



Implementación y funcionamiento de hogares protegidos para personas con trastornos mentales graves en Iquitos, Perú (2013-2016)

Vanessa Herrera-Lopez,¹ Néstor Aguilar,² Jacqueline Valdivieso,¹ Yuri Cutipé³ y César Arellano¹

Forma de citar Herrera-Lopez VE, Aguilar N, Valdivieso J, Cutipé Y, Arellano C. Implementación y funcionamiento de hogares protegidos para personas con trastornos mentales graves en Iquitos, Perú (2013-2016). Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e141. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.141>

RESUMEN

Objetivo. *Evaluar el proceso de implementación y funcionamiento de los hogares protegidos para las personas con trastornos mentales graves en Iquitos, con base en el beneficio y la mejora en la calidad de vida percibida.*

Métodos. *Estudio con enfoque cualitativo y transversal. Se realizaron 36 entrevistas a profundidad a residentes del hogar, cuidadores, vecinos y profesionales de salud. Se llenó una ficha sociodemográfica y clínica por cada residente y una ficha de procesos de gestión por cada hogar protegido. Se realizaron grupos focales con gestores y cuidadores.*

Resultados. *El tiempo de estancia prolongada manicomial previa de los residentes de hogares protegidos fue de 7 años y 3 meses. Solo 28 % habían presentado recaída clínica durante el último año. Los residentes percibieron mejoría en su calidad de vida y mayor satisfacción en la estancia en hogar protegido respecto a la estancia manicomial previa. Los hogares evaluados se encuentran en lugares accesibles a servicios sociales y comunitarios, con adecuado acceso a medios de transporte. Se realizaron supervisiones periódicas a los cuidadores, infraestructura y mantenimiento del hogar.*

Conclusiones. *Existe percepción favorable de cuidadores, gestores, residentes y vecinos sobre el funcionamiento de los hogares protegidos.*

Palabras clave

Apoyo social; instituciones residenciales; trastornos mentales; reforma de la atención de salud; funcionamiento de los servicios; Perú.

Hacia mediados del siglo XX, el enfoque manicomial mantenía aisladas a las

personas con trastornos mentales graves, así se hizo evidente la vulneración de múltiples derechos a los usuarios y la limitación de su recuperación en un entorno social aislado (1-3). Estos prejuicios dieron lugar a un régimen de segregación a dichas personas en instituciones psiquiátricas (4, 5), más conocidas como “manicomios”.

En la actualidad, se asume el modelo biopsicosocial en la atención de los problemas de salud mental, con base en la efectividad de la atención comunitaria, interdisciplinaria y con un enfoque multidimensional, de carácter ambulatorio, que incide en la mejora de la calidad de vida de las personas con trastornos mentales graves en abandono social y

¹ Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, Lima, Perú. Enviar correspondencia a Vanessa Herrera Lopez, vanessaherrera7@hotmail.com

² Dirección Regional de Salud Loreto, Iquitos, Perú.

³ Ministerio de Salud del Gobierno de Perú, Lima, Perú.

brinda apoyo social a nivel socio-recreativo, ocupacional, formativo, laboral, legal y residencial para facilitar su integración (6-8). La Ley N° 29889 (9) impulsó un proceso de reforma de la atención de la salud mental en el Perú con el fin de implementar un modelo de atención comunitario. El Estado garantiza a estas personas el acceso a servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo en la comunidad para facilitar su inclusión social y evitar su aislamiento, institucionalización y abandono. Como parte de este proceso, se ha considerado priorizar el desarrollo de infraestructuras intermedias para la atención de la salud mental, tales como centros de salud mental comunitaria, hospitales de día, residencias, hogares protegidos (HP) y programas dirigidos a personas en abandono social. En el modelo de atención de salud mental comunitaria de Perú, se denominan HP a los servicios médicos de apoyo, con no más de ocho residentes, donde se brindan servicios residenciales transitorios para personas con algún grado de discapacidad mental, con habilidades limitadas para vivir en forma independiente y en situación de abandono social o familiar. Estos HP dependen de la red de salud correspondiente y coordinan, de acuerdo a su plan individualizado terapéutico, con los dispositivos clínicos comunitarios disponibles, así como con los recursos comunitarios del territorio. Entre sus funciones, se incluye brindar servicios de apoyo en la organización de actividades cotidianas como: cocina, aseo, limpieza, entre otros; reforzar las habilidades básicas para la vida; manejo del tiempo libre y estimular su participación en programas de rehabilitación psicosocial y laboral, cuyo objetivo es la reinserción socio-productiva.

En el proceso de reforma psiquiátrica del país y, con base en las recomendaciones de la Defensoría del Pueblo, se consideró el fin del modelo de permanencia de pacientes psiquiátricos institucionalizados en hospitales en el país. Múltiples estudios dan cuenta de lo perjudicial del internamiento prolongado de personas con trastorno mental grave (10, 11). A pesar de dicha normatividad, aún no se cuenta con programas de soporte social para personas con trastornos mentales graves en abandono social de forma sistematizada y descentralizada en el país. Iquitos es la capital de la región amazónica de Loreto, una de las regiones

