actividades quienes así lo desean, y la sugerencia de los profesionales del dispositivo para que participen en estas tareas.

Tabla 11- Resultados BELS realización promedio por ítem en porcentajes.



Fuente propia

El resto de las variables en las que no tienen total libertad para desempeñarlas, como el uso de servicios asistenciales, manejo de su propio dinero, despertarse y levantarse o higiene personal, dependen más del nivel de desempeño del usuario y de su capacidad para realizar de forma independiente tales acciones, que de la propia normativa del dispositivo.

Finalmente, el desarrollo cotidiano de la convivencia con el personal que realiza guardias de 24 horas, permite que se establezcan vínculos de confianza que facilita el estar atento y brindar el apoyo justo, en aquellas rutinas y necesidades de los usuarios: suelen recordarles citas médicas, en sus hábitos y cumplir con las actividades fuera del dispositivo, así como apoyarlos en las áreas en las así lo requieren.

Discusión y recomendaciones

Los datos antes expuestos en relación a los diferentes aspectos de los dispositivos residenciales, permiten tener una visión clara de algunos puntos de interés para la evaluación del Programa Residencial de Viviendas Asistidas, de Buenos Aires.

Cabe comenzar haciendo mención de las limitaciones que presenta el presente estudio, un primer aspecto es que, el mismo, fue diseñado basado en una visión descriptiva del dispositivo, del número limitado de viviendas y de las personas alojadas en ellas. Otro aspecto que lo limita es que en el estudio han colaborado profesionales internos del programa en el procesamiento de datos y resultados. Todo esto limita la utilización de

estos resultados para otros dispositivos, sin embargo puede ser muy útil como una primera valoración del programa así como para su utilización interna.

En cuanto al emplazamiento de las Viviendas, los datos obtenidos muestran un entorno con muy buen equipamiento urbano (variados medios de transporte, cafeterías, comercios, clubes, espacios verdes, etc.), muy favorables todos para la reinserción social, la integración comunitaria y la mejora de la calidad de vida de los residentes como muestran muchos estudios (López, Laviana, García-Cubillana et.al., 2005; Shepherd, Murray, 2001). Lo que no se incluyó en este estudio fueron las actitudes de los vecinos, un aspecto muy importante para tener en cuenta para futuros análisis. Muchas veces, según información suministrada por la dirección del dispositivo, en la adquisición de alguno de los inmuebles, la respuesta de los propietarios al conocer el uso de los mismos, llevó a que algunas operaciones no se pudieran concretar, siendo esto relacionable a un alto nivel de estigma, sin embargo se han encontrado casas, pero ha sido necesario apelar a ciertas estrategias para poder lograrlo.

En relación a la infraestructura las casas tienen una buena distribución de ambientes, es muy valorado por los usuarios el contar con dormitorios individuales, siendo que 9 de los 12 dormitorios de las tres casas, cuentan con equipos de aire acondicionado viéndose la necesidad de colocar aparatos en las otras tres habitaciones, todas cuentan con la calefacción necesaria. También cabe destacar lo favorable de que las unidades sean solo para 4 usuarios, lo que conforma un dispositivo de unidades pequeñas. Estos dos aspectos: entorno normalizado y tamaño pequeño de unidades, constituyen dos características de lo considerado como un “buen programa” (López, Laviana, 2012).

En relación al dispositivo y el perfil de los usuarios, los usuarios de Viviendas Asistidas son personas de entre 20 y 70 años, que tienen características, patologías y necesidades diferentes, en este sentido el programa muestra una gran flexibilidad, adaptando las normas y reglas del programa a la situación particular de cada usuario. De este modo y en relación a la controversia en relación a qué tipo de dispositivo para que tipo de paciente, en este caso la apertura a recibir diagnósticos diferentes que conviven en una misma casa no ha sido una dificultad para su buen funcionamiento.

