

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado Plan de Intervención  
Licenciatura en Psicología  
Externación y calidad de vida: camino a la recuperación de los vínculos  
Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”  
Autor: Rodríguez, María Paz  
Legajo: PSI02743  
Docente Director de Tesis: Dr. y Mgter. Rubén M. Pereyra  
Córdoba, Diciembre 2020

## **Agradecimientos**

A mis hijos, por ser el motor de mi búsqueda de superación.

A mis padres, por estar siempre y ser un soporte fundamental.

A mi familia, por el afecto siempre intacto.

A mis amigos, por su inconmensurable paciencia y constante presencia.

A mis queridos compañeros, por su apoyo, generosidad, cariño y sostén, sin ellos hubiera sido arduo recorrer este largo camino.

A mi Docente Director de Tesis, Dr. y Mgter. Rubén Pereyra, por su guía y su ejemplo de calidad humana y excelencia profesional.

A la vida, por permitirme hacer realidad este sueño.

## ÍNDICE

RESUMEN .....	4
INTRODUCCIÓN .....	5
PRESENTACIÓN DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA DE INTERVENCIÓN .....	8
SÍNTESIS DE LA ORGANIZACIÓN O INSTITUCIÓN SELECCIONADA .....	12
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA/NECESIDAD OBJETO DE LA INTERVENCIÓN .....	21
OBJETIVO GENERAL .....	25
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	25
JUSTIFICACIÓN .....	26
MARCO TEÓRICO .....	30
Capítulo 1: Salud Mental. De la universalidad del término a la dimensión subjetiva del sufrimiento psíquico.....	30
Capítulo 1.1 – Legislación en Salud Mental. Protección a la vulneración de derechos.....	33
Capítulo 1.2 – Abordaje y prácticas en salud mental. Del asilo a la comunidad. ...	36
Capítulo 2 – Cada loco (internado) con su tema.....	40
Capítulo 3 – De la Externación.....	47
Capítulo 4 – Desarrollo Técnico Conceptual del Dispositivo .....	53
ACTIVIDADES .....	61
DIAGRAMA DE GANTT .....	78
RECURSOS .....	79
PRESUPUESTO.....	80
EVALUACIÓN .....	82
RESULTADOS ESPERADOS .....	83
CONCLUSIÓN .....	84
REFERENCIAS .....	86
ANEXOS .....	97

## **RESUMEN**

En el presente Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21 se realizó un Plan de Intervención para el Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua” de la ciudad de Río Cuarto, Provincia de Córdoba.

A partir del análisis de la institución, comprendiendo su idiosincrasia y las características que le dan identidad y basándose en la información recogida sobre los espacios de atención y servicios que la instituyen, es que se delimitó la necesidad a partir de la cual se realizó el siguiente trabajo.

La misma se refiere a la externación de pacientes, posibilitando que los mismos recuperen sus lazos familiares y sociales, se reinserten de la mejor manera posible a su ámbito familiar y social mediante el fortalecimiento de sus vínculos, de su autonomía, y la mejora de su calidad de vida.

Por lo ya mencionado se propone la aplicación de un dispositivo Hospital de Día, implementado diferentes actividades a lo largo de seis (6) encuentros, con una frecuencia de uno (1) por semana y dos (2) actividades en cada encuentro, todo esto destinado a fortalecer el logro de la externación, pudiendo ser este plan de trabajo un facilitador de este proceso, partiendo de la presunción de capacidad de los individuos con padecimiento psíquico.

Se contempla la evaluación de impacto de la intervención con el objetivo de reconocer su fortaleza como así también establecer recomendaciones para futuras aplicaciones.

Palabras Clave: Externación - Calidad de Vida - Vínculos - Autonomía – Hospital de Día.

## INTRODUCCIÓN

No sabremos decir nunca que es lo que nos encierra, lo que nos cerca, lo que parece enterrarnos, pero sentimos, sin embargo, no sé qué barras, que rejas, que paredes. ¿Todo esto es imaginario, fantasía? No lo creo; y después uno se pregunta: Dios mío ¿será por mucho tiempo?, ¿Será para siempre? Tú sabes cómo puede desaparecer la prisión. A base de afecto profundo. A base de ser amigos, ser hermanos, amar: así se abre la prisión como una fuerza soberana, como un encanto poderoso. Pero el que no tiene esto permanece en la muerte. Pero allí donde la simpatía renace, renace la vida. Además la prisión se llama algunas veces prejuicio, ignorancia fatal, desconfianza, vergüenza.

Todo el mundo tendrá quizás un día neurosis, histeria, u otra cosa. ¿Pero no existe el contraveneno? En Delacroix, en Berlioz, en Wagner? Y en verdad nuestra locura artística en todos nosotros, yo no digo que sobretodo en mí, no me haya herido hasta la médula; pero digo y mantendré que nuestros contravenenos y consuelos pueden, con un poco de buena voluntad, ser considerados como ampliamente eficaces.

Todo tuyo,

Vincent

30 de enero de 1889

Tuvieron que pasar más de 70 años para que el contraveneno que menciona Vincent Van Gogh (1889) en un párrafo de una de las tantas cartas que escribió a su hermano Théo durante su encierro en un hospital psiquiátrico, se corporizara como paradigma contrahegemónico en las prácticas de desmanicomialización sustentadas por

el cuestionamiento al modelo médico manicomial que se basa en el internamiento crónico, promoviendo prácticas alternativas a éste.

Este giro en el modo de pensar el proceso de salud-enfermedad mental es dado por diferentes disciplinas sociales que comienzan a cuestionar las prácticas psiquiátricas con su modalidad asilar en la cura de los enfermos. Estas corrientes teóricas enfatizan lo social en la producción de la enfermedad y, consecuentemente, focalizan en la sociedad el espacio para la cura.

Esta redefinición se fundamenta principalmente en el cierre definitivo del manicomio y en la transformación total del modo de atención de la práctica psiquiátrica con la finalidad de recrear o crear redes vinculares y sociales que posibiliten la contención extramuros. (Sampayo, 2005).

Es ampliamente reconocido que las relaciones sociales son uno de los principales aspectos de la vida de las personas que se ven afectadas por la presencia de un trastorno mental severo. Sin embargo, las instituciones diseñadas para el tratamiento de tales afecciones –los hospitales psiquiátricos– contribuyeron durante mucho tiempo al empobrecimiento relacional de las personas atendidas, en tanto generaban distanciamiento de los lugares de origen y aislaban a las personas internadas de espacios cotidianos de socialización, lo que producía efectos iatrogénicos.

A partir de ello, los movimientos de reforma en salud mental han procurado modificar dicha situación, tomando como uno de sus ejes de acción el mejoramiento de los vínculos de las personas con trastorno mental severo mediante su recuperación, ampliación y fortalecimiento. La inclusión de personas con trastorno mental severo en la vida cotidiana no solo las beneficia –en la medida en que les posibilita fortalecer sus redes sociales– sino que, a su vez, enriquece a los demás integrantes de la comunidad, en tanto les permite ampliar sus redes sociales y les brinda la oportunidad de vivenciar y

practicar la convivencia con la diferencia como parte fundamental de la vida en sociedad. (Ardila-Gómez, Hartfiel, Fernández, Ares Lavalle, Borelli y Stolkiner, 2016).

El presente plan de intervención aborda la necesidad de favorecer la externación de los pacientes internados en el Servicio de Salud Mental del Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”, de la ciudad de Río Cuarto, teniendo como horizonte propiciar su autonomía, y como brújula la presunción de capacidad de las personas con padecimiento mental, vehiculizando este proceso mediante la implementación de un dispositivo grupal que permitirá no solo brindar herramientas para que los pacientes fortalezcan sus vínculos, si no también visibilizar que de no implementarse estas actividades se presume que no habría mejora en la calidad de vida de aquellos individuos que no puedan fortalecerse mediante estas prácticas, para incluirse en su medio social y familiar, brindando así igualdad de oportunidades, posibilitando que accedan a una vida independiente, enfatizando la no discriminación y la accesibilidad universal, desde un enfoque de derechos humanos.

## **PRESENTACIÓN DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA DE INTERVENCIÓN**

Se considera a La Nueva Ley Nacional de Salud Mental 26657 (Ley N° 26657, 2010) como una disrupción de un paradigma donde el modelo de salud mental, en relación a la internación de personas con padecimiento psíquico, quedaba en algunos casos, fuera del ámbito de su voluntad, modificándose hacia un modelo de salud mental fundado en los derechos humanos, en la autonomía de la persona, en el respeto por su dignidad y en prácticas tendientes a la desinstitutionalización de las personas con padecimiento mental, situando a los usuarios del sistema de salud mental como sujetos de derecho. Al decir de Galende (2107) “se cuestiona el supuesto de la cronificación, poniendo énfasis en los procesos de rehabilitación y prevención, a la vez que, a través del respaldo a la atención por equipos multidisciplinarios, regula y controla el poder ejercido por los psiquiatras en sus prácticas.”

En su artículo 3°, dicha Ley “reconoce a la salud mental, como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. (Ley N° 26657, 2010, art. 3)

“Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas”. (Ley N° 26657, 2010)

Basándose en dicha presunción es que se hace necesario adecuar los programas y los dispositivos para el logro de la externación y la reinserción de la persona a su ámbito familiar y social, reconociendo los obstáculos y los facilitadores de este proceso, tanto subjetivos como objetivos. En relación a la realización de un plan de intervención para facilitar la externación de las personas internadas en el Servicio de Salud Mental

del Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonino de Padua, es que se elige la línea estratégica Nuevos Paradigmas en Salud Mental.