con mayor pobreza en el país y donde las personas con trastorno mental son muy estigmatizadas (12). Hasta el año 2015, contaba con un modelo biomédico centrado en el Centro de Rehabilitación de Enfermos Mentales de Iquitos (CREMI). El Hospital Regional de Loreto y el Hospital de Apoyo de Iquitos no brindaban atención hospitalaria a personas con trastornos mentales y centraban su abordaje en la atención ambulatoria de casos derivados por centros de salud. No existían centros de salud mental comunitarios, hospitales de día ni centros de rehabilitación psicosocial y laboral, solo contaban con dos psiquiatras en el territorio, para una población estimada de 200 000 habitantes. El CREMI recibía casos de diversas regiones de la selva peruana y los mantenía en un modelo hospitalario de larga estancia, a puertas cerradas. Así, el CREMI se constituyó en una institución psiquiátrica de tipo manicomial, dependiente de la Dirección Regional de Salud de Loreto, que fue observada por la Defensoría del Pueblo en el año 2009 (13) y cerrada de manera definitiva en diciembre del 2015. Dicho modelo asilar no suponía algún beneficio para las personas internadas, ya que acentuaba el deterioro de sus vínculos sociales, la exclusión social y estigmatización que sufren las personas con enfermedades mentales; limitaba su autonomía y funcionamiento social (14) y acrecentaba la situación de abandono familiar y social a las personas con trastornos mentales graves. Según el informe de la Defensoría del Pueblo se evidenció que la infraestructura era bastante deficiente, con falta de privacidad y notable restricción para las personas internadas, carencia de personal y de medicamentos psicotrópicos adecuados, con una ubicación distante a la ciudad. Asimismo, se encontró a personas reclusas en celdas. Dicha problemática, además de afectar la dignidad de estas personas, tenía efectos discriminatorios en el acceso al ejercicio de sus derechos ciudadanos, cuidados y servicios de atención de calidad (4, 14). El proceso de desinstitucionalización implicó la creación de cuatro hogares protegidos en Iquitos como alternativa de vivienda, soporte social comunitario e inclusión social a personas que se encontraban reclusas desde hacía años en el manicomio local.

Diversos estudios demuestran que los apoyos sociales de personas con esquizofrenia y la mejor conexión entre sus

redes disponibles, repercuten en el curso de su enfermedad, siendo factores decisivos para su abordaje (15, 16).

El objetivo general que se planteó el estudio fue evaluar el proceso de implementación y funcionamiento de los HP en Iquitos, considerando su beneficio en los residentes y mejora en la calidad de vida.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se desarrolló mediante un enfoque cualitativo de recojo de información, de forma descriptiva, narrativa, analítica e interpretativa. Los participantes fueron los residentes con trastorno mental que brindaron su consentimiento informado. Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: ser residentes de hogares protegidos, ser cuidadores de HP, ser profesionales que laboren en el equipo de salud mental o ser profesionales gestores (directores y responsables de la salud mental en Iquitos), ser vecinos de los HP y aceptar participar en el estudio. Los criterios de exclusión fueron: a) encontrarse en la fase aguda de la enfermedad, b) imposibilidad de comprender la entrevista y c) presentar alteraciones cognitivas que no permitan comprender las preguntas a formular, según valoración clínica. Se hicieron 36 entrevistas a profundidad a cuatro profesionales de salud, siete cuidadores, 18 residentes y siete vecinos. Además, se formaron dos grupos focales: uno con los equipos de profesionales de salud mental que contribuyeron con el proceso de implementación de HP y otro con los cuidadores de los diferentes HP.

Asimismo, se aplicó una ficha sociodemográfica clínica para identificar las principales características de los residentes y cuidadores de HP (participaron 29 residentes y 33 cuidadores de cuatro hogares), que fue llenada por el equipo investigador en función a la información vertida del equipo clínico y administrativo de los hogares, así como por revisión documental.

Así, se elaboraron tres herramientas de recojo:

- Ficha de evaluación de gestión: contenía preguntas relacionadas a la gestión y procesos de gestión en cada hogar protegido, considerando el proceso de admisión, coordinación, supervisión y fomento de la participación socio-comunitaria en residentes; así

como la capacitación periódica del cuidador.

- Ficha de recolección de datos de residentes: contenía preguntas dirigidas al cuidador principal referentes a los aspectos demográficos, educativos, económicos, tipo de familia, diagnóstico clínico, tratamiento y soporte social del residente.
- Ficha de recolección de datos del cuidador: contenía preguntas referentes a sus aspectos demográficos, educativos y sobre sus actividades realizadas con los residentes del HP.

El estudio se realizó entre agosto del 2015 y marzo del 2016. Las guías de preguntas de grupo focal (GF) y entrevistas a profundidad (EP) fueron elaboradas por el equipo investigador y evaluadas por expertos en el tema, adaptadas luego de un estudio piloto. Los dominios considerados fueron la percepción sobre el proceso de implementación del hogar protegido, la percepción del funcionamiento, la percepción de beneficios del hogar y la percepción de barreras para la implementación desde la mirada de los cuidadores, residentes, profesionales de salud gestores y vecinos.

Los GF fueron conducidos por personal previamente entrenado (moderador y observador para tomar notas). Tanto los GF como las EP fueron grabados y luego transcritos para su análisis. La duración aproximada de ambas técnicas fue de 120 minutos.

Aspectos éticos

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" de Perú y con la aprobación de la Oficina de Investigación y de la Dirección Ejecutiva de Salud Colectiva del mismo Instituto, con código oficializado INSM-437-15. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado para participar de manera voluntaria en el estudio y permitieron grabar las EP y GF. Se resguardó la confidencialidad de la información.

Análisis de datos

Para el proceso de análisis cualitativo, se realizó una lista preliminar de códigos. Con ayuda del *software* ATLAS.Ti versión 7,5[®] se realizó la segmentación del cuerpo discursivo y se extrajeron los

fragmentos que contenían los códigos para definir las unidades básicas, comparando las distintas opiniones. Luego, se agruparon los fragmentos extraídos en unidades temáticas.

RESULTADOS

En el Cuadro 1 se pueden observar las principales características de los hogares protegidos implementados. Al momento del levantamiento de la información, existía un hogar mixto, por necesidad de mayores cupos residenciales para varones. No reportaron los entrevistados mayor inconveniente o conflictos en la convivencia cotidiana en esta modalidad.

En el Cuadro 2 se resumen las principales características de los 29 residentes de los HP de la región Loreto. Se evidencia que la mayoría no ha tenido acceso a una educación formal. Además, los residentes no contaban con vinculación social que les permita conformar una relación de pareja, puesto que todos eran solteros al momento de la evaluación. Por otro lado, 38% de los participantes en el momento de la realización del estudio no contaban con un Documento Nacional de Identidad. En relación al ámbito familiar, 27% de los residentes contaba con la presencia o vinculación con algún familiar. Sin embargo, solo 10% reportó que recibió alguna visita por parte de su familia de origen. Se evidenció que la gran mayoría de los residentes (93%) no contaban con un trabajo remunerado fuera del hogar. Por otro lado, todos los residentes recibían atención en un centro de salud y/o consultorio externo de hospital general de su jurisdicción: 100% accedió a atención de psiquiatría, 83% tuvo atención psicológica y 66%

tuvo atención social. Asimismo, 41% salía solo del hogar, sin supervisión alguna.

