

Acerca de la relación entre resiliencia y salud mental en un dispositivo neuropsiquiátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

*“La resiliencia permite una nueva epistemología del desarrollo humano en tanto enfatiza el potencial humano, es específica de cada cultura y hace un llamado a la responsabilidad colectiva”. Estrada, L.
Resiliencia: ¿Proceso de superación de la adversidad?*

Por Dermot Hurley [1]; Liliana Edith Álvarez [2];
Rosana Lucía Ragno [3] y Ana Giménez Velo [4]

Resumen

Este informe corresponde al estudio realizado en el Hospital Moyano [5] en Buenos Aires, Argentina, en el que se efectuaron entrevistas con operadores de diversas disciplinas. El objetivo del estudio fue explorar la relación entre resiliencia y salud mental, en el contexto del vínculo entre los operadores de salud mental y los pacientes.

Su objetivo principal se centró en lograr el refinamiento de la comprensión de la relación entre resiliencia y salud mental en sujetos que fueron diagnosticados con padecimientos mentales graves (psicosis esquizofrénica, trastornos de la personalidad crónica, adicciones, enfermedad maníaco-depresiva, trastornos del desarrollo).

Asimismo, se procuró detectar cuáles eran los elementos que favorecían la promoción de salud mental en pacientes con enfermedades psiquiátricas severas.

El estudio también se ocupó de la relación entre la capacidad resiliente de los operadores y la mejoría de los pacientes.

Abstract

This is a report of a study conducted at Moyano Neuropsychiatric Hospital in Buenos Aires, Argentina, which involved interviews with mental health clinicians from various disciplines. The purpose of the study is to explore the relationship between resilience and mental health in the context of a therapeutic relationship between clinician and patient, in order to gain a better understanding of how to promote mental health in individuals who have been diagnosed with serious mental illness.

The study is also concerned with clinician resilience and explores the connection between clinician and patient resilience.

Resumo

Este relatório corresponde ao estudo realizado no Hospital Moyano em Buenos Aires, Argentina, no qual foram realizadas entrevistas com operadores de diversas disciplinas. O objetivo do estudo foi explorar a relação entre resiliência e saúde mental, no contexto da ligação entre operadores de saúde mental e pacientes.

Seu principal objetivo foi alcançar uma compreensão refinada da relação entre resiliência e saúde mental em indivíduos com diagnóstico de doença mental grave (psicose esquizofrênica, distúrbios crônicos da personalidade, vícios, doença maniaco-depressiva, distúrbios do desenvolvimento).

Do mesmo modo, foi feito um esforço para detectar os elementos que favoreceram a promoção da saúde mental em pacientes com doenças psiquiátricas severas.

O estudo também abordou a relação entre a capacidade resiliente dos operadores e a melhora dos pacientes.

Palabras clave

Resiliencia, resiliencia vicaria, stress, satisfacción, salud mental, patologías psíquicas severas

Key words

Resilience, vicarious resilience, stress, satisfaction, mental health, serious mental illness

Palavras chave

Resiliência, resiliência vicária, stress, satisfação, saúde mental, doenças psiquiátricas severas

Contenido

Introducción

Acerca de la Institución

I El estudio

1 Literatura relevante

2 Los participantes del estudio

3 Características de la muestra

II Metodología

III Análisis de las narrativas de los entrevistados

1 Stress y satisfacción

IV Resultados

1 Temas relacionados con la capacidad de resiliencia

- a) Stress institucional
- b) Falta de recursos
- c) Efectos de la legislación
- d) Equipos interdisciplinarios
- e) Relación paciente-profesional

2 La discusión de los resultados

Conclusiones

Bibliografía de referencia

Introducción

Acerca de la institución

El Hospital Moyano es un hospital psiquiátrico para mujeres ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Originalmente fue el Hospital Nacional de Alienadas de Buenos Aires. Antes de 1854, la población femenina con problemas psiquiátricos era recluida en la Cárcel de Mujeres.

Las patologías que predominan en la institución son las enfermedades mentales graves (psicosis esquizofrénica, trastornos de la personalidad crónica, adicciones, trastorno maníaco-depresivo, trastornos del desarrollo).

El Hospital Moyano se localiza próximo al Hospital Borda, hospital psiquiátrico destinado a la atención de la población masculina. Ambos hospitales han participado, en la última década, del proceso de desmanicomialización. Recientemente, se ha dado un nuevo impulso hacia la reducción de internaciones, debido a la puesta en vigencia de la nueva Ley de Salud Mental N° 26.657/2010, que tiende a la eliminación gradual de las instituciones de internación, reemplazándolas por servicios psiquiátricos especializados en hospitales generales.

Esta legislación pone de relieve los derechos del paciente, requiriendo su cooperación en la prestación de servicios de salud mental, así como contemplando el derecho a apelar las decisiones tomadas sobre su atención.

El Hospital Moyano llegó a tener, antes del año 2000, más de 2500 pacientes internadas. Actualmente alberga alrededor de 900 pacientes, muchas de las cuales residen en el hospital

desde hace 10 años. Se estima que el porcentaje de disponibilidad de internaciones, disminuyó un 34%, entre los años 2000 y 2011 (Tisera, Ana; Leale, Hugo; Lohigorry, José; Pekarek, Ana y Joskowicz, Adán, 2014) [6].

Este nosocomio cuenta con un importante departamento de servicio ambulatorio, cuyo flujo de pacientes oscila entre 900 a 1300 por mes y con un Departamento de Docencia e Investigación, que lo convierte en un hospital de formación para residentes médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud.

Publica un boletín y ofrece cursos de: administración hospitalaria, gestión de servicios de salud, psicoanálisis de líneas freudiana y lacaniana, psicodiagnóstico y tratamiento, orientación vocacional, promoción de la salud, dispositivos grupales de intervención y problemáticas familiares.

El Club Bonanza, ubicado en los terrenos del hospital, ofrece cursos de musicoterapia para rehabilitación psicosocial.

El hospital cuenta con dos hogares que hospedan grupos de mujeres en proceso de externación. (Moyano Report, 2014).

I El Estudio

Este estudio procuró indagar la relación entre la resiliencia y salud mental, desde la perspectiva de los operadores que prestan servicios a pacientes con afecciones mentales severas y crónicas, como psicosis esquizofrénica, enfermedad maníaco-depresiva y trastornos graves de la personalidad.

Se considera que la relación entre resiliencia y salud mental, es un factor relevante a investigar en el contexto del espíritu de la Ley de Salud Mental en vigencia, que busca reducir aún más la internación, proporcionando servicios de apoyo externos adicionales para los pacientes y servicios psiquiátricos, a corto plazo en los hospitales generales.

Específicamente, la investigación formuló cuatro preguntas básicas, acerca de cómo los operadores:

- Entienden y utilizan el concepto de resiliencia.
- Promueven resiliencia en sus pacientes.
- Mantienen su propia resiliencia.
- Resultan afectados por la capacidad de recuperación de los pacientes.