“Un paradigma es un modelo, patrón o ejemplo que debe seguirse ante determinada situación. Pensar en salud y enfermedad es pensar en un modelo de conceptualizar al hombre como tal. Los modelos de abordaje de las personas, en cuanto a salud y enfermedad se refieren, han cambiado con la historia de la humanidad. Actualmente, este recorrido en la historia del hombre, hace pensar en la posibilidad de nuevos modelos de salud mental, que contemplen la complejidad de la naturaleza humana en todas sus formas de expresión”. (Universidad Siglo 21, Canvas, 2019).

Un paradigma puede definirse como “una teoría o conjunto de teorías cuyo núcleo central se acepta sin cuestionar y que suministra la base y modelo para resolver problemas y avanzar en el conocimiento”. (Real Academia Española, 2019)

El término paradigma ha sufrido una evolución y presenta una polisemia de significados provistos por diferentes autores a lo largo de la historia, desde los griegos a la actualidad, y reconociendo en Tomas Khun, físico y filósofo norteamericano, como quien le dio una relevancia a este término en el ámbito de la epistemología y la sociología del quehacer científico. En los años sesenta Khun, influenciado por el trabajo de muchos otros pensadores, define a los paradigmas como "realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica" (Kuhn, 1986), siendo éste el primer significado que el autor atribuye al vocablo. (González, 2005).

T. S. Kuhn propone en su libro “La estructura de las revoluciones científicas” un enfoque que permite la comprensión, en una perspectiva histórica, de los cambios que se han producido en la ciencia a través de los tiempos. Esto, según afirma Grinspun

(1974), lo hace a partir de la descripción esquemática del desarrollo científico, con lo cual logró identificar una estructura básica en la continua evolución de la ciencia. Kuhn concibe entonces este desarrollo como una continua sucesión de las soluciones a la tensión esencial que se da entre fuerzas conservadoras, orientadas hacia la permanencia, y fuerzas innovadoras, dirigidas hacia el cambio, en el contexto de las denominadas tradiciones científicas, es decir, los sistemas "complejos de teorías, conceptos, problemas, normas, criterios, valores y metodologías" (Velazco, 1997, p. 162) compartidos por los miembros de una comunidad científica; cuando las tensiones entre conservación y cambio se resuelven a favor de éste último, se producen avances o progresos en la ciencia, los cuales se presentan como "episodios extraordinarios en que tienen lugar cambios de compromisos profesionales y se rompe la tradición a la que está ligada la actividad de la ciencia normal" (Kuhn, 1986), los cuales son asumidos como rupturas revolucionarias no acumulativas. (Citado en González, 2005).

Montero (1992), entre tantos otros autores, ha propuesto una tentativa para clarificar el sentido del término utilizado por Kuhn, para reducir su polisemia. Ella identificó grupos de significados que aluden a diferentes maneras de concebir los paradigmas y que pueden ser interpretados como "entidades metafísico-filosóficas, entidades sociológicas y artefactos o constructos concretos". (Citado en González, 2005)

A su vez las diferentes concepciones de paradigmas los agrupa en cuanto a su ámbito de aplicación, obteniéndose los siguientes grupos de significados: aquellas que conciben el paradigma como un modelo filosófico o epistemológico; las que lo conceptualizan como un modelo metodológico del cual se originan instrumentos, herramientas y modos de actuar para la solución de los problemas; y las que lo asumen como un modelo o ejemplar de logro científico. (Universidad Siglo 21, Canvas, 2019).

Al decir de García Guadilla (1997) “el paradigma hace referencia a un consenso institucionalizado, implícito, en cuyo marco se insertan los criterios de acuerdo con los cuales se enjuicia la validez del quehacer profesional de los miembros de la comunidad que comparten el paradigma, el cual proporciona problemas de investigación y modos de abordarlos, así como también criterios para enjuiciar la validez de las soluciones propuestas, vocabulario e instrumental, tanto conceptual como práctico. En resumen, un paradigma proporciona a los miembros de la comunidad científica que lo aceptan, una visión global de su campo de trabajo, de las normas de investigación y de los posibles problemas a resolver, tanto como de los patrones y tipos de soluciones posibles, aceptables; de modo que el paradigma organiza y define la práctica profesional de los miembros de la comunidad que lo aceptan.” (Citado en González, 2005)

A la luz del nuevo paradigma en salud mental se modifican las prácticas institucionales, tanto en el abordaje del padecimiento psíquico, abordaje desde una perspectiva de salud y no desde la enfermedad, no centrándose en las debilidades sino también en las fortalezas y capacidades de las personas, en sus aspectos saludables, como así también se modifican aquellas del ámbito de la internación, debiendo primar la restitución y reforzamiento de los lazos sociales.

En el presente trabajo final de grado de la Carrera de Psicología, se prioriza la importancia que desde el nuevo paradigma se le da al concepto de desmanicomialización, cuya práctica implica reducir la brecha en los tratamientos, el estigma, la exclusión social y la violación de los derechos humanos en el campo de la salud mental. (Ferro, 2010)

## **SÍNTESIS DE LA ORGANIZACIÓN O INSTITUCIÓN SELECCIONADA**

La institución elegida para desarrollar el plan de intervención es El Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”, y específicamente el Servicio de Salud Mental del mismo.

Esta, como toda institución, cuenta con una historia cuya descripción permite visualizar, mediante su recorrido, los acontecimientos que a la fecha le dan su identidad.

En el año 1948 se creó el Hospital Regional de Río Cuarto, con dependencia del Estado Nacional formando parte de un plan de creación de hospitales. En ese momento el ministro de Salud Pública era el Dr. Ramón Carrillo, reconocido sanitarista argentino.

“Durante el desempeño de sus funciones, Carrillo llevó a cabo una transformación sin precedentes en la salud pública de Argentina, con una concepción social de la medicina”. (Universidad Siglo 21, Canvas, 2019) Al momento de la creación de los hospitales públicos, se estableció también que la atención de la salud fuera de carácter gratuito.

Por aquel entonces el hospital estaba situado en la Calle General Mosconi 486, del Barrio Las Ferias, en la Ciudad de Río Cuarto.

Al comienzo de su funcionamiento el hospital trabajaba en el nivel de atención secundaria de la salud, pero no contaba con la complejidad del tercer nivel de atención. Solo contaba con cuatro especialidades básicas: clínica médica, cirugía, pediatría y tocoginecología. A medida que pasaron los años se incorporaron nuevas especialidades y recién en el año 1969 se inauguró el Servicio de Salud Mental, por iniciativa del entonces Instituto Nacional de Salud Mental. El Servicio de Salud Mental comenzó a funcionar bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica. Su apertura formó parte de la creación de unidades efectoras de salud mental en hospitales generales. (Universidad Siglo 21, Canvas, 2019)

A la fecha, el centro de referencia en salud mental y adicciones es el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. (Ministerio de Salud, 2020)

En el año 1978, durante el gobierno de facto, algunos hospitales públicos nacionales se transfirieron a los Estados provinciales, y fue durante esa época que asumió el cargo de Director del Hospital de Río Cuarto, un médico militar, y se produjo el traslado del Servicio de Salud Mental, que hasta ese momento funcionaba de manera independiente en el Hospital Regional de Río Cuarto, hacia el Hospital San Antonio de Padua, que brindaba atención a tuberculosos, pero que se encontraba casi totalmente desocupado. En ese momento, se constituyó casi totalmente en un servicio para alcoholismo y patologías psiquiátricas crónicas.

“En el año 1984, se creó la Dirección de Salud Mental en la Provincia de Córdoba. Esto y la apertura democrática significaron un importante crecimiento para el servicio, de modo tal que la atención comunitaria y el área de Rehabilitación se plantearon con estrategias terapéuticas no tradicionales que incluían teatro, talleres literarios, artesanías, huerta, etcétera. Debido a las mayores afluencias de profesionales y preocupación por la salud mental, se produjeron cambios en la dinámica de trabajo.” (Universidad Siglo 21, Canvas, 2019)

En el año 1993 se produjo nuevamente el traslado del servicio al Hospital Central de Río Cuarto debido al cierre del Hospital San Antonio de Padua. Esto sucedió en el marco de las nuevas políticas de transformación de la salud mental, con un nuevo enfoque que se denominó “democratización de la salud mental”. En ese mismo año, se incorporó la RISaM (Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental). Desde esa fecha ingresaron tres grupos de residentes, uno por cada año. En 1995 ingresó el último grupo y, a partir de esa fecha, no hubo más residentes hasta casi diez años después, en el año 2004, cuando se reabrió, y continúa funcionando hasta la actualidad.

El 29 de diciembre de 2004, la sede del Hospital Regional de Río Cuarto se trasladó a donde se encuentra hoy en día, domicilio sito en Calle Guardias Nacionales 1027, de la Ciudad de Río Cuarto. A partir de esa fecha queda inaugurado el Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”. El Servicio de Salud Mental, quedó funcionando en el viejo predio, pero con total dependencia del hospital.

El Servicio de Salud Mental “fue uno de los primeros que se creó en el interior del país, contando desde sus inicios con un perfil multidisciplinario. Contaba con un amplio equipo de salud que incluía a psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, técnicos en electroencefalogramas y personal de enfermería. En cuanto a elementos materiales de utilidad e infraestructura, se contaba con una cámara Gesell, un salón de actos y un horno de cerámica. Tanto los recursos humanos, técnicos o de infraestructura como los financieros eran propios, sustentados con dinero que provenía del Estado”. (Universidad Siglo 21, Canvas, 2019).

Es de importancia destacar que la creación de Servicios de Salud Mental formaba parte en ese entonces de una política de transformación de la salud mental como disciplina. Hubo movimientos precursores de estas políticas como el movimiento anti psiquiátrico, la psiquiatría social y comunitaria y las corrientes de psicoterapia individual.