Un aspecto controvertido es el tiempo que estos usuarios permanecen en el dispositivo, en tanto que es un programa privado en donde las cuestiones económicas pueden influir en la toma de decisión respecto al paso a un dispositivo de menor intensidad de cuidados. Considero este un punto delicado a tener en cuenta.

Respecto al funcionamiento interno del programa los resultados del BELS e IA, han mostrado en relación a la restrictividad o funcionamiento, un valor de 17 sobre 55 considerando este valor como razonable y de baja restrictividad, aunque existen dispositivos de otros lugares del mundo comparables en el nivel de prestación que tienen índices menores como es el caso de las Viviendas supervisadas del programa residencial de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) con una media de 13,2 para la autonomía de los usuarios, y con un valor mucho menor de 6,2 en dispositivos residenciales en Londres (Pérez García, 2013).

Asimismo, llama la atención, la falta de relación entre la puntuación de ambiente restrictivo y su funcionamiento real del día a día, siendo que lo que se puntúa como restrictivo en las escalas, es considerado y justificado en el dispositivo como un nivel de cuidado hogareño como por ejemplo el establecer y/o sugerir horarios para una adecuada convivencia (promover la cena/ almuerzo juntos, evita ruidos molestos, que promueve el cumplimiento de las obligaciones diurnas), siendo que esto resulta radicalmente distinto a imponer horarios para un funcionamiento institucional (horarios del personal, unificar rutinas), otro aspecto es el de informar a donde van y a qué hora regresan, este punto está vinculado a que no todos cuentan con un teléfono móvil que ayude a contactarlos (avisar cuando se sale, horarios de vuelta, así como horarios de acostarse y levantarse, pensados como sugerencia no como imposición para poder llevar adelante sus actividades fuera de la misma, así como poner llave del lado de adentro de los WC.).

Las reuniones con residentes son consideradas en las escalas como “ámbito institucional”, sin embargo estas se llevan adelante para dar voz a los usuarios en temas de convivencia, que pasa en cualquier ámbito en el cual varias personas conviven. Estas son sugeridas en general por los usuarios.

Las recomendaciones que surgen de este estudio versan en temas vinculados fundamentalmente a ciertas normas internas restrictivas que puedan pasar a tener un carácter de sugerencia, y no por imposición, es decir que los profesionales del dispositivo puedan trabajar que algunos de los aspectos vinculados a: horarios, avisar a donde salen, cierre interno de puertas de los baños, etc., y que sean interpretado por los usuarios como una modalidad que les da mayor seguridad, y que denote respeto hacia ellos desde el programa, y que no sea leído como normas o reglas de control impuestas. Esto permitirá bajar el nivel de restrictividad percibido de una media de 17, tendientes a lograr valores similares a la muestra inglesa de una media de 6,2.

Bibliografía

Aguilar, M.J. y Ander-Egg, E. (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: SXXI.

AGCBA, 2015. Informe final de auditoría. Dirección general de Salud Mental período 2012 recuperado de: http://www.agcba.gov.ar/docs/inf-20150421_1523.

Belló, M., Becerril- Montekio, V. (2010). Sistema de Salud de Argentina. En *Salud Pública de México* (2), 96-108.

Caldas de Almeida, J.M. (2007). Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71(2), 111-116.

Caldas de Almeida, J.M. y Torres González, F. (Eds.). (2005) Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Washington DC. En *Organización Panamericana de la Salud*. Publicación científica N° 601.

Chilvers, R., Macdonald, G.M., Hayes, A.A.(2008). *Residencias de apoyo para las personas con trastornos mentales graves*. Recuperado en: <http://www.biblioteca.cochrane.com>.

Fakhoury, W., Priebe, S.(2002). The process of deinstitutionalization: an overview. En *Current opinión in Psychiatry*, (15),187-192.

FakhouryW., Murray A., Shepherd,G., Priebe S. (2002, julio).Research in supported housing. *Pubmed*;37 (7),301-315.

