

Milesi, Jimena Graciela del Rosario & Rodríguez, Rocío Alejandra

“Intervenciones de Enfermería que contribuyen a la continuidad de cuidados en la comunidad, de personas externadas de un hospital psiquiátrico de la provincia de Buenos Aires, entre enero del 2021 y diciembre del 2021”

2022

*Instituto: Ciencias de la Salud*

*Carrera: Licenciatura en Enfermería*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.  
Atribución 4.0  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Milesi, J. G. del R. & Rodríguez, R. A. (2022). *Intervenciones de Enfermería que contribuyen a la continuidad de cuidados en la comunidad, de personas externadas de un hospital psiquiátrico de la provincia de Buenos Aires, entre enero del 2021 y diciembre del 2021* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE  
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

INFORME FINAL DE TESINA

“Intervenciones de Enfermería que contribuyen a la continuidad de cuidados en la comunidad, de personas externadas de un hospital psiquiátrico de la provincia de Buenos Aires, entre enero del 2021 y diciembre del 2021”.

INFORME DE INVESTIGACIÓN

ALUMNO/S: ENFERMERA UNIVERSITARIA MILESI JIMENA - ENFERMERA UNIVERSITARIA RODRIGUEZ ROCIO ALEJANDRA.  
DIRECTOR DEL TRABAJO FINAL: LICENCIADA PERCOVICH NADIA.

FLORENCIO VARELA, 3 DE AGOSTO DE 2022

## AGRADECIMIENTOS.

En primer lugar queremos agradecer a nuestra querida Universidad Nacional Arturo Jauretche que sin ella este logro de ser enfermeras universitarias en primera instancia no se hubiese podido cumplir si no existiera. Agradecidas a cada docente que han puesto su granito de arena para inculcarnos y enseñarnos lo bello de esta profesión. Muchas gracias por supuesto a nuestra querida directora de tesis que con su ayuda, dedicación y esmero hemos podido realizar y finalizar nuestro objetivo.

Y por supuesto el agradecimiento a cada una de nuestras familias que siempre nos estuvieron apoyando desde el primer día, cuando decidimos comenzar a transitar el camino de la profesión de enfermería.

Orgullosas de recibirnos en una Universidad pública y orgullosas de ser enfermeras universitarias.

## ÍNDICE.

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN A ABORDAR Y OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
<i>FORMULACIÓN DEL PROBLEMA PRINCIPAL.....</i>	<i>7</i>
<i>FORMULACIÓN DE PROBLEMAS SECUNDARIOS.....</i>	<i>7</i>
<i>OBJETIVO GENERAL.....</i>	<i>7</i>
<i>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</i>	<i>7</i>
<b>3. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
<i>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.....</i>	<i>8</i>
<i>REHABILITACIÓN.....</i>	<i>9</i>
<i>DISCAPACIDAD Y AUTONOMÍA.....</i>	<i>10</i>
<i>INCLUSION SOCIAL.....</i>	<i>12</i>
<i>CONCEPTO DE ENFERMERÍA.....</i>	<i>12</i>
<i>ENFERMERÍA COMUNITARIA.....</i>	<i>13</i>
<i>ASPECTOS LEGALES DEL EJERCICIO.....</i>	<i>15</i>
<i>DE LA ENFERMERÍA</i>	
<i>LEY 26.657.....</i>	<i>15</i>
<i>TRABAJO INTERDISCIPLINARIO.....</i>	<i>17</i>
<b>4. ESTRATEGIA METODOLÓGICA.....</b>	<b>18</b>
<i>DISEÑO.....</i>	<i>18</i>
<i>TIEMPO Y LUGAR.....</i>	<i>19</i>
<i>UNIDAD DE ANÁLISIS Y POBLACIÓN.....</i>	<i>19</i>
<i>FUENTE DE DATOS.....</i>	<i>19</i>
<i>TÉCNICA.....</i>	<i>20</i>
<i>INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.....</i>	<i>20</i>
<b>5. CONTEXTO DE ANÁLISIS.....</b>	<b>21</b>
<b>6. RESULTADOS.....</b>	<b>22</b>
<b>7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>29</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>32</b>
<b>9. ANEXOS.....</b>	<b>34</b>

## **1. INTRODUCCIÓN.**

En el concepto de la salud mental según la OMS describe: un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS 2001 a, p1).

En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Este concepto medular de salud mental es consistente con su interpretación amplia y variada en las diferentes culturas.

¿Qué es la salud mental? La salud mental es un componente integral y esencial de la salud. La Constitución de la OMS dice: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Es mucho más que la ausencia de enfermedad mental, ya que las condiciones y capacidades mencionadas en la definición, tienen valor por sí mismas (OMS, 2001).

Históricamente, la atención de la salud mental ha sido a través de la exclusión (Hartfiel y Percovich, 2021), pero a partir de la segunda mitad del siglo XX se ha comenzado a cuestionar este modo de abordaje a los padecimientos. El marco normativo en nuestro país nos impulsa a tratar a la salud mental desde una perspectiva comunitaria y sin encierros, lo que se llama proceso de desmanicomialización.

La desmanicomialización es un proceso complejo que implica desandar prejuicios, prácticas instituidas y resistencias corporativas. No sólo nos obliga la

Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 2006), sino también la evidencia de decenas de miles de personas que en lugar de recuperarse se han cronificado en este tipo de instituciones. La profunda transformación institucional para la sustitución definitiva que demanda el artículo 27 de la Ley 26.657 es un proceso que requiere tiempo y decisión política, porque se trata de abrir nuevos dispositivos que no respondan a la lógica del aislamiento sino de los cuidados y pueden articularse en el territorio con otras políticas públicas que exceden incluso al sistema sanitario.

Comprendiendo todos estos aspectos, es necesaria la función de la enfermera en salud mental como profesional, ya que nuestra tarea es estrechar lazos, crear vínculos, ser facilitadoras, mediadores y capacitadores desde nuestra experiencia en apoyo a los distintos programas que vehiculizan la desmanicomialización de la mejor manera posible de acuerdo a cada caso, tratando de que se cumpla la Ley Nacional de Salud Mental.

Por ese motivo, mencionaremos modelos de enfermería que han contribuido a la labor de la enfermería psiquiátrica, siendo estos de gran referencia para su aplicación en la práctica.

La institución que enmarca este trabajo, el Hospital Interzonal José A. Esteves se fundó en 1908 y vela por la salud, la rehabilitación y la reinserción en la sociedad de sus pacientes. En la actualidad, hay 450 pacientes internadas, posicionándose a nivel provincial como el más numeroso y el de más longevidad de sus pacientes. El hospital trabaja fuertemente en lograr la externación de las mismas.

Las usuarias se encuentran en situación asilar, es decir, que no presentan recursos económicos o socio familiares para poder salir de allí, por más que se encuentren compensadas. Esto implica una pérdida de derechos básicos: las cuestiones de identidad, de pertenencia, de propiedad durante los años de internación quedan como suspendidas, como congeladas, y cuando la persona sale se encuentra con un panorama totalmente diferente al que existía cuando ingresó.

Para nosotras la inserción social de estas mujeres tiene importancia para recuperar el vínculo con sus seres queridos, la revalorización de los vínculos

personales, consolidar la restitución de los derechos civiles: a la libertad, al trabajo, a la vivienda, entre otras.

El propósito de la siguiente investigación es conocer cómo es el trabajo de enfermería comunitaria para contribuir a la continuidad de cuidados en la comunidad de personas externadas de ese hospital. Entendemos que ese trabajo no corresponde sólo a la enfermería, compromete a usuarias, trabajadores y familiares, por lo tanto se intentará indagar acerca del aporte de las redes de apoyo de las personas y de las otras profesiones del equipo.

### ***Caracterización del lugar elegido.***

#### **Programa de rehabilitación externación asistida (PREA)**

Se creó mediante una Resolución Ministerial de la Provincia de Buenos Aires en 1999, en cada hospital se fue implementando de diferentes formas. Experiencias consolidadas en nuestro país y en el exterior muestran que los servicios de salud mental de base comunitaria son la respuesta ética y científica para el tratamiento de personas con padecimiento mental grave.

Como ya se ha mencionado, la posibilidad de volver a vivir en la comunidad una vez superada la crisis se dificulta por carencias de lazos familiares, problemas económicos y aislamiento social. Mediante dispositivos como el PREA, las mujeres institucionalizadas recuperan la vida en comunidad y el ejercicio de sus derechos ciudadanos.

En cuanto a cómo se realiza este proceso, la institucionalización que se prolonga más de lo necesario genera deterioros importantes. La recomposición del lazo social es el principal eje del PREA.