También cabe destacar como importante en la historia y evolución de estas políticas de transformación, que se orientaban ya a un enfoque de derechos y desestigmatización social de la enfermedad mental. Aun así, por aquel entonces todavía no se planteaba la transformación de los hospitales monovalentes, que respondían aún a un modelo manicomial. (Universidad Siglo 21, Canvas, 2019)

A partir de mayo de 2010, ante un cambio de gestión en el servicio, se comenzaron a generar cambios de enfoque y apertura a nuevas prácticas dentro de éste.

El servicio se encontraba sólidamente organizado en cuanto al área asistencial, tanto en prácticas ambulatorias como en internación. El sistema de atención por guardia funcionaba correctamente, al igual que lo referido a la capacitación en servicio, los sistemas de capacitación de posgrado, la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental y la Residencia de Psiquiatría, de acuerdo con las disposiciones vigentes.

En el año 2011, se crearon de dos áreas hasta el momento inexistentes en el servicio: Hospital de Día e Intervención en Comunidad.

En septiembre de 2014, se produjo el traslado del Servicio de Salud Mental al Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”.

“Uno de los objetivos que motivó este proceso de traslado fue el de adecuar el modo de abordaje de la salud mental a los fundamentos filosóficos y epistemológicos que subyacen a las nuevas leyes de salud mental, tanto provincial N. ° 98481 como nacional N. ° 266572.” (Universidad Siglo 21, Canvas, 2019)

En cuanto al funcionamiento actual del servicio, se puede constatar mediante la lectura provista por la Universidad Siglo 21 (2019), que el foco de atención está puesto en la promoción de prácticas de salud en la comunidad, desalentando aquellas puramente institucionales y que uno de los aspectos importantes que presenta es el cambio de estatus del recurso de internación, “que pasa de ser un fin en sí mismo, una medida correctiva o represiva, a ser un recurso más dentro de un amplio espectro de herramientas para el abordaje del padecimiento psíquico, junto con la dimensión social y comunitaria de la enfermedad.”

El perfil de funcionamiento y abordaje de atención en salud mental está asentado en un marco político cuyos ejes principales son: el enfoque de derechos para el campo de la salud y la atención puesta a los derechos humanos en lo que se refiere a la salud

mental. Por esto mismo “se desalientan las prácticas de encierro, castigo y violencia subjetiva conocidas como modelo manicomial.”

El servicio, en su modalidad de atención, cuenta con dos ejes de acción: un eje asistencial, para pacientes con cuadros psicopatológicos definidos y la demanda de interconsulta y trabajo interdisciplinar, asistiendo a equipos médicos de otras áreas.

El sistema de atención está compuesto de la siguiente manera:

- Atención por guardia
- Atención ambulatoria (comprende el consultorio externo y el grupo terapéutico)
- Sección Infanto Juvenil
- Internación
- Sección Intervención Comunitaria

Esta última sección se inauguró en el año 2011. Funciona dentro del sector de Hospital de día. Se creó por la necesidad de implementar un modelo de abordaje con foco en la comunidad para “promoción y el sostenimiento de la salud de quienes padecen problemáticas de orden psíquico, con base en la estrategia general de la atención primaria de la salud (APS).” (Universidad Siglo 21, Canvas, 2019)

Hasta su creación el perfil de abordaje era de tipo asistencial y ambulatorio, y de intervención en crisis. Las estrategias preventivas de acción comunitaria pusieron en evidencia su lugar relevante en la reducción de la demanda hospitalaria, con base en la promoción de otros recursos, como las redes locales.

“Esta propuesta responde a uno de los objetivos de la salud mental, que consiste en promover una mirada e intervención integrales sobre el sujeto y brindar una respuesta inclusiva en lo social a quien padece problemáticas de orden psíquico.

Desde este dispositivo de abordaje, se concibe al sujeto ubicado entre procesos de salud y enfermedad, inmerso en situaciones vitales más o menos saludables, considerando que tanto las realidades de los individuos como de las instituciones se vinculan estrechamente con su contexto de emergencia.” (Universidad Siglo 21, Canvas, 2019)

El modelo comunitario de atención en salud mental tiene tres perfiles de orientación básicos: clínico, social y el epidemiológico y su objetivo primordial es promover la acción participativa en tareas de prevención con compromiso comunitario, priorizando el cuidado, la rehabilitación, la promoción y el resguardo de la integridad personal de los pacientes, con vistas a la integración e inclusión social.

El diagnóstico participativo comunitario es la herramienta metodológica principal y el rol de esta sección es el de la coordinación de programas entre los que se encuentra el programa de externación asistida.

- Hospital de Día

En el año 2011 se inaugura el Hospital de Día (en adelante HD), dispositivo terapéutico grupal cuyo objetivo es contar con un espacio terapéutico intermedio entre la hospitalización y la atención por consultorio externo; la implementación de este dispositivo aspira a la no cronificación de los sujetos en una institución de salud mental.

Se trabaja de manera interdisciplinaria para lograr la restitución psicológica, social y familiar de las personas con algún padecimiento psíquico y evitar la exclusión familiar y/o social.

El HD cuenta con criterios de inclusión y de exclusión para el ingreso al mismo, pero más allá de estos criterios existe flexibilidad en la admisión considerando cada caso en particular.

Las actividades que desarrolla el HD son principalmente la realización de talleres con finalidad terapéutica.

A continuación se nombran algunos de los talleres que con los que cuenta en la actualidad el HD:

- Lectura de Diarios
- Taller de Literatura
- Taller de Arte
- Taller de Teatro
- Taller de Comunicación

- Taller de Estimulación Cognitiva
- Taller de Autogestión (cocina, venta de productos comestibles, manualidades)
- Taller de Autocuidado
- Asamblea de Pacientes
- Taller de Folclore
- Actividades de la Vida Cotidiana

A la fecha (2018) no estaban en funcionamiento los Talleres de Huerta, de Computación, de Cocina, de Expresión Musical, De Cine y de Cine-Debate, de Pre alta, Desayunos-debate y actividades con perros.

La dinámica de trabajo del HD consiste en un abordaje desde la salud, centrándose en los aspectos saludables del paciente promoviendo sus recursos personales y potencialidades y fomentando la confianza en sus propias capacidades.

Se sostiene una concepción de sujeto de derecho, propiciando que la persona pueda incorporarse en distintos espacios sociales, aceptando sus limitaciones y potencialidades.

“La idea es que estos sujetos puedan tener una actitud activa, lograr autonomía e independencia. Por medio de las actividades grupales, se espera que internalicen modelos de interacción saludables y establezcan vínculos. Se trabaja en la construcción y mantenimiento de lazos sociales con la finalidad de trasladar los modelos de interacción ofrecidos desde HD hacia el afuera de la institución. De este modo, HD se ofrece como elemento facilitador de esa transición”. (Universidad Siglo 21, Canvas, 2019)

En octubre de 2018, HD estrenó su logo, diseñado con la participación de pacientes y profesionales.



Imagen 1: Hospital de Día del Servicio de Salud Mental, 2018.Extraído de (Universidad Siglo 21, Canvas, 2019)

Existe a su vez en el Servicio de Salud Mental un espacio para ex presos víctimas del terrorismo de Estado, único en el país.

La misión del hospital es atender a la salud de la población en general, perteneciente a la región que comprende los cuatro departamentos del sur de la Provincia de Córdoba, con una población estimada en 450.000 habitantes. Para cumplir esta misión, las acciones son preponderantemente de prevención, asistencia y rehabilitación de las enfermedades en los niveles 2 y 3 (acciones de mediana y alta complejidad). En menor medida y solo accesoriamente, despliega acciones de promoción de la salud, prevención y asistencia de enfermedades del primer nivel (baja complejidad), dado que este es competencia de la jurisdicción municipal

La visión de la institución es preservar la salud de las personas, evitar las enfermedades, sin desconocer las condiciones de vida de la población como así también su calidad de vida. También el objetivo es, una vez que la enfermedad se presenta, y luego del abordaje de la misma, “lograr el mayor nivel de recuperación”, (Universidad Siglo 21, Canvas, 2019) mediante una rehabilitación integral en sus aspectos biológicos, sociales y psicológicos.

A continuación se adjunta el organigrama de la institución:

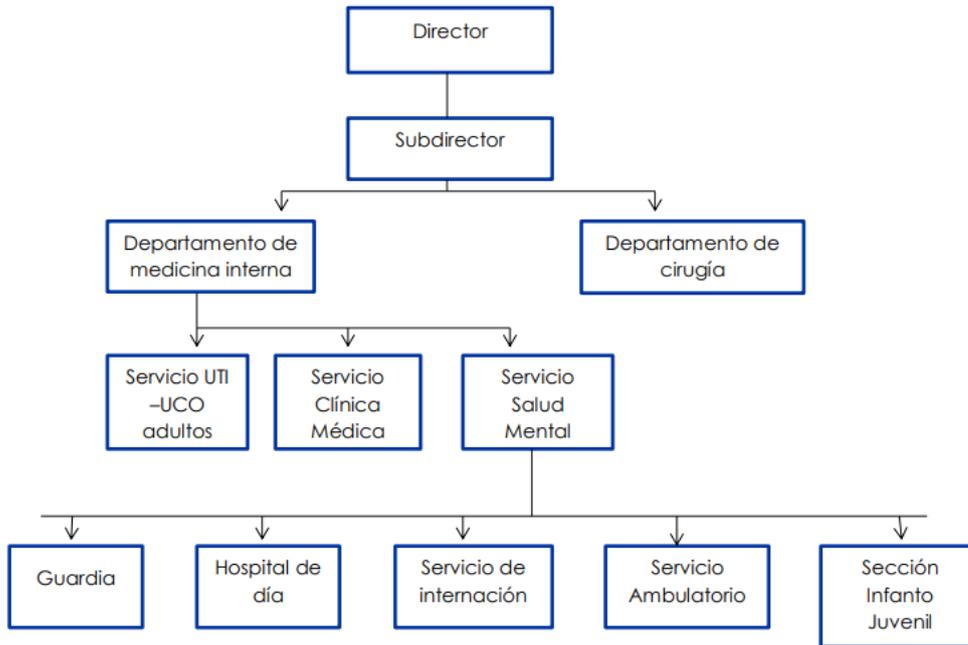


Imagen 2: Organigrama Hospital Río Cuarto "San Antonio de Padua". (Quirós Feijoo, 2019)