1 Literatura Relevante

En Argentina se ha desarrollado, en los últimos 20 años, un cuerpo teórico sobre el concepto de resiliencia, que abarca perspectivas filosófica, psicológica, psicoanalítica, educacional, de salud y de promoción y defensa de derechos del niño (Melillo, Suárez Ojeda; Rodríguez, 2004; Galende 1990; Grotberg 1996; Santos 2004; Álvarez&Hurley, 2010).

Edith Grotberg, entre otros, define resiliencia como la ‘capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por las experiencias de adversidad’ (Grotberg, 1995).

Resiliencia es un proceso dinámico que tiene por resultado hacer frente a las dificultades y desarrollar competencias bajo stress. En general, se entiende que implica una compleja interacción de factores individuales, relacionales y ambientales que operan en contextos culturales específicos. (Masten y Coatsworth, 1998; Luthar, Cicchetti& Becker, 2000; Ungar, 2004; Rutter, 2007).

Varios autores han examinado la capacidad de recuperación y la salud desde el punto de vista de la comunidad: Melillo, Soriano, Méndez y Pinto (2004), desde la mirada de Resiliencia e instituciones: Sotelo (2004) y en relación a Resiliencia en Enfermería: Munist, Suárez Ojeda, Galli Álvarez y Cárcamo (2004).

Comparativamente, poco se ha escrito sobre la manera de promover la capacidad de resiliencia en el campo de la salud mental, aunque se han hecho esfuerzos recientes para describir la capacidad de recuperación a través de perspectivas neurobiológicas, cognitivas, emocionales, sociales, espirituales y de personalidad (Southwick et al, 2011).

Los factores asociados con la resiliencia como la autoeficacia y la autoeficiencia, la participación en actividades significativas, las relaciones profesionales de apoyo y el sostén grupal están ligados a la recuperación de la enfermedad mental (Mancini, 2007).

Del mismo modo Engman, encontró en una muestra de 500 pacientes con diagnóstico de depresión, que una mayor capacidad de resiliencia se asoció con puntuaciones bajas en el inventario de Depresión de Beck, observándose disminución de la gravedad de los síntomas depresivos, con el aumento de rehabilitación psicosocial (Engman, 2013).

Si bien no existe consenso sobre el modo de promover la capacidad de resiliencia en salud mental, han surgido numerosas ideas para llevarla a cabo.

Davydov y otros investigadores en neuro-psiquiatría y epidemiología en Rusia, el Reino Unido y Francia (et al, 2010), han efectuado una revisión exhaustiva de la capacidad de

recuperación y salud mental, describiendo a la resiliencia como un mecanismo de defensa que habilita a los sujetos a prosperar en medio de la adversidad.

Este grupo de investigación ofreció una serie de formulaciones sobre cómo reducir la vulnerabilidad y promover la capacidad de recuperación, basado en un equilibrio entre los acontecimientos positivos y negativos a través de entrenamiento anti-stress, la inmunización de comportamiento y un enfoque en las emociones positivas y la espiritualidad (Davydov et al, 2010).

Gran parte de lo que se ha escrito acerca de resiliencia y salud mental, involucra a los profesionales que trabajan en el campo, refiriéndose a los fenómenos de traumatización vicaria.

Estos enfoques orientan la investigación sobre los factores de riesgo y de protección para los profesionales de salud mental, centrándose en trauma vicario, stress traumático secundario, agotamiento emocional, y reducción de *compassion fatigue* y *burnout*.

Un estudio que analiza cómo prevenir el burnout en los profesionales médicos de servicios de de salud mental de atención de crisis en Melbourne, Australia, identificó cinco factores principales asociados a la resiliencia profesional que incluía: fuerte identidad profesional, sostén de habilidades afectivas, sentido de hacer una contribución positiva con su práctica, insight sobre el rol profesional, cuidado personal, fe y esperanza. (Edwards, 2005)

Adamson, Beddoe, Davys (2012) investigaron acerca de la capacidad de afrontamiento al stress en trabajadores sociales, dedicados al cuidado de la salud en Nueva Zelanda. Señalaron la importancia de las características del vínculo laboral y del contexto en la promoción de la resiliencia. Encontraron que las habilidades sociales, el lazo con los compañeros y la supervisión, protegían la salud mental de los trabajadores.

Otros estudios relacionados, obtuvieron los mismos hallazgos en relación al auto cuidado, identidad profesional, valores, mentores positivos y calidad en la supervisión. (Beddoe, Davys y Adamson, 2011).

McCann y otros (2013), investigaron resiliencia, stress laboral y burnout. Exploraron la literatura pertinente de cinco profesiones de la salud (enfermería, trabajo social, psicología, asesoramiento y medicina) [7] y reforzaron fuertemente la necesidad de desarrollar entornos que promuevan la capacidad de resiliencia de los profesionales. Este estudio revisó 61 artículos y definió la resiliencia como la habilidad de mantener personal y profesionalmente el bienestar en el afrontamiento del stress laboral y condiciones adversas.

Ting, Jacobson y Sanders (2008) analizaron una muestra de 285 trabajadores sociales de salud mental y encontraron que el stress traumático secundario, afrontamiento negativo y la

falta de supervisión de la tarea contribuyeron a los problemas de salud mental de esta población profesional [8].

Por otro lado, las estrategias de afrontamiento positivas, fueron identificadas como protectoras contra el burnout en una muestra de 591 trabajadores sociales con prácticas referidas al área de la salud mental (Acker, 2010) [9].

Por último, algunos investigadores han explorado el concepto de resiliencia vicaria o compartida entre profesional y paciente y sugieren que la relación resiliente entre ambos, puede contribuir al sentido de la resiliencia de un profesional, así como su competencia y compromiso. (Hurley, Álvarez & Buckley, 2015).

2 Los participantes del Estudio

Participaron en este estudio profesionales del hospital de diversas disciplinas: psiquiatras, residentes de psiquiatría, psicólogos clínicos y forenses, así como personal y auxiliares de enfermería y terapeutas familiares. También participó una empleada administrativa.

Cabe señalar, que todos ellos sostenían intensas jornadas laborales y presentaron alta disponibilidad a participar espontáneamente en el estudio, casi sin previo aviso. Fueron reclutados de diversos servicios en el hospital: psicodiagnóstico, atención ambulatoria, emergencias, terapia grupal, multifamiliar y equipos interdisciplinarios. Accedieron a ser entrevistados y grabados bajo garantía de confidencialidad. Completaron un cuestionario de 17 ítems antes de comenzar la entrevista verbal.

La recolección de datos arroja que optaron por trabajar en el área de salud mental por una variedad de razones, siendo las más recurrentes: el compromiso vocacional, el interés por la salud mental, el amor al trabajo en equipo y el empoderamiento de las poblaciones vulnerables.

3 Características de la Muestra

Se contó con 22 participantes con un promedio de 12 años de pertenencia institucional, con una experiencia laboral de 2 a 30 años en el campo de salud mental.