El dispositivo que se usa son talleres grupales, y el objetivo es que las participantes de estos talleres recuperen la autonomía y el autovaloramiento perdidos por los años de internación. Es un proceso donde se acompaña en la evocación y el reencuentro con experiencias previas para ir armando un proyecto de vida propio. La finalización de este proceso es la formación de grupos convivenciales, que se mudan a casas de la zona, con el acompañamiento del equipo asistencial.

Se trata de un equipo interdisciplinario que realiza su trabajo en el territorio: acompañando a estas mujeres y apoyándolas en la vida cotidiana. Tal como plantea la Ley Nacional de Salud Mental, el proceso de desmanicomialización sólo es posible si los recursos actualmente destinados al hospital psiquiátrico se distribuyen de otra manera.

Actualmente el programa cuenta con 17 viviendas en las cuales conviven entre 6 y 2 mujeres, y los equipos acompañan a un total de 80 mujeres, que habitan estas viviendas o bien, viven con sus familias.

Para finalizar nombramos a Libremente, que es un centro comunitario que depende del Hospital Esteves, está ubicado en una casona vieja en Temperley. Se creó con el objetivo fundamental de favorecer la inclusión comunitaria de las mujeres externadas. En Libremente se realizan diferentes actividades: talleres artísticos, talleres de oficios, espacios de trabajo corporal y cuidados de la salud, cursos de formación y orientación laboral, salidas comunitarias, actividades para chicos, empresas sociales.

Allí trabaja el equipo asistencial con las usuarias del PREA, actualmente existen dos empresas sociales BELLÍSIMAS, una feria americana con producción textil y REMADE, que ofrece productos gráficos como agendas, cuadernos y calendarios.



## **2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN A ABORDAR Y OBJETIVOS.**

### **Problema Principal**

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería que contribuyen a la continuidad de cuidados en una persona dada de alta de una internación prolongada por motivos de salud mental?

### **Problemas Secundarios**

1. ¿Cuáles son las características de la población de estudio como edad, género, nivel de formación, etc.?
2. ¿Cómo es el trabajo de enfermería en el contexto del programa?
3. ¿Cómo es el trabajo interdisciplinario en continuidad de cuidados en la comunidad de personas dadas de alta de una internación prolongada por motivos de salud mental?

### **Objetivo general.**

Describir las intervenciones de enfermería que contribuyen en la continuidad de cuidados en la comunidad de personas dadas de alta de una internación prolongada por motivos de salud mental.

### **Objetivos Específicos**

1. Conocer las características de la población de estudio como edad, género, nivel de formación, etc.
2. Describir la labor de enfermería en el contexto del programa PREA.
3. Describir el trabajo interdisciplinario en el manejo de la continuidad de cuidados en la comunidad de personas dadas de alta de una internación prolongada por motivos de salud mental

### 3. MARCO TEÓRICO.

Para el desarrollo del siguiente trabajo, nos vamos a focalizar en las intervenciones de enfermería y qué particularidades adquieren en el ámbito específico de este programa de continuidad de cuidados en la comunidad de personas externadas de un hospital monovalente. En primera instancia se comenzará con la definición de **intervenciones de enfermería**, la cual se denomina a todo tratamiento que el profesional enfermero, realiza según el conocimiento adquirido y su juicio clínico, para favorecer el resultado esperado del paciente. Estas intervenciones pueden llegar a ser de forma directa hacia el paciente o de forma indirecta, involucrando a la familia, comunidad y todo aquello que se encuentre en el entorno de la persona. Teniendo en cuenta no solamente el aspecto biológico del mismo, sino a su vez el aspecto psicológico y social. Estos aspectos se fusionan y se denomina biopsicosocial (Plazas, L,2022).

Las intervenciones de enfermería tienen un gran impacto en la salud y el bienestar de un paciente y tienen un efecto directo en su recuperación.

El profesional presenta una herramienta para poder desempeñar el cuidado, denominada proceso de atención de enfermería (PAE). La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera es el PAE, este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

Consta de cinco etapas:

Valoración: Es la primera fase del Proceso de enfermería que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son las bases para las decisiones y actuaciones posteriores.

Diagnóstico: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.

Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.

Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

Evaluación: Comparar las respuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

Una de las premisas básicas en salud mental es intentar comprender al otro; para conseguirlo, es imprescindible contemplar a las personas como parte de su contexto cultural. Conocer los valores y normas de una cultura es básico para considerar al individuo en su totalidad, especialmente en aquellas personas aquejadas de problemas de salud mental donde la base del problema suele radicar en la forma de pensar y actuar.

El proceso de valoración, constituye la etapa esencial y uno de los pilares básicos del proceso de enfermería. Su objetivo es desarrollar medidas asistenciales apropiadas y eficaces para los usuarios, tomando en consideración sus características culturales y sus definiciones sobre la salud y la enfermedad en general (o sobre la salud y la enfermedad mental en particular). A partir de la valoración, entonces, surge en el profesional de enfermería una imagen de la persona objeto de cuidados, imagen que servirá para organizar las intervenciones (Fornes Vives, J. Carballal Balsa, M , 2003)

Según Virginia Henderson “la función específica de la enfermera es ayudar a la persona, enferma o sana, a la realización de actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila), que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos necesarios y a hacerlo de tal manera que le ayude a ganar la independencia lo más rápidamente posibles”. (Arena, Arias, Beltran & Izaguirre, 2012)

A su vez Henderson plantea los 3 diferentes niveles de relaciones enfermera-paciente en el proceso de cuidar.

1. Nivel sustitución: en el cual la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. Nivel de ayuda: La enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Nivel de acompañamiento: En el cual el profesional permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia y autonomía.(Arena, Arias, Beltran & Izaguirre.2012).

Por otro lado, el modelo de Joyce Travelbee(1979), Modelo de relación de persona a persona, se conceptualiza en un proceso interpersonal mediante el cual la enfermera profesional ayuda a una persona, familia o comunidad con el objetivo de promover la salud mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental y si es necesario contribuye a descubrir un sentido en esas experiencias.

El propósito de la enfermera es comprender la situación que vive la persona, familia o grupo y a partir de esa comprensión establecer una relación de ayuda. Es en el modelo de Travelbee donde se aborda como tal el concepto de enfermería psiquiátrica y en el que establece asimismo que la enfermería es un arte y lo comprende como el uso consciente de la propia persona en la práctica del cuidar, ayudando y acompañando a otros en sus procesos de desarrollo psicosocial y de recuperación de enfermedades mentales. La teoría refuerza la relación terapéutica entre la enfermera y el paciente, la importancia que concede a los cuidados, que refuerzan la empatía, la simpatía y la compenetración, se centra en el aspecto emocional.

Para analizar el concepto de salud mental, Travelbee propone algunas actitudes que para ella son capacidades humanas universales que distinguen lo humano, y desde esta perspectiva fundamenta la salud y la salud mental. Esta teoría considera que, en las situaciones de enfermería, la relación enfermera-paciente constituye el modo de lograr el objetivo de la enfermería. La relación se establece cuando la enfermera y el paciente alcanzan una fase máxima de relación después de haber pasado primero por la fase de encuentro original, que progresa a través de fases de identidades emergentes, sentimientos progresivos de empatía y posteriormente simpatía, compasión, hasta que la enfermera y el paciente consigue la compenetración en la última fase.

Planteamos que el objetivo es detallar y describir las intervenciones de enfermería en el PREA - Programa de Rehabilitación y Externación Asistida. Por ese motivo, resulta fundamental analizar a qué nos referimos cuando hablamos de **rehabilitación**. La rehabilitación se define como “un conjunto de

intervenciones encaminadas a optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en personas con afecciones de salud en la interacción con su entorno. Ayuda a los niños, los adultos o las personas mayores a ser lo más independientes posible en su día a día y les permite participar en actividades educativas, laborales o recreativas o llevar a cabo las tareas que dan sentido a su vida” (OMS,2021).

En el transcurso de la rehabilitación pueden participar diferentes tipos de profesionales como por ejemplo psicoterapeutas, psicólogos, psiquiatras, enfermeros, médicos clínicos. La rehabilitación puede llegar a evitar internaciones prolongadas, reingresos continuos, si esta llega a ser positiva le da una autonomía al paciente que había perdido. Este puede experimentar nuevamente la participación y la interacción de forma educativa y a su vez tener un empleo con una remuneración acorde. Este tipo de experiencia que transita la persona aporta un beneficio económico tanto para el estado, como para ella misma, ya que se reduce eficazmente la utilización de recursos hospitalarios de los distintos niveles de atención.

