

# Acerca del funcionamiento de dispositivos residenciales territoriales para usuarios de un hospital psicoasistencial de la provincia de Buenos Aires. Un enfoque desde la salud mental comunitaria

## **ETCHEPARE, Carla.**

Licenciada en Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA). Especialista en Psicología Clínica y en Salud Mental Comunitaria. Residencia y jefatura en la RISaM del Hospital y Comunidad Ramón Carrillo (ex Colonia Montes de Oca). Psicóloga en Talleres de Rehabilitación en Salud Mental del GCBA.

Contacto: [carla.etchepare@gmail.com](mailto:carla.etchepare@gmail.com)

## **COSTA, Ayelén.**

Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Quilmes (UNQUI). Especialista en Salud Mental Comunitaria. Residencia y jefatura en la RISaM del Hospital y Comunidad Ramón Carrillo (ex Colonia Montes de Oca). Becaria de Terapia Ocupacional en Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan.

Contacto: [lic.costa.to@gmail.com](mailto:lic.costa.to@gmail.com)

**Recibido:** 09/04/2024; **Aceptado:** 23/09/2024

**Cómo citar:** Etchepare, C. y Costa, A. (2024). Acerca del funcionamiento de dispositivos residenciales territoriales para usuarios de un hospital psicoasistencial de la provincia de Buenos Aires. Un enfoque desde la salud mental comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (17), 87-109

## **Resumen**

El presente artículo pone en conocimiento los resultados de una investigación realizada durante el año 2022, que intentó dar cuenta de cómo se desarrollaban los dispositivos residenciales territoriales dependientes del Hospital Nacional y Comunidad Dr. Ramón Carrillo, creados en 2004 a partir de la Reforma del Modelo de Atención y Rehabilitación Integral en la Provincia de Buenos Aires. La implementación de estos dispositivos aspiraba a la sustitución de las camas asilares, partiendo de la consideración de que una gran cantidad de personas con padecimiento mental presentaban dificultades para la inclusión social, y a la vida en comunidad en condiciones adecuadas que pudieran garantizar la autonomía personal y el funcionamiento social. Esta investigación presenta un enfoque mixto de tipo descriptivo-exploratorio, con un diseño transversal a través de entrevistas semi-estructuradas a profesionales,

grupos focales a usuarios y la aplicación de la Escala de Prácticas Restrictivas a coordinadores de los dispositivos. Su objetivo es conocer el funcionamiento de los mismos a través de todos sus actores para así poder describir sus características, evaluar prácticas restrictivas y su situación actual respecto a la vida diaria y a la inclusión de las personas usuarias en la comunidad. Los resultados demuestran cierta convivencia, en líneas generales, de prácticas restrictivas y otras que favorecen la autonomía de las personas. Asimismo, se da lugar a la palabra de éstas, quienes manifiestan conformidad y bienestar con las condiciones de vida que llevan en los dispositivos.

**Palabras Clave:** Salud Mental Comunitaria - Dispositivos residenciales de salud mental - Discapacidad - Autonomía - Restrictividad

### **Abstract**

This article presents the findings of a research conducted in 2022 that aimed to understand the development of residential community devices that depend on the Dr. Ramón Carrillo National Hospital and Community, established in 2004 as part of the Comprehensive Care and Rehabilitation Model Reform in the Province of Buenos Aires. The implementation of these

devices aimed to replace asylum beds, considering that many individuals with mental illness faced challenges in social inclusion and community living under conditions that could ensure personal autonomy and social functioning. This research adopts a mixed descriptive-exploratory approach with a cross-sectional design, involving semi-structured interviews with professionals, focus groups with users, and the application of the Restrictive Practices Scale to device coordinators. The objective was to understand their functioning through all stakeholders, describing their characteristics, evaluating restrictive practices, and assessing their current situation regarding daily life and inclusion of users in the community. Overall, the results demonstrate a co-existence of restrictive practices and others that promote user autonomy. Additionally, the perspectives of users indicate satisfaction and well-being with the living conditions provided by these devices.

**Keywords:** Community Mental Health - Mental Health Residential Devices - Disability - Autonomy - Restrictiveness

### **Introducción**

Históricamente, el concepto de padecimiento mental y sus modelos de atención han experimentado di-

versos cambios significativos: la transición del modelo de prescindencia, donde se hablaba del “loco” que requería aislamiento y reclusión por su supuesta peligrosidad; al modelo rehabilitador del “enfermo”, susceptible de atención sanitaria. Por último, el modelo social y de atención comunitaria que enfatiza la consideración social de personas con padecimiento mental como personas con derechos y deberes, fomentando la participación y el empoderamiento de éstxs.

Sin embargo, se encuentran diversas dificultades en el camino, derivadas tanto del padecimiento mental como de las consecuencias en términos de discapacidad personal, pero también de la existencia de obstáculos o barreras de accesibilidad, que “evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”, tal como refiere la Ley Nacional de aprobación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad 26.378 (2008) en su preámbulo.

En este sentido, en Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (2010) propone un cambio al modelo de atención comunitaria y, entre otras cuestiones, la sustitución definitiva de los manicomios por dispositivos alternativos (art. 27), estableciendo que el proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del

ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud, orientándose al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales (art. 9).

En esta línea, con apoyo de políticas públicas, comenzaron a crearse en el ámbito nacional recursos habitacionales, hogares y dispositivos residenciales comunitarios, pretendiendo favorecer la inclusión social a través de la integración de estas personas en sus barrios y promoviendo la autonomía personal, bajo el supuesto de que a través del ejercicio de recuperación del rol social podrían empoderarse y hacerse valer como sujetos de derechos.

El texto “Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de salud mental” (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2019) resulta una referencia de gran relevancia al señalar que éstos tienen como objetivo dar respuestas a las personas con padecimiento mental que no cuentan con posibilidades de acceso a una vivienda digna, y que se encuentran realizando tratamiento ambulatorio o en condiciones de ser externadas de instituciones monovalentes de salud mental. En cada uno convivirían personas que requieran diferentes grados de apoyo y diferente tiempo

de permanencia, implementándose un sistema de apoyos flexible. Asimismo, recomienda articular con otros efectores de la Red Integrada de Salud Mental, la persona y sus referentes vinculares para generar estrategias individuales que aboguen por la “promoción de las habilidades y responsabilidades, la autonomía creciente en actividades de la vida cotidiana y la promoción social, cultural y educativa” (p. 56).