Fernández, J., Touriño, R., Benitez, N., Abelleira, C.(editores). Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. Métodos e instrumentos. En *Rehabilitación Psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid.

Gómez, M. (coord.). (2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

García, J., Espino A., Lara, L.(1998). *La psiquiatría en la España de fin de Siglo*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos.

Grupo de trabajo de la guía de intervenciones psicosociales en el Trastorno Mental Grave, (2009). Guía de intervenciones psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Madrid.

Knudsen, H.C., Thornicroft, G. (Editores). (1996). Mental Health Service Evaluation. En *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial* (pp 196). Valladolid: FEARP.

Ley Nacional N° 26657, Boletín Oficial de la República Argentina N° 32041, Buenos Aires, Argentina, 3 de diciembre 2010.

- Ley Provincial N° 2440, Boletín Oficial de la Legislatura de la Provincia de Rio Negro N° 2909, Rio Negro, 11 de septiembre 1991.
- Ley Provincial N°5845, Boletín Oficial de la Provincia de Chubut N° 10653. Chubut, 12 de Enero de 2009.
- Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 448, Boletín Oficial de la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, 27 de Julio 2000.
- López M., Galcerán S., Yust C.(2003). Soporte residencial de enfermos mentales crónicos. En *Intervención psicosocial*, 12 (1), 19-34. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/80947.pdf>.
- López, M., Lara, L., Laviana, M., Fernández, L., García-Cubillana, P., López, A. (2004). En Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. *Revisión y propuestas*. Archivos de Psiquiatría, 67:101-128.
- López M., Laviana M.,García- Cubillana P., Fernández L, Moreno B, Maestro J.C. (2005) Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): descripción general del programa y del estudio. En *Rehabilitación Psicosocial*2 (1), 2-15.
- López M., Laviana M.,García- Cubillana P., Fernández L, Moreno B, Maestro J.C. (2005) Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (II): Características de los dispositivos residenciales. En *Rehabilitación Psicosocial* 2 (1), 16-27.
- López M., Laviana M. (2007), *Rehabilitación. Apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas desde Andalucía. Revista AEN*, 27(99), 187-223.
- López, M., Fernández, L., Laviana, M. (2010). En *Evaluación en Rehabilitación Psicosocial*.Capítulo 14 (pp.195-211). Valladolid: FEARP.
- López, M; Laviana, M. (2012). Los programas residenciales en Desviat M. y Moreno A. *Acciones de Salud Mental en la comunidad* (pp.445-456). Madrid: AEN.
- López M., Laviana M., Fernández L., García-Cubillana P., López, A. (2004). Los programas residenciales para las personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. *Archivos de psiquiatría* 67 (2),101-128.
- Ministerio de Salud de la República Argentina, Resolución N° 1484/2015, Bs. As., 10 de septiembre de 2015.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la Salud en el Mundo*. Ginebra OMS.
- Pastor A., Blanco A., Navarro D.(2010). *Manual de Rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid, Editorial Síntesis.

- Pérez García O. (2013). Viviendas supervisadas para personas con trastorno mental severo en Asturias ¿ambiente restrictivo o abiertas a la comunidad? Pedagogía social. En *Revista Interuniversitaria* (22),123-136.
- Sarraceno B. (2003).*La liberación de los pacientes psiquiátricos*. México. Editorial Pax México.
- Shorter E.(1999).*Historia de la psiquiatría*. Barcelona. Ediciones Médicas.
- Vallhonrat A., Vaquero A., Vila M. (2010). Piso protegido: ¿un medio o un fin en la rehabilitación psicosocial? En *revista Asociación Neuropsiquiátrica* 30(106), 279-290.
- Varela Crespo, L. (2010). La educación social y los servicios sociales en los procesos de desarrollo comunitario: revitalización del trabajo en red. En *Revista Interuniversitaria*, (17), 137-148
- Wholey, J.S., Hatry, H.P., Newcomer, K.E. (2004) *Handbook of practical Program Evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.