La OMS puso en marcha la iniciativa “rehabilitación 2030”, la cual hace hincapié en la necesidad de fortalecer los sistemas de salud y la unificación de todos los miembros para lograr el mejoramiento en la gobernanza-liderazgo-aumentar el financiamiento destinado a fomentar la investigación y realización de una base de datos sobre rehabilitación, a su vez la implementación de una red de profesionales multidisciplinaria con orientación en rehabilitación. (OMS,2021)

Según Benedetto Saraceno, la rehabilitación:

*No es la sustitución de discapacidades con capacidades, sino un conjunto de estrategias orientadas a aumentar las oportunidades de intercambio de recursos y emociones; solo dentro de tales dinámicas de intercambio es crear un efecto de capacitación”(Saraceno,B.,2003,p.83).*

*Es un proceso que implica la apertura de espacios de negociación para el paciente, para su familia, para la comunidad que los rodea y para los servicios que se ocupan del paciente.(Saraceno,B.,2003.p.84)*

Otro de los temas fundamentales que no podemos dejar de nombrar es el término de **discapacidad** y de **autonomía**, la cual es la capacidad del individuo para hacer elecciones, tomar decisiones y asumir las consecuencias de las mismas. El término opuesto a la autonomía no es dependencia sino heteronomía. La **autonomía** como capacidad se refiere al conjunto de habilidades que cada persona tiene para hacer sus propias elecciones, tomar sus decisiones y responsabilizarse de las consecuencias de las mismas. La autonomía se aprende, se adquiere mediante su ejercicio, mediante el aprendizaje que proviene de uno mismo y de la interacción social. Se trata, así pues, de un ejercicio directo de las propias personas y desde su propio control que se aprende. Esta como derecho, hace referencia a la garantía de que las personas, al margen de sus capacidades, puedan desarrollar un proyecto vital basado en su identidad personal y tener control sobre el mismo. En el caso de personas con grave afectación, el ejercicio a su derecho a su autonomía suele ser indirecto, es decir, mediados por otros y a través de los apoyos precisos. (López, F & COLS,2004).

Por otro lado se define **discapacidad** a aquellas personas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás .En los últimos años, la comprensión de la discapacidad ha pasado de una perspectiva física o médica a otra que tiene en cuenta el contexto físico, social y político de una persona. Hoy en día, se entiende que la discapacidad surge de la interacción entre el estado de salud o la deficiencia de una persona y la multitud de factores que influyen en su entorno. (OPS, 2014).

Gracias a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad realizada el 13 de Diciembre del 2006, se plasmaron una serie de puntos relacionados con las personas con discapacidad tales como: “la igualdad de oportunidades para las personas con Discapacidad como factor en la promoción, la formulación y la evaluación de normas, planes, programas y medidas a nivel nacional, regional e internacional destinados a dar una mayor igualdad de oportunidades a las personas con discapacidad.”(Naciones Unidas, 2006, p.1).

Otro punto importante que se puede llegar a nombrar de la convención es el momento cuando se plasma:

*Reconociendo el valor las contribuciones que realizan y pueden realizar las personas con discapacidad al bienestar general y a la diversidad de sus comunidades, y que la promoción de pleno goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las personas con discapacidad y de su plena participación tendrán como resultado un mayor sentido de pertenencia de estas personas y avances significativos en el desarrollo económico, social y humano de la sociedad y en la erradicación de la pobreza. (Naciones Unidas, 2006, p.2)*

A pesar de encontrarnos en el siglo XXI, los prejuicios en la sociedad todavía se encuentran vigentes y al formular esta convención observan que este factor continúa, y realizan un punto en el cual se plantea que “pese a estos diversos instrumentos y actividades, las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo”. (Naciones Unidas, 2006, Pág.2)

Otro término que no se puede dejar de lado en este trabajo es la **inclusión social** el cual se denomina como un proceso de mejorar la habilidad, la oportunidad y la dignidad de las personas que se encuentran en desventaja debido a su identidad, para que puedan participar en la sociedad; sin embargo, no es lo mismo que igualdad.

Analiza y explica por qué existen algunas desigualdades como la razón por la que ciertos grupos no tienen acceso a la educación, la salud y otros servicios o reciben servicios de peor calidad. Si bien muchas veces los grupos excluidos están sobrerrepresentados entre los pobres, la exclusión social es a menudo más que pobreza y, en algunos casos, no se trata en absoluto de ésta, pues tiene que ver más con aspectos no materiales de la vida de una persona.

Los costos ocasionados por la exclusión social pueden llegar a ser sustanciales tanto para los individuos como para los países. A nivel individual, las personas excluidas se enfrentan a la pérdida de salarios, ganancias de por vida,

educación deficiente y malos resultados laborales aunado a los costos para la salud física y mental causados por la discriminación.

El paso de la exclusión a la inclusión no se da de un día para otro, sino que es gradual y exige un compromiso a largo plazo. Empieza con el reconocimiento de los grupos excluidos e “invisibles”, superando las creencias y los estereotipos negativos para crear las condiciones necesarias para que haya igualdad de oportunidades y movilidad social. Aumentando el acceso a trabajos decentes, mejores servicios y medios de subsistencia más seguros ayudará a las personas habitualmente excluidas a participar plenamente en la sociedad y vivir con dignidad. (COLS, 2004)

Ahora bien, a partir de los conceptos presentados, el desafío es pensar a la enfermería en el marco de la tarea de rehabilitación con intervenciones situadas en los domicilios de las personas a las que se asisten. El **concepto de enfermería** ha ido cambiando a medida que transcurren los años desde el surgimiento de la misma. De la mano de Florence Nigthingale surge el concepto de enfermería moderna, en el cual la enfermera no solamente era la encargada de proveer los cuidados a los enfermos sino que también aplica un proceso consistente en la observación, el análisis y la toma de decisiones propias. (Cabal ,V & Mildred, G,2011, p.76 ).

Las cuatro funciones de la enfermería

Son aquellas funciones que se pueden desempeñar en el área laboral gracias al método científico, la formación de enfermeros y enfermeras y se basa en cuatro funciones: asistencial, docencia, administración e investigación.

1. Función asistencial: Incluye acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y educación para la salud.
2. Función docente: colaborando en la enseñanza teórica y práctica de los programas de salud tanto para enfermería como para otras profesiones sanitarias, en los aspectos de su competencia y en la formación continuada.
3. Función administrativa: realizar tareas de administración propias referidas a gestión y a prestación de cuidados, elaborar informes sobre las actividades realizadas entre otras.



4. Función de investigación: realizar y/o participar en estudios sobre las necesidades y problemas de salud de la comunidad a cargo para contribuir a su solución.

En la actualidad enfermería se desempeña en distintos ámbitos, no solamente se encarga del paciente como primer y único sujeto de atención sino que, entra en escena el conjunto que lo rodea; tal como su familia y la comunidad.

Salen a la luz nuevos conceptos de enfermería tales como **enfermería comunitaria**, el rol del profesional en este ámbito es unificar sus conocimientos teóricos, prácticos y de salud pública como estrategias de trabajo en la comunidad, desempeña su labor en el primer nivel de atención interactuando con la población y con el equipo multidisciplinario.

Es el profesional encargado de tener una comunicación y una interacción activa con la población.

La enfermería en salud mental tiene un marco más amplio de determinación y configuración que integra contextos y esencias disciplinares. Por un lado, la enfermería de salud pública se constituye casi en el momento de la enfermería hospitalaria y se mantiene y coexiste con la mirada puesta en los colectivos y la salud. La enfermera da un aporte importante a la constitución mundial de la salud pública y contribuye al pensamiento de las ciencias de la salud desde la perspectiva epidemiológica y social. Simultáneamente se desarrolla la enfermería comunitaria que, basada en el contexto conceptual y práctico de la salud pública, nace con el modelo de la medicina preventiva (década de los setenta), adquiere impulso con la propuesta de extensión de cobertura (inicios de los setenta) y la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (década de los ochenta) y se desarrolla con amplitud y por sí a través de la coordinación y trabajo con agentes comunitarios de salud y con equipos interdisciplinarios de salud. El papel protagonista de las enfermeras en las comunidades adquiere relevancia mundial en la última década con la Declaración del Milenio y la renovación de la APS.

La esencia definitiva de su misión que es el cuidado humano otorga a la enfermería condiciones especiales de humanismo, conciencia social, integralidad de cuidado, capacidad de compasión y protección, promoción de la

autonomía y perspectiva familiar, las cuales fundamentan y fortalecen las orientaciones y prácticas de la enfermería en salud mental en las comunidades. Las enfermeras saben de qué se trata cuando se define el modelo comunitario. Conocen la acción comunitaria e intersectorial, saben del campo de acción y responsabilidad y que conocimientos y problemas son diferentes a la hora de trabajar con grupos, familias y comunidades. Saben que en la comunidad el tema de la salud mental es determinante en las preocupaciones de los ciudadanos y sus familias, saben de la integralidad, la prioridad de la información y la participación para la comunidad. Conocen y respetan las redes sociales y la manera como ellas operan protegiendo y cuidando la salud, así como preceden y presiden sus prácticas por la defensa y protección de los derechos humanos y la importancia de la acción emocional y social para la salud.