Para la metodología cualitativa, aceptaron ser entrevistados 18 residentes del total, al momento del levantamiento de la información. Se alcanzó el punto de saturación para recoger la información en base a la metodología cualitativa propuesta.

En el Cuadro 3 se muestran las principales características del cuidador de los hogares protegidos de Loreto. La edad promedio del cuidador era de 39 años, 76% eran técnicos de enfermería y el resto tenía estudios o experiencia previa en la comunidad, 61% había trabajado en el establecimiento psiquiátrico conocido como CREMI y, de estos, 70% lo hizo por más de diez años. Asimismo, la mayoría (88%) recibió alguna capacitación en salud mental en el último año. En el Cuadro 4 se muestra la mejora percibida por residente y cuidador en los hogares protegidos de la región Loreto, la mayoría tuvo percepción favorable.

Percepción sobre el proceso de implementación del hogar protegido

En mayo del 2011 se produjo el mayor egreso de pacientes en larga estancia hospitalaria del CREMI (53 usuarios), logrando reintegrarse a sus familias. Esto sucedió en el contexto de la reforma de la atención en salud mental y psiquiatría, y como parte del proceso de desinstitutionalización de personas con trastornos mentales graves que se encontraban en el CREMI. Se implementó un acompañamiento clínico a dichas familias, a través de seguimiento domiciliario y reuniones

CUADRO 1. Características generales de los hogares protegidos de la Región Loreto, Perú. 2016 (N = 4)^a

Características	Descripción
Accesibilidad	Fácil, 100% con mototaxi. Tiempo promedio de traslado desde la plaza: 10 Minutos
Infraestructura	100% con techo de concreto armado, paredes de ladrillos, piso de losetas con acabados interiores y exteriores.
Servicios	100% con abastecimiento de agua, conexión eléctrica y desagüe (sin conexión telefónica, cable ni Internet).
Riesgos del entorno	20% de presencia de pandillaje/delinuencia en entorno, 40% pistas no asfaltadas, 40% presencia de vectores (zancudos, etc.)
Ambientes	100% cuenta con sala, comedor, cocina, baño y dormitorios, 60% cuenta con lavandería, 20% cuenta con áreas verdes.
Número promedio de residentes/ hogar	Seis
Número promedio de dormitorios/ hogar	Cuatro
Número promedio de baños/ hogar	Tres

^a N es el universo de hogares protegidos que existían en la Región, en ese período.

Fuente: elaboración de los autores.

CUADRO 2. Características de los residentes de hogares protegidos de la Región Loreto, Perú, 2016 (N = 29)^a

Variable	N	%
Género		
Femenino	15	52
Masculino	14	48
Edad (años)		
20-29	6	21
30-44	14	48
45-59	6	21
60 o más	3	10
Grado de instrucción		
Sin instrucción	16	55
Primaria incompleta	5	17
Primaria completa	4	14
Secundaria incompleta	2	7
Secundaria completa	1	4
No precisa	1	3
Diagnóstico (según CIE-10)		
F20 Esquizofrenia	20	7
F20/F07 Esquizofrenia + trastorno por lesión cerebral	7	24
F20/F10 Esquizofrenia + trastorno por consumo de alcohol	1	3
F20/F71 Esquizofrenia + retraso mental	1	3
Tiempo de institucionalización en CREMI (años)		
0 a 5	5	17
6 a 10	10	35
Más de 10	14	48
Presencia de recaída clínica en el último año		
Con recaída	8	28
Sin recaída	21	72

CIE, Clasificación Internacional de Enfermedades; CREMI, Centro de Rehabilitación de Enfermos Mentales de Iquitos.

^aN es el universo de residentes de hogares protegidos que a esa fecha vivían en los hogares protegidos de la Región.

Fuente: elaboración de los autores.

CUADRO 3. Características del cuidador de hogar protegido de la Región Loreto, Perú, 2016 (N = 33)^a

Variable	N	%
Género		
Femenino	26	79
Masculino	7	21
Edad (años)		
20-29	8	25
30-44	12	36
45-59	12	36
Más de 60	1	3
Estado civil		
Soltero	18	55
Casado	13	39
Viudo	2	6
¿Trabajó anteriormente en el CREMI?		
Sí	20	61
No	13	39

CREMI, Centro de Rehabilitación de Enfermos Mentales de Iquitos.

^aN es el universo de cuidadores de hogares protegidos que a esa fecha trabajaban en los hogares de la Región.

Fuente: elaboración de los autores.

mensuales, lo que permitió la constitución posterior de la primera asociación de usuarios y familiares de Loreto. Aún

permanecían en el CREMI 36 pacientes abandonados. En el año 2012, el equipo técnico de salud local elaboró el "Plan de

implementación de residencias protegidas en la reforma de atención psiquiátrica en Loreto" y se logró que el 2 de noviembre del 2012 inicie el funcionamiento de dos residencias para personas en abandono social con trastorno mental grave (TMG) procedentes del CREMI. Una tercera residencia inició funciones con ocho usuarios provenientes del CREMI en diciembre del 2014. Por último, el CREMI se cerró de manera definitiva en diciembre del 2015, con el egreso de los últimos usuarios. Dicho proceso de implementación contó con la asesoría técnica del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". Asimismo, narraron la experiencia colaborativa de Cooperación Internacional de países como Chile y Argentina a través de la Organización Panamericana de Salud de Perú y acciones de monitoreo periódico de la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud.