ANEXOS

ANEXO 1- Resultados Índice Ambiental

Subsecciones	Preguntas	SI	NO	Resultados
		Respuesta en verde		
Actividad	¿La puerta del edificio o de la planta está cerrada con llave durante el día, para mantener dentro a los o las residentes?	1	0	0
	¿La puerta del edificio o de la planta está cerrada con llave durante el día, para mantener fuera a las o los residentes?	1	0	0
	¿Hay horas de visita establecidas?	1	0	0
	¿Intenta el personal disuadir a los o las residentes de ir al bar?	1	0	0
	¿Hay alguna restricción para que los o las residentes salgan durante el día?	1	0	0
	¿Hay alguna restricción para que los o las residentes salgan durante la noche?	1	0	0
	¿Hay límites para las horas de ver la TV, por ejemplo después de las 11 de la noche?	1	0	1
	¿Se supone que las o los residentes deben estar en la cama a una hora determinada?	1	0	1
	¿El personal comprueba que las o los residentes están en la cama?	1	0	0
	¿Se supone que los o las residentes deben levantarse a una hora determinada los días entre semana?	1	0	1
	¿Se supone que las o los residentes deben levantarse a una hora determinada los fines de semana?	1	0	1
	¿El personal comprueba si las o los residentes se han levantado?	1	0	1
	¿Se supone que los o las residentes deben decir al personal adonde van cuando salen?	1	0	1
¿Se supone que los o las residentes tienen que volver a una hora determinada?	1	0	0	
¿Pueden permanecer las o los residentes en el alojamiento durante los días entre semana?	0	1	1	
		Parcial Actividad		6 / 15
Pertenenencias	¿Los o las residentes pueden tener cuchillas de afeitar, cuchillos o tijeras?	0	1	0
	¿Los o las residentes pueden tener cerillas o encendedores?	0	1	0
	¿Las o los residentes pueden tener medicación?	0	1	0
	¿Los o las residentes pueden tener dinero personal?	0	1	0
	¿Las o los residentes pueden tener bajo llave sus pertenencias personales?	0	1	0
	¿El personal supervisa las pertenencias de los o las residentes en el ingreso?	1	0	0
	¿El personal supervisa las pertenencias de los o las residentes periódicamente?	1	0	0
	¿Están catalogadas las pertenencias de las o los residentes?	1	0	0
¿Pueden tener los o las residentes artículos propios de mobiliario o de adorno en su habitación?	0	1	0	
		Parcial Pertenenencias		0 / 9
Comidas	¿Participan las o los residentes en la planificación y preparación de la comida?	0	1	0
	¿Se permite a los o las residentes beber cerveza?	0	1	1
	¿Se permite a las o los residentes beber vino y licores?	0	1	1
	¿Pueden hacerse los o las residentes en el alojamiento té, café o similares?	0	1	0
	¿Pueden hacerse los o las residentes en el alojamiento comidas ligeras?	0	1	0
		Parcial Comidas		2 / 5
Salud e higiene	¿Se pesa a las o los residentes al ingreso?	1	0	1
	¿Se pesa a las o los residentes periódicamente?	1	0	1
	¿Se supervisa a los o las residentes cuando se están vistiendo o desvistiendo?	1	0	0
	¿Los o las residentes pueden cerrar con llave la puerta del WC?	0	1	1
	¿Las o los residentes pueden cerrar con llave la puerta de la ducha?	0	1	1
	¿Las o los residentes pueden elegir sus horas de baño?	0	1	0
	¿Está supervisado el baño?	1	0	0
	¿Hay instalaciones para que los o las residentes hagan su propia colada?	0	1	0
		Parcial Salud e Higiene		4 / 8
Habitaciones	¿Las o los residentes deben estar levantados durante el día?	1	0	0
	¿Puede entrar el personal en las habitaciones sin permiso?	1	0	0
	¿Hay restricciones para que miembros del sexo opuesto visiten en su habitación a un o una residente a cualquier hora del día o de la noche?	1	0	1
	¿Se permite a los o las residentes fumar en sus dormitorios?	0	1	1
	¿Tienen las y los residentes algún sitio en el alojamiento donde sepan ellos que pueden estar a solas?	0	1	0
	¿Pueden elegir los o las residentes una habitación individual?	0	1	0
	¿Hacen su propia cama las o los residentes?	0	1	0
		Parcial Habitaciones		2 / 7
Servicios	¿Los o las residentes conciertan sus propias citas para ver al médico general o al especialista de salud mental?	0	1	0
	¿El alojamiento es visitado de manera rutinaria por un o una psiquiatra?	1	0	0
	¿El alojamiento es visitado de manera rutinaria por un o una trabajadora social?	1	0	1
	¿El alojamiento es visitado de manera rutinaria por una o un psicólogo?	1	0	1
	¿El alojamiento es visitado de manera rutinaria por una o un enfermero psiquiátrico?	1	0	0
	¿El alojamiento es visitado de manera rutinaria por un o una médica general?	1	0	0
	¿Acude con regularidad un peluquero o peluquera?	1	0	0
	¿Se dispone de una tienda especial?	1	0	0
	¿Se dispone de una biblioteca especial?	1	0	0
	¿Los o las residentes tienen habitualmente reuniones semanales con el personal?	1	0	1
	¿Lleva uniforme el personal?	1	0	0
		Parcial Servicios		3 / 11
INDICE DE RESTRICTIVIDAD (0-55)		TOTAL		17 / 55