## **DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA/NECESIDAD OBJETO DE LA INTERVENCIÓN**

Luego de la exhaustiva lectura de la información que brinda la Universidad Siglo 21 (2019) en relación al Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”, y a su vez la escucha de las entrevistas a profesionales, se pueden mencionar las siguientes problemáticas y/o necesidades:

- Reactivación de talleres correspondientes a actividades realizadas por el HD que a la fecha han dejado de funcionar.
- Escasez de recursos humanos para prestación de servicios en Salud Mental
- Agotamiento del personal que presta sus servicios
- Falta de espacio físico
- Desarrollo de nuevos proyectos en relación al HD
- Inexistencia de programas de reinserción para pacientes internados
- Fortalecimiento del trabajo de externación
- Promoción del trabajo con grupos de familias de modo permanente

De las problemáticas nombradas, las siguientes serían aquellas abordables desde la Psicología:

- Agotamiento del personal que presta sus servicios
- Fortalecimiento del trabajo de externación
- Promoción del trabajo con grupos de familias de modo permanente

Y de todas ellas, en este trabajo final de grado, se toma en consideración que el recurso de internación es una de las tantas herramientas para el abordaje del padecimiento psíquico, pero que el objetivo primordial es el de promover la reinserción de la persona a su ámbito familiar y social, poniendo especial énfasis en la recuperación o promoción de su calidad de vida, el reforzamiento de los lazos sociales y el fortalecimiento de las capacidades y la autonomía de la persona.

En la lectura del material consultado (Universidad Siglo 21, Canvas, 2019) se hace referencia a que no existen programas de reinserción para pacientes internados aunque sí se realizan prácticas en el dispositivo Hospital de Día cuyos objetivos son la rehabilitación y la reinserción socio comunitaria de los sujetos.

Pero aun así, existiendo prácticas destinadas a facilitar la externación de los pacientes, es a partir de lo expuesto en la entrevista realizada a la Coordinadora del Hospital de Día - Hospital Río Cuarto "San Antonio de Padua", Mabel Nieto, (Universidad Siglo 21, 2019) quien hace referencia a la necesidad de fortalecer el trabajo sobre la reinserción del paciente a la comunidad a través de la recuperación y fortalecimiento de sus lazos familiares y sociales, que se detecta la necesidad de elaborar un plan de intervención destinado a fortalecer los vínculos familiares de los pacientes previos a la externación, promoviendo la calidad de vida de las personas mediante la promoción de la autoestima, la autonomía y la presunción de capacidad de la persona, todo lo que cual se basa en un abordaje desde la salud y desde las potencialidades de las personas.

“El abordaje de la problemática psicopatológica tiene un carácter holístico, integral e integrador porque se entiende que el ámbito social y cultural de pertenencia del paciente es el lugar donde la problemática subjetiva emerge y es indudable que todo padecimiento subjetivo interactúa inevitablemente con el medio, tanto en su producción como en su recuperación. Por ese motivo, en el modelo de abordaje integral se incluyen todos los referentes sociales del paciente, entre los cuales está incluida la familia. (Universidad Siglo 21, Canvas, 2019).

Al pensar en el plan de intervención se hace mención a una necesidad que se deslinda de la información brindada por referentes de la institución, en relación a como definen “necesidad” Iñigo Carrión Rosende y Iosune Berasategi Vitoria (2010, p. 21) "la discrepancia entre lo que es y lo que debería ser, es decir, la diferencia entre la situación actual y la situación deseada". (Citado en Universidad Siglo 21, Canvas, 2019).

La necesidad dilucidada de la información brindada por la institución y elegida para este plan de intervención es la de la externación de los pacientes internados en el Servicio de Salud Mental, promoviendo su calidad de vida, mediante el fortalecimiento de sus lazos familiares y sociales. Dicha necesidad es congruente con la línea estratégica seleccionada ya que los nuevos paradigmas de salud mental abogan por el respeto a los derechos y a la dignidad de las personas con padecimientos mentales, promoviendo el fortalecimiento de sus capacidades y potencialidades, desde un abordaje desde la salud, facilitando “procesos de reinserción social a través de la integración de las personas con padecimiento mental en su red de vínculos familiares y comunitarios”. (Ley 9848, art. 5, 2010)

Como antecedente local se puede nombrar el trabajo realizado por Arizó, Ramos, y Serafín (2018) donde se describe la experiencia de un equipo interdisciplinario de acompañamiento a pacientes en la externación de un hospital monovalente de la provincia de Córdoba, donde se plantea la creación de una “casa de convivencia” para alojar a pacientes externados con padecimiento mental y con dificultades para obtener un lugar de residencia.

Se destaca la realización de un taller de Vida Cotidiana como dispositivo para trabajar aspectos de la vida cotidiana tales como: hábitos, costumbres, actividades e intereses, que se perdieron o se deterioraron a raíz de la institucionalización. (Arizó et al., 2018)

El objetivo es promover la desinstitucionalización y la intervención “plantea el modo de acompañarlos en el transitar desde el hospital hacia la vida en comunidad, procurando restablecer, facilitar y promover redes de contención socio-familiar,

trabajando en la cotidianeidad de cada uno para lograr su mayor autonomía, previniendo internaciones prolongadas”.(Arizó et al., 2018)

Como conclusión de esta experiencia centrada en la transformación de prácticas hospitalarias de internación prolongadas, las autoras Arizó et al. (2018) manifiestan que ha arrojado resultados positivos en cuanto a externaciones e inclusión social.

**OBJETIVO GENERAL**

Favorecer la externación de pacientes adultos internados en el Servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua” mediante la realización de un dispositivo Hospital de Día.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Fortalecer los vínculos familiares y sociales.
- Mejorar la calidad de vida.
- Fomentar la autonomía.

## JUSTIFICACIÓN

La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 se plantea como paradigma alternativo al poner en cuestión la lógica manicomial y el sintagma locura-peligrosidad; inaugura un nuevo proceso de tensión entre lo instituido y lo instituyente en salud mental.

Definida como bien público (art. 45 de dicha regulación), comprende un piso básico de derechos que deben cumplirse en forma efectiva desde su promulgación en todo el país.

Al promover abordajes interdisciplinarios e intersectoriales, plantea que la atención de la salud mental debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, debe basarse en los principios de la atención primaria y orientarse al reforzamiento, a la restitución o a la promoción de los lazos sociales. (Tisera, Leale, Lohigorry, Pekarek y Joskowicz, 2012)

La construcción de lazos constituye un eje del proceso de rehabilitación a través de la promoción de todo tipo de actividades: laborales, culturales, políticas, recreativas, de espacios de encuentro e intercambio entre diferentes actores.

“El espacio hospitalario, luego de internaciones que se prolongan en el tiempo, comienza a ser el único lugar donde se desarrolla la vinculación social. Las personas internadas comienzan a vivir una trama social puertas adentro en detrimento del afuera”. (Tisera et al., 2012)

Iniciar, continuar y/o consolidar procesos desinstitucionalizadores es el desafío que hoy deben asumir las políticas y las prácticas en el área de la Salud Mental. (Faraone, Valero, Rosendo y Torricelli, 2011)

Varios documentos de Naciones Unidas, (La Asamblea General de 1990, “Principios para la Atención de Salud Mental”), la Declaración de Caracas (1990) entre otros, centralmente dirigidos al cierre y eliminación de los hospitales psiquiátricos,

precedieron y otorgaron los antecedentes para la legislación argentina. Esto es lo relevante de nuestra Ley 26.657, que avanzó hacia una transformación profunda de la relación del Estado con las personas con sufrimiento mental, sintetizado en “la perspectiva de derechos humanos y la integración socio comunitaria de los pacientes”.

Se hace imprescindible destacar que la nueva ley es un instrumento de trabajo que señala el camino que se debe recorrer para lograr deconstruir definitivamente la política asilar, y que esta deconstrucción significa fundar una nueva experiencia sobre la locura cuyos ingredientes mayores son alojar a quienes padecen sufrimiento mental en el seno de lo humano, con respeto ético a su dignidad personal, con resguardo de todos sus derechos como ciudadano, como vulnerable por su padecimiento y merecedor de que el Estado lo proteja para que pueda ejercerlos en plenitud y, especialmente, para lograr desarmar el estigma, un imaginario construido en estos doscientos años de un sujeto peligroso tratado con la exclusión de la familia y la sociedad. (Sabin Paz, Díaz Jiménez, Ribeiro Mieres, Giglia, Soberón Rebas, Rodríguez y Salerno, 2015)

El nuevo paradigma de atención entiende al “usuario” desde una perspectiva integral, priorizando la autonomía, la subjetividad y libertad de los/as mismos/as. Acorde a ello, se establecen abordajes interdisciplinarios y comunitarios que propicien la participación social, cultural y económica de las personas con padecimiento mental, entre los que se inscriben los “emprendimientos productivos en salud mental”. (Guaresti, 2018)

La nueva legislación, otorga un rol protagónico a la construcción de una serie de dispositivos ambulatorios por sobre los tradicionales modelos de internación. Esta propuesta marca un quiebre con las “lógicas de encierro” y tienen la intención de reemplazar al hospital monovalente por una red comunitaria con internaciones cortas y

diversos dispositivos de integración comunitaria que den contención y herramientas a los/as pacientes a la hora de transitar su externación.