Lester Guzman Garcia Fidel define enfermería comunitaria como “ el conjunto de cuidados y procedimientos de enfermería orientados al resguardo de la salud de un grupo de individuos con características y objetivos en común, entendiéndose como un todo continuo” (Guzmán Garcia, L, 2016).

### **Aspectos legales del ejercicio de la enfermería**

El ejercicio de la enfermería en la provincia de Buenos Aires se encuentra regido por la Ley Nacional N° 24.004 sancionada el 26 de septiembre de 1991 y promulgada el 23 de octubre de 1991; y la Ley Provincial N° 12.245 sancionada el 9 de diciembre de 1998 y promulgada el 14 de enero de 1999, en las mismas se especifica las normas para el ejercicio de la actividad, funciones, derechos y obligaciones, registro, régimen disciplinario entre otros.

De manera resumida se mencionan los aspectos y artículos más importantes y que creemos fundamentales para el desarrollo de la tarea profesional que buscamos caracterizar en este trabajo de investigación.

En el artículo 2, se enumera las funciones que comprende el ejercicio de la enfermería que son: promoción, prevención y rehabilitación de la salud, la prevención de enfermedades, la docencia, investigación y asesoramiento sobre los temas de su incumbencia y la administración de servicios. En el artículo 9 se especifican los derechos y obligaciones de los profesionales y auxiliares,

algunos de los derechos mencionados son: Ejercer su profesión o actividad de conformidad con lo establecido por la ley y su reglamentación, asumir responsabilidades acordes con la capacitación recibida, negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, siempre que de ello no resulte un daño inmediato o mediato en el paciente sometido a esa práctica. Algunas de las obligaciones: Respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana sin ninguna distinción de ninguna naturaleza , respetar en las personas el derecho a la vida y a su integridad desde la concepción hasta la muerte, prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias.

Ahora bien, ¿por qué es necesaria la rehabilitación y la inclusión de las personas con padecimiento en la comunidad? Para ello, es necesario hablar del marco normativo vigente en materia de salud mental, que va a ser el que proponga este tipo de intervenciones. La **ley 26.657** fue sancionada el 25 de noviembre de 2010 y reglamentada el 28 de mayo del 2013. La misma fue adquirida por la Provincia de Buenos Aires, a través de la Ley 14580. El objetivo de la misma es asegurar el desarrollo a la protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas personas con padecimiento mental que se encuentran en el país (Cáceres et al, 2017).

Con esta ley se intenta realizar un cambio de paradigma a nivel nacional en relación a la mirada que tiene la población en general a las personas que presentan algún tipo de padecimiento mental. Se tiene que lograr y a su vez entender que poseen derechos, como cualquier otro ciudadano de la República Argentina, que pueden desempeñar su rol en la comunidad con la población, pueden vivir, participar en la política y en la vida social. (Cáceres et al, 2017)

Esta ley por sí sola no puede funcionar depende de diferentes tipos de actores los cuales desempeñan un rol fundamental en su disciplina para que funcione adecuadamente, se entrelazan con un fin común los gobiernos nacionales, provinciales, municipales, los trabajadores de las diferentes áreas de educación- justicia- desarrollo social, el equipo interdisciplinario que se

encuentra en contacto con las personas con algún tipo de padecimiento mental, la persona con este padecimiento, la familia-amigos-círculo íntimo, entre otras.

Para llegar a lograr el fin de la estructura asilar manicomial, el decreto reglamentario planteaba el cierre de los manicomios para 2020, y si bien la fecha ya ha pasado, se intenta llegar a la sustitución definitiva en los próximos años. ¿Qué pasará con las personas con padecimiento mental? Las crisis serán atendidas en los hospitales generales y el seguimiento luego de la crisis será en la comunidad. Esto da cuenta de la importancia del programa que estamos analizando: el PREA es uno de los dispositivos que marca la ley, que implica la reconversión de la atención del manicomio a la comunidad.

Hasta aquí hemos hablado del marco normativo que determina la tarea que se propone es imprescindible sustituir el encierro y esto se logra a través de las políticas públicas comprometidas con la reasignación de recursos, el trabajo comunitario y la recuperación de los derechos ciudadanos.

Contraponiendo al trabajo realizado por el PREA, las formas de fomentar la inclusión, haciendo a la comunidad un todo, queremos nombrar al autor Goffman, el cual expresa que toda institución tiene tendencias absorbentes, es decir recluta parte del interés y del tiempo de sus integrantes proporcionándoles un mundo propio, en el cual se inscribe una cultura propia.

“Se llaman establecimientos sociales o instituciones en el sentido corriente de la palabra, a sitios tales como habitaciones, conjunto de habitaciones, edificios o plantas industriales donde se desarrolla regularmente determinada actividad”.

(Goffman, E, 1992, pág. 22) .

Entendiendo el significado de Institución Total según el autor, hablar de neuropsiquiátrico, loquero, manicomio es hablar de institución total, es entender a una institución como total. Según el autor las instituciones psiquiátricas están erigidas para cuidar de aquellas personas que, incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad.

La institución total es considerada como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria,

administrada formalmente. Lo que caracteriza a este tipo de instituciones, y les da un signo particular, son los obstáculos que interceden en la relación con el exterior, dificultando la interacción social estas “barreras” se traducen con Goffman en puertas cerradas, altos muros, alambres de púa, acantilados, ríos, bosques o pantanos.

Los establecimientos psiquiátricos, se clasifican entre las instituciones totales, porque abarcan todos los aspectos de la vida del paciente, que transcurre allí en la compañía inmediata de otras personas igualmente aisladas del resto del mundo mayor. (Goffman, 1992).

Entendemos que tal como plantea la ley, la intervención de una profesión no alcanza para la tarea de atención, cuidado e inclusión de las personas con padecimiento. En algunos textos de este marco teórico se habla de multidisciplinaria, sin embargo creemos que el trabajo en conjunto debe ser interdisciplinario y de clínica ampliada.

Por un lado, Alicia Stolkiner (2005) manifiesta que el **trabajo interdisciplinario** es un trabajo grupal, donde se articulan imaginarios sociales y grupales además de la dimensión institucional, para su producción. Para la autora, lo interdisciplinario en los equipos de salud, la distribución de funciones y saberes, se manifiesta a partir del problema o tarea, y no en relación a las tradiciones de cada profesión. (Stolkiner, 2005).

Otro ejemplo que se encuentra en cuanto al trabajo en equipo es la definición que presentan Diaz y Calzetta (2013), en su tesis final, ellos manifiestan, “el equipo interdisciplinario de salud es un modo de trabajo que permite a varias personas de distintas profesiones sanitarias coordinar su labor para contribuir con sus conocimientos a lograr el propósito común de mejorar la calidad de atención a los individuos” (Calzeta, M & Diaz, 2013,p.12).

Un concepto que entendemos superador de la interdisciplina, es el de clínica ampliada del autor, De Sousa Campos (2001). La clínica ampliada supone una praxis que incluya al contexto del sujeto con padecimiento psíquico, a su familia, a su comunidad, y a los equipos profesionales involucrados en su atención. Esta perspectiva tiene como objetivo promover la participación comunitaria de los propios actores sociales y quebrar la situación de

aislamiento en que se encuentran, para facilitar otros modos de lazos sociales, estimulando la solidaridad, la participación en nuevas estrategias comunitarias, la producción de la autonomía. (De Sousa Campos, 2001)

#### **4. ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS.**

**Diseño:** La siguiente investigación se realizó mediante un estudio descriptivo, cualitativo transversal a profesionales que trabajan en PREA, perteneciente al Hospital Esteves, situado en el partido de Lomas de Zamora, de la provincia de Buenos Aires, en el periodo de enero del 2021 hasta diciembre del 2021

**Tipo de estudio:** El siguiente trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, cualitativo de corte transversal.

**Tiempo y lugar:** La investigación se realizó entre los meses Enero del 2021 y diciembre del mismo año, en el partido de Lomas de Zamora. Se pautaron entrevistas de forma virtual (videollamadas) a cada uno de los profesionales de enfermería.

**Universo/población:** Los profesionales de enfermería que desarrollan sus actividades laborales en el centro comunitario de la provincia de Buenos Aires entre enero y diciembre del 2021.

**Muestra:** La muestra está representada por 10 (diez) enfermeras de la institución que están destinados al cuidado de las personas, del centro comunitario.