ANEXO 2- Resultados Índice Ambiental Entorno.

	Preguntas	SI	NO
Entorno	¿Se dispone de instalaciones comerciales dentro de una distancia a pie sin tener que cruzar una calle importante?	X	
	¿Se dispone de instalaciones comerciales dentro de una distancia a pie con una o dos calles importantes que cruzar con paso de cebra o semáforo?	X	
	¿Se dispone de instalaciones comerciales dentro de una distancia a pie con una o dos calles importantes que cruzar sin paso de cebra o semáforo?	X	
	¿Se dispone de instalaciones comerciales a las que se puede acceder mediante un viaje en autobús, metro o tren sin necesidad de hacer transbordo?	X	
	¿Se dispone de instalaciones comerciales a las que se puede acceder mediante un viaje en autobús, metro o tren teniendo que hacer transbordo?	X	
	¿Hay un sitio donde puede tomarse una copa a una distancia a pié sin tener que cruzar una calle importante?	X	
	¿Hay un sitio donde puede tomarse una copa a una distancia a pié con una o dos calles importantes que cruzar con paso de cebra o semáforo?	X	
	¿Hay un sitio donde puede tomarse una copa a una distancia a pié con una o dos calles importantes que cruzar sin paso de cebra o semáforo?	X	
	¿Hay un sitio donde puede tomarse una copa al que se puede acceder mediante un viaje en autobús, metro o tren sin necesidad de hacer transbordo?	X	
	¿Hay un sitio donde puede tomarse una copa al que se puede acceder mediante un viaje en autobús, metro o tren teniendo que hacer transbordo?	X	
	¿Hay una cafetería a una distancia a pie sin tener que cruzar una calle importante?	X	
	¿Hay una cafetería a una distancia a pie con una o dos calles importantes que cruzar con paso de cebra o semáforo?	X	
	¿Hay una cafetería a una distancia a pié con una o dos calles importantes que cruzar sin paso de cebra o semáforo?	X	
	¿Hay una cafetería a la que se puede acceder mediante un viaje en autobús, metro o tren sin necesidad de hacer transbordo?	X	
	¿Hay una cafetería a la que se puede acceder mediante un viaje en autobús, metro o tren teniendo que hacer transbordo?	X	
	¿Hay un Centro de Día o un Club Social dentro de una distancia a pie sin tener que cruzar una calle importante?	X	
	¿Hay un Centro de Día o un Club Social a una distancia a pié con una o dos calles importantes que cruzar con paso de cebra o semáforo?	X	
	¿Hay un Centro de Día o un Club Social a una distancia a pié con una o dos calles importantes que cruzar sin paso de cebra o semáforo?	X	
	¿Hay un Centro de Día o un Club Social al que se puede acceder mediante un viaje en autobús, metro o tren sin necesidad de hacer transbordo?	X	
	¿Hay un Centro de Día o un Club Social al que se puede acceder mediante un viaje en autobús, metro o tren teniendo que hacer transbordo?	X	
	¿Hay un parque o terreno abierto a una distancia a pie sin tener que cruzar una calle importante?	X	
	¿Hay un parque o terreno abierto a una distancia a pie con una o dos calles importantes que cruzar con paso de cebra o semáforo?	X	
	¿Hay un parque o terreno abierto a una distancia a pié con una o dos calles importantes que cruzar sin paso de cebra o semáforo?	X	
	¿Hay un parque o terreno abierto al que se puede acceder mediante un viaje en autobús, metro o tren sin necesidad de hacer transbordo?	X	
	¿Hay un parque o terreno abierto al que se puede acceder mediante un viaje en autobús, metro o tren teniendo que hacer transbordo?	X	
	Para residentes sin lavadora en su alojamiento, ¿hay una lavandería a una distancia a pie sin tener que cruzar una calle importante?	N/A	
	Para residentes sin lavadora en su alojamiento, ¿hay una lavandería a una distancia a pie con una o dos calles importantes que cruzar con paso de cebra o semáforo?	N/A	
	Para residentes sin lavadora en su alojamiento, ¿hay una lavandería a una distancia a pié con una o dos calles importantes que cruzar sin paso de cebra o semáforo?	N/A	
	Para residentes sin lavadora en su alojamiento, ¿hay una lavandería a la que se puede acceder mediante un viaje en autobús, metro o tren sin necesidad de hacer transbordo?	N/A	
	Para residentes sin lavadora en su alojamiento, ¿hay una lavandería a la que se puede acceder mediante un viaje en autobús, metro o tren teniendo que hacer transbordo?	N/A	
	¿Hay un cine a una distancia a pie sin tener que cruzar una calle importante?		X
	¿Hay un cine a una distancia a pie con una o dos calles importantes que cruzar con paso de cebra o semáforo?	X	
¿Hay un cine a una distancia a pié con una o dos calles importantes que cruzar sin paso de cebra o semáforo?	X		
¿Hay un cine al que se puede acceder mediante un viaje en autobús, metro o tren sin necesidad de hacer transbordo?	X		
¿Hay un cine al que se puede acceder mediante un viaje en autobús, metro o tren teniendo que hacer transbordo?	X		

ANEXO 3- Resultados BELS por usuario.