Por último, menciona que el dispositivo de inclusión habitacional no es un servicio de internación que requiere la conformidad de la persona para ingresar y permanecer en éste, teniendo en cuenta la voluntad de retirarse del mismo por decisión propia, así como de disponer en la cotidianeidad respecto a su entrada y salida, teniendo como referencia el cuidado y respeto por las demás personas convivientes. Este aspecto enfatiza el rol de la persona con padecimiento mental como sujeto de derecho, favoreciendo su autodeterminación.

En línea con lo expuesto, se localiza como antecedente en la provincia de Buenos Aires, el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A.) en el Hospital Interzonal Dr. José A. Esteves, que se lleva a cabo desde 1999 y cuyo objetivo principal es la externación y reinserción social de personas con internaciones prolongadas en la institución, demostrando

que “existen alternativas prácticas y sustentables a la manicomialización y al encierro en el tratamiento del padecimiento mental severo y la cronicidad” (Cáceres et al., 2009, p. 299). El Programa sienta sus bases en la reconversión de los “recursos del propio Sistema de Salud para una construcción colectiva orientada a la restitución de derechos” (p. 300). Se destacan como puntos claves la capacitación al personal del hospital para desarrollarse en espacios comunitarios, la promoción de la participación activa de lxs usuarixs como protagonistas de su proceso de externación, y la creación de un centro de día con base comunitaria, siendo éste el lugar de referencia para las personas externadas y un espacio abierto a la comunidad con propuestas tendientes a la integración social y la promoción de la salud.

La investigación en la cual se basa el presente artículo se llevó a cabo entre los meses de abril y junio del año 2022 y tuvo por finalidad conocer cómo se desarrollaban los dispositivos residenciales territoriales (DRT) dependientes del actual Hospital Nacional y Comunidad Dr. Ramón Carrillo (HCRC), ex Colonia Montes de Oca. Éste es definido como la “única institución en el sistema público de salud nacional que atiende población con discapacidad intelectual y patologías psiquiátricas” (Keena et al., 2017, p. 14). A partir del año 2004, la institución inició un proceso de Reforma del Modelo

de Atención y Rehabilitación Integral que comprendió la creación de dispositivos residenciales en Torres y Luján, provincia de Buenos Aires, “con el objetivo de resolver problemas endémicos de la vida institucional: la situación de aislamiento, la rígida reproducción de las prácticas, la restricción a las libertades individuales, el incremento de la anomia y el desplazamiento de fines que caracteriza el proceso de institucionalización” (Sommoza et. al., 2017, p. 80). La creación e implementación de estos dispositivos aspiraba a la sustitución de las camas asilares del HCRC y partía de la consideración de que una gran cantidad de personas con padecimiento mental presentaba dificultades para la inclusión social y la vida en comunidad, y que con las condiciones adecuadas pudieran garantizar la autonomía personal y su desenvolvimiento en la misma.

Keena et al. (2017) destacan que en estos dispositivos priman garantizar aspectos tales como: la flexibilidad en el apoyo; la autonomía en las decisiones de la persona; el acceso a oportunidades de inclusión social y la participación de lxs usuarixs en la gestión de la vida cotidiana; la mejora en las relaciones interpersonales; mayor bienestar material; mejores características del hogar y del entorno residencial; incremento de las competencias (oportunidades educativas, de entrenamiento y ocio, ocupación más frecuente y estable, red

de apoyos más sólida, un acceso más fácil a los recursos de la comunidad, mayor participación y satisfacción general más elevada), entre otros.

En este sentido, Tapia, Bustos y Grandón (2014) refieren que existen una serie de variables de estos dispositivos que influyen y contribuyen a determinar el desenvolvimiento social de las personas usuarias. Un entorno flexible combinado con la promoción de relaciones positivas entre usuarixs y profesionales, disminuye las tasas de reingreso hospitalario y aumenta el nivel de funcionamiento en relación al autocuidado, habilidades domésticas, habilidades comunitarias y habilidades en las relaciones sociales, siendo para estos autores una variable de relevancia en los procesos de rehabilitación.

Asimismo, Wright y Kloos (2007) indican que si bien hay modelos de estas viviendas que facilitan la recuperación e integración, hay otros que se mantienen bajo una perspectiva más asilar. En esta línea, algunas investigaciones (Kyle y Dunn, 2007; López et al., 2005) señalan que el nivel de restrictividad del dispositivo se asocia negativamente con la autonomía que desarrollan las personas usuarias, además de influir en la relación que se establece entre éstas y lxs cuidadorxs. Entendemos como restrictividad o prácticas restrictivas a

las acciones o actos intencionados llevados a cabo por alguien, que restringen la movilidad de una persona y su capacidad de tomar decisiones o actuar de manera autónoma. Al respecto, la organización española Plena Inclusión (2022) indica que estas prácticas también incluyen a “las acciones que realiza el personal sin pensarlo para imponer una restricción, es decir: las intervenciones restrictivas no se deben considerar necesariamente deliberadas”(p. 14).

Tapia, Bustos y Grandón (2014) han encontrado que la restrictividad se asocia con una limitación de las habilidades domésticas y comunitarias de las personas usuarias de servicios residenciales; específicamente, una menor restrictividad del dispositivo se relaciona con mayores habilidades para la vida diaria de lxs usuarixs.

En relación con lo expuesto y considerando la escasa investigación que existe sobre la implementación de estos dispositivos residenciales de Salud Mental desde una perspectiva comunitaria en Argentina, se espera que los resultados de este trabajo contribuyan al desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento a fin de favorecer el ejercicio de ciudadanía por parte de las personas usuarias.

## Objetivos

Conocer el funcionamiento de los DRT que dependen del HCRC a través de las personas usuarias, coordinadorxs y equipo interdisciplinario de salud mental, para poder describir sus características, analizar las prácticas restrictivas y la situación actual respecto a la vida diaria e inclusión de las personas usuarias en la comunidad. Asimismo, dar cuenta de las percepciones de las personas usuarias acerca de su inserción en el dispositivo.

## Metodología

La investigación presenta un enfoque mixto de tipo descriptivo-exploratorio con un diseño transversal mediante entrevistas, grupos focales y encuestas.