**Criterios de inclusión:** Todos los profesionales de enfermería que desempeñan su profesión en los diferentes turnos del PREA.

**Criterios de exclusión:** Todos los profesionales que no desempeñan sus funciones en el programa.

**Fuente de información:** La fuente de información fue primaria, ya que, la misma fue extraída de los datos obtenidos a través de las entrevistas, que fueron las herramientas de investigación utilizadas.

**Instrumento de recolección de datos:** Los instrumentos de recolección de datos, están confeccionados por una entrevista cuyas preguntas fueron de tipo

cualitativas, abiertas, semiestructuradas. Las cuales se colocan en el anexo del trabajo.

**Técnica:** Se escogió la variante de video llamadas debido al contexto de cuarentena que se estaba atravesando en ese momento. Se realizaron las 15 preguntas pertinentes. A su vez se da aviso al entrevistado y si está de acuerdo en poder grabar las entrevistas para que la recopilación de información sea más provechosa.

**Unidad de análisis:** La unidad de análisis fueron cada una de las enfermeras entrevistadas .

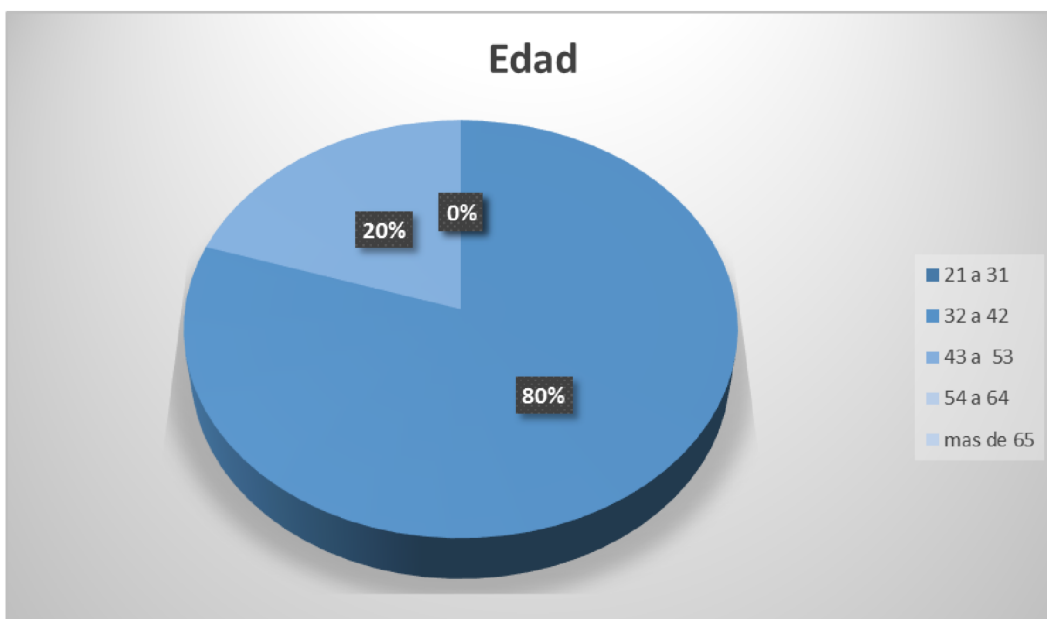


## **5. CONTEXTO DE ANÁLISIS.**

El análisis de datos fue de forma cualitativo, se utilizó la técnica de análisis de contenido, para las preguntas abiertas. El cual se tuvo que realizar luego un proceso de categorización de las respuestas de forma independiente por las autoras.

## 6. RESULTADOS.

**Gráfico n°1 Edad de los profesionales de enfermería**



Fuente: información recabada por las investigadoras a través de entrevistas.

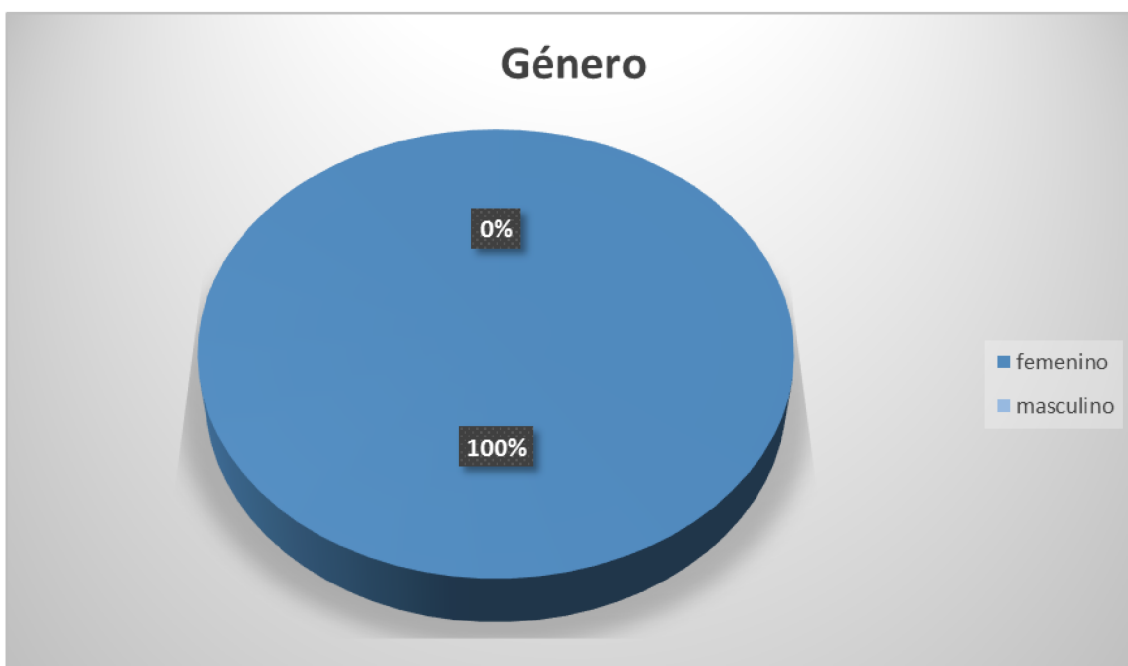
**Tabla n°1 edad de los profesional de enfermería**

edad	total
21 a 31	0
32 a 42	8
43 a 53	2
54 a 64	0
mayor 65	0

### **Análisis de las variables Sociodemográficas.**

De acuerdo a los datos obtenidos y a los análisis realizados, se observa que el 80% de los profesionales de enfermería poseen un rango etario entre 32 y 42 años, mientras el 20% restante su edad se encuentra entre 43 y 53 años.

**Gráfico n°2. Género de los profesionales de enfermería**



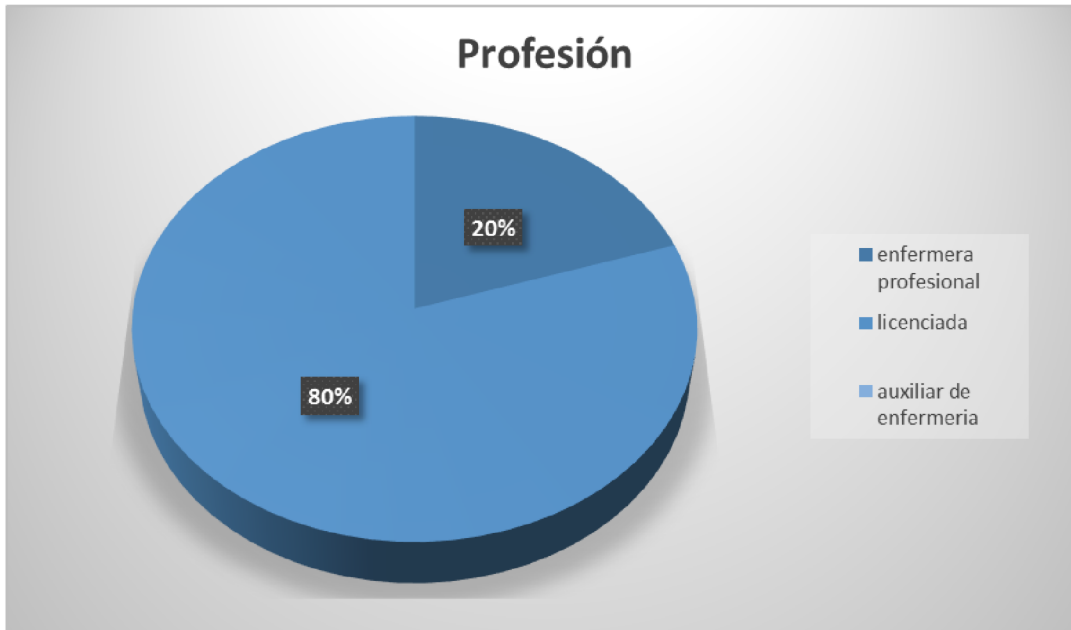
Fuente: información recabada por las investigadoras a través de entrevistas.