Durante la primera fase de implementación de los dos primeros hogares protegidos de mujeres, se percibió la resistencia de algunos decisores y un escenario de incertidumbre ante el cierre definitivo del manicomio local y un gran temor al rechazo social o expectativa de discriminación a los usuarios externalizados del CREMI.

Barreras iniciales percibidas

Por otra parte, en dicho proceso, se percibió la resistencia al cambio de funcionarios, al no tener claridad sobre el proceso de reforma en salud mental en el país, considerándola una excesiva inversión y persistiendo muchas veces el deseo de no cierre del CREMI mediante simples adecuaciones de su infraestructura, lo que evidenciaba el estigma estructural (Cuadro 5).

Beneficios percibidos

Los múltiples actores percibieron, en forma progresiva, un notable beneficio en los residentes en comparación con la estancia previa en el CREMI y destacaron aspectos en el acceso, infraestructura, inserción social y trato. Asimismo, destacaron en las narrativas la mayor posibilidad de fomento y participación social y desarrollo en la vida comunitaria del barrio (Cuadro 5).

En relación al abordaje de los derechos humanos y hogares protegidos, la mayoría de los entrevistados del equipo

CUADRO 4. Mejora percibida por los residentes y cuidadores en los hogares protegidos de la Región Loreto, Perú, 2016

Percepción del residente sobre su mejora de bienestar en el hogar protegido, comparado a estancia previa (CREMI)	N ^a	%
Nada	8	10
Algo	4	14
Bastante	18	62
Mucho	2	7
No reporta	2	7
Total	29	100
Percepción del cuidador sobre la mejora del residente en el hogar protegido, comparado a estancia previa (CREMI)	N ^b	%
Nada	2	6
Algo	9	27
Bastante	13	40
Mucho	9	27
Total	33	100

CREMI, Centro de Rehabilitación de Enfermos Mentales de Iquitos.

^aN es el universo de residentes que a esa fecha vivían en los hogares protegidos de la Región.

^bN es el universo de cuidadores que a esa fecha trabajaban en los hogares protegidos de la Región.

Fuente: elaborado por los autores.

de salud y cuidadores resaltaron en sus narrativas la percepción de vulneración continua de derechos humanos a los usuarios y el trato inadecuado en el CREMI. En relación con el estigma percibido y hogares protegidos, el CREMI, conocido localmente como “granja psiquiátrica”, era asociado al rechazo y discriminación social, hecho que contrastó con la percepción favorable por parte de los entrevistados del entorno de los residentes de hogares protegidos implementados (Cuadro 5).

Limitaciones percibidas

A pesar de los múltiples beneficios percibidos, también los entrevistados destacaron aún limitaciones durante el proceso de implementación, centrados en los aspectos presupuestarios y administrativos.

CUADRO 5. Narrativas de los participantes respecto a los hogares protegidos de la región Loreto, Perú, 2016

Beneficios percibidos respecto al hogar protegido	<p>“¡La diferencia con el CREMI es total! En el CREMI los pacientes estaban bajo un cuidado exagerado del personal técnico, que incluso lindaba ya con el abuso del personal técnico sobre el paciente (...) Mayormente cuando un familiar llevaba a un paciente al CREMI ya era con la idea de abandonarlo, de dejarlo (...) En cambio, en las casas, hemos visto ya pacientes que se han recuperado mucho; dos pacientes ya fueron con su familia, y los demás pacientes que quedan, si bien es cierto todavía no están en las condiciones de poder vivir solos, han mejorado notablemente”. (Cuidadora de HP 5-grupo focal)</p> <p>“Es más accesible [el hogar] al movimiento de la gente que pasa, de la movilidad. La infraestructura, el trato, la alimentación (...) en el CREMI eran treinta, cuarenta [personas] (...) no tenían cada uno su ropa, todos usaban lo de todos. La comodidad, la privacidad es mejor. Ahí [CREMI] se bañaban hombres y mujeres, todos en el pozo (...) acá, van al baño [cada uno] con su toalla, hay más comodidad. De lo que han venido a como están ahorita, ¡están súper bien!, algunos tienen iniciativa, otros hay que estar orientándolos, pero, hay otros que solitos lo hacen”. (Cuidadora de HP-grupo focal)</p> <p>“La esencia de la residencia es que los usuarios contactan con la comunidad, si no estaríamos igual que en el CREMI ¿no? [El CREMI] está alejado, está encerrado, y los usuarios no tienen contacto con la comunidad. La idea acá es que haya ese contacto, que, por ejemplo, puedan ir al colegio nocturno, a estudiar, puedan ir a participar de alguna actividad deportiva, actividad social que se organiza ¿no? [de] diferentes instituciones que tenemos en la Región. A veces es la Municipalidad la que organiza, otras veces pueda ser una iglesia, un colegio (...)”. (Profesional de salud-Grupo focal)</p> <p>“El beneficio principalmente sería la reinserción social. Lograr que el paciente sea independiente, pueda trabajar, pueda participar en actividades comunitarias, (...) pueda estudiar. En caso no termine sus estudios, que pueda desenvolverse solo en la sociedad y eso, en las residencias, como está en un lugar céntrico, donde hay hospital, una iglesia, la municipalidad, está todo cerca, puede ser participe de todo lo que nos está brindando, lo que no tiene el CREMI, que estaba muy lejos de la ciudad y les imposibilita a ellos poder desenvolverse con otras personas”. (Cuidador de HP 5 –Grupo focal)</p> <p>“Veo a ellas mucho, mucho mejor y de una forma, social, digamos de hermandad. Se notaba una familia y como de hermanas. Entonces entre ellas se ayudaban, se apoyaban. Entre ellas hacían cosas que en el CREMI no veía. Entonces en las casas se socializan más rápido, y eso ayuda (...) entre ellas se daban apoyo emocional”. (Profesional de salud-Grupo focal)</p>
Limitaciones percibidas respecto al hogar protegido	<p>“Han habido problemas en cuanto al manejo ¿no? (...) muchos de los trabajadores consideran que el paciente, tiene que estar muy cuidado, muy protegido y a veces exageran, no permitiéndole la salida a la persona a la calle, a la comunidad, cuando nuestro objetivo es que la persona tenga roce social, que pueda contactarse, que pueda conectarse con todo lo que la comunidad nos ofrece”. (Cuidadora de HP-Entrevista a profundidad)</p> <p>“Hay dos tipos de problemas: un problema interno [es que] todavía hay personas que tienen el manicomio en su cabeza y quieren que todas las cosas funcionen como un manicomio, el mismo trabajador que está en salud mental; y, por la parte externa, sobre todo en los servicios de salud, donde el paciente no es bien recibido. Entonces, nosotros tenemos que hacer un seguimiento para poder hacer el acompañamiento”. (Gestor de salud- Entrevista a profundidad)</p> <p>“Hay limitaciones en la movilidad (...) es difícil poder trasladarse siempre, no tenemos [dinero] (...). Ellos necesitan ropa, usualmente ropa de diario. También a veces hay salidas de deporte, calzado, zapatillas...necesitamos dinero, una caja chica”. (Cuidador de HP-Grupo focal)</p> <p>“Ya me estoy dando cuenta [lo] que falta [es] la parte laboral: son adultos. Y deben tener un trabajo y están en capacidad de tenerlo. Pero, no veo cómo van a poder sacar de la residencia protegida a un trabajo formal. De repente con el programa laboral que tienen los municipios, que tienen algunos ministerios, para estas personas que tienen esa necesidad laboral (...) Entonces, todo eso tenemos que armar. Pero no dentro de la casa, sino fuera de la casa”. (Gestor de salud-Grupo focal)</p>