II Metodología

Se realizaron 22 entrevistas con personal de una amplia gama de servicios del hospital, a los fines de comprender cómo los operadores de la salud mental utilizan el concepto de

resiliencia y cómo perciben que funciona la capacidad de recuperación en su trabajo con los pacientes.

Los participantes fueron reclutados (muestra intencional), en base a su experiencia de trabajo en equipos de salud mental del Hospital Moyano. Todas las entrevistas se basaron en una serie de preguntas, que se desarrollaron en un grupo de discusión.

Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y revisadas por contenido temático narrativo, con los conceptos examinados en este estudio.

El estudio se basó principalmente en el Análisis Fenomenológico Interpretativo - API (“Interpretive Phenomenological Analysis–IPA”), explorando la experiencia vivida por los profesionales en el campo de la salud mental.

El estudio siguió un enfoque inductivo e iterativo, basado en reseñas de experiencias contextualizadas y detalladas de los participantes, que brindaron la oportunidad de integrar nuestra investigación con su práctica.

El análisis e interpretación, se basó en extractos literales de los datos de las entrevistas. El análisis temático cualitativo se realizó mediante un examen riguroso de las transcripciones, por dos asistentes de investigación que identificaron la frecuencia de las palabras utilizadas así como los conceptos subyacentes.

Estos fueron revisados por un tercer miembro del equipo, que utilizó estos datos de primer nivel (materia prima), para crear categorías temáticas en un nivel superior de análisis.

Por último, un cuarto miembro del equipo revisó la selección final de temas y fragmentos narrativos y proporcionó comentarios críticos, junto con un análisis más detallado antes de efectuar la selección final de temas.

El análisis temático cualitativo, se llevó a cabo utilizando una versión de la API que permitió a los investigadores dar sentido a las reseñas contextuales y detalladas de experiencia, a partir de datos obtenidos en las entrevistas semi-estructuradas. Esto implicó un proceso de codificación, organización, integración e interpretación de los datos, además de la auditoría independiente del análisis como una forma aceptable de validación cruzada. El análisis identificó cuáles fueron las diferencias entre los participantes, y también exploró los aspectos comunes expresados por los mismos.

Comenzó con la identificación de un conjunto de temas preliminares y códigos, en torno a los cuales se desarrollaron las categorías y otros temas que fueron refinados como análisis avanzado. La triangulación se logró mediante la comparación de las notas de campo, por el uso de la validación del entrevistado y por la validación cruzada rigurosa de los evaluadores.

III Análisis de las Narrativas de los Entrevistados

Como lo muestra el siguiente gráfico, se ha reportado un mayor nivel de satisfacción con el trabajo (7,5) que con relación al stress (6,5). Con frecuencia, para altos niveles de stress, el nivel de satisfacción es casi siempre menor, excepto en 2 casos en los que los valores son exactamente los mismos. Generalmente, altos puntajes de satisfacción tienden a tener bajas puntuaciones de stress, que está en contraste con un hallazgo en un estudio canadiense sobre los trabajadores de servicios de protección infantil, que coincidían en relación al nivel de stress y satisfacción. (Stalker, Mandell, Frensch, Harveys y Wright, 2007)

Existe una tendencia observable hacia altos niveles de stress respecto a la antigüedad en el trabajo.

En respuesta a preguntas sobre por qué los médicos eligieron trabajar en este área, el mayor número de los encuestados citaron: la vocación, el deseo de mejorar la calidad de vida del paciente, los intereses profesionales y personales, la oportunidad para el trabajo en equipo, la mejor comprensión de los trastornos mentales, la recuperación de las fortalezas del paciente, la rehabilitación e integración social.

En referencia a las razones por las que habían optado por trabajar en el campo de la salud mental los profesionales médicos respondieron *"es una vocación y un deseo de mejorar la calidad de la atención para los pacientes con enfermedades mentales"* (1.1) *"para ayudar y mejorar la calidad de vida de todas las personas con enfermedad mental, sus familias y promover la integración social"* (5.1). Otros hablaron de la importancia de la propia institución *"Tengo interés en el trabajo institucional y el trabajo conjunto con otros colegas en el campo de la salud mental que también trabajan en el sector público con las personas que más lo necesitan"* (14.1). Un médico consideró a su trabajo de la siguiente manera *"Tengo un interés en el campo de la salud mental en relación con el poder, para restaurar algunas funciones a los pacientes marginados por la sociedad"* (10.1) [10].

Entre los médicos, se encontró un gran interés profesional en incrementar su conocimiento acerca de la enfermedad mental a través del trabajo en las instituciones públicas *"Crecí trabajando profesionalmente en un hospital y compartiendo la experiencia clínica con colegas y profesionales de otras disciplinas"* (18.1).

El estudio abarcó seis áreas principales relacionadas con la práctica en la salud mental, que los participantes discutieron detalladamente.

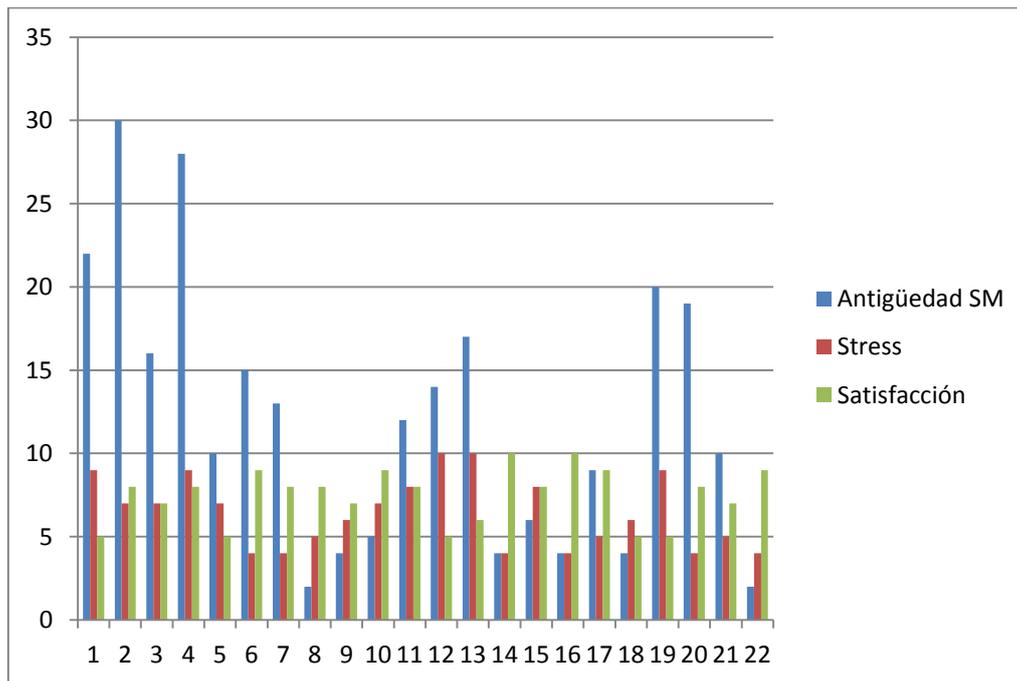
La siguiente Tabla de Categorías surgió de un número de frases y palabras textuales de cada epígrafe, que resultaron ser las más comúnmente utilizadas:

- 1. Vocación de Servicio y de Ayudar**
- 2. Condiciones de Trabajo o Laborales (stress)**
- 3. Recursos**
- 4. Equipo Interdisciplinario de Salud Mental**
- 5. Profesión**
- 6. Pacientes**

<p>1. Vocación de Servicio y de Ayudar</p> <p>deseo de ayudar reducir sufrimiento ayudar al paciente pronto recuperación de los pacientes en crisis</p>	<p>4. Equipo Interdisciplinario de Salud Mental</p> <p>trabajo en equipo mayor diálogo del equipo reuniones de equipo supervisión</p>
<p>2. Condiciones de Trabajo o laborales (Stress)</p> <p>precarización laboral e inestabilidad incentivos y contratos bajos sueldos maltrato</p>	<p>5. Profesión</p> <p>cuidado del profesional enriquecimiento o crecimiento profesional mayor empatía entre los profesionales</p>
<p>3. Recursos</p> <p>falta insuficiencia y/o escasos disponibles valiosos institucionales, sociales, económicos</p>	<p>6. Pacientes</p> <p>mejorar la calidad de vida patología grave y reinserción social red afectiva y comunitaria integración familiar y social</p>

1 Stress y Satisfacción

El siguiente gráfico resume las principales características de la muestra y también informa sobre el nivel de stress y la satisfacción experimentada por estos médicos.



En este gráfico el stress y la satisfacci3n se representan en una escala de 1 a 10. La antigüedad en la instituci3n, oscila entre un mínimo de 2 años y un máximo de 30 años. Los casos analizados se encuentran enumerados del 1 al 22.

Antigüedad SM	22	30	16	28	10	15	13	2	4	5	12	14	17	4	6	4	9	4	20	19	10	2
Stress	9	7	7	9	7	4	4	5	6	7	8	10	10	4	8	4	5	6	9	4	5	4
Satisfacci3n	5	8	7	8	5	9	8	8	7	9	8	5	6	10	8	10	9	5	5	8	7	9

Resulta interesante destacar, que los informes más consistentes de stress de los operadores no estn directamente relacionados con el trabajo con los pacientes, sino con las condiciones laborales, los escasos recursos, la inseguridad laboral y una variedad de otros factores institucionales que se elaboran en una última secci3n de este documento.

La satisfacci3n profesional se relaciona con la capacidad de mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades mentales, ayudándoles a afrontar y a llevar adelante sus vidas de manera más saludable, a través del trabajo y las estrategias de intervenci3n en equipo. También se relaciona con la capacidad de establecer vínculos terapéuticos positivos con los pacientes y, en lo posible, con las familias de estos para fomentar la reinserci3n social. No obstante, esto no siempre es tarea fácil, tal como lo refleja la siguiente cita:

Tengo interés en el campo de la salud mental, que requiere innovaci3n y creatividad, y que también genera stress. Es interesante trabajar como un

equipo para ayudar a soportar la frustración y dificultades de atención a pacientes con enfermedades graves con pocos recursos económicos (19,1).

IV Resultados

Los resultados del estudio se basaron en los análisis de los cuestionarios cumplimentados por los participantes y de las desgrabaciones de las entrevistas. El concepto de resiliencia fue discutido con todos los participantes y la mayoría de ellos, evidenció una clara comprensión de la importancia de la capacidad de recuperación de la salud mental. Por ejemplo, varios médicos se refirieron a la resiliencia como:

“La capacidad de superar una situación difícil y salir fortalecidos de ella, sabiendo lo importante que es el apoyo del resto del equipo” (18:4); “si no se entiende el concepto de resiliencia, no se pueden poner en práctica estrategias adecuadas para su promoción” (22:4); “de importancia fundamental para identificar las fortalezas y factores protectores en los pacientes y en la zona donde se encuentran, para optimizar y minimizar la adversidad”. (21:4)

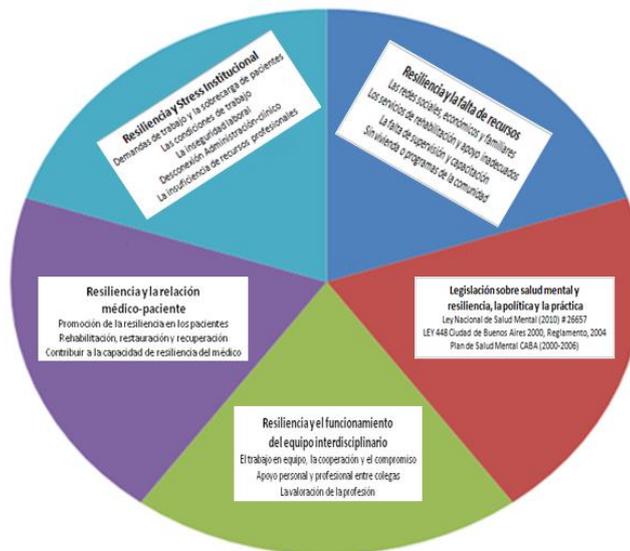
Por otra parte, hablando de la importancia de mantener la estabilidad emocional del médico, una participante comentó que *“la capacidad de recuperación es esencial para evitar caer rápidamente en el burnout” (9:4).*

Del análisis de las categorías detectadas, emergieron los principales temas de la investigación que han sido documentados en la siguiente tabla, relacionados con la capacidad de resiliencia cubriendo cinco áreas:

- ***La tensión institucional.***
- ***La capacidad de resiliencia y la falta de recursos.***
- ***La legislación de salud mental, contexto político y la práctica institucional.***
- ***El funcionamiento del equipo interdisciplinario.***
- ***La relación médico-paciente en la promoción de la resiliencia.***

Con el fin de presentar estos temas en forma narrativa, los investigadores optaron por tomar los relatos en primera persona, recogiendo su narrativa textual, para tratar de mantener el significado cercano a la experiencia real vivida por los participantes.

Cada una de las áreas temáticas dominantes, fue avalada por los comentarios realizados por los participantes, capturando especialmente sus ideas, experiencias, opiniones o sentimientos.



Gráfico

1 Temas relacionados con la capacidad de resiliencia

Resiliencia y Stress Institucional	Resiliencia y la falta de recursos	Legislación sobre salud mental y resiliencia, la política y la práctica	Resiliencia y el funcionamiento del equipo interdisciplinario	Resiliencia y la relación médico-paciente
Demandas de trabajo y la sobrecarga de pacientes	Las redes sociales, económicos y familiares	Ley Nacional de Salud Mental (2010) # 26657	El trabajo en equipo, la cooperación y el compromiso	Promoción de la resiliencia en los pacientes
las condiciones de trabajo	Los servicios de rehabilitación y apoyo inadecuados	LEY 448 Ciudad de Buenos Aires 2000, Reglamento, 2004	Apoyo personal y profesional entre colegas	Rehabilitación, restauración y recuperación
La inseguridad laboral	La falta de supervisión y capacitación	Plan de Salud Mental CABA (2000-2006)	La valoración de la profesión	Contribuir a la capacidad de resiliencia del médico
Desconexión Administración-clínico	Sin vivienda o programas de la comunidad			
La insuficiencia de recursos profesionales				

a) Stress Institucional

El sentimiento más referido por los participantes en esta investigación, fue que el mayor stress no es provocado por el trato directo con los pacientes, sino más bien, por la institución y su modalidad de funcionamiento, dada la situación de desinstitucionalización que se encuentra atravesando y el desgaste de la atención de los pacientes en la comunidad.