Para poder llevar a cabo dicho estudio se recolectó información a través de 14 trabajadorxs (coordinadorxs y equipo interdisciplinario) vía muestras de máxima variación y 14 usuarias mayores de 40 años pertenecientes a 3 dispositivos ubicados en la localidad de Luján.

Éstas últimas vía muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que por decisión institucional se excluyen de la muestra a usuarixs de 6 dispositivos ubica-

dos en la localidad de Torres y 3 de Luján, debido a que al momento de la recolección de información se encontraban en proceso de reorganización y reestructuración de los mismos.

Se utilizan las siguientes herramientas de recolección de información:

- *Encuesta*: se aplicó a coordinadorxs de todas las residencias la Escala de Prácticas Restrictivas de Jordá y Espinosa (comunicación personal, 15 de diciembre de 2021) adaptada a nuestro contexto. La misma evalúa el funcionamiento de los dispositivos residenciales en las siguientes áreas: actividades personales, posesiones personales, comida, higiene y salud, habitaciones de lxs usuarixs y servicios. El instrumento original es una adaptación del “Hospital and Hotel Practices Profile” de Wykes (1982) y consta de 55 preguntas dicotómicas (Sí/No) relacionadas con las áreas enumeradas. El estudio de fiabilidad del instrumento original se realizó en 58 alojamientos situados en Valencia (España), donde habían sido trasladadas personas con “trastorno mental severo”, y fue realizado con el objetivo de poder contar con información adecuada

sobre las condiciones en las que los residentes estaban siendo atendidos, considerando que los servicios públicos deben garantizar que se proporcionen derechos humanos fundamentales, dignidad y una atención sanitaria adecuada (Jordá y Espinosa, 1991b, p.151-152). Para el presente estudio se eliminaron algunos ítems a fin de adaptarlo al contexto estudiado, quedando constituido por 43 preguntas. Para evaluar la restrictividad de las prácticas específicas y en consonancia con la evaluación realizada en Chile por Grandón et al. (2015), se separaron las prácticas restrictivas del dispositivo en generales y aquellas que tratan de restricciones hacia lxs usuarixs.

- *Grupo focal*: se llevaron a cabo tres grupos focales (uno por dispositivo) destinados a personas usuarias con el fin de generar espacio de diálogo, valorando la percepción de cada participante acerca de sus experiencias, permitiendo la interacción del grupo y el intercambio.
- *Entrevistas semi-estructuradas*: realizadas a profesionales del equipo interdisciplinario de los DRT (equipo técnico), buscando crear

situaciones de conversación que faciliten la expresión natural de percepciones y perspectivas por parte de éstos.

- *Observación participante*: Transversal a los anteriores instrumentos mencionados.

El presente estudio contó con la aprobación del comité de ética del HCRC. Implicó la voluntariedad y autorización vía consentimiento informado de cada una de las personas participantes, asegurando que la información proporcionada sería tratada de manera confidencial respetando el anonimato de sus datos personales.

## Resultados

### 1. Acerca del objeto de estudio y su funcionamiento

Los DRT surgen en 2004 y forman parte de la red de dispositivos territoriales del HCRC. Tienen como finalidad la inclusión social de personas con discapacidad y padecimientos mentales que transitaron internaciones prolongadas en la institución.

Están ubicados en el partido de Luján: 6 de ellos en la ciudad de Luján y 6 en Torres, pueblo de 2664 habitantes (INDEC, 2010) donde también se encuentra el

HCRC y en el que varias generaciones de familias han trabajado desde su creación en 1915 (Esses, 2012).

La institución provee el pago de la renta de los inmuebles y los servicios, así como los insumos básicos para la alimentación, salvo tres dispositivos que abonan su propio alquiler con las pensiones de los usuarios, en común acuerdo con las curadurías correspondientes. Los dispositivos mantienen la apariencia de una vivienda particular. Algunos tienen una habitación y baño destinada al uso exclusivo del personal, y cuentan con un sector destinado al almacenamiento de las historias clínicas y medicación.

Según el organigrama institucional, los DRT dependen de la Dirección de Rehabilitación del HCRC, cuentan con una coordinadora general y una comisión de enlace encargada de los dispositivos ubicados en la localidad de Torres. Cada uno tiene su propio coordinador, quien responde por el mantenimiento y organización de las cuestiones cotidianas de la residencia. Éstos también funcionan como un nexo entre el equipo técnico y operadores, mantienen comunicación con referentes afectivos y comunitarios, y organizan los cuidados básicos de salud. Cada dispositivo cuenta, en promedio, con 6 operadores que permiten una cobertura de 24hs de servicio. Éstos son contratados por el

HCRC, siendo figuras fundamentales a la hora de promover la vida en comunidad, proveyendo a las personas usuarias los apoyos necesarios.

Pese al rol destacado que tienen, no todos cuentan con capacitación formal en salud y/o salud mental, motivo por el cual el equipo técnico refiere trabajar de forma constante con ellxs para psicoeducar y generar estrategias enfocadas en lxs usuarixs, que se alejen del asistencialismo y de las prácticas manicomiales tales como el desvalimiento, la infantilización y objetivación del sujeto o el premio-castigo, entre otras.

Los DRT brindan alojamiento a 65 personas usuarias distribuidas en 12 hogares: 5 son de mujeres y 7 de hombres, uno de ellos especialmente adaptado a personas que requieran apoyos extendidos. Sus edades oscilan entre los 23 y 76 años (Tabla 1). Los diagnósticos por salud mental predominantes que refiere el equipo profesional son: discapacidad intelectual, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Éstos suelen asociarse también a discapacidades motora, visual o auditiva, y a enfermedades como epilepsia, diabetes, hipertensión arterial y obesidad, entre otras.

Tabla 1. Datos demográficos de las personas usuarias alojadas en los DRT.

Variables	n (65)	%
<b>Sexo (*)</b>		
Hombre	41	63,08
Mujer	24	36,92
<b>Rango edad</b>		
20 a 35 años	1	1,53
35 años un mes a 45 años	11	16,92
45 años un mes a 65 años	40	61,53
Mayor a 65 años	13	20
<b>Tiempo de permanencia en DRT</b>		
Menor a un año	7	10,76
Entre 1 año un mes y 5 años	10	15,38
Entre 5 años un mes y 10 años	31	47,69
Mayor a 10 años y un mes	17	26,15

Fuente propia. Marzo 2022  
 (\*) corresponde a sexo biológico según documentos institucionales.