**Tabla n°2. Género de los profesionales de enfermería**

género	total
femenino	10
masculino	0

A su vez la población estudiada nos permite observar que se conforman prevalentemente por el sexo femenino siendo el 100% de las encuestas realizadas.

**Gráfico n°3. Nivel académico de los profesionales de enfermería.**



Fuente: información recabada por las investigadoras a través de entrevistas.

**Tabla n°3 nivel académico de los profesionales de enfermería**

auxiliar de enfermería	0
enfermera profesional	2
licenciada	8

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta es el nivel de formación del personal. Aquí se obtiene que el 80% de las entrevistadas son licenciadas en enfermería y a su vez realizaron un Posgrado en Salud Mental en menor medida se encuentran las enfermeras profesionales siendo el 20% restante.

**Gráfico n°4. Posgrados de los profesionales de enfermería**



Fuente: información recabada por las investigadoras a través de entrevistas.

**Tabla n°4. Posgrados de los profesionales de enfermería**

curso en salud mental	0
posgrado en salud mental	8
Otros	2

**Tabla n°5. Trabajo previo**

Institución de Salud Mental.	8
Otros	2

A su vez 8 de 10 enfermeras se desempeñaron con anterioridad en una institución de Salud Mental. Y las restantes en instituciones de otro tipo

En relación al **análisis cualitativo** de las entrevistas y puntualmente para los objetivos específicos 2 y 3<sup>1</sup> se tomará lo mencionado por enfermeras entrevistadas y se transcribirán los dichos que resulten pertinentes para el análisis.

En relación a las actividades de prevención y promoción que realizan 8(ocho) de 10 (diez) enfermeras manifestaron que se realizan folletos educativos relacionados con el cuidado de la salud - actividades - talleres. Tales como; taller de alimentación, salud sexual, actividad física, higiene bucal, etc.

Otro punto que se nombra en segundo lugar es el acompañamiento a las consultas médicas y a su vez se les enseña cómo deben ser pedidas estas citas médicas con diferentes especialistas.

*“Lo que se trabaja es en la rehabilitación para que ellas vuelvan a adquirir su autonomía desde lo más simple, que podría ser lavarse los dientes”.*

Cuando se les pregunta a las profesionales que acciones se realizan para la contención de las usuarias, ellas responden diferentes puntos, pero hay uno que sobresale por encima de los otros que es, el de la contención verbal. Refieren que observan con mucho detenimiento a cada paciente y saben cuando está por ocurrir una crisis. En relación a esto mencionan a la experiencia y el conocimiento previo de la vida y la historia de cada usuaria . Entonces, ante estas situaciones, se da aviso al equipo interdisciplinario para estar atentos y trabajar más sobre esa paciente; se trabaja para evitar la crisis y para poder resolverla en el domicilio.

Una de ellas dice:

---

<sup>1</sup> Objetivo 1: Conocer las características de la población de estudio como edad, género, nivel de formación etc. 2: Describir la labor de enfermería en el contexto del programa PREA. Objetivo 3: Describir el trabajo interdisciplinario en el manejo de la continuidad de cuidados en la comunidad de personas dadas de alta de una internación prolongada por motivos de salud mental.

*“Nosotras usamos mucho la contención verbal, lo que quiero que sepan es que nosotras como trabajamos mucho y muchas horas con las usuarias, ya adquiridos un ojo clínico entonces ya desde ante mano sabemos que va a tener una crisis de algún tipo”*

Respecto a la intervención cuando dan cuenta de esta situación previa a la crisis, otra señala:

*“Evaluamos si se puede solucionar ahí, y si no es así, se da aviso al psiquiatra y se evalúa el paso a seguir. Los cuales pueden llegar a ser cambios de farmacología, sea medicación o inyectable. Se trata siempre de sostenerlo dentro de su domicilio.”*

Sin embargo, aunque se intenta sostener en el domicilio, también reconocen que el tratamiento domiciliar a veces no alcanza:

*“Si la descompensación no se puede contener en el domicilio se la trasladó al hospital, está en observación el tiempo que sea necesario, esto tiene que ser poco tiempo según la Ley de Salud Mental.”*

Otro aspecto que nos pareció interesante indagar es cómo se piensa el trabajo comunitario. Al momento de responder qué significaba para ellas el trabajo comunitario de enfermería, las profesionales manifestaron que es muy amplia la respuesta, todas ellas coinciden en que es el acompañar, ayudar a transitar el camino del día a día en la comunidad, que no solamente se ve al paciente como el centro de atención sino que, intervienen otros factores como la familia, amigos, la sociedad, la comunidad, etc.

A su vez una de ellas expresa que la especificidad no corresponde solamente al trabajo comunitario de enfermería desarrollado con las usuarias, sino que es parte del abordaje necesario para atender a la salud mental. Entonces, lo que se observa es un modo de concebir la salud mental comunitaria y las intervenciones de enfermería en esa perspectiva.

*“Es el acompañar, enseñar el suplir muchas cosas pero siempre tratando de que lo puedan realizar por sus medios. Con todas las dificultades, pero que lo puedan hacer por sí mismas, ya que en el*

*hospital le sacaron sus derechos, lazos familiares, económicos, de ir a comprar.”*

*“Para mí enfermería comunitaria es el apoyo que tienen estas mujeres para poder gozar de sus derechos en una comunidad. La ayudamos si es de su interés.”*

Un elemento fundamental para la funcionalidad del trabajo comunitario, es el funcionamiento del Centro Comunitario, el cual ofrece diferentes tipos de actividades abiertas a la comunidad para que las usuarias se interrelacionen con la comunidad en general. Al indagar sobre la asistencia de las usuarias a estas actividades las profesionales refieren que debido a la pandemia la concurrencia a los talleres se ha visto afectada. Ya que, las mujeres por ser factor de riesgo y por no presentar el esquema de vacunación completa no se encontraban asistiendo a las mismas. Pero que hoy en día como el estado sanitario va siendo favorable y las usuarias ya en su mayoría presentan el esquema de vacunación completa o en su defecto las dos primeras dosis se encuentran regresando a los talleres, cada casa convivencial en un porcentaje distinto, pero en fin un porcentaje concurre.

Ellas tienen la responsabilidad de concurrir mínimamente a dos talleres del centro comunitario. Este planteo sale a la luz cuando se consulta sobre las actividades específicas que ellas deben realizar para ser dadas de alta, la gran mayoría de las profesionales manifestaron que anteriormente la institución contaba con una instalación denominada Admisión. La cual cerró sus puertas hace unos años. En este lugar, se realizaban diferentes tipos de actividades con un mismo fin, lograr que las pacientes recuperen su autonomía, y así su vida en la comunidad sería más fácil de transitar, se dialogaba de cómo las usuarias se imaginaban “el afuera”, y se las iba reeducando.

Cuando son dadas de alta se les pide que firmen una especie de contrato en el cual uno de los puntos específicos que deben cumplir es la realización de como mínimo 2 talleres desarrollados en el centro comunitario. Este contrato incluye la cláusula de asistencia a talleres, al inicio de la externación, luego se espera que las mujeres vayan adquiriendo mayor autonomía y busquen otras



actividades si lo desean. Este contrato incluye la cláusula de asistencia a talleres, al inicio de la externación.

En la actualidad en el hospital hay una sala la cual se denomina de residencia, en esta se encuentran 10 pacientes que son evaluadas para la posible externación de las mismas. Se les enseña a través de talleres a preparar comida, van a buscar los insumos a la cocina para la preparación de la misma, talleres para el manejo adecuado del dinero y a su vez comienzan a presentar salidas del hospital.

Otro aspecto que se indaga es sobre la caracterización de las usuarias. Las profesionales manifiestan que el grupo etario de las mujeres se encuentra entre los 40 y 90 años, muchas de las cuales presentan una patología a base de esquizofrenia y retraso madurativo. Poseen una especie de sedentarismo y en su mayoría tienen problemas de alimentación.

Al indagar quién o quiénes representan la contención de las usuarias y cuales son las redes de apoyo que destina el profesional de enfermería hacia ellas. Las respuestas en su mayoría fueron que el primer grupo de contención es el profesional de enfermería y en segundo lugar las propias usuarias. Refieren que ellas en conjunto con el equipo interdisciplinario, lo que se trata de lograr es conformar una red de apoyo entre las mismas usuarias, ya que se encuentran conviviendo y pasan a ser su propia familia.