ANEXO Resultados BELS por usuario	Oportunidad		SS		MLB		AD		GV		MN		VQ		AP		RE		AJ		JF		AC		Total		
	Min	Max	Oprt.	Real.	Oprt.	Real.	Oprt.	Real.	Oprt.	Real.	Oprt.	Real.	Oprt.	Real.	Oprt.	Real.	Oprt.	Real.	Oprt.	Real.	Oprt.	Real.	Oprt.	Real.	Oprt.	Real.	
	Auto-cuidado	8	20	16	29	16	32	17	39	17	38	12	19	13	20	16	33	12	12	15	34	15	22	17	25	166	303
1. INDEPENDENCIA DE MOVIMIENTOS	0	2	1	4	1	4	1	4	1	4	0	0	0	0	1	3	0	0	1	4	1	4	1	3	8	30	
2. DESPERTARSE Y LEVANTARSE	0	2	1	2	1	2	2	3	2	4	1	0	2	4	1	3	0	0	1	3	1	1	2	3	14	25	
3. VESTIRSE	1	2	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	2	2	4	2	2	2	3	2	2	2	2	22	35	
4. VUELTA A CASA POR LA NOCHE	0	2	1	4	1	2	1	4	1	4	0	0	0	0	1	4	0	0	1	3	1	3	1	3	8	27	
5. COMIDAS	2	2	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	1	2	4	2	2	2	0	22	35	
6. MEDICACIÓN	0	2	1	2	1	1	1	4	1	2	0	2	0	2	1	3	0	2	0	2	0	2	1	4	6	26	
7. HIGIENE PERSONAL	0	2	2	2	2	4	2	4	2	4	1	1	1	1	2	1	2	1	2	4	2	1	2	2	20	25	
8. ROPA	1	2	2	2	2	4	2	4	2	4	2	3	2	2	2	3	2	1	2	3	2	2	2	2	22	30	
9. INCONTINENCIA	2	2	2	2	2	4	2	4	2	4	2	2	2	2	2	4	2	4	2	4	2	3	2	3	22	36	
10. COMPORTAMIENTO EN EL BAÑO	2	2	2	3	2	3	2	4	2	4	2	3	2	3	2	4	2	1	2	4	2	2	2	3	22	34	
Habilidades Domesticas	0	14	10	19	10	22	13	23	11	26	7	7	6	5	9	17	6	8	8	14	8	13	6	10	94	164	
11. PREPARACIÓN DE COMIDAS	0	2	2	2	2	3	2	4	2	2	2	0	1	0	2	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	17	14
12. PREPARACIÓN DE COMIDAS SIMPLES	0	2	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	2	2	4	2	4	2	4	2	4	1	2	21	40	
13. COMPRA DE COMESTIBLES	0	2	2	4	2	3	2	3	2	4	0	0	0	1	2	2	0	1	2	4	2	4	1	2	15	28	