Los participantes acordaron en el problema del déficit edilicio y en el deterioro creciente del mismo, especialmente en las áreas de internación, de consulta externa y otros servicios. Algunos comentaron que les resultaba irónico que el único edificio en proceso de remodelación, dentro del hospital, fuera la capilla. También señalaron otros factores que denotan estrés, tales como, la extensión de la jornada de trabajo y la precariedad de las condiciones laborales. Al decir del Psiquiatra:

“Si uno considera todas las actividades que hacemos, es muy común aquí en la Argentina trabajar de 6:00 a 22:00 hs., en la mayoría de las carreras profesionales relacionadas con la salud” (...) “Yo solía escalar la Montaña! Ahora casi no veo a mi familia en absoluto, es muy triste”.

La mayoría de los profesionales expresaron sus observaciones más extremas de la siguiente manera: *“Trabajamos en condiciones precarias, luchando por el poder legítimo, salarios más decentes y condiciones de trabajo, la falta de recursos profesionales y agotamiento emocional”*. (21,2) (psicólogo). Otros, preocupados por la sobrecarga de pacientes y el potencial riesgo de suicidio de los mismos, señalaron: *“Trabajar con pacientes con enfermedades graves con riesgo de suicidio, llamadas telefónicas en tiempos de crisis, estas preocupaciones continúan después de regresar a casa!”*. (14,2) (psicóloga). También se manifestaron acerca de la falta de comprensión de su trabajo por parte de los que detentan autoridad, como: *“Organismos estatales institucionales que cuestionan y ponen en duda nuestro trabajo, sin ser capaces de hacer esto o tener experiencia en salud mental”*. (4,2) (psiquiatra). Otras críticas están relacionadas con el liderazgo en la administración del hospital donde los médicos se refirieron a *“Maltrato por parte de la coordinación y gestión”* (1,2; 12,2) (psicóloga), pero sin aportar detalles más allá de esos comentarios.

b) Falta de Recursos

Hubo un muy fuerte acuerdo entre todos los participantes en el estudio, acerca de que la falta de recursos erosiona tanto la capacidad de recuperación del paciente, al igual que la capacidad de resiliencia del profesional. Una frase repetida por las participantes fue *“No hay recursos disponibles”* (1,10). Los profesionales se veían a sí mismos como teniendo que soportar situaciones que los desbordaban *“El aumento de la demanda y la falta de recursos humanos dan miedo”* (20,8).

Comentarios tales como: *"la mayor dificultad es la falta de recursos, tenemos que tener una red eficaz para evitar el exceso de trabajo"* (6.8) dan cuenta de lo que está sucediendo en el interior del hospital reflejando lo que acontece en el tejido social y económico del país.

La falta de servicios adecuados de rehabilitación, se ve agravado por el hecho de que los recursos de las familias de los asistidos también son limitados y no pueden proporcionar una red de sostén para los pacientes. *"Trabajando con pacientes pobres, las redes sociales y familiares hacen que sea difícil la psico-educación acerca de los trastornos mentales sufridos por parte del paciente, evitando la adherencia al tratamiento"* (9.2).

c) Efectos de la Legislación

La implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, (2010) y Ley 448, que prohíbe la creación de nuevos manicomios, ya sean privados o públicos y promueve entornos de atención alternativos, los que aún no están instrumentados, generó como consecuencia gran preocupación en los profesionales del hospital, por lo que les pudiera suceder a los pacientes después de ser dados de alta y tener que valerse por sí mismos.

A partir de esta normativa, las nuevas admisiones deben recurrir a las unidades psiquiátricas en los hospitales generales, aunque todavía no es el caso para la mayoría de los servicios en Buenos Aires. La normativa pone el acento en la importancia de Derechos del Paciente y de la labor de los Órganos de Revisión de todos los ingresos involuntarios. El personal del hospital está obligado a reportar todo tratamiento indigno o inhumano y deben ser supervisados en su atención domiciliaria y centros de formación.

Asimismo, el Código Civil ha sido modificado para sustituir el término *«peligrosidad»* por *«riesgo cierto e inminente para sí mismo o para terceros»* para el ingreso involuntario y debe buscarse una segunda opinión dentro del plazo de los 90 días. El tema crítico para los operadores de atención de salud mental es, cómo proporcionar atención a los pacientes con trastornos psiquiátricos que ya no están siendo ingresados en hospitales, excepto durante períodos de tiempo relativamente cortos.

d) Equipos Interdisciplinarios

Todos los participantes del estudio coincidieron fuertemente sobre el papel de los equipos interdisciplinarios y los visualizaron como la columna vertebral de la atención al paciente y de la eficacia del tratamiento. Los equipos se presentaron en su mayor parte, como no jerarquizados por la institución y mostraron respeto y preocupación por los demás profesionales.

Referían situaciones cotidianas de bienestar, como el almuerzo compartido en salas de profesionales, la camaradería y el placer de la conversación entre colegas.

Ante la falta de recursos hospitalarios para brindar soporte a la resiliencia, el funcionamiento del equipo constituye el aspecto más importante para mantener la resiliencia de los profesionales.

Algunos puntos de vista muy esperanzadores se reflejaron en las siguientes expresiones: *“Entendemos que las fallas en el sistema pueden ser superadas con metas claras y específicas y el trabajo en equipo”* (13.4).

Los médicos hablaron sobre cómo mantienen su resiliencia, *“Con el trabajo en equipo y la intervención multifamiliar, con la participación de los colegas en mis propios casos y en otros”* (2,9).

Otros observaron la necesidad de fortalecer a los equipos y de encontrar modos de trabajo más cooperativos, *“Necesitamos una mayor empatía entre profesionales y más diálogo en el equipo”* (11,10); *“Un equipo que no dialoga o no interactúa implica en los pacientes la reducción de la posibilidad de optimizar el rendimiento y la eficacia del tratamiento, es importante hacer un buen trabajo en equipo!”* (18.7).

El trabajo con otros colegas se valoró claramente como sostén de la resiliencia del profesional y surgieron muchas declaraciones que así lo afirmaron, como por ejemplo:

“La resiliencia es el placer de la interacción con mis compañeros, compartiendo la experiencia clínica”(18.9). “Trabajar junto con colegas para monitorear y para analizar los casos más complicados”(14.9). “El trabajo en equipo y la supervisión son esenciales para promover la capacidad de recuperación, pero a veces no funcionan correctamente, los dispositivos de socialización son importantes en el trabajo interdisciplinario y todavía dejan mucho que desear” (21.10).

e) Relación Paciente-Profesional

Un hallazgo interesante en el estudio, fue el grado en que la resiliencia de los operadores se veía afectada por la relación con el paciente. El equipo de investigación estaba interesado en obtener información acerca del tipo de gratificación que recibían los operadores, en el intercambio con los pacientes que consideraban valioso para su vida personal o profesional.