*“El profesional de enfermería es el apoyo, porque las usuarias que tienen familia viven muy lejos y hay otras que los familiares no están presentes.”*

*“Y a su vez trabajamos con un equipo interdisciplinario el cual está continuamente conectados unos con otros, los profesionales son muy compañeros y esto se evidencia a la hora del trabajo en equipo”.*

Las profesionales expresan que el trabajo interdisciplinario se desarrolla de forma continua con los otros actores del programa, nombran la realización de reuniones de equipo, las cuales se desarrollan una vez por semana con el equipo tratante de cada casa convivencial. Y una vez al mes se realiza una reunión general, en la cual asisten todos los profesionales que desarrollan su

función en el programa. Manifiestan que el diálogo y la comunicación es continua y recíproca se comunican vía telefónicamente a través de un grupo de whatsapp y de llamadas.

*“Tenemos reuniones continuas en equipo en el cual se plantean las diferentes inquietudes y a su vez obviamente que nos comunicamos por teléfono”.*

Sin embargo sólo detallan la intervención del psiquiatra cuando observan una crisis, quien se acerca a modificar la medicación. Les cuesta describir acciones conjuntas con otros miembros del equipo.

Al preguntar sobre la diferencia en cuanto a realizar sus funciones profesionales de enfermería en una institución de salud mental y por fuera, la mayoría responde que la diferencia es abismal, cuando desempeñan su rol en la institución se tornaba monótono, es decir, que el trabajo diario no se modifica, se cumplen horarios rigurosamente en cada procedimiento que se realiza. Por ejemplo en primera instancia es administrada la medicación, luego el desayuno, al mediodía se administra nuevamente medicación, almuerzo, realizan una siesta, al levantarse se las medica, meriendan, luego cenan anteriormente a las usuarias que tienen prescripción médica se administra medicación. Finalmente cada paciente se dirige a su dormitorio a acostarse en un horario específico, ya que se apagan las luces por completo.

Por otro lado se presenta el trabajar por fuera de la institución, en este el profesional presenta una serie de acontecimientos muy diferentes al experimentado puertas adentro, estas experiencias son propias del profesional con la paciente. El trabajo se vuelve dinámico, ya no se trabaja en una institución en la cual se deben cumplir ciertas pautas/procedimientos/horarios específicos y preestablecidos. Las usuarias se encuentran en sus casas de convivencia, las cuales son habitadas por diferentes mujeres que anteriormente estaban internadas en el nosocomio. Comparten el día a día ciertamente presentan normas de convivencia como en todos los domicilios que habitan grupos de personas. Es una experiencia nueva para ella y allí disponen del apoyo del profesional de enfermería. Las intervenciones se van modificando

dependiendo la situación que presenta la propia usuaria y en el horario que requiera del profesional, es por este motivo que las entrevistadas plantean que el trabajo por fuera se vuelve dinámico. A su vez manifiestan que se vuelve singular con las usuarias, entonces debido a esto es mucho más fácil planificar el plan de cuidados para cada una de ellas, finalmente la respuesta de los objetivos planteados terminan siendo de manera positiva.

En cambio, en la institución los objetivos se plantean pero existe la dificultad de la cantidad de usuarias que la enfermera posee a su cargo, el cual es alto y debido a esto se dificulta la labor.

Al momento de consultar sobre las jornadas laborales refieren que el grupo de trabajo está dividido en 2 grupos. En el primero se encuentran los profesionales que trabajan de lunes a viernes con jornada laboral de 6 horas. Este grupo se subdivide y cada profesional de enfermería tiene a su cargo una casa de convivencia en la cual habitan entre 4 y 6 mujeres.

El segundo grupo es el que desempeña su rol los fines de semana realizando guardias de 24 horas, el cual está compuesto por un enfermero de cada grupo. una enfermera explica el funcionamiento.

*“Empezaron a haber más casas, se comenzó a incorporar a profesionales de enfermería para poder cubrir estos domicilios”.*

*“Los horarios son de 9.00 a 15.00 hs. de lunes a viernes. Y los fines de semana 2 enfermeros están de guardia y obviamente que estas guardias son rotativas. salimos al domicilio si es absolutamente necesario”.*

## 7. CONCLUSIÓN.

A lo largo de este trabajo se buscó conocer las características, labor y el trabajo interdisciplinario de las enfermeras que se desempeñan en el Programa de Externación y Rehabilitación Asistida del Hospital Esteves.

Se observó que en la obtención sociodemográfica el total de las entrevistadas son mujeres, el 80% se encuentran en un grupo etario de 32 a 42 años. Con un perfil profesional de grado completo, y a su vez realizaron un Posgrado especializado en Salud Mental.

En nuestra investigación, buscamos conocer los niveles de estudios alcanzados por las profesionales del programa, respecto a los resultados nos parece muy importante la actualización y formación continua, para poder dar respuestas a un trabajo arduo y complejo como lo es la enfermera comunitaria en salud mental. Además, es de suma importancia para nuestra profesión, estar capacitados, actualizados y poder brindar una atención acorde a las necesidades de la comunidad. La profesión de enfermería se caracteriza por ser dinámica, esto quiere decir que las acciones que se ejercen hacia el sujeto de atención se van modificando a medida que transcurre el tiempo. Esta modificación se hace evidente en el diálogo con una de las entrevistadas.

*"Realicé el posgrado en Salud Mental porque cuando me recibí de enfermera profesional no se enseñaba ni se explicaba nada relacionado a salud mental. Era un pequeño resumen; algunas definiciones, patologías específicas. En ese momento me interesó y una vez finalizada mi carrera, comencé con el posgrado en Salud Mental, ahí ya la mirada del profesional es distinta"*

En otra oportunidad manifiesta:

*Nos estamos dando cuenta que el grupo etario se está acercando al grupo de adultos mayores, gerontes, y nosotras no estamos teniendo en cuenta ciertos aspectos relacionados con su edad, entonces en mi caso estoy realizando un curso de Gerontología*

Respecto de las acciones llevadas a cabo por las enfermeras del PREA, consideramos que uno de los objetivos principales, son que las usuarias

tengan la oportunidad de reinsertarse al mundo, gozando de sus derechos, como sujetos, justamente de derechos. Teniendo la libertad de llevar una vida plena, el derecho a votar, elegir como vestirse, planeando qué alimentos consumir, a qué hora levantarse, entre otras cosas de la vida diaria de cualquier ser humano, que les fueron quitados.

Tal como enunciamos en el marco teórico, para cumplir la Ley de Salud Mental es necesario que el equipo sea interdisciplinario y esto se refleja cuando las enfermeras manifiestan que cuentan con el apoyo de otros profesionales y realizan el trabajo en equipo, y este enfoque aspira a superar el monodisciplinario tradicional.

A su vez se nombran reuniones de equipo y al centro comunitario como parte del trabajo interdisciplinario de los profesionales. No se puede dar cuenta de una manera específica, pero sí hay elementos, como la comunicación, para que esta se desarrolle de forma adecuada y continua.

En relación a lo que manifiesta De Sousa Campos (2001) sobre la clínica ampliada, que supone una praxis que incluya al contexto del sujeto con padecimiento psíquico, a su familia, a su comunidad, y a los equipos profesionales involucrados en su atención. El centro comunitario, donde la tarea no es clínica propiamente dicha, es uno de los actores fundamentales para estas mujeres. Allí las mujeres desarrollan actividades artísticas, recreativas y de inclusión laboral, esferas que no forman parte de las disciplinas clínicas, sino que corresponden a clínica ampliada. Incluso, los equipos insisten en que algunas actividades las realicen por fuera del centro, en clubes, escuelas y otras instituciones de otros sectores gubernamentales y de la sociedad civil.

A nuestro parecer el equipo interdisciplinario de salud debe poseer ciertas condiciones para su buen funcionamiento, cada miembro del equipo debe presentar sus propias habilidades desde su profesión es por ello se que se trata de evitar la duplicidad de funciones, los canales de comunicación deberían ser los adecuados y estar siempre disponibles para el diálogo así permiten el trabajo en conjunto y la eficiencia, cada miembro debe contribuir desde sus conocimientos.

Lamentamos no haber podido indagar con mayor profundidad esta temática, porque creemos que el trabajo interdisciplinario en este ámbito es muy importante y se debe desarrollar de forma adecuada para obtener un resultado efectivo.

Por otro lado, con respecto a lo que comentan las enfermeras, la autonomía no sólo va a tener que ver con el propio padecimiento mental, sino que también con otras circunstancias como por ejemplo la edad, con el paso de los años van siendo adultas mayores, y eso implica otros cuidados, ya que, no solo estamos hablando de mujeres que se rehabilitan, también de una población envejecida, y con otras problemáticas, que esto también se traduce a una pérdida de autonomía que nada tiene que ver con el trastorno mental en sí. El trabajo comunitario es creciente, complejo porque no solo son mujeres rehabilitadas después de vivir en un manicomio, son mujeres que van teniendo otras necesidades para sus cuidados, por cuestiones etarias como por otras circunstancias de la vida.