(Continúa)

CUADRO 5. (Continuación)

Percepción sobre el proceso de implementación del hogar protegido	<i>"Teníamos un gran temor al rechazo de la población, de la comunidad; conocemos que Iquitos y Loreto son lugares donde hay un alto estigma hacia pacientes psiquiátricos, hacia la locura, y ése era nuestro temor de rechazo (...) que vivan en una misma cuadra con las otras personas. Entonces, nosotros hicimos reuniones de sensibilización con la Policía, con el Ministerio Público, con el Poder Judicial, y también con los alcaldes de ese entonces, gobierno regional... buscando sobre todo que nos apoyen ¿no? (...) pero, con el tiempo nos hemos dado cuenta que sucedió al revés, que más bien la comunidad se ha sensibilizado bastante y los vecinos, cuando ven que hay algún movimiento en la casa, ellos se acercan a preguntar ¿qué está pasando?, (...) algunos han planteado alguna vez que los queríamos llevar de regreso al CREMI, entonces los vecinos salían como a protegerlos para que no se vaya a tomar esa medida". (Gestor de salud 1-entrevista a profundidad).</i>
Barreras iniciales percibidas	<i>"Vino Defensoría del Pueblo e hizo varias observaciones (...) quería que [el] JCREMI definitivamente cerrara y se optara por la reforma de salud mental, como modelo de otros países, entonces fue un poco difícil (...) Las autoridades eran muy negativas (...) tú sabes que para apostar a la reforma era visto como un gasto extra, era un presupuesto muy aparte y ¿quién da más plata por un loco? Es una triste realidad". (Cuidador de hogar protegido-Grupo focal).</i> <i>"Poco a poco hemos ido avanzando y poco a poco, con tanta insistencia, se alquilaban las casas, porque también todo era muy difícil, no había el apoyo total de los profesionales y gestores. No ha habido el apoyo que se hubiera querido para implementar, sobre todo para aumentar la implementación de las casas..." (Gestor de salud 2-Entrevista a profundidad)</i>
Percepción en relación al abordaje de los derechos humanos y hogares protegidos	<i>"Porque estaban encerrados como si fueran animales, no disponían de ropa propia (...) Algunos no tenían ni siquiera una correa con qué amarrarse el pantalón y por lo tanto el pantalón se le caía, y finalmente caminaban desnudos. ¿Y lo peor? Que nosotros como trabajadores, siendo parte del equipo de salud mental, teníamos que estar cuidando a nuestros compañeros para que no abusen de las pacientes. Entonces nuestra labor era cuidar a los trabajadores abusivos más que cuidar a los pacientes. Entonces, han sucedido muchas cosas antes..." (Cuidadora de HP- Grupo Focal).</i>
Estigma percibido hacia los hogares protegidos	<i>"Otro beneficio sería que la población ya no los estigmatice ¿no? a las personas con discapacidad mental, (...) que no sientan temor de las personas, porque todos piensan que el paciente está agresivo. Piensan que te van a hacer algo, finalmente dicen: es loco (...) Quizás con las residencias se busca que las personas cambien esa forma de percibir a los pacientes psiquiátricos (...) lo van a ver, lo van a sentir más... más humano ¿no? A recuperar esa dignidad que a veces la pierden por la misma sociedad..." (Cuidador de HP-Grupo focal).</i> <i>"En la Casa N he visto que los vecinos no tienen rechazo, incluso los niños, vienen, se paran en las rejas, están en la puerta. Y están tratando de conversar con el paciente y ya tienen amistad. Niños de ocho, diez años tienen amistad con los pacientes. Ya saben que se llama Lupe, ya saben que se llama María, y los usuarios de las casas también. Hablan que es su amiguita. Y no hay ese tema pues que es un loco peligroso, que ahorita le va a hacer algo a mi hijo. Los padres están viendo que ellos se están acercando a la puerta y no hay el temor de que ese loco algo le va a hacer. Sino que ya les conocen por su nombre, le conocen a cada uno". (Profesional de salud-Grupo focal).</i>

CREMI, Centro de Rehabilitación de Enfermos Mentales de Iquitos.

Fuente: elaborado por los autores.

Así, por ejemplo, a pesar del requerimiento presupuestario oportuno, no cuentan aún con servicios como teléfono e Internet, con restricciones presupuestarias para la movilidad local y actividades relacionadas al ocio y planes de rehabilitación de los residentes (Cuadro 5).