Muchas de las siguientes afirmaciones capturaron los sentimientos de los profesionales en su trabajo diario en el hospital: *“Me da gran satisfacción trabajar con pacientes y ver su progreso día a día”*. No estaban esperando participar en el éxito del paciente o recibir algo a cambio de ayudar, pero había un sentido de participación en un proceso que daba lugar a buenos resultados: *“No sé si participo (en el éxito de los pacientes), pero uno siente que puede acompañar al paciente en el proceso de tratamiento, estoy mayormente fortalecido al ayudar a alguien a hacer algo diferente con su vida”* (14,12).

Gran parte de los profesionales fueron bastante claros sobre el efecto de los progresos de los pacientes, en la percepción acerca de sí mismos y de su profesión, lo cual se refleja en las siguientes declaraciones: *“Trabajar con la capacidad de recuperación y la resiliencia del paciente eleva mi autoestima”*. (Psicólogo) *“Sí, me siento fortalecido y afirmado en la vocación, a pesar de las circunstancias adversas en las que trabajo todos los días”* (21,12).

Algunos expresaron la satisfacción y el orgullo profesional de participar en la recuperación del paciente, *“Sí, es muy gratificante ver la evolución diaria de los pacientes hospitalizados desde el punto de vista médico”* (10,12). Para otros, inclusive pequeños logros eran dignos de celebrarse, *“Algún tratamiento cambia sus vidas, otros no van, o no se involucran, si se puede hablar de éxito, sólo uno se siente fortalecido al ver que alguien toma la experiencia favorable”*. (7,12) *“Absolutamente!! Obtengo satisfacción en el trabajo con enfermedades graves por la mejora mínima en el paciente, los impactos sobre su vida y la familia”* (6,12). Aunque no se haya descrito como "resiliencia vicaria", se mantuvo una fuerte sensación de que la resiliencia era un bien compartido, con beneficios tanto para el paciente que recibe el servicio, como para el médico que lo presta.

En cuanto a la función del hospital en el desarrollo o agotamiento de la capacidad de resiliencia, existieron fuertes diferencias de opinión acerca de los aspectos positivos o negativos de la hospitalización. Una firme opinión fue expresada por los Psiquiatras, en la convicción de que a falta de los recursos disponibles en la comunidad, los operadores clínicos no tienen otra opción que la internación hospitalaria *“Las pacientes no tienen ningún otro lugar donde ir. Aquí se sienten seguras y protegidas, tienen comida y una cama y un lugar para pasear durante el día, muchas no quieren salir del hospital debido a eso”* (Psiquiatra).

Por el contrario, otros sostenían que la institucionalización obturaba las capacidades resilientes y que la internación dañaba y erosionaba su capacidad de recuperación. Estos operadores médicos, sostenían la necesidad de un enfoque mucho más intenso basado en la rehabilitación psicosocial y la recuperación.

Este debate continua vigente y es poco probable que se resuelva, ante la ausencia de una estrategia general de salud mental de desmanicomialización a nivel ministerial.

2La discusión de los resultados

Sobre la base de lo que hemos aprendido hasta ahora, está claro que la capacidad de resiliencia no puede separarse del contexto social en el que se expresa y le da significado. La resiliencia se inserta en el tejido social de la vida cotidiana en Buenos Aires, como una respuesta necesaria a la adversidad continua, que afecta tanto a los pacientes como a los profesionales.

La resiliencia en general se promueve a través de apoyo personal, de programas terapéuticos y especialmente, a través de la labor del personal dedicado y comprometido, que realizan la mejor práctica posible con los recursos disponibles dentro de la institución.

El hospital es rico en capital humano y a diario se advierten, en todas partes, actos de amabilidad, compromiso con la tarea, respeto y empatía hacia los pacientes, que recuerda “la magia ordinaria”.

También se han analizado los efectos de la institucionalización en niños que por su larga permanencia de internación en servicios de protección infantil, han padecido las marcas del abandono, la segregación y el olvido. A esto se ha referido la destacada investigadora en resiliencia, AnneMasten cuando conceptualizó acerca de fomentar la resiliencia de los niños en situación de riesgo (Masten, 2007).

La cuestión de cómo la resiliencia promueve la rehabilitación y la recuperación, para las personas que viven con enfermedades mentales graves, necesita una mayor exploración. Davidson y Roe, efectuaron la distinción entre los conceptos de “recuperación” y “recuperación de la enfermedad”, como una forma más realista de trabajar con los pacientes, para mejorar los síntomas y otros déficit asociados con la enfermedad mental. (Davidson& Roe, 2009). Por lo tanto, la resiliencia en la enfermedad mental severa y persistente, requeriría la capacidad de evitar la recaída, manejando el estrés y adhiriéndose a un plan de tratamiento negociado entre el paciente y el profesional.

Mediante la legislación, sin duda, se ha fortalecido el funcionamiento del equipo interdisciplinario y se ha creado un clima de horizontalidad en el poder profesional, que está más uniformemente compartido y donde se promueve y salvaguarda la identidad profesional. También hay un mensaje claro que no se puede suplir la falta de recursos en forma permanente con el capital humano y el compromiso profesional, tanto dentro como fuera del hospital.

El sentido del humor y la camaradería no son una fuente inagotable y el capital humano se agota. Esto plantea una problemática interesante en relación a los límites de la resiliencia, que no implica una adaptación pasiva a lo traumático, sino un enfrentamiento crítico de las situaciones adversas.

La Ley de Salud Mental 26.657/2010, ha creado una situación paradójica en la cual la directiva clara es avanzar con desmanicomialización, sin los mecanismos para asegurar una red de seguridad en la comunidad, que proteja a los más vulnerables. Los amplios programas de rehabilitación y recuperación mental de la comunidad, como el “Proyecto Suma” en Buenos Aires, ofrecen un gran apoyo a la capacidad de recuperación de los pacientes que han sido institucionalizados, siempre y cuando, se les garantice un lugar seguro para vivir y una oportunidad de participación en actividades significativas relacionadas con el trabajo.

Conclusiones

Esta investigación ha mostrado que la protección de la capacidad de resiliencia de los pacientes y del equipo de profesionales en instituciones como el Hospital Moyano, es una prioridad y no se puede separar del objetivo central de la rehabilitación y recuperación de la población asistida.

Los principales temas que emergieron del análisis de las categorías de la investigación son las siguientes:

- **La tensión institucional.**
- **La capacidad de resiliencia y la falta de recursos.**
- **La legislación de salud mental, contexto político y la práctica institucional.**
- **El funcionamiento del equipo interdisciplinario.**
- **La relación médico-paciente en la promoción de la resiliencia.**

Los profesionales ofrecen servicios bajo circunstancias complejas, que afectan la capacidad de resiliencia de los operadores, que vivencian fuertemente la necesidad de mayor apoyo institucional y de estabilidad laboral.