A lo largo de los años el equipo de los DRT ha atravesado diversas modificaciones tanto en su recurso humano como en su organización. Todxs lxs profesionales entrevistadxs marcan un punto de inflexión entre lo que se trabajó siempre y la línea de trabajo actual. La investigación fue llevada a cabo mientras se atrave-

saba un proceso de reestructuración que implicaba la redistribución de las personas usuarias en los diferentes dispositivos según necesidad de apoyos, lo que implicó la creación de un DRT adaptado para personas que requieran un apoyo más extensivo y la apertura de un nuevo DRT para mujeres en Torres. Este cambio trajo consigo la sistematización de la solicitud de vacantes y la creación de un perfil específico para poder ingresar a los dispositivos: lxs profesionales de la sala de internación deben solicitar vacante a la Dirección de Rehabilitación, quien facilita una planilla de evaluación que es analizada por el equipo de profesionales de los DRT. Si la respuesta es favorable se lleva a cabo una evaluación presencial con la persona usuaria. Entre los requisitos previos se solicita que ésta posea algún padecimiento mental y/o discapacidad intelectual y que, por dicha condición, necesite de apoyos para vivir en la comunidad; haber cursado una internación en el HCRC; tener entre 18 y 60 años de edad; estar clínica y psiquiátricamente estable; no poseer vivienda o no poder disponer de la misma; carecer de referentes socio afectivos con quien pudiera vivir y poseer algún tipo de ingreso económico. Para hacer efectivo el ingreso al programa es necesario que el equipo de sala y la persona usuaria muestren su conformidad mediante la firma de un consentimiento informado. El periodo de adaptación y evaluación oscila entre los 3 y 6 meses.

En esta misma línea, el programa que antes era llamado "Dispositivos Residenciales Comunitarios" cambió su nombre a los actuales "Dispositivos Residenciales Territoriales" para enfatizar su ubicación en territorio, diferenciándolo así de la comunidad que también está representada por lxs usuarixs que residen en el HCRC.

En lo que respecta al equipo técnico de salud, está formado por psicólogx, médicx psiquiatra, médicx clínico, trabajador social, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, profesorxs de educación física y nutricionista. Solo los dispositivos de Torres cuentan con terapeuta ocupacional y servicio de limpieza, ambos prestadores también del HCRC. Según afirman, trabajan de manera interdisciplinaria, manteniendo comunicación continua y una reunión de equipo con una frecuencia quincenal para establecer estrategias de intervención. Como objetivo principal de su tarea concuerdan en que trabajan en pos de aumentar la autonomía de las personas usuarias. Lxs psiquiatras destacan dentro de su labor diaria, más allá del control farmacológico, la psicoeducación que realizan tanto a coordinadorxs y/u operadorxs, así como también a referentes comunitarios.

Todxs lxs profesionales asisten a los dispositivos de manera semanal, manteniendo entrevistas con usuarixs y/o coordinadorxs a demanda y supliendo el requeri-

miento de tratamiento ambulatorio por tales especialidades. También participan de las asambleas convivenciales, acompañan las actividades que se llevan a cabo en la comunidad y promueven el vínculo con sus referentes afectivos. Si bien refieren que menos de la mitad de lxs usuarixs poseen vínculos familiares, de todos modos trabajan a los fines de favorecer estos lazos.

Se promueve el trabajo en equipo entre profesionales, coordinadorxs y operadorxs, buscando generar espacios de encuentro donde puedan debatir las diferentes demandas específicas de cada dispositivo, a modo de poder pensar estrategias en conjunto. Éstos suelen darse en el cotidiano dentro de los dispositivos y se ha podido observar allí un flujo continuo del equipo técnico.

Se trabaja de manera intersectorial utilizando los recursos disponibles en la comunidad, principalmente en los dispositivos de Luján, donde el equipo articula con escuelas y otros centros de referencia, tales como clubes o centros de jubilados. Según lo relevado se evidencia que los dispositivos ubicados en Luján cuentan con mayor variedad de actividades en comparación a los de Torres, ya que este último no posee espacios de socialización. Todas las personas entrevistadas resaltan la ubicación en Luján como un facilitador para la pro-

moción de autonomía y accesibilidad, donde muchxs usuarixs participan, por ejemplo, de un programa de radio, asisten a una colonia de vacaciones de verano y realizan actividades deportivas, entre otras cosas. Acerca de esta diferencia entre Torres y Luján, unx de lxs profesionales relata:

Torres es un pueblo, recién ahora se están generando algunas actividades que se van a hacer, como la biblioteca con musicoterapia. Con algunas usuarias se ha intentado coordinar con un centro de jubilados (...) pero en Torres siempre costó un poco más. La falta de oferta, o las pocas que hay, no son pensadas para los usuarios, no hay un trabajo a nivel comunitario o de la misma gente que vive ahí y trabaja en el hospital.

## 2. “Nada de nosotros sin nosotros”: La perspectiva de las personas usuarias

Se realizó la modalidad de grupo focal en tres dispositivos de mujeres ubicados en Luján. Todas las entrevistadas fueron mujeres mayores de 40 años con más de 11 años viviendo en las residencias. Expresan que fueron internadas en el HCRC durante su juventud y que a lo largo de los años pasaron por diferentes casas, cambiando de compañeras. Resaltan el vínculo

formado entre ellas, alegando que cuando estaban en el HCRC no interactuaban de la misma manera con sus compañeras.

Respecto al proceso de cambio de dispositivo de internación a DRT, resaltan que fue dificultoso debido a los temores que les representaba el vivir por fuera del encierro institucional, pero que luego de un tiempo fueron adaptándose. Incluso en uno de los grupos relatan el miedo que tenían a ser independientes. Hoy todas coinciden en que el cambio fue positivo y que les agrada vivir en los DRT: resaltan disfrutar de salir solas, tener pareja, vivir en familia, sentirse cómodas y en libertad: “Somos independientes, nos sentimos con más libertad, no es como en el pabellón que compartíamos todo, acá es una casa, como una familia”, relató una de las usuarias.