14. COMPRAS	0	2	1	4	1	4	2	4	1	4	0	1	0	1	1	2	1	2	1	3	1	2	1	2	10	29	
15. LAVADO DE ROPA	0	2	1	2	1	2	2	3	2	4	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	8	13	
16. CUIDADO DEL ESPACIO PERSONAL	0	2	1	2	1	4	1	4	1	4	1	1	1	1	1	4	1	0	1	1	1	1	1	1	2	11	24
17. CUIDADO DE ZONAS COMUNES	0	2	1	1	1	2	2	1	1	4	1	1	1	0	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	12	16
Habilidades Comunitarias	0	8	4	14	5	15	6	15	6	16	1	8	1	4	4	12	2	5	4	14	5	11	3	8	41	122	
18. USO DEL TRANSPORTE PÚBLICO	0	2	1	4	1	4	1	4	1	4	0	1	0	1	1	3	0	1	1	4	1	4	1	1	8	31	
19. USO DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	0	2	1	2	2	3	2	4	2	4	0	2	0	2	1	3	1	2	1	3	2	2	0	2	12	29	
20. USO DE LOCALES Y SÍCIOS PÚBLICOS	0	2	1	4	1	4	1	4	1	4	0	4	0	1	1	4	0	1	1	3	1	3	1	3	8	35	
21. USO DEL DINERO O PRESUPUESTO	0	2	1	4	1	4	2	3	2	4	1	1	1	0	1	2	1	1	1	4	1	2	1	2	13	27	
Actividad y Relaciones Sociales	6	10	10	17	10	16	10	17	10	20	10	12	9	13	10	12	10	15	10	17	10	14	10	12	109	165	
22. OCUPACIÓN DIARIA	1	2	2	4	2	4	2	4	2	4	2	2	2	1	2	1	2	3	2	4	2	4	2	1	22	32	
23. ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE	1	2	2	4	2	3	2	4	2	4	2	3	2	1	2	2	2	2	2	3	2	3	2	0	22	29	
24. SOCIABILIDAD	1	2	2	4	2	3	2	2	2	4	2	3	2	4	2	3	2	4	2	3	2	2	2	2	3	22	35
25. CONSIDERACIÓN Y PREOCUP. POR OTROS	2	2	2	2	2	3	2	4	2	4	2	1	2	4	2	3	2	3	2	4	2	2	2	4	22	34	
26. PRESTAR AUXILIO EN UNA EMERGENCIA	1	2	2	3	2	3	2	3	2	4	2	3	1	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	4	21	35	
TOTAL	14	52	40	79	41	85	46	94	44	100	30	46	29	42	39	74	30	40	37	79	38	60	36	55	410	754	