Entre otras cosas, los centros de día propusieron organizar diferentes espacios y actividades conocidos como “talleres” que pretendidamente tienen el objetivo de despertar las subjetividades arrasadas de los/as pacientes cronificados/as en el hospital psiquiátrico e incursionar en diferentes estrategias que tienen como fin último regenerar vínculos sociales perdidos por la sobre-institucionalización. Estas estrategias buscan trabajar en distintos planos de la vida de un/a usuario/a y acompañar su externación, atendiendo a diferentes demandas o necesidades de los/as mismos/as en cada caso. (Guaresti, 2018)

Se entiende al proceso de externación como la serie de procedimientos y acciones que se ponen en juego con el fin de lograr el acceso a la autonomía psicosocial de los usuarios de un servicio de salud mental como es la internación. (Tisera, Bavio y Lenta, 2009)

Como antecedente que denota la relevancia de la temática en cuestión, se menciona una investigación exploratoria-descriptiva de un Programa de Preatlta del Hospital Borda, dedicado en forma intensiva a la habilitación y rehabilitación de las capacidades productivas, sociales y/o laborales de los pacientes, donde se releva el proceso de externación, indagando de qué manera se desarrolla este proceso de acompañamiento institucional necesario para una persona con sufrimiento mental que ha atravesado una internación.

La salud mental debe ser considerada como un todo inescindible de la salud en general y todas las herramientas que se pongan en juego para una persona que ha sufrido algún padecimiento mental tiene que tener como objetivo su recuperación y su inclusión en el ámbito social lo más rápido posible. Se reconoce a la salud mental como

un proceso social vinculado con el cumplimiento de derechos relacionados con el trabajo, la vivienda, el bienestar, la seguridad social, la educación, la cultura y un medio ambiente saludable. El programa nombrado, propone priorizar las acciones y servicios de carácter ambulatorio destinados a la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción social. (Tisera et al, 2009)

Es a partir de la necesidad percibida en el Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua” (Universidad Siglo 21, Canvas, 2019), de fortalecer el trabajo con las familias de las personas internadas para lograr su reinserción social, y a partir de la relevancia que el tema de la externación en el área de la Salud Mental posee, que se establece la motivación de realizar un plan de intervención para propiciar la externación de los pacientes adultos internados en el Servicio de Salud Mental, favoreciendo el fortalecimiento de sus lazos sociales y familiares y ayudando a la mejora de su calidad de vida, mediante la implementación de un dispositivo de Hospital de Día.

## MARCO TEÓRICO

*“...Qué tal si deliramos por un ratito, qué tal si clavamos los ojos más allá de la infamia para adivinar otro mundo posible...”*

*Eduardo Galeano.*

### **Capítulo 1: Salud Mental. De la universalidad del término a la dimensión subjetiva del sufrimiento psíquico.**

La definición de la salud mental es un problema recurrente y lo seguirá siendo mientras se continúe esperando una cristalización del concepto para su aplicación permanente y totalizante. La dificultad para conceptualizar la salud mental está en su misma esencia: siendo su materia oriunda de las ciencias sociales, sus determinantes y condicionantes se deben buscar en el campo político, económico y social y no sólo en el biológico o psicológico, como comúnmente ocurre. Los tres grandes obstáculos que impiden la conceptualización de la salud mental son: 1) El paradigma racional-biologicista del problema-solución, que lleva a las falsas dicotomías salud/enfermedad, médico/paciente y enfermedad/curación; 2) la referencia a la salud mental como un problema centrado exclusivamente en el campo individual, intra-psíquico y patológico, que excluye los problemas relativos a las causas sociales; 3) la descontextualización de los estudios sobre la salud mental respecto al campo de ocurrencia de los fenómenos sociales. Desde una perspectiva social y política,

Concebimos a la salud mental como una creación social y humana, como un modo de vida, un modo de estar en comunidad surgido en una sociedad determinada y un modo activo de estar en el seno de ésta. Por lo tanto, su conocimiento no podrá limitarse sólo al proveniente de las

ciencias de la medicina o de la psicología, sino que serán las ciencias o, mejor dicho, los conocimientos de una sociedad en toda su amplitud, los que deberán abordar la comprensión de la salud mental por medio de las circunstancias sociales que la determinan y del medio social en donde se produce y que la condiciona. (Ferro, 2010, pág. 6).

En el preámbulo de la Constitución de la OMS (1994), se estableció que «la salud es un estado de bienestar completo físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedad»; una definición ampliamente valorada ahora. Esta definición es claramente holística, destinada a superarlas antiguas dicotomías del cuerpo frente a la mente y de lo físico frente a lo psíquico. También es una definición pragmática, en la medida en que incorpora a la Medicina una dimensión social, gradualmente desarrollada en Europa durante el siglo XIX. (Citado en Bertolote, 2008)

La salud mental se conceptualiza como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concepción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Este reconocimiento implica la promoción de la salud mental, la prevención y atención de padecimientos mentales, la participación comunitaria y la detección y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. (Fuensalida, Pasquale, Castro Ferro, Brain, Sosa y Zanatta, 2018).

El campo de la Salud Mental es un subcampo dentro del de la Salud en general, pero que se ha configurado como el espacio paradigmático del límite a la concepción biologista-individual de la enfermedad y se ha diferenciado como tal por mantener formas institucionales específicas que develan, más claramente que en el campo de la

Salud en general, la imbricación entre mandatos sociales de orden y propuestas curativas.

El éxito del campo de la Salud Mental sería su desaparición para incorporarse en prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidado en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida. (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

El campo delimitado por la Salud Mental es amplio, complejo y, aunque requiera todavía precisiones en relación con sus alcances y límites, podemos afirmar que la Salud Mental debe concebirse como inherente a la salud integral y al bienestar social de los individuos, familias, grupos humanos, instituciones y comunidad. En esta dimensión de la Salud Mental se articulan el estudio de los problemas de la salud y la enfermedad mental, la investigación de las necesidades psicosociales y la organización de los recursos para satisfacerlas.

La Salud Mental forma parte de las condiciones generales del bienestar, se ocupa específicamente del bienestar psíquico y el sufrimiento mental, por lo que está estrechamente unida a las condiciones sociales de la vida. La pareja, la familia, la vida comunitaria, la participación en la vida política, etc., no es que condicionen o sean contexto del bienestar psicológico sino que son el ámbito mismo de producción de valores de felicidad o sufrimiento, conocimientos enriquecedores de la personalidad o empobrecimiento intelectual. Y estos valores, como los sistemas teóricos que los representan en el pensamiento, son propios de cada cultura en cada momento de su desarrollo. (Galende, 1990).

Al decir de Galende (1990), toda teoría en el campo de la Salud Mental es expresión de una política, es decir, productora de un modelo específico de articulación del saber con el poder, en función de ciertos objetivos sobre el hombre y las relaciones sociales. La importancia y hasta el beneficio de esta manera de plantear el problema no

es la politización de las prácticas o teorías, sino la recuperación consciente y en plenitud de las dimensiones sociales y políticas que están presentes en este campo, en función de procurar un ajuste más preciso de los objetivos: producir valores positivos de salud en las relaciones humanas, contrarrestar las capacidades patógenas de la vida social, asistir a los que enferman.

### **Capítulo 1.1 – Legislación en Salud Mental. Protección a la vulneración de derechos.**

El propósito fundamental de la legislación de salud mental es el de proteger, promover y mejorar la vida y el bienestar mental de los ciudadanos. Las personas con trastornos mentales son, o pueden ser, particularmente vulnerables al abuso y a la violación de sus derechos. La legislación que protege a los ciudadanos vulnerables (incluyendo a las personas con trastornos mentales) es el reflejo de una sociedad que respeta y se preocupa por su gente. Sin embargo, la existencia de legislación de salud mental no garantiza por sí misma el respeto y la protección de los derechos humanos. En algunos países, en particular cuando la legislación no ha sido actualizada por muchos años, ha resultado en la violación –en lugar de en la promoción– de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. (OMS, 2006).

Esto se debe a que mucha de la legislación de salud mental adoptada originalmente tenía el propósito de proteger a la sociedad en general de pacientes considerados “peligrosos”, y de aislarlos, más que el de promover los derechos de las personas con trastornos mentales como personas y como ciudadanos. Otra legislación permitía la internación por largos períodos de personas con trastornos mentales que no representaba ningún peligro para la sociedad, pero que no podían cuidarse solas, y esto también significaba una violación a los derechos humanos.

La necesidad de legislación de salud mental surge de la creciente comprensión de la carga personal, social y económica que significan los trastornos mentales en todo el mundo. Las violaciones de derechos humanos y libertades básicas, y la denegación de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales a aquellas personas que sufren de trastornos mentales son un suceso común alrededor del mundo, tanto en ámbitos institucionales como en la comunidad. (OMS, 2006)

Desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos la producción internacional en la materia ha mostrado su potencia replicadora; nuestra región no ha resultado ajena a ello. Esta prolífica elaboración cuenta con capítulos especiales, allí tiene su apartado la salud mental y allí se inscriben variados instrumentos específicamente concentrados en el asunto. El territorio de disputas del que habitualmente emergen las conquistas que tensionan los intereses sociales en pugna, es decir, de donde surge la norma o mejor, en donde anida el derecho, trazó rutas de acceso a un modelo de abordaje de la salud mental en el que la retirada del esquema manicomial con todos sus elementos generadores y sus efectos replicadores ha constituido el punto cardinal. (Rosetti, 2018).