En lo referente a las actividades domésticas, en cada dispositivo se organizan de manera particular para repartirse los quehaceres diarios como limpiar y cocinar, según el interés y las habilidades de cada una. En uno de los dispositivos, una usuaria relata: “siempre tenemos el cartel de lo que tenemos que comer solo los sábados podemos comer lo que queremos. La nutricionista nos hace comer verdura”.

En cuanto a la vida en comunidad, mantienen contacto con los comercios cercanos, se visitan con usuarixs de otros dispositivos, realizan salidas en compañía de operadorxs o acompañantes terapéuticos, concurren a sus trabajos, actividades recreativas y/o educativas.

El rol de los operadorxs es fundamental, ya sea para promover la autonomía y autodeterminación o bien para ir en detrimento de ella, tal como queda evidenciado en los resultados del próximo apartado. En los grupos realizados, se ha destacado por parte de las usuarias una muy buena relación con la mayoría de ellxs, y que en caso de haber inconvenientes pueden comunicarlos al equipo con la confianza de ser escuchadas y tomadas en cuenta.

### 3. Prácticas Restrictivas

Al analizar las prácticas específicas presentes en la escala de restrictividad, 21 de los 43 ítems miden restricciones generales, en tanto que 22 representan restricciones directas a la persona usuaria. Se observaron diferencias significativas en el nivel de restrictividad general. Como se puede ver en la Tabla 2, las mayores restricciones de los dispositivos están relacionadas con los horarios para levantarse y en el control y/o responsabilidad por el dinero de lxs usuarixs, afirmado por

Tabla 2. Prácticas restrictivas generales

#	Descripción	PR		PNR	
		n	%	n	%
1	Diariamente los residentes se levantan a una hora determinada	11	100	0	0,0
2	Los fines de semana los residentes se levantan a una hora determinada	5	45,5	6	54,5
3	Las puertas permanecen cerradas con llave para evitar que salgan los residentes.	1	9,1	10	90,9
4	El personal del centro puede entrar en las habitaciones a cualquier hora	8	72,7	3	27,3
6	El horario de visitas está restringido	1	9,1	10	90,9
8	Hay equipo interdisciplinario que visita regularmente la residencia	11	100	0	0,0
9	Hay que preguntar al personal cuando se quiere visitar al médico general.	2	18,2	8	72,7
10	Hay reuniones periódicas del personal del dispositivo con los residentes	2	18,2	9	81,8
11	La puerta principal permanece cerrada a partir de una hora determinada de la noche	9	81,8	2	18,2
13	Los residentes deben estar en la cama a determinada hora de la noche	2	18,2	9	81,8
14	Durante la semana hay que regresar antes de determinada hora de la noche	7	63,6	4	36,4
16	Durante la noche se revisa que estén los residentes	6	54,5	4	36,4
18	Se revisa que los residentes están en la cama durante la noche	7	63,6	3	27,3
20	Los fines de semana el personal se asegura que los residentes se levantan por la mañana	11	100	0	0,0
21	Un peluquero/a visita regularmente la residencia.	2	18,2	9	81,8
27	El personal es responsable de algún modo del dinero de los residentes	11	100	0	0,0
31	Las medicinas que están controladas por el personal, se entregan personalmente cada vez	10	90,9	0	0,0
32	Hay un control periódico del peso de los residentes	9	81,8	2	18,2
35	Hay restricciones a la libre colocación de las cosas personales en la residencia.	2	18,2	9	81,8
36	Periódicamente se revisan las pertenencias personales para buscar cosas prohibidas	4	36,4	7	63,6
41	El momento de baño está supervisado por el personal	4	36,4	7	63,6
TOTAL		125	55	102	45

Fuente propia. Abril 2022

la coordinación de todos los dispositivos (100%). Otra práctica restrictiva que obtuvo puntaje significativo (91% de los dispositivos lo afirmaron) es el control de la medicación, tanto de su administración como del guardado de la misma. Se observa también que el personal puede ingresar a las habitaciones en cualquier momento (72%) y controla que lxs usuarixs se encuentren en sus camas durante la noche (64%).

En términos de las actividades donde existen menores restricciones se encuentra el permitir visitas y los horarios de éstas, que las puertas no permanezcan cerradas, la libertad para que lxs usuarixs puedan decorar sus espacios y acostarse en el horario que deseen por la noche.

Al analizar la restrictividad directa a lxs usuarixs, se observa que es menor en referencia a las restricciones generales. En la Tabla 3 se puede observar que en ningún dispositivo está permitido el consumo de bebidas alcohólicas ni fumar en las habitaciones. Un 72.7% no posee llave de la puerta principal. Un 63,6% no tiene permitido que ingresen personas del sexo contrario a la habitación y deben notificar al personal antes de salir. Tienen mayor libertad en aquellas actividades que tienen que ver con la administración de sus pertenencias personales y con la posibilidad de elegir ropa, horario

de descanso en su habitación, horarios del baño y para prepararse una bebida caliente.

Se analizaron también los resultados según ubicación de los dispositivos, siendo los de Luján (PR = 44%) los que se caracterizan por presentar menos prácticas restrictivas en comparación a los de Torres (PR = 47%). El dispositivo que presenta menor puntaje de prácticas restrictivas (es decir, menos cantidad de PR sobre el total de los 43 ítems planteadas en la encuesta) presentó un PR = 15; y el que más puntaje presenta, arrojó como resultado PR = 28.