Por otro lado, la mayor integración comunitaria, coloca nuevos desafíos hacia el proceso de rehabilitación psicosocial y laboral para los residentes, y aún no existen aún dichos centros o una política de discapacidad y de protección laboral priorizada en el territorio.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se ponen en evidencia la percepción favorable y el rol integrador y socializador a través del hogar protegido. La finalidad de este dispositivo es que contribuya en forma eficaz con el fomento de las relaciones interpersonales, la cohesión grupal, la integración social en grupos normalizados, la adaptación al medio social, la integración en la red sanitaria y el mantenimiento de

los vínculos familiares (1). Los cuidadores destacaron las mejoras en condiciones de higiene y ubicación adecuada, dado que el CREMI se ubicaba en las afueras de la ciudad. Los hogares protegidos deben mantenerse con ambientes adecuados y con las condiciones de espacio, limpieza y distribución adecuadas, por lo que se recomienda el acceso adecuado a vías de transporte público y la presencia de patio o jardín (17). Durante el proceso de implementación de los primeros hogares en el país, se consideraron estos aspectos desde la planificación.

Por otro lado, también destacaron en las narrativas el rol de los vínculos y expresiones saludables afectivas entre los miembros del hogar protegido. Así, se pretende garantizar una dinámica de funcionamiento que fomente la participación (con promoción de la expresión de afectos, ideas y opiniones), el respeto, la tolerancia y las relaciones afectivas. De este modo, el hogar protegido favorecería la autonomía y la mejora en la calidad de vida, según lo recomendado en diversos estudios (18, 19).

La atención a las personas con trastornos mentales graves requiere la integración de distintos niveles de atención y diferentes tipos de intervención. Estos forman un conjunto inseparable y se integran en nuevos objetivos: fomento a la autonomía, calidad de vida, bienestar personal, participación social en torno al concepto de recuperación personal e integración sociolaboral en espacios comunitarios (20-22).

Los hallazgos en el presente estudio hablan del efecto benéfico notable percibido por los múltiples actores. Esto coincide con el creciente consenso respecto a que los hogares protegidos son un componente esencial de la atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves en abandono social, dado que hay evidencia acumulada suficiente para afirmar que la provisión de un alojamiento adecuado representa una de las condiciones críticas para garantizar su mejoría (23).

Por otro lado, en algunas narrativas se evidencia que muchos de los cuidadores aún tienen resistencia a dejar salir a los residentes solos. Es necesario considerar que

el modelo manicomial puede continuar siendo parte de la praxis de algunos cuidadores o equipos intervinientes. En un estudio cualitativo realizado en Chile (24) se alerta del riesgo de caer en otro proceso de reinstitucionalización o transinstitucionalización, que podría generarse si no se realiza una adecuada valoración, seguimiento y análisis reflexivo continuo de dicho proceso, con integración socio-comunitaria. Cabe mencionar que, en función a los hallazgos socializados y acciones de monitoreo continua, la Dirección Regional de Salud de Loreto decidió en el 2016 reubicar al personal nombrado del CREMI a otros establecimientos de atención primaria. A la fecha, solo permanecen tres cuidadores nombrados que laboraron algún período en el CREMI.

Entre los hallazgos, se destaca también el mantenimiento de la estabilidad clínica de los residentes. Algunos estudios han analizado la influencia de la disponibilidad de una vivienda en la recuperación de las personas con trastornos mentales graves (25, 26). Por otra parte, diversos estudios muestran los efectos positivos de las viviendas supervisadas y de los programas residenciales en la situación clínica de los usuarios con trastorno mental grave, en su funcionamiento personal y social, calidad de vida y disminución en el uso de recursos sanitarios (27). También se evidenció la mejora en la disminución de recaídas y reingresos hospitalarios (28).

Si bien se destacan los beneficios percibidos, existen también limitaciones percibidas durante el proceso de implementación y funcionamiento, tales como las barreras logístico-administrativas que limitan el presupuesto para traslados en la comunidad, vestimenta, calzado, desabastecimiento periódico de psicofármacos y necesidad de mantenimiento periódico de los hogares. Ogilvie (29) concluyó que vivir en un mal

ambiente residencial también aumentaba el número de servicios requeridos y disminuía la calidad de vida, por lo que se reducía la satisfacción del usuario y se creaban mayores necesidades.

En general, se propugna que las residencias propicien la mayor autonomía posible para los residentes, y es necesario un monitoreo continuo de dichos hogares residenciales para que todos los apoyos necesarios estén disponibles y efectiven el seguimiento y evaluación de todo el proceso. Algunos estudios recomiendan monitorizar en forma periódica puntos clave como: el acceso a servicios, frecuencia de recaídas, satisfacción del residente y funcionamiento social, para poner en evidencia la mejora en los indicadores de monitoreo del funcionamiento de dichos dispositivos (30, 31).

Los hogares protegidos contribuirían, en efecto, a favorecer la permanencia y participación activa en la vida social de los residentes y asegurar la cobertura de un conjunto de necesidades básicas de su vida cotidiana como son la vivienda, la manutención, determinados cuidados básicos (aseo, autocuidado, toma de medicación, organización de la vida cotidiana, etc.) así como las relaciones interpersonales significativas (32). Es importante considerar los factores contextuales, culturales y sociales propios del ámbito, así como la ejecución de la política social en materia de soporte social a las personas con trastorno mental grave que se observa en el Perú (33).

El estudio tiene limitaciones propias del diseño de estudios cualitativos, como es la representatividad de las percepciones de los actores. Esto no permite inferencias, pero sí comprender el proceso histórico de transición de una asistencia manicomial hacia un sistema de atención comunitario de salud mental.

En conclusión, de los resultados en relación al proceso de implementación y funcionamiento de los hogares protegidos en Iquitos, Perú, destacan los beneficios percibidos por su incorporación a la red comunitaria de salud mental. Es necesario ampliar la provisión y asegurar los procesos de gestión administrativa y presupuestaria para su adecuado funcionamiento. También es preciso desarrollar más estudios cuantitativos o mixtos a nivel nacional que permitan evidenciar los procesos de implementación de nuevos dispositivos sociales comunitarios. Asimismo, incorporar aspectos sobre costo efectividad de implementación, mejora de la gestión administrativa, impacto en la calidad de vida e integración sociocomunitaria.