Con el objetivo de alcanzar y garantizar la plena implementación de las normativas actuales en salud mental, se impone el desafío de transitar el proceso de transformación del paradigma asilar-tutelar, sostenido desde hace décadas en una lógica manicomial, hacia un paradigma comunitario y promotor de los derechos humanos. (Caminada Rosetti, del Carpio y Heredia, 2018).

Entre las herramientas jurídicas con las que se ha contado para impulsar políticas públicas en materia de salud mental con enfoque de derechos humanos, se encuentran la Constitución Nacional, algunos instrumentos internacionales, entre los que se destacan: La Declaración de Caracas, Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en

Salud Mental en las Américas (Principios de Brasilia), Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Principios EM) de derechos humanos y ciertas leyes nacionales o locales con una adecuada perspectiva de derechos humanos. (Arraigada, Ceriani y Monópoli, 2013).

Las actuales normativas de salud mental en Argentina significaron un hito jurídico y político en el reconocimiento y ampliación de derechos de las personas usuarias de servicios de salud mental, e inauguraron un nuevo universo de significaciones a partir de las cuales redefinir y disputar los abordajes en este campo. (Fuensalida et al, 2018).

A partir del año 2010, con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y la Ley de Protección de la Salud Mental de la Provincia de Córdoba N° 9848, el objetivo de transformación cobra no sólo legalidad sino mayor solidez en cuanto a la necesidad de sustituir aquellos tradicionales modos disciplinares e institucionales de abordar la salud mental, caracterizados por el encierro, el aislamiento, la vulneración de derechos, la exclusión, la segregación y el estigma.

Se establece entonces el desafío de crear un nuevo ordenamiento jurídico, administrativo y sanitario, incorporando saberes profesionales interdisciplinarios que se articulen con el objetivo de construir modos de abordar y hacer en el campo de la salud mental que apunten a esta transformación, afirmando la premisa de que la salud mental resulta indisociable del enfoque de derechos humanos. (Caminada Rossetti et al, 2018).

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 reemplaza la noción de “enfermedad mental” por la de “sufrimiento psíquico” o “padecimiento mental”, lo cual escapa a una cuestión meramente lingüística o nominal, para convertirse en uno de los postulados centrales que sostienen el nuevo entramado normativo. Al respecto, autores como Augsburg (2002) consideran que la categoría de “enfermedad mental” responde

a una concepción centrada en la enfermedad, de corte biologicista y estático, que deja por fuera los aspectos subjetivos y sociales del padecer, y desliga el sufrimiento del proceso que le dio origen. Por el contrario, propone que la nominación de “sufrimiento psíquico” recupera la historicidad y el carácter social del proceso salud- enfermedad- cuidado, inherentes a la concepción integral, compleja y procesual de la salud contenida en esta ley. (Citado en Yoma, 2018).

Kraut y Diana (2013) hacen mención a que la ley Nacional de Salud Mental tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de otras regulaciones más beneficiosas que se puedan establecer, presentes o futuras.

### **Capítulo 1.2 – Abordaje y prácticas en salud mental. Del asilo a la comunidad.**

El tratamiento de las personas con enfermedad mental grave en la comunidad no es patrimonio del siglo XX. Desde la Antigüedad hasta la aparición del primer hospital psiquiátrico en el 1400, los pocos tratamientos disponibles se hacían en la comunidad. El paradigma cambió con la creación de los asilos y la aparición de la psiquiatría como especialidad médica, iniciándose tres siglos de encierro de los pacientes más graves. Las ideas de Sorano de Efeso (s. II) anticiparon las de Pinel y el tratamiento moral. Los antipsicóticos, implicaron un nuevo paradigma y permitieron la estabilización y la deshospitalización de los pacientes. Con la rehabilitación psiquiátrica se pasó de mantener la estabilidad a buscar la reinserción comunitaria. Un nuevo cambio de paradigma se está produciendo al demostrarse la posibilidad de recuperación de los afectados. El nuevo objetivo es una vida plena en la comunidad. (Gabay, 2012).

Hasta finales del siglo XIX el asilo monopolizó la institución asistencial psiquiátrica. Esta se correspondía fácilmente con las teorías organicistas que, desde Esquirol a Kraepelin, cubrieron la psiquiatría de ese siglo, ya que éstas concluían en el diagnóstico, carentes de tratamiento y pesimistas en cuanto a la evolución de estas enfermedades. En los comienzos de nuestro siglo se produce una revalorización general de las relaciones interpersonales y de las problemáticas subjetivas. El psicoanálisis, surgido en esa época, no es ajeno a estos desarrollos, ya que algunos psicoanalistas junto a la naciente psicopatología fenomenológica, cuestionan en todos los terrenos la ideología manicomial de la psiquiatría, nombrada como "alienismo". Los movimientos de reforma psiquiátrica, sobre todo amplios y exitosos en EE. UU., se dirigieron fundamentalmente a lograr un cambio en la situación de los enfermos internados, cuestionando en alguna medida los procedimientos terapéuticos, pero sobre todo las instituciones asilares. (Galende, 1990)

Para reducir la brecha en los tratamientos, el estigma, la exclusión social y la violación de los derechos humanos en el campo de la salud mental, hoy se hace más urgente que nunca: "Desmanicomializar".

El que con mayor claridad de síntesis ha planteado las razones por las cuales se hace necesario cerrar los manicomios si se quiere dar una respuesta integral a la problemática de la salud mental en la comunidad ha sido Benedetto Saraceno (OPS, 2007), quien afirma que "los cuatro argumentos para el enjuiciamiento a la asistencia en el hospital mental son: 1) el ético-jurídico: violación de los derechos humanos; 2) el clínico: se cronifica un desorden; 3) el institucional: relaciones de sumisión y violencia física y afectiva; y 4) el económico: bajísima costo-efectividad". (Citado en Ferro, 2010).

Se encuentra ampliamente probado que el abordaje de la salud mental dentro del ámbito de atención en un hospital general disminuye el riesgo de segregación, cronificación, abandono y de abusos a la integridad psicofísica de los usuarios, lo cual ocurre con mayor frecuencia en las instituciones monovalentes. Sanitariamente, la existencia de un servicio de salud mental en un hospital general favorece a un enfoque integral de los problemas de salud, permite que se realicen interconsultas y fortalece la adherencia a los tratamientos. La inclusión de la atención en salud mental en estas instituciones, garantiza un mejor abordaje de la urgencia, disminuye tiempos de internación favoreciendo la inclusión en la comunidad. (Fuensalida et al, 2018)

El enfoque terapéutico de un servicio de salud mental debe apuntar a la promoción y preservación de la red vincular de cada persona por medio del apoyo para los referentes vinculares de los/as usuarios/as.

Las prestaciones brindadas por este servicio deberían abarcar todo el posible recorrido terapéutico – institucional del usuario:

- Elaboración de plan terapéutico individual para cada persona, con su participación y la de los referentes vinculares que correspondan.
- Implementación de los apoyos que correspondan a la situación de cada persona.
- Promoción de la participación de los referentes vinculares de cada usuario/a de acuerdo a la singularidad de cada caso.
- Promoción y preservación de la red vincular de cada persona.
- Restitución de la red vincular en los casos en los que corresponda.
- Apoyos para los referentes vinculares de los/as usuarios/as.

Fuensalida et al (2018) informan que conforme al Capítulo 7 de la Ley Nacional 26.657 de Salud Mental, la internación tanto voluntaria como involuntaria:

- Es considerada como el último recurso dentro de la estrategia terapéutica.
- Es de carácter transitorio, lo más breve posible, con el fin de cuidar a la persona y facilitar la reorganización de los aspectos de su vida que se hayan visto gravemente alterados en la crisis.
- Será indicada cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social y cuando brinde cuidados y atención que no estén garantizados por fuera de la institución al momento de la evaluación.
- El criterio clínico para la internación es la existencia de riesgo cierto e inminente para el propio usuario o para terceros.
- No se deberá prescribir ni prolongar para resolver problemáticas sociales o de vivienda.

- Durante la estancia de internación la persona tiene derecho a mantener los vínculos y la comunicación con familiares, allegados y el entorno laboral y social.

Desde la creación de las primeras medidas de aislamiento, luego las primeras concepciones de tratamiento, empiezan los proceso de clasificación y rol protagónico de la medicina psiquiátrica, el movimiento de antipsiquiatría que cuestionaban orden social promotor de prácticas violentas a los que no se adaptaban al modelo vigente, y, por último, la necesidad de entender y atender con el nivel de complejidad que demanda la salud mental. (Papa e Irigoitia, 2015).

Al decir de Galende (2007), si consideramos que los síntomas, que no son más que el modo en que se expresa un sufrimiento a nivel subjetivo, son de una complejidad mayor, en el sentido que incluyen dimensiones familiares, laborales, culturales y de otro tipo, entonces es preciso que sepamos que la posibilidad de que una persona reconstruya mínimamente ciertos sostenes sociales hacen a la incidencia o no de recaídas. Es evidente que las circunstancias de empleo, sociabilidad, influyen directamente en la evolución de la enfermedad. Los servicios de salud mental tienen que comprender esta problemática y orientar también su labor a la recomposición de los lazos sociales de la gente. Galende, E. (2007, Junio, 4). Entrevistado por Bruno Geller. Recuperado de <https://www.agenciacyta.org.ar/2007/06/entrevista-a-emiliano-galende-especialista-en-salud-mental/>

Los postulados sobre salud-enfermedad-cuidado de la corriente médico social/salud colectiva llevan indefectiblemente a desplazar el eje de las prácticas de la enfermedad al sujeto y a cuestionar la práctica médica centrada en las patologías individuales. Se propone entonces, una práctica integral que incorpora la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares. Práctica que se desplaza de la “ontología de la enfermedad” al sujeto produciendo una “clínica ampliada” que requiere de nuevos modos de gestión del

trabajo en salud: horizontalización y articulación entre especialización e interdisciplinariedad. (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

Curlee et al (2001) explican que la desinstitucionalización tiene como objetivo la creación de nuevos dispositivos, más eficaces y eficientes para conservar al paciente en su comunidad y no el mero cierre de los hospitales psiquiátricos. La denominación es discutida por diferentes autores, para quienes sería más correcto hablar de deshospitalización, por cuanto no todos los hospitales eran manicomios, ni todos los pacientes dejaron de depender de alguna institución. (Citado en Morasso, 2013).