En base al resultado observado en la escala, se puede afirmar que el personal es responsable del dinero de los residentes (100% según escala de PR). Esto podría deberse a que, según han referido lxs profesionales, la mayoría de lxs usuarixs poseen restricciones de su capacidad jurídica respecto de recibir apoyo para la administración de su dinero. Al igual que en otras actividades, se evalúa el caso individual, cada DRT suele contar con un fondo en común y, según lo que estipule le coordinadxr analizando las necesidades de lxs usuarixs, se les permite que administren pequeñas sumas de dinero. En lo que respecta a la toma y administración de la medicación, la escala arroja un porcentaje del 100% como responsabilidad del personal. Sin embargo,

Tabla 3. Distribución de la restrictividad directa hacia las personas usuarias

#	Descripción	PR		PNR	
		n	%	n	%
5	No se puede ver la TV después de determinada hora de la noche	4	36,4	7	63,6
7	No está permitido que las personas del sexo contrario (excluido el Personal) entren en las habitaciones	7	63,6	4	36,4
12	Los residentes tienen llave de la puerta principal	8	72,7	3	27,3
15	Los residentes no pueden salir solos sin informar al personal	7	63,6	4	36,4
17	Hay restricciones para el consumo de bebidas alcohólicas	11	100	0	0
19	Los residentes no hacen su propia cama, la hace el personal	1	9,1	10	90,9
22	Los residentes eligen el menú	5	45,5	5	45,5
23	Durante las comidas se puede elegir la bebida	2	18,2	8	72,7
24	Los residentes participan en la planificación del menú	4	36,4	6	54,5
25	Los residentes pueden hacerse mate o un café o té	0	0	11	100
26	Los residentes pueden prepararse comida o comer entre comidas principales	5	45,5	6	54,5
28	Les está permitido a los residentes tener fósforos o encendedor	0	0	11	100
29	Los residentes pueden tener hojas de afeitar, cuchillos o tijeras	1	9,1	10	90,9
30	Los residentes tienen medios para guardar bajo llave sus pertenencias	7	63,6	4	36,4
33	Los residentes pueden elegir la ropa que quieren vestirse	0	0	11	100
34	Los residentes tienen suficiente cantidad de ropa	1	9,1	10	90,9
37	Los residentes pueden descansar en su cama durante el día si así gustasen	0	0	11	100
38	Los residentes se lavan sus propias ropas	5	45,5	6	54,5
39	Los residentes tienen responsabilidad total sobre el uso de sus pertenencias	0	0	11	100
40	Los residentes pueden encerrarse con llave o pestillo en el baño	11	100	0	0
42	Los residentes pueden elegir la hora del baño o ducha	0	0	11	100
43	Los residentes pueden fumar en las habitaciones	11	100	0	0
TOTAL		90	38	149	62

Fuente propia. Abril 2022

de las entrevistas con profesionales se desprende que esto sería producto de la pandemia por Covid-19, donde lxs usuarixs convivían permanentemente con lxs operadorxs en una situación de aislamiento. Previo a ese contexto, refieren que algunxs usuarixs administraban su propia medicación.

En lo que respecta a las salidas por fuera del dispositivo, un 63% debe dar aviso al personal para poder realizarlas. Se evalúa el caso individual teniendo en cuenta sus intereses y habilidades. Si es un paseo fuera de lo cotidiano (familiares o de lejanía) se requiere dar aviso al equipo técnico. Algunxs tienen permitidxs salidas dentro del ámbito cotidiano y uso del transporte público, sobretodo lxs que poseen un trabajo.

Al respecto, en lo que refiere al área laboral, son muy pocxs usuarixs lxs que se desempeñan en un empleo formal, lxs profesionales indicaron que la mayoría asiste a un taller protegido ubicado en Torres o a emprendimientos sociolaborales que brinda el HCRC. En algunos dispositivos de Luján se llevan a cabo talleres donde confeccionan diferentes productos que luego pueden ser comercializados.

Las visitas de familiares se coordinan con el equipo técnico y/o coordinadrx del DRT. Según la escala refe-

rida, un 90% de los dispositivos tienen un horario de visitas flexible. En cuanto a los medios de comunicación algunxs usuarixs cuentan con teléfono celular propio; asimismo está permitido que con el apoyo del operadrx hagan uso del teléfono fijo.

### Discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación y descritos en los apartados anteriores, podemos observar que en los DRT dependientes del HCRC conviven de igual manera, en líneas generales, prácticas restrictivas y otras que favorecen la autonomía de las personas usuarias.

Algo que ha llamado la atención, es la falta de relación entre la puntuación de práctica restrictiva 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. Se observa en ejemplos como: establecer horarios para una adecuada convivencia, consultar sobre salidas, informar a dónde van y establecer horario de regreso.

Al analizar el nivel de restrictividad de las prácticas específicas, generales del dispositivo y a lxs usua-

rix, aparecen diferencias significativas, lo que indica que hay prácticas restrictivas consensuadas entre todos los dispositivos. Se puede observar que los DRT tienen normas rígidas sobre los horarios de llegada, el consumo de alcohol y tabaco, y el libre desplazamiento nocturno. En esta misma línea, el personal supervisa que lxs residentes estén en sus camas durante la noche y pueden ingresar en las habitaciones en cualquier momento.

Por otra parte, la restrictividad de los dispositivos limita la toma de decisiones de las personas usuarias en acciones como el manejo de los fármacos y del dinero. Si bien el apoyo hacia éstas es un aspecto importante en estos dispositivos, debe estar orientado a que aprendan habilidades y aumenten su autonomía, pues esto favorece su inclusión en la comunidad (Wong y Solomon, 2002). Al respecto, según Palacios (2008):

Los profesionales tienden a definir la independencia en términos de actividades de autocuidado, tales como bañarse, vestirse, asearse, cocinar y comer sin asistencia. Las personas con discapacidad, sin embargo, definen la independencia de manera diferente, considerándola como la capacidad de autocontrol y de tomar decisiones sobre la propia vida, más que realizar actividades sin

necesidad de ayuda. (p. 142)

Se puede pensar que las instituciones de salud mental, en su afán de ofrecer el mejor servicio a sus usuarixs y evitar así posibles daños o situaciones de riesgo, pueden priorizar aspectos más relacionados con la seguridad que con la autonomía del usuarix. Es importante resaltar que en la enunciación anterior subyace una tensión entre el refuerzo del paradigma tutelar y la ampliación de un enfoque comunitario, la cual es clave en los procesos de reforma en salud mental y de desinstitucionalización. Es por ello que, a la hora de intervenir, es importante “evitar tanto los gestos de sobreprotección discapacitante como la desatención a la que podría conducir la desestimación de la dificultad” (Cáceres et al., 2009, p. 303). Pese a que la política de salud mental ha incluido el enfoque comunitario, en la vida cotidiana de los DRT por momentos parecería que se continúa considerando a lxs usuarixs como “necesitadxs de cuidados”, con poca capacidad de autorregularse y de decidir sobre aspectos tan básicos como el horario para despertarse. Es importante destacar en este sentido, cabría preguntarse si como causa o efecto, que lxs usuarixs de los DRT no tienen el alta de internación del HCRC, lo que explica, por ejemplo, que continúen algunas prácticas restrictivas relacionadas con el cuidado de la salud por parte de lxs profesionales y/o

operatorxs, tales como el control de la medicación o de las comidas según enfermedades clínicas. Es entonces importante que las estrategias de intervención estén dirigidas a brindar los apoyos necesarios para impulsar la autonomía, ya que “son las que pueden abrir caminos singulares hacia grados crecientes de libertad y accionar autónomo” (Cáceres et al., 2009, p. 303).