Un hallazgo relevante de la investigación, consiste en que los niveles más altos de satisfacción, a menudo son reportados por los médicos con menor antigüedad en el servicio. La mayoría de los entrevistados priorizaron la vocación de ayudar.

Es importante considerar el contexto de cambio legislativo en el cual se han obtenido estos resultados. La reforma de la Ley de Salud Mental, surge en un momento de prolongada crisis social, económica y política en la Argentina, que dificulta poner en marcha los programas necesarios para la transición de pacientes a la comunidad. Se detecta incertidumbre acerca de la posible reducción de personal e infraestructura material que afectaría tanto a los pacientes como al personal de las instituciones de salud mental.

También se evidencia cómo las instituciones de este tipo se sostienen a costa de la implicancia personal y el compromiso del recurso humano profesional, lo que redundará en un verdadero desafío y sobrecarga emocional.

Hay una genuina preocupación en lo que se considera como un abandono de los pacientes por parte del sistema de salud mental.

Existe una creciente ansiedad e incertidumbre acerca de posibles pérdidas de puestos de trabajo y sobre lo que les depara el futuro, tanto para los pacientes como para el equipo. En estas circunstancias, hay que ser cautos en la interpretación y generalización de los resultados.

Esta investigación pone de relieve que la resiliencia es verdaderamente un bien común y que muchos de los interesados necesitan comprometerse con su aporte, para el desarrollo individual y comunitario de la resiliencia en la promoción de la salud mental.

La promoción de la resiliencia se basa en el reconocimiento de las fortalezas más allá de la vulnerabilidad. Se funda en poner en marcha los propios recursos tanto de los operadores como de los pacientes, trabajando sobre el ambiente y el medio socio-cultural. Se fundamenta en la singularidad de cada sujeto, sin perder de vista las características y recursos propios de la comunidad en la que se inserta, identificando indicadores de contextos adecuados para lograrlo.

La investigación confirma que la resiliencia es verdaderamente un fenómeno relacional compartido entre muchos sujetos y que los actores sociales deben participar en contribuir a la generación de acciones, que propicien la salud a nivel individual y a nivel de programas interdisciplinarios.

Bibliografía de referencia

Acker G. M. (2010). How social workers cope with managed care. *Administration in social work*. En *Human Service Organizations. Management, Leadership & Governance*. 34(5).pp. 405-422

Adamson, C., Beddoe, L. y Davys, A. (2012). Building resilient practitioners: Definition and practitioners understandings. En *British Journal of Social Work*, 32 (1), pp. 100-117. DOI 10.1093/bjsw/bcs142

Álvarez, L. y Hurley, D. (2010). Desde la Zona de Riesgo a la Zona de Resiliencia. *Revista Científica de UCES*, 14(2), pp. 13-36

- Argentina. Senado y Cámara de Diputados de la Nación. (Diciembre 2 de 2010). Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Argentina. Senado y Cámara de Diputados de la Nación. (Octubre 21 de 2009). Ley 26.529. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Beddoe, L., Davys, A. y Adamson, C. (2011). Educating resilient practitioners. En *Social Work Education*. pp.1-18. DOI 10.1080/02615479.2011.644532
- Bride, B. E. y Figley, C. R. (2007). The fatigue of Compassionate Social Workers: An Introduction to the Special Issue on Compassion Fatigue. En *Clinical Social Work Journal*, 35(3), pp. 151-153.
- Buenos Aires (Ciudad Autónoma). Gobierno de la Ciudad.(2000). Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/salud/saludmental/normativa>
- Davidson, L. y Roe, D. (2009). Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. En *Journal of Mental Health*, 16(4), pp. 459-470. DOI: 10.1080/09638230701482394
- Davydov, D., Stewart, R., Richie, K. & Chaudieu I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*; 30 (5), pp. 479-95. DOI: 10.1016/j.cpr.2010.03.003
- Edwards, K.L. (2005). The phenomenon of resilience in crisis care mental health clinicians. En *International Journal of Mental Health Nursing*, 14, pp. 142-148. DOI: 10.1111/j.1440-0979.2005.00371.x
- Engmann, B. (2013). Could resilience predict the outcome of psychiatric rehabilitation patients?. En *Open Journal of Depression*, 2 (2), pp. 7-10, DOI: 10.4236/ojd.2013.22002
- Estrada, L. (s.f.). *Resiliencia: ¿Proceso de superación de la adversidad?*. Recuperado de http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/explotacion_sexual/Lectura18.resiliencia.pdf
- Galende, E. (2004). Subjetividad y resiliencia; del azar y la complejidad. En Melillo, Suárez Ojeda y Rodríguez (comps). *Resiliencia y Subjetividad: Los ciclos de la vida*(pp. 23-61). Buenos Aires: Paidós

- Grotberg, E.H. (1996). *Guía de Promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano*. Fundación Bernard Van Leer. La Haya
- Grotberg, E. H. (2004). *Nuevas tendencias en resiliencia: Resiliencia; Descubriendo las propias fortalezas* (pp. 19-30). Buenos Aires: Paidós
- Hernández, P.; Engstrom, D. y Gangsei, D. (2010). Exploring the impact of trauma on therapists: Vicarious resilience and related concepts in training. En *Journal of Systemic Therapies*, 29(1), pp. 67-83. DOI: 10.1521/jsyt.2010.29.1.67
- Hospital Dr. Braulio A. Moyano (2014). Genealogía e Historia de las Instituciones Psiquiátricas. *XI Jornadas de Residentes de Psiquiatría y Psicología Clínica*. Buenos Aires.
- Hurley, D., Álvarez, L. y Buckley, H. (2015). From the zone of risk to the zone of resilience: Protecting the resilience of children and practitioners in Argentina, Canada and Ireland. En *International Journal of Child, Youth and Family Studies* 6 (1), pp.17-51
- Luthar, C. y Becker (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work, pp. 543-562. DOI: 10.1111/1467-8624.00164
- McCann, C.M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C., y Huggard, J. (2013). Resilience in the health profession: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), p. 60-81. DOI:10.5502/ijw.v3i1.4
- Mancini, M. (2007). The role of self-efficacy in recovery from serious psychiatric disabilities: A qualitative study with fifteen psychiatric survivors. En *Qualitative Social Work*, 6(1), pp. 49-74. DOI: 10.1177/14733250070
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Framework for research, practice and translational synergy. En *Development and Psychopathology*, 23 (2), pp. 493-506. doi.org/10.1017/S0954579411000198
- Masten, A.S y Coatsworth, J.D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. En *American Psychologist*, 53, pp. 205–220. DOI: 10.1037/0003-066X.53.2.205
- Melillo, A., Soriano, R., Méndez, J. y Pinto, P. (2004). Salud comunitaria, salud mental y resiliencia. En Melillo, Suárez Ojeda y Rodríguez (comps). *Resiliencia y Subjetividad: Los ciclos de la vida* (pp.287-301). Buenos Aires: Paidós