## **Capítulo 2 – Cada loco (internado) con su tema**

*“...de cuando estuve loco aún conservo un plano detallado del infierno, un par de gramos de delirio en rama, por si atacan con su razón los cuerdos...”*

*Joan Manuel Serrat*

Se inicia este capítulo retomando lo expuesto al definir la línea estratégica de intervención desde los nuevos paradigmas en salud mental, donde se menciona que a la luz del nuevo paradigma en salud mental se modifica el abordaje del padecimiento psíquico, planteando un giro desde una perspectiva de enfermedad a una de salud, centrándose en las fortalezas y capacidades de las personas y en sus aspectos saludables, lo que se articula con lo expresado por Kremer (2014), en relación a que la observación de que los criterios actuales de salud y enfermedad mental se vinculan prioritariamente con la enfermedad mental grave y ya consolidada desconoce el desarrollo, la presencia y el funcionamiento de capacidades psíquicas vinculadas a la salud. Se hace necesario un diagnóstico dimensional combinado con los diagnósticos categoriales en uso, basado en

indicadores positivos de salud mental, más allá de los distintos síntomas o trastornos que manifieste una persona.

Por ende es necesario se evalúen dimensiones intrínsecamente relacionadas con capacidades mentales que tienen potencialidad de desarrollo en el curso de la vida, tales como jugar y sus transformaciones en crear, aprender, trabajar; poseer sentido del humor; regular las propias emociones o estados; integrar lo erótico y lo tierno, y tener experiencias de intimidad.

La evaluación positiva de la salud mental significa un avance porque limita el impacto de la enfermedad y de los trastornos, lo cual evita la estigmatización; contribuye al desarrollo y cuidado de capacidades ligadas a la salud en cada etapa vital; promueve la prevención y el cuidado en situaciones de vulnerabilidad; considera siempre la matriz intersubjetiva en los asuntos humanos, y tolera la presencia de síntomas que orientan a la salud sin forzar categorías patológicas.

Con estas consideraciones se pasa de una visión reduccionista a otra de carácter integrador, y de una visión patográfica a otra que parte de la salud para, desde allí, incursionar en la enfermedad.

Una manera frecuente de designar la coacción de factores es la referencia a la experiencia, concepto difícil de aprehender en las pesquisas diagnósticas. Estudios contemporáneos del desarrollo, refieren “la capacidad de tener experiencias” como fenómenos esenciales que configuran la subjetividad y la intersubjetividad saludables. (Kremer, 2014).

La condición de paciente psiquiátrico internado logra borrar la dimensión de la existencia real de la persona, los avatares de lo vivido, los acontecimientos, los intentos de tramitar la vida en común y sus fracasos. El conocimiento de la psiquiatría, más bien del psiquiatra, no coincide con el conocimiento de la vida de quien porta un sufrimiento

mental, a veces escondido detrás de la magnitud de un delirio o de una excitación psicomotriz, otras por la defensa y la negación del sufriente a un diálogo en desventaja de cual no esperan comprensión, sino alguna forma de castigo. (Galende, 2015).

En la vida psíquica y en la existencia humana rige la desigualdad y la diferencia, en la existencia y los sufrimientos mentales del vivir, no rige lo universal, y la verdad solo puede buscarse y entenderse en las condiciones de la cultura y la sociedad en que habitamos. Pretender una explicación universal y una verdad del sufrimiento mental en lo mecanismos biológicos del cerebro es negar justamente lo que constituye la esencia de la existencia del hombre: su relación con la cultura que habita, los rasgos del lugar que ocupa en su sociedad, las diferencias de su capacidad creativa, de la autonomía de su imaginación, del ejercicio de su libertad para orientar las decisiones sobre su vida.

No es posible ninguna verdad universal sobre el sufrimiento mental, estamos obligados a un conocimiento que debe respetar la singularidad de cada sujeto, su territorio de vida, su historia y las condiciones reales de su existencia. (Galende, 2015)

Esta introducción posibilita pensar en el paciente adulto internado en un servicio de salud mental desde un enfoque centrado en los derechos, en lugar de un enfoque tutelar. Gorbacz (2011) explica que el enfoque tutelar provee al enfermo de cuidados en nombre de su bien, pero sin tener en cuenta su voluntad, en tanto que un enfoque que aboga por la protección de los derechos, se corresponde con una concepción de sujeto y de salud que involucra fundamentos epistemológicos cualitativamente diferentes. (Citado en Boso, Ramírez y Fernández, 2013).

Desde el punto de vista del enfoque tutelar, el sujeto deviene alienado en un sentido múltiple:

- En primer lugar, respecto de una razón que lo excluye, y que ejerce así su dominio sobre el cuerpo y la voluntad del supuesto enfermo;

- En segundo lugar, porque el sujeto de abordado bajo tal condición es despojado del derecho a otorgarse una nominación propia, en nombre de una noción que lo captura científicamente;
- En tercer lugar, porque resulta enajenado a un supuesto bien que se le impone desde una moralidad exterior que lo condiciona.

En suma, el enfoque tutelar constituiría el fundamento de aquellas prácticas que históricamente han procurado conducir el deseo y domeñar las pulsiones a través de técnicas de disciplinamiento, de sujeción de los cuerpos y aun de las mentes.

Por el contrario, el enfoque centrado en los derechos recuperaría la dimensión de la capacidad del sujeto sufriente en la medida en que éste constituye, espinosianamente hablando, la causa sui, es decir, la potencia de determinación de sí, en tanto capacidad de perseverar en el ser y de producir efectos. (Boso et al, 2013).

Canguilhem (2009) sostiene que es necesario llegar a admitir que el enfermo es algo más y también otra cosa que un terreno singular donde la enfermedad echa raíces, que es algo más y también otra cosa que un sujeto gramatical calificado por un atributo tomado de la nosología del momento. El enfermo es un Sujeto, capaz de expresión, que se reconoce como tal en todo lo que sólo sabe designar mediante posesivos: su dolor y la representación que se hace de él, su angustia, sus esperanzas y sus sueños. (Citado en Boso et al, 2013).

Cuando se habla de paciente con sufrimiento psíquico no se trata de ignorar la sujeción de la vida a los determinantes biológicos, sociales, culturales, o al inconsciente. Se trata de afirmar que el sujeto es a la vez quien puede traspasar esas determinaciones.

Su autonomía y su creatividad serán siempre un “más allá” de los límites que le imponen esos órdenes a que está sujetado: sacrificar su vida biológica por un ideal; transgredir el orden y la norma de su sociedad; ir más allá de su cultura y del orden simbólico dominante, son la muestra de esta relación entre su sujeción a las determinaciones y su autonomía.

Considerar la subjetividad en Salud Mental, es entender al paciente como un semejante y considerar esta doble relación del hombre entre su libertad y la determinación de la vida.

El espacio del conocimiento psicopatológico es un espacio de intersubjetividad, esta consideración restituye al paciente y su sufrimiento en el orden de la subjetividad, es en ella que debe indagarse sobre las razones, el origen y la causa, de su perturbación patológica. En segundo lugar, se trata de un planteo ético: el paciente es un semejante, lo comprensible o no de su trastorno pertenece por entero a un campo intersubjetivo, por lo tanto el trato hacia él, el respeto por su palabra, su cuerpo y su historia, obligan a excluir toda operación basada en el poder sobre un objeto. (Galende, 2012).

Como explica Galende (2012), lo esencial de la relación terapéutica es que se trata de la relación sensible con otro, que debe ser reconocido como un semejante. Es siempre un otro solo cognoscible en el seno del encuentro, el reconocimiento, la palabra y la comprensión de esa alteridad que constituye a ambos, psiquiatra e individuo enfermo.

El sujeto enfermo no es una pieza anatómica ni una función aislable, no puede ser observado, descrito o contemplado de un modo objetivo porque su comportamiento, su forma de pensar, la construcción de significados en sus interpretaciones delirantes, sus alucinaciones, hacen a una experiencia singular en la que están presentes todas las dimensiones de su ser histórico y social.

Reconocerlo como un semejante hace que solo en relación con nuestras propias valoraciones y nuestros modos de percibir, valorar y pensar, lo cual nos remite a nuestra condición de seres sociales de una cultura determinada, podamos establecer con él una relación en la cual su palabra pueda revelarnos algo de la dimensión de su sufrimiento. (Galende, 2012).

Se avanza en la caracterización del paciente usuario de un servicio de salud mental con lo que Goffman (1960) define como estigma, que es la situación en la cual un individuo posee un rasgo que puede imponerse por fuerza a la atención de los demás, “anulando” sus restantes atributos y moldeando la actitud de las otras personas hacia él o ella. Se habla de estigma cuando el propio sujeto “se hace eco de ese rechazo”. (Citado en Michalewicz, Obiols, Ceriani y Stolkiner, 2011).

En las personas que han atravesado internaciones psiquiátricas es posible ubicar el estigma que recae sobre ellas. El hecho de haber pasado por la experiencia de la internación psiquiátrica puede constituirse en una marca permanente que condiciona la forma en la que una persona es percibida por los otros y la manera en que ella se percibe a sí misma. También condiciona la forma en que esa persona es escuchada, quedando su palabra relegada, muchas veces, al descrédito. El sujeto pasa a ser asociado en su totalidad a ese rasgo que lo confina a un lugar de no racionalidad.