ANEXO 4- Resultados BELS promedio: oportunidad y realizado.

ANEXO Resultados BELS Promedio	Promedio						
	Oportunidad				Realizado		
	Min	Max	Valor Prom.	%	Max	Valor Prom.	%
Auto-cuidado	8	20	15,09	75,45	40	27,55	68,86
1. INDEPENDENCIA DE MOVIMIENTOS	0	2	0,73	36,36	4	2,73	68,18
2. DESPERTARSE Y LEVANTARSE	0	2	1,27	63,64	4	2,27	56,82
3. VESTIRSE	1	2	2,00	100,00	4	3,18	79,55
4. VUELTA A CASA POR LA NOCHE	0	2	0,73	36,36	4	2,45	61,36
5. COMIDAS	2	2	2,00	100,00	4	3,18	79,55
6. MEDICACIÓN	0	2	0,55	27,27	4	2,36	59,09
7. HIGIENE PERSONAL	0	2	1,82	90,91	4	2,27	56,82
8. ROPA	1	2	2,00	100,00	4	2,73	68,18
9. INCONTINENCIA	2	2	2,00	100,00	4	3,27	81,82
10. COMPORTAMIENTO EN EL BAÑO	2	2	2,00	100,00	4	3,09	77,27
Habilidades Domesticas	0	14	8,55	61,04	28	14,91	53,25
11. PREPARACIÓN DE COMIDAS	0	2	1,55	77,27	4	1,27	31,82
12. PREPARACIÓN DE COMIDAS SIMPLES	0	2	1,91	95,45	4	3,64	90,91
13. COMPRA DE COMESTIBLES	0	2	1,36	68,18	4	2,55	63,64
14. COMPRAS	0	2	0,91	45,45	4	2,64	65,91
15. LAVADO DE ROPA	0	2	0,73	36,36	4	1,18	29,55
16. CUIDADO DEL ESPACIO PERSONAL	0	2	1,00	50,00	4	2,18	54,55
17. CUIDADO DE ZONAS COMUNES	0	2	1,09	54,55	4	1,45	36,36
Habilidades Comunitarias	0	8	3,73	46,59	16	11,09	69,32
18. USO DEL TRANSPORTE PÚBLICO	0	2	0,73	36,36	4	2,82	70,45
19. USO DE LOS SERVICIOS ASISTENCIALES	0	2	1,09	54,55	4	2,64	65,91
20. USO DE LOCALES Y SCIOS PÚBLICOS	0	2	0,73	36,36	4	3,18	79,55
21. USO DEL DINERO O PRESUPUESTO	0	2	1,18	59,09	4	2,45	61,36
Actividad y Relaciones Sociales	6	10	9,91	99,09	20	15,00	75,00
22. OCUPACIÓN DIARIA	1	2	2,00	100,00	4	2,91	72,73
23. ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE	1	2	2,00	100,00	4	2,64	65,91
24. SOCIABILIDAD	1	2	2,00	100,00	4	3,18	79,55
25. CONSIDERACIÓN Y PREOCUP. POR OTROS	2	2	2,00	100,00	4	3,09	77,27
26. PRESTAR AUXILIO EN UNA EMERGENCIA	1	2	1,91	95,45	4	3,18	79,55
TOTAL	14	52	37,27	71,68	104	68,55	65,91