Según Corrigan (2002), el empoderamiento es central para que lxs sujetxs puedan pasar de “pacientes” a actores sociales. Por tanto, es importante entender que los DRT, como parte de la red sanitaria, deben favorecer que lxs usuarixs adquieran la capacidad de control de sus vidas y participen en la comunidad (Wong, Filoromo y Tennille, 2007).

La lógica manicomial y la institucionalización de las personas con padecimiento mental conlleva a la vulneración de derechos y va en detrimento de su autodeterminación, pues a la persona usuaria se le imponen horarios para realizar actividades, encuentran amenazada su intimidad y la posibilidad de efectuar opciones personales. Encontramos bajos niveles de restrictividad en estos aspectos, por lo que se entiende que en los DRT se trabajaría en pos de promover la autodeterminación, la autonomía y la capacidad de decidir de las personas usuarias, aunque éstas muchas veces se ven supedita-

das a cada dispositivo, algunos de los cuales continúan reproduciendo ciertas prácticas asilares manicomiales.

Con lo anteriormente expuesto, podemos observar una convivencia del modelo rehabilitador (tutelar, asilar, manicomial) junto con el social: el primero caracteriza a la diversidad funcional en términos de salud/enfermedad (centrándose en los diagnósticos médicos) y considera que las personas deben ser rehabilitadas o normalizadas, poniendo el foco en las cosas que no puede realizar de manera independiente y adoptando una respuesta paternalista; y el modelo social remarca la necesidad de un cambio de la sociedad, que promueva la inclusión a través de superar las barreras sociales, rescatando las capacidades de la persona y resaltando las limitaciones como sociales y no individuales, proponiendo pensar en un modelo que, más allá de la discapacidad puesta en los cuerpos, permita pensar en aquellas barreras actitudinales, sociales y culturales que determinan las condiciones de existencias de igualdad en las sociedades.

La coexistencia de los distintos modelos, no sólo muestra la vigencia de ambos, sino permite pensar que el modelo de la rehabilitación sigue fuertemente atravesando las prácticas profesionales y los servicios de salud mental. Que hoy la discapacidad sea una cuestión

de Derechos Humanos parece incuestionable. Sin embargo, conviven miradas, prácticas y sistemas basados en paradigmas distintos. Más allá de que los cambios en los discursos se han extendido ampliamente en las prácticas, en las manifestaciones de la cultura y en las estructuras de la sociedad, se mantienen aún vigentes ambos modelos (rehabilitador y social).

Un aspecto que no se incluyó en profundidad en la presente investigación, y que creemos importante tener en cuenta para futuros análisis, es el relacionamiento con lxs vecinxs y sus actitudes. Sabemos, según información suministrada por la coordinación de los DRT, que la adquisición de los inmuebles tras conocer el uso que se le dará a los mismos, llevó a que muchas operaciones no se pudieran concretar, lo que indica un alto nivel de estigma sobre este colectivo. Los estereotipos sociales muestran a las personas con diagnóstico psiquiátrico como peligrosas y, en general, como incapaces de autogestionarse. Consideramos imperante la necesidad de implementar estrategias que aboguen por el trabajo con la comunidad, en busca de romper el estigma asociado a los padecimientos de salud mental, propiciando que haya más espacios de participación comunitaria.

No queremos dejar de mencionar la diferencia sus-

tancial observada en lo que respecta a la ubicación de las viviendas y su relación con el entramado comunitario: en la ciudad de Luján se cuenta con variados medios de transporte, comercios, clubes, espacios de esparcimiento, etc., muy favorables para la reinserción social, la integración comunitaria y, por ende, una mejora de la calidad de vida. Algo que ha llamado la atención es que los dispositivos ubicados en el pueblo de Torres, muy cercanos al HCRC, contradicen en cierta manera las pautas brindadas por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019), que menciona la integración de estos dispositivos al tejido comunitario, descartando que se encuentren en zonas alejadas de la vida social y que estén insertos o próximos a instituciones monovalentes de salud mental.

A pesar de ello se entiende que los primeros dispositivos fueron creados recién reglamentada la Ley Nacional de Salud Mental (2010). Sin embargo, consideramos importante rever esta cuestión teniendo en cuenta que Torres es un pueblo que sentó sus bases con la creación del HCRC, por lo cual muchos de sus habitantes, y varias generaciones, trabajan o han trabajado allí o en los DRT, de modo que hay un imaginario construido sobre los padecimientos mentales y su abordaje.

Creemos imperante la necesidad de implementar

estrategias que aboguen por el trabajo con la comunidad en busca de romper el estigma asociado a los padecimientos de salud mental, propiciando que haya más espacios de participación comunitaria. En este sentido, destacamos la experiencia del P.R.E.A, en la que se creó un centro de día que ofrece talleres y actividades promotoras de salud para la comunidad en su conjunto donde participan personas externadas desde su condición de vecinxs. Según Cáceres et al., (2009), esto “posibilita ir aportando a la conformación de un imaginario social no discriminatorio y, por lo tanto, favorable a la reintegración de las personas internadas en los hospitales psiquiátricos como parte de la vida comunitaria” (p. 304).