- Munist, M., Suárez Ojeda, E. N., Galli, A., Álvarez, R. y Cárcamo, S. (2004). Módulo de enseñanza de resiliencia en enfermería. En Melillo, Suárez Ojeda y Rodríguez (comps). *Resiliencia y Subjetividad: Los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós
- Munist, M. (2002). La Historia del Concepto de Resiliencia. En *La resiliencia como un aporte a intervenciones sociales sustentables*. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires: La universidad
- Radley, M. y Figley, C. (2007). The social psychology of compassion. En *Clinical Social Work Journal*, 35, pp. 207-214. DOI: 10.1007/s10615-007-0087-3
- Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. En *Child Abuse & Neglect*. 31(3), pp. 205-209. England: King's College London
- Santos, H. (2004) La educación de adultos como factor de resiliencia. En Melillo, Suárez Ojeda y Rodríguez (comps). *Resiliencia y Subjetividad: Los ciclos de la vida*. (pp. 257-273). Buenos Aires: Paidós
- Sotelo, J. M. (2004). Resiliencia e instituciones de salud en la Argentina. En Melillo, Suárez Ojeda y Rodríguez (comps). *Resiliencia y Subjetividad: Los ciclos de la vida* (pp. 301-325). Buenos Aires: Paidós
- Southwick, S., Litz, B., Charney, D. y Friedman, M. (2011). *Resilience and mental health: Challenges Across the Lifespan*. Cambridge University Press
- Stalker, C.A., Mandell, D., Frensch, K. M., Harvey, C. y Wright, M. (2007). Child welfare workers who are exhausted yet satisfied with their jobs: how do they do it?. En *Child & Family Social Work*, 12(2), pp. 182-191. DOI: 10.1111/j.1365-2206.2006.00472
- Ting, L., Jacobson, J.M., y Sanders, S. (2008). Available supports and coping behaviors of mental health social workers following fatal and nonfatal client suicidal behavior. *Social Work*, 53(3), pp. 211-221
- Tisera, A., Leale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A. y Joskowicz, A. (2013). Salud Mental y Desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. *Anuario de Investigaciones* 20(1). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, pp. 251-258
- Ungar, M., Brown, M., Liebenberg, L., Othman, R., Kwong, W.M., Armstrong, M. y Gilgun, J. (2007). Unique pathways to resilience across cultures. En *Adolescence*, 42 (166), pp. 287-310. San Diego: Libra Publishers, Inc.

Ungar, M. (2004). Constructionist Discourse on Resilience: Multiple Contexts, Multiple Realities among At-Risk Children and Youth. DOI: 10.1177/0044118x03257030

Notas

[1] Dermot Hurley es Bachelor en Arte de la University College Dublin en Irlanda; con maestría en Trabajo Social de la Universidad Wilfrid Laurier de Waterloo, Ontario; con Programa de terapia familiar de la Universidad de Calgary. En posiciones académicas es profesor asociado de la Escuela de Trabajo Social de King's University College; profesor asistente de Psiquiatría y examinador externo de estudiantes graduados de Western University Canada. Fue instructor, coordinador y director en funciones de la Escuela de Trabajo Social de King's University College; Director del programa de Terapia Familiar, Centro del niño y la familia. En servicio en comités universitarios es asesor para Candidatos al Doctorado en Ciencias Clínicas; participa en el Comité de Internacionalización King'sUniversityCollege; Comité Traslacional, Escuela de Trabajo Social (Presidente); Comité de Currícula, Escuela de Trabajo Social (Co-presidente); Junta Directiva del King's College; Centro de Educación e Investigación sobre la violencia contra las mujeres, los niños y otros. Sus investigaciones se centran entre otros en los efectos de la violencia doméstica en los niños; resiliencia y práctica de protección infantil; resiliencia y salud mental. Es autor de varias publicaciones.

[2] Liliana Álvarez es Doctora en Psicología. Directora de la Carrera de Especialización en Psicología Forense de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES) y titular de cátedra de Violencia Familiar, Jóvenes en conflicto con la ley penal y Delimitación del campo de la psicología forense; titular de grado de cátedras de psicología forense UCES; miembro de la Comisión del Doctorado de la UCES. Es docente de la carrera de Especialización en Derecho Penal de la Universidad Nacional de La Plata; directora de la Cátedra Canadá de Derechos del Niño de la Asociación Argentina de Estudios Canadienses. Ha obtenido becas de investigación (asaec) en Canadá, Mental Health, Policy&LawInstitute, SimonFraserUniversity, Vancouver; Universidad de Toronto y servicios de protección infantil en Vancouver, London Ontario y Toronto. Ex Perito Psicóloga del Tribunal de Menores N°1 de San Isidro. Autora de diversas publicaciones en Psicología Forense. Miembro comisión directiva de la Asociación Argentina de psicología Jurídica y Forense. Ha supervisado equipos de responsabilidad Penal Juvenil en la Provincia de Buenos Aires.

[3] Rosana Lucía Ragno es Licenciada en Psicología en la Universidad de Buenos Aires (UBA). Con especialización en Psicología Forense de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES); especialista en Arte Terapia de la Universidad Nacional de Arte y Psicodiagnóstico de Rorschach (AAPRO). Es Perito de Oficio, de Parte y consultora técnica. Evaluadora en psicodiagnósticos laborales. Docente universitaria, jurado e investigadora. Docente integradora. Miembro de equipo de grupos e instituciones en servicios públicos y privados. Psicóloga orientadora de espacios clínicos para el niño y la familia.

[4] Ana Giménez Velo es Licenciada en Psicología de la Universidad J. F. Kennedy (UJFK). Con especialización en Psicología Forense de la Universidad de Ciencias Empresariales y

Sociales (UCES) – tesis en curso; especialista en Gestión en Salud de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Con diplomatura en Abordaje Integral de Consumos Problemáticos (SEDRONAR). Psicóloga clínica. Asistencia, docencia y supervisión de psicodiagnósticos en Sección Toxicomanías y Farmacovigilancia, Servicio de Toxicología (CNI), Hospital Nacional Dr. Prof. A. Posadas. Docente universitaria. Perito de Parte. Trabajos de Investigación (publicados).

[5] Deseamos reconocer nuestra gratitud al personal del Hospital Moyano que participó en este estudio.

[6] Anuario de investigaciones versión On-line ISSN 1851-1686 Anu. investig. vol.20 no.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2014 Salud Mental y desinstitutionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. Tisera, Ana; Leale, Hugo; Lohigorry, José; Pekarek, Ana y Joskowicz, Adán.

[7] Recuperado de <http://www.internationaljournalofwellbeing.org>New Zealand

[8] School of Social Work, University of Maryland, Baltimore County, 21250, USA. LTing@umbc.edu

[9] Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03643107.2010.518125?scroll=top&needAccess=true&journalCode=wasw20>

[10] Las palabras en cursiva que aparecen en este informe son citas tomadas directamente de los entrevistados.