Agradecimientos Al equipo técnico de salud mental de la Dirección Regional de Salud de Loreto y al equipo de gestión por su participación y apoyo continuo para la realización del presente estudio, a la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud del Perú, a la Organización Panamericana de la Salud en Perú por el impulso para evidenciar los avances del proceso de reforma de salud mental en el país, a Walter Velásquez Rosales y Patricia Manayay Cartolin por su colaboración en el proceso de recolección de datos.

Financiamiento Este estudio fue financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi", Ministerio de Salud de Perú.

Conflicto de intereses Ninguno declarado por los autores.

Declaración Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* y/o de la OPS.

REFERENCIAS

- Vallhonrat A, Vaquero A, Vila M. Piso protegido: ¿un medio o un fin en la rehabilitación psicosocial? *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2010;30(106):279-90. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n2/06.pdf> Acceso el 23 de julio de 2016.
- Fuller JD, Perkins D, Parker S, Holdsworth L, Kelly B, Roberts R, et al. Building effective service linkages in primary mental health care: a narrative review part 2. *BMC Health Serv Res*. 2011;11(1):66. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3070626&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> Acceso el 13 de julio de 2016.
- Basaglia, F. La institución negada. Barcelona: Biblioteca Breve de Barral; 1972.
- Defensoría del Pueblo de Perú. Salud mental y derechos humanos: la situación de los derechos de las personas internadas en establecimientos de salud mental. Lima: Defensoría del Pueblo; 2005. Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/69F8CC82E26FA27305257C9A005540D0/\\$FILE/Informe102DefensoriaPeru.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/69F8CC82E26FA27305257C9A005540D0/$FILE/Informe102DefensoriaPeru.pdf) Acceso el 23 de octubre de 2016.
- Cohen H, Natella G. La desmanicomialización: crónica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2013.
- Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina; Caracas, Venezuela; 1990.

7. Alvarado R, Torres F, Moreno B. Factores asociados a mejores resultados en la calidad de vida de personas con esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Urug.* 2008;72(2):130-41. Disponible en: http://www.spu.org.uy/revista/dic2008/03_Trabajo%20Original.pdf acceso el 3 de febrero de 2018.
8. López M, Cuevas-Yust C. Alojamiento protegidos para enfermos mentales 2: satisfacción de residentes y monitores. *Apunt Psicol.* 2003;21(1):1-22. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/28253313_Alojamientos_protegidos_para_enfermos_mentales_2_satisfaccion_de_residentes_y_monitores Acceso el 20 de setiembre de 2016.
9. Gobierno Peruano. Ley que modifica el artículo 11 de la Ley 26842, Ley General de Salud, y garantiza los derechos de las personas con problemas de salud mental. 2012.
10. Gomez M. La reconversión del Hospital Psiquiátrico El Peral en red comunitaria de salud mental y psiquiatría. *Cuad Med Soc (Chile).* 2005; 285-99.
11. Pio M, Fleck DA. Autonomía de pacientes em internação prolongada em hospital psiquiátrico. *Rev Saude Publica.* 2006;40(4):699-705.
12. Instituto Nacional de Salud Mental del Perú. Estudio epidemiológico de salud mental en la selva peruana. *Anales de Salud Mental.* 2005; 21(1-2):1-214.
13. Defensoría del Pueblo del Perú. Salud Mental y Derechos Humanos. Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Lima; 2009. Disponible en: <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/informe-defensorial-140-vf.pdf> Acceso el 10 de febrero de 2018.
14. López M. Alternativas comunitarias ante el estigma y la discriminación. La experiencia de Andalucía (España). *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.* 2004;50:99-109. Disponible en: http://faisem.es/contenidos/publicaciones/articulos/alter_com_andalucia_acta_04.pdf Acceso el 13 de setiembre de 2016.
15. Losa E. Apoyo Social: estructura, función y repercusión en el espectro esquizofrénico. *Psiquiatria.com.* 2009;13(3). Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/apoyo-social-estructura-funcion-y-repercusion-en-el-espectro-esquizofrenico> Acceso el 11 de octubre de 2017.
16. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. 2003:34. Disponible en: http://www.aen.es/docs/SRPS_RPS_yTratamiento_Integral_TMS_AEN.pdf Acceso el 27 de agosto de 2017.
17. Arthurson K, Worland P, Cameron H. A place to call my own: identifying best practice in housing and mental health. *SOAC.* 2007;966-74.
18. Roman N ZJ. Proceso de rehabilitación de pacientes psiquiátricos en hogares protegidos forenses. Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2012. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/handle/123456789/704> Acceso el 4 de noviembre de 2017.
19. López M, Laviana M. Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: propuestas desde Andalucía. *Rev Asoc Esp.* 2007;27(99):187-223. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352007000100016&script=sci_arttext Acceso el 1 de octubre de 2017.
20. García-Pérez O. Viviendas supervisadas para personas con trastorno mental grave en Asturias. ¿Ambiente restrictivo o abierto a la comunidad? *Pedagog Soc Rev Interuniv.* 2013;1723:123-36. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/PSRI/article/view/38003> Acceso el 1 de febrero de 2018.
21. Valencia ES, Saez H, Kool J, Fernandes J, Santos DC, Calvacanti MT, et al. Homelessness and mental health in New York City: an overview 1994-2006. *Cad Saude Colet.* 2011;19(1). Disponible en: http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/imagens/csc/2011_1/artigos/CSC_v19n1_20-26.pdf Acceso el 1 de octubre de 2017.
22. López M, Fernández L. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (III): características sociodemográficas, clínicas y de uso de servicios. *Rehabil psicoc.* 2005;2(III):28-39. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctf_servlet?_f=10&pident_articulo=13081323&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=272&ty=165&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://z1.elsevier.es&lan=es&fichero=272v2n1a13081323pdf001.pdf Acceso el 27 de agosto de 2016.
23. Álvarez M, Palma L, Cuetos M. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. *Archivos de Psiquiatría.* 2004;67(2):101-28. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Marcelino_Lopez/publication/228685756_Los_programas_residenciales_para_personas_con_trastorno_mental_severo_Revision_y_propuestas/links/5416c9a10cf2fa878ad428c9/Los-programas-residenciales-para-personas-con-trastorno-mental-severo-Revision-y-propuestas.pdf?origin=publication_list Acceso el 27 de agosto de 2016.
24. Chuaqui, J. Institucionalización psiquiátrica: el caso de los hogares protegidos de la Región de Valparaíso. *Psiquiatria y Salud Mental.* 2015;32(2):109-117.
25. Carpenter-Song E, Hipolito MMS, Whitley R. "Right here is an oasis": how "recovery communities" contribute to recovery for people with serious mental illnesses. *Psychiatr Rehabil J.* 2012;35(6):435-40.
26. Brunette MF, Mueser KT, Drake RE. A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug Alcohol Rev.* 2004;23(4):471-81.
27. Rogers E et al. Systematic review of supported housing literature 1993-2008. *Disability Research Right to Know.* Boston: Boston University; 2008.
28. Okin RL, Borus JF, Baer L, Jones A L. Long-term outcome of state hospital patients discharged into structured community residential settings. *Psychiatr Serv.* 1995;46(1):73-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7895127> Acceso el 9 de setiembre de 2016.
29. Ogilvie RJ. The state of supported housing for mental health consumers: a literature review. *Psychiatr Rehabil J.* 1997;21(2):1222-31.
30. De Heer-Wunderink C, Visser E, Caron-Nienhuis A, Sytama S, Wiersma D. Supported housing and supported independent living in the Netherlands, with a comparison with England. *Community Ment Health J.* 2012;48(3):321-7. Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3371186&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> Acceso el 21 de setiembre de 2016.
31. Nelson G, Laurier W. Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence, and transformative change. *J Soc Soc Welf.* 2010;37(4):123-46. Disponible en: http://heinonlinebackup.com/hol-cgi-bin/get_pdf.cgi?handle=hein.journals/jrlsasw37§ion=41 Acceso el 16 de setiembre de 2017.
32. López M. Alternativas comunitarias ante el estigma y la discriminación. La experiencia de Andalucía (España). *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.* 2004;50:99-109. Disponible en: http://faisem.es/contenidos/publicaciones/articulos/alter_com_andalucia_acta_04.pdf Acceso el 1 de octubre de 2016.
33. Brousseau RT. Addressing homelessness among people with mental illnesses: a model of long-term philanthropic effectiveness. *Health Aff (Millwood).* 2009;28(3):907-11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19414904> Acceso el 4 de noviembre de 2017.
34. Kirsh B, Bakewell R, Singer B, Place P. Critical characteristics of supported housing: findings from the literature, residents and service providers. Toronto; 2009. Disponible en: https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/11/Critical_Characteristics_of_Supported_Housing.pdf Acceso el 1 de octubre de 2017.
35. Goffman E. *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.* 1ª ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1961.