El trabajo permite observar por el relato de las profesionales, que la labor por fuera del hospital monovalente es distinta, más placentera. Ellas pueden tomar más decisiones, actuar más, sin cumplir con tareas estructuradas que siguen un orden como lo hacían dentro del manicomio, pueden trabajar con más libertad. Al momento de realizar la etapa de valoración la cual hemos nombrado con anterioridad en el marco teórico, en este sentido la valoración se realiza mediante la recolección de datos, la información clínica, observación y escucha, desde ese lugar se realizan las intervenciones correspondientes, teniendo en cuenta todo su contexto, recordando que la enfermería tiene una visión holística de las personas y sus vivencias. Enfermería está interesada en el más amplio rango de las respuestas humanas, funcionales o no funcionales, a las situaciones de la vida, lo que llamamos también enfoque bio-psico-social. Así como para las usuarias la vida diaria es mejor, para las trabajadoras también.

Hemos observado que a las profesionales entrevistadas realizan su labor en base a esta teoría, la de Travelbee (1979), ya que observamos se cumple gran parte de ella, en cuanto al apoyo proporcionado, la escucha activa, la empatía en un contexto dinámico en donde la enfermera y las usuarias comienzan a

establecer una relación la cual más tarde les permitió relacionarse desde un lugar donde se satisfacen. Se podría decir que en estos párrafos se refleja la teoría expuesta por Travelbee en la cual manifiesta que el profesional de enfermería realiza un apoyo incondicional al paciente y se encuentra a su lado en cada situación cotidiana que éste lo requiera, entendiendo a los seres humanos como personas que necesitan asistencia, en donde la relación enfermera-paciente constituyen el modo de lograr el objetivo de la enfermería. El énfasis de Travelbee en el cuidado puso de relieve la empatía, la compenetración y los aspectos emocionales.

A partir de los relatos de las enfermeras que trabajan en el PREA, pudimos dar cuenta acerca del trabajo de este dispositivo, y de algunas acciones que realizan en este contexto, aunque en una segunda indagación nos han faltado ejemplos más concretos para dar cuenta de la tarea, sin embargo hemos notado desde que lugar las trabajadoras realizan las intervenciones .

Como estudiantes, notamos que las enfermeras se sienten privilegiadas por sus trabajos en comparación con la institución manicomial, esto nos motiva en el futuro a trabajar con objetivos similares.

El papel protagonista de la enfermera comunitaria en salud mental adquiere relevancia, tiene una esencia de velar por el cuidado humano, de analizar los contextos, de la capacidad de protección, contención, perspectiva de derechos y familiar. Tenemos en definitiva, el privilegio de saber cuidar

## 8. BIBLIOGRAFÍA.

*Ardila Gomez, S.(2019). En nombre propio.Relatos de vida de mujeres que tuvieron internaciones psiquiátricas prolongadas y ahora viven en la comunidad.*

Arena, L. Arias, J. Beltran, S. & Izaguirre, M. ( 2012). *Virginia Henderson.*

*Almeida, E Carignani, L Casariesgo Lopez, V Gallardo,V .Programa de rehabilitación y externación asistida (PREA). Hospital interzonal José A Esteves.(2014), Prácticas inclusivas en salud mental y adicciones con enfoque de derechos humanos.Mesa federal de salud mental, justicia y derechos humanos-1a ed. Inadi.*

Campos de Sousa, g. w. (1996-1997). *La clínica del sujeto:por una clínica reformulada y ampliada.*

Cáceres,C. Granja,G. Osella,N. Percovich,N. (2017). *Derechos humanos en salud. en el camino de la implementación de la ley nacional de salud mental.* Adesam

Naciones Unidas.Derechos Humanos.(13 de diciembre,2006).Convención *sobre los derechos de las personas con discapacidad.*

*Cabal , V Mildred, G (2011). Enfermería como disciplina.*

*Diaz,M Calzetta,M. (2013). Participación de enfermería en el equipo interdisciplinario de salud.*

*Fornes Vives, J. , Carballal Balsa , M (2003): Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría: Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Editorial Médica Panamericana. España.*

Goffman, E. (1992). *Internados, ensayo sobre la situación social de enfermos mentales. Epit*

*Lopez, F y Cols.(2004). concepto de autonomía.*

*Lester Guzman Garcia, F.(2016). Modelo de enfermería comunitaria, Una propuesta para el abordaje integral de la salud en Nicaragua. REDEC.*



Ley 12245. (1999). *Régimen legal del ejercicio de la enfermería en la provincia de Buenos Aires*. Argentina

Ley 14580. (2013). *Ley de Salud Mental Provincial*. Argentina

Ley 24004. (1991). *Régimen legal del ejercicio de la enfermería*. Argentina

Ley 26657. (2010). *Ley de salud mental*. Argentina

Malvarez, S (2011). *Salud mental comunitaria: trayectoria y contribuciones de la enfermería*. Ridec 4(2).

Naciones Unidas. Derechos Humanos. (13 de diciembre de 2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*.

Organización Panamericana de la salud/Organización mundial de la salud (1990). *Declaración de Caracas: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina dentro de los sistemas locales de salud, Caracas*.

Organización Mundial de la Salud. (1986) *Primera conferencia internacional para la promoción de la salud. Carta de Ottawa*

Organización Mundial de la Salud /Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Salud en las Américas 2007. Washington*.

ONU (2000). *Objetivos de desarrollo del milenio*. ONU

Organización Mundial de la Salud. (2021) *Rehabilitación*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Salud Mental 2001. Informe de la secretaria*.

Organización panamericana de la Salud. (2014) *Discapacidad*. <https://www.paho.org/es/temas/discapacidad#:~:text=Las%20personas%20con%20discapacidad%20son,de%20condiciones%20con%20los%20dem%C3%A1s>.

Plazas, L (2022). *Intervenciones de enfermería- taxonomía*.

*Riva Roure, M Harfiel, M Irachet, V Cáceres, C. (2019). Logros y obstáculos en 2 años de trabajo del programa de rehabilitación y externación asistida del hospital José A esteves.*

Silberman, M. Lois, I . (2021). *La salud comunitaria en debate*. 1ª Ed.-florencio varela.Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Saraceno, B. (2003.). *La liberación de los pacientes psiquiátricos de rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. Pax Mexico.

Stolkiner, A. (2005). *IX jornadas nacionales de salud mental. I jornadas provinciales de psicología, salud mental y mundialización:estrategias posibles en la argentina de hoy*.

Sousa Campos de G, W (2001). *Gestión en salud. En defensa de la vida*. Buenos Aires. EdunIA

Tamayo, D. (2010). *Derecho de obligaciones y responsabilidad en la actividad de enfermería*.

## **9.ANEXO.**

### **ENTREVISTA**

1. Marque con una cruz el casillero correspondiente a su edad

21 a 31

32 a 42

43 a 53

54 a 64

Mayor a 65.

2. Género

Mujer

Hombre

Otro.

3. ¿Cuál es su nivel de formación?

Auxiliar de enfermería.

enfermería profesional

Licenciada/o en enfermería.

4. ¿Realizó algún tipo de formación extra además de la carrera de enfermería?

Curso en salud mental.

Posgrado en salud mental.

otros    especificar:

5. ¿Qué actividades de prevención y promoción realizan? Ejemplos.
6. ¿Qué acciones se realizan para la contención de alguna poscrisis que pueda surgir en el domicilio? ¿De qué forma interviene?
7. ¿Qué características tiene la población que se atiende? ¿Cómo son?

8. ¿Qué actividades realiza cuando va a una unidad convivencial?
9. ¿Trabajó antes en un hospital de salud mental?
10. En el caso de que la respuesta sea afirmativa. ¿Qué diferencia hay entre el hospital, respecto de trabajar por fuera?
11. Con respecto a las usuarias, ¿cuáles son las actividades específicas que deben realizar para ser dadas de alta?
12. Con respecto a las usuarias, ¿Cuál es el porcentaje de asistencia a las actividades ofrecidas por el centro comunitario?
13. ¿Cuánto es el tiempo que se estima para dar por finalizada cada actividad?
14. ¿Qué es para usted el trabajo comunitario de enfermería?
15. ¿Cómo se realizan las guardias?
16. ¿Quien o quienes representan mayormente la contención de las usuarias ?
17. ¿En el caso de no presentar ningún núcleo de contención familiar, cuáles son las redes de apoyo que destina el profesional de enfermería hacia las usuarias?