Dentro de las limitaciones de la presente investigación, encontramos la elección de la muestra no probabilística por conveniencia, la cual no permite generalizar los resultados del grupo focal a otrxs usuarixs que no sean lxs que participaron debido a su proporcionalidad, sobretodo en lo referente al género de la población abordada y a la ubicación de los dispositivos de ésta. Sin embargo, nos parece importante rescatar y resaltar el haber podido visibilizar lo relativo a las actitudes y opiniones de lxs usuarixs. La valoración subjetiva que éstxs expresan sobre los DRT es tomada como “medida de resultado”, ya que consideramos que la satisfacción

de lxs usuarixs debería ser uno de los objetivos de los dispositivos. No obstante, entendemos que esta valoración surge en comparativa con el régimen vivido en sus internaciones, donde su autonomía, identidad e intimidad se encontraban más restringidas. Esta decisión se toma debido a que en el campo de la salud mental, los aspectos subjetivos han cobrado cada vez más importancia, en el marco del cambio conceptual que supone el paradigma de la atención comunitaria en salud mental. En efecto, hablar de ciudadanxs, sujetos de derechos, significa entre otras cosas reconocer la capacidad para opinar y pertinencia de las opiniones, en consonancia con el énfasis en las dimensiones subjetivas, que incorporan modelos como los basados en el concepto de “recuperación”, o la perspectiva de “empoderamiento”. Consideramos su palabra como indispensable en la planificación y evaluación de servicios e intervenciones.

A modo de cierre, es preciso reconocer la gran importancia que tienen en la vida de las personas los programas residenciales: “la vivienda ha dejado de ser exclusivamente un tema de bienestar social, sino más bien se considera un componente importante del tratamiento y de las políticas en salud mental” (Kloos y Townley, 2011, p. 105). Enfocarse en un modelo centrado en las necesidades y deseos de lxs usuarixs debería ser nuestro norte. Esto va de la mano de brindar la

posibilidad de poder pensar un proyecto de vida en el que puedan lograr las diferentes metas que se propongan según sus intereses y habilidades, y así correrlos del lugar de pacientes, para dar lugar a su subjetividad, es decir, para pensarse más allá del padecimiento mental. Este enfoque nos permitiría reconocer y validar a las personas como sujetos de derechos y agentes activos en la construcción de su propio bienestar, fomentando su autonomía y el desarrollo de una identidad que no esté exclusivamente determinada por el diagnóstico o su condición de salud. Al situar la vivienda y los programas residenciales como espacios de desarrollo personal, se abre la puerta para que las personas en tratamiento puedan proyectarse en una vida autónoma, con capacidad de decidir sobre sus entornos y las actividades significativas en su día a día, favoreciendo su inclusión en la comunidad y contribuyendo a la construcción de una sociedad más equitativa y respetuosa de la diversidad humana.

### Agradecimientos

Queremos agradecer especialmente al equipo de Docencia e Investigación del Hospital Nacional y Comunidad Dr. Ramón Carrillo, quienes nos han acompañado y supervisado en el desarrollo de la investigación. Asimismo, hacer una mención especial al equipo

de los Dispositivos Residenciales Territoriales quienes nos brindaron la posibilidad de acceder a nuestro objeto de estudio con suma amabilidad. Por último, y no por ello menos importante, agradecer a las personas usuarias que nos han abierto las puertas de sus hogares para que podamos sumar sus voces a este escrito.

### Bibliografía

Cáceres, C., Druetta, I., Hartfiel, M. y Riva Roure, M. (2009). El P.R.E.A., una experiencia alternativa a las lógicas manicomiales. *Revista argentina de psiquiatría Vertex*, 20 (86), 299-307.

Corrigan, P. (2002). Empowerment and serious mental illness: Treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Quarterly*, 73 (3), 217-28. <https://doi.org/c10.1023/a:1016040805432>

Esses, J. (2012). *No tan distintos. Historias de gente con discapacidad mental*. Capital Intelectual.

Grandón, P., Bustos, C., Cova, F., y Tapia, C. (2015). Evaluación de la restrictividad de dispositivos residenciales para personas con un diagnóstico psiquiátrico en el modelo de salud mental comunitaria en Chile. *Universitas Psychologica*, 14 (4), 1359-1370.

Honorable Congreso de la Nación. (2008). Ley Nacional N° 26.378. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo, 6 de junio

Honorable Congreso de la Nación (2010). Ley Nacional de Salud Mental, Ley N° 26.657, 25 de noviembre.

Jordá, E. y Espinosa, J. (1991b). Study of alternative accommodation, using the hospital hostel practices profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 151-156.

Keena, C., Rossetto, J., Somoza, M. y de Lellis, M. (2017). Dispositivos residenciales comunitarios asociados a la Colonia Nacional “Dr. Manuel A. Montes de Oca” de la provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista argentina de psiquiatría Vertex*, 131, 11-22.

Kloos, B. y Townley, G. (2011) Investigating the Relationship between Neighborhood Experiences and Psychiatric Distress for Individuals with Serious Mental Illness. *Adm Policy Ment Health*, 38 (2), 105-116. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0307-y>

López, M., Fernández, L., García-Cubillana, P., Moreno, B., Jimeno, V., y Laviana, M. (2005). Evaluación

del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía. *Rehabilitación Psicosocial*, 2 (2), 44-55.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019). Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de salud mental. Anexo I de RESOL-2019-715-APN-SGS#MSYDS

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Editorial CINCA

Plena Inclusión (2022). *Reducción de las prácticas restrictivas centradas en cada persona. Planificación y acciones*. BILD Publications Bild Publications y Plena inclusión España. <https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2022/01/ReduccionRestricciones.pdf>

Rossetto, J. y de Lellis, M. (2007). El proceso de reforma institucional: la experiencia de tres años de gestión en la Colonia Nacional Montes de Oca”. *Revista Argentina de psiquiatría Vertex*; 18 (73), 225-238.

Somoza, M., de Lellis, M., Keena, C. y Rossetto, J. (2017). Calidad de vida en usuarios de dispositivos residenciales comunitarios en salud mental. *Investigaciones en psicología*, 22(1), 79-88.

Tapia, C., Grandón, P. y Bustos, C. (2014). Relación entre el funcionamiento de un hogar/residencia protegida para personas con trastorno mental severo, el apoyo social del cuidador y las habilidades de la vida diaria de los residentes. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 52 (1), 20-28. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000100003>

Wong, Y., y Solomon, P. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*, 4, 13-28. <https://doi.org/10.1023/A:1014093008857>

Wong, Y., Filoromo, M., y Tennille, J. (2007). From principles to practice: A study of implementation of supported housing for psychiatric consumers. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 34 (1), 13-28. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0058-y>

Wright, P. y Kloos, B. (2007) Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *Journal of Environmental Psychology*, 27 (1), 79-89. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2006.12.001>