Manuscrito recibido el 13 de abril de 2018. Aceptado para su publicación, tras revisión, el 10 de julio de 2018.

Implementation and operation of protected residences for people with serious mental illness in Iquitos, Peru (2013-2016)**ABSTRACT**

Objective. Evaluate the implementation and operation of protected residences for people with serious mental illness in Iquitos, based on the benefits and perceived improvement in their quality of life.

Methods. Qualitative and cross-cutting study. Thirty-six in-depth interviews of residents, caregivers, neighbors, and health professionals were conducted. A sociodemographic and clinical file was completed for each resident, along with a file on managerial processes for each facility. Focus groups were conducted with managers and caregivers.

Results. Residents' previous length of stay in a psychiatric hospital was 7 years and 3 months. Only 28 % had suffered a clinical relapse in the past year. Residents reported an improvement in their quality of life and greater satisfaction with their stay in the facility compared with their stay in the psychiatric hospital. The residences evaluated are located in areas accessible to social and community services, with adequate access to transportation. Periodic supervision of caregivers, infrastructure, and residence maintenance was performed.

Conclusions. Caregivers, managers, residents, and neighbors have a positive view of residence operations.

Keywords

Social support; residential facilities; mental disorders; health care reform; services functioning; Peru.

Implementação e funcionamento de residências terapêuticas para pessoas com transtornos mentais graves em Iquitos, Peru (2013–2016)**RESUMO**

Objetivo. Avaliar o processo de implementação e funcionamento de residências terapêuticas (“pensões protegidas”) para pessoas portadoras de transtornos mentais graves segundo a percepção de benefício e melhoria da qualidade de vida.

Métodos. Trata-se de um estudo transversal qualitativo realizado em Iquitos, no Peru. Trinta e seis entrevistas em profundidade foram conduzidas com os moradores de residências terapêuticas, cuidadores, vizinhos e profissionais de saúde. Foi feito o preenchimento de uma ficha sociodemográfica e clínica para cada morador e uma ficha do processo de gestão por residência. Foram realizados grupos de discussão com gestores e cuidadores.

Resultados. A permanência prolongada anterior em instituição manicomial dos moradores das residências foi de 7 anos e 3 meses. Apenas 28% tiveram recaída clínica no último ano. Os moradores perceberam melhoria da qualidade de vida e informaram um nível maior de satisfação com a permanência nas residências terapêuticas em comparação à permanência anterior em instituição manicomial. As residências estudadas se situavam em locais acessíveis aos funcionários dos serviços sociais e comunitários, com acesso adequado ao transporte público. O trabalho dos cuidadores e a infraestrutura e manutenção das residências receberam supervisão periódica.

Conclusões. O funcionamento das residências terapêuticas é percebido favoravelmente por cuidadores, gestores, moradores e vizinhos.

Palavras-chave

Apoio social; instituições residenciais; transtornos mentais; reforma dos serviços de saúde; funcionamento dos serviços; Peru.