De esta manera, el estigma hace que su palabra pierda credibilidad y validez, no por lo que tiene que decir sino por el propio lugar desde el que habla. El discurso de la medicina, en particular el de la psiquiatría clásica, ha tenido un rol central en la constitución de la enfermedad mental como estigma. De Souza Campos (2006) plantea el concepto de *enfermedad total* (en analogía con la noción de *institución total* de Goffman) refiriéndose al modo en que la enfermedad se constituye como una nueva identidad, subsumiendo todas las otras dimensiones sociales o existenciales del sujeto. (Citado en Michalewicz et al, 2011).

El posicionarse desde el lugar de sujeto de derechos permite dar cuenta de las propias necesidades y reclamarlas: poder hablar en nombre de la propia experiencia, constituye una perspectiva sobre la problemática que únicamente los usuarios pueden aportar. Este punto de vista puede ser un argumento fundamental para poder lograr las

postergadas reformas en salud mental, contrarrestando argumentos hegemónicos en el debate. (Michalewicz et al, 2011).

Cuando se habla de paciente internado, se piensa a su vez en la institución que lo asila. Se retoma a Goffman (1961) cuando explica que toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio; tiene, en síntesis, tendencias absorbentes. La tendencia absorbente o totalizadora está simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción social con el exterior, y al éxodo de los miembros y que suelen adquirir forma material: puertas cerradas, altos muros, etc.

De esta manera el autor explica que hay cinco tipos de tales instituciones de las cuales uno de ellos son los hospitales psiquiátricos, destinados a cuidar de aquellas personas, que incapaces de cuidarse por sí mismas, constituyen además una amenaza involuntaria para la comunidad. (Goffman, 1961).

Uno de los términos más acertados que pueden definir perfectamente la situación en una institución total es la “desculturización”, es decir, el descentramiento que “incapacita temporalmente” al paciente para la vida diaria. Otro aspecto importante es el del “tiempo muerto”, las horas vacías que ocupan al paciente. Este sentido de inutilidad se explica por las “desconexiones sociales” que el enfermo padece. De aquí el alto valor concedido a las actividades de distracción, valoradas como formas de equilibrio para lograr disminuir agresiones contra el propio yo. (Almarcha, 1977).

Al focalizar el análisis en las relaciones entre psiquiatría, manicomio y poder, una buena parte de la historiografía ha hecho hincapié en la institución manicomial como un espacio para la construcción de saberes relacionados con el *disciplinamiento* de la población, dejando de lado otras elaboraciones que se forjaron precisamente en este espacio como parte de la realidad que los médicos enfrentaban

cotidianamente y que no pueden comprenderse si se leen desde una perspectiva de poder.

Si bien es cierto que el manicomio se convirtió en un lugar de normalización para los que se adaptaron y en un lugar de encierro para los que se rebelaron, investigaciones recientes revelan las múltiples experiencias que cabían en un microcosmos social como éste y muestran que se ha sobredimensionado el papel de control social del manicomio, pues la locura se podía vivir sin que necesariamente implicara un proceso de dominación ni de transgresión. (Sacristán, 2009).

### **Capítulo 3 – De la Externación**

*“...no te des por vencido, ni aun vencido, no te sientas esclavo, ni aun esclavo; trémulo de pavor, piénsate bravo, y arremete feroz, ya mal herido...”*

*Almafuerte*

Como se expuso anteriormente, la elección de la necesidad para la cual se realiza el plan de intervención es la de la externación de los pacientes internados en el Servicio de Salud Mental, promoviendo su calidad de vida, mediante el fortalecimiento de sus lazos familiares y sociales.

La Salud Mental es un valor humano fundamental y en el caso de los pacientes institucionalizados el Estado tiene obligación de proteger sus derechos sociales mediante la promoción de acciones de inclusión social y laboral.

La desinstitucionalización es un proceso cuyo producto final es la externación y la reinserción socio laboral del paciente para evitarla transinstitucionalización o tránsito de los pacientes fuera de la institución sin cambios en su rutina, en un intento de libertad no sustentable. Dicho proceso tiene como objetivo la creación de nuevos dispositivos,

más eficaces y eficientes para conservar al paciente en su comunidad y no el mero cierre de los hospitales psiquiátricos.

La internación será considerada como recurso excepcional cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones realizadas fuera de la institución monovalente de internación. (Morasso, 2013).

Muchas veces las instituciones y sus prácticas instituidas, provocan en el paciente una fuerte dependencia a la institución, cronificación, pérdida de identidad, autonomía, desvinculación familiar y social.

Al decir de Amico (2004), es necesario construir alternativas continentales para recibir y aportar a la recuperación de la ciudadanía de las personas externadas, exigir la puesta en marcha de políticas sociales y de salud que garanticen a través del Estado la cobertura de las necesidades del proceso de reinserción social y mantener una asistencia en salud mental que asegure una recuperación en el grado de posibilidad que abre la externación y a fin de paliar el sufrimiento mental tanto como impedir nuevas modalidades de internación.

Los establecimientos ideales de salud mental deberían ser los más parecidos a los distintos establecimientos donde transcurre la vida de los seres comunes. Se trata de pensar un espacio para sujetos de derecho. Se trata de materializar interdisciplinariamente una nueva relación entre la sociedad y la problemática de las enfermedades mentales.

Las acciones de un equipo interdisciplinario al nivel de la comunidad son relevantes para la tarea preventiva que puede comprender desde el reconocimiento de los factores genéticos y ambientales, hasta el diagnóstico preciso de la enfermedad. Este procedimiento facilita la orientación familiar para un programa de autocuidados, de

educación del paciente y su entorno, y por consiguiente el manejo social para la reinserción y adaptación comunitaria. (Amico, 2004).

A su vez Amico (2004) entiende la importancia de la familia explicando que la emergencia del trastorno mental en integrantes de una familia representa no sólo una pregunta para la cual se han de buscar respuestas, sino también una respuesta para una pregunta desconocida por nosotros.

El papel de la familia es fundamental para iniciar un proceso de rehabilitación.

La familia puede ser víctima y entrar en un proceso de derrumbe, puede ser un factor coadyuvante a la recuperación del paciente o por el contrario, puede actuar como un factor acelerante y desencadenante del cuadro de deterioro que expresa el paciente.

Esto implica, direccionar la intervención profesional no solamente sobre el paciente, sino también hacia todo el grupo familiar. Además, es imprescindible trabajar en el ajuste de la relación familia- sistema de salud. Al respecto, resultados estadísticos demuestran la mejoría del paciente cuando la triada médico- paciente- familia es funcional y el deterioro del mismo cuando este vínculo contenedor no se conforma. Se puede decir entonces que la familia y el hospital se necesitan mutuamente y una alianza entre ambos contribuye a un resultado positivo. (Amico, 2004).

La Ley Nacional de Salud Mental proclama la internación como una medida terapéutica de carácter restrictiva y acotada en el tiempo, pertinente frente a momentos de “crisis subjetiva”, siendo la externación el propósito fundamental de la misma.

También incita a la creación de dispositivos que faciliten la externación de los pacientes que se encuentran internados en hospitales psiquiátricos. Como medida de intervención, la internación supone la planificación de objetivos terapéuticos y un trabajo sostenido con el paciente, e integrado con otros servicios e instituciones. El primer objetivo para el cual se debe trabajar es el de la externación.

Muchas veces, los problemas que conciernen a la externación de un paciente pueden vislumbrarse desde el momento de su internación. Esto sucede cuando no hay referentes vinculares continentes que puedan responsabilizarse y acompañar al paciente durante el ingreso y egreso de la institución, o los hay pero las condiciones socioeconómicas imponen limitaciones a la continuidad del tratamiento de manera ambulatoria. La externación también se complica cuando no es posible comenzar a trabajar el proceso con el paciente durante su internación. (Dinamarca y Ribeiro, 2017).

Como antecedente del abordaje de la temática de la externación se presenta el trabajo de investigación de Tisera, Pipo, Cuello, Gutierrez, Gallo, Pauleau y Medus (2004) denominado “Estudio de las condiciones de producción de los actos de salud”, en el cual se investigan los modos de producción de los actos de salud, es decir, los espacios de intersección entre usuarios y efectores. Proceso en que según Merhy y Onocko (1997) el usuario demanda acciones del otro para mantener, reestablecer o alcanzar un bien, la salud, con un valor de uso inestimable, cuya finalidad es mantenerlo vivo y con autonomía para ejercer su modo de andar la vida (Citado en Tisera et al, 2004).

Al decir de Zaldua (2003) el actual proceso de transición habilita a pensar en diferentes territorios donde los significantes desmanicomialización y desinstitucionalización generan disputas y diferentes formas de implementación. En el plano institucional se debate entre la repetición tradicional de la exclusión y los nuevos escenarios sustitutos que contemplan dispositivos facilitadores de autonomía. (Citado en Tisera et al, 2004).

Como conclusión de la nombrada investigación, Tisera et al (2004) explicitan que la reinscripción no puede llevarse a cabo sino a través de nuevos espacios

organizacionales que creen redes entre los diferentes actores de la comunidad, favoreciendo la autonomía de las personas y el pleno ejercicio de sus derechos.

Muchos autores subrayan el desfase existente entre la adopción legitimante de las reformas en salud mental y su implementación, señalando que no se trata de una reforma que surja del avance del conocimiento, sino que se sustenta en principios ideológicos (Shen & Snowden, 2014). “Es más probable que el proceso por el cual una política paradigmática reemplace a otra sea más sociológico que científico” (Hall, 1993). Por esta misma razón el diseño de los dispositivos alternativos no está fundamentado en el avance de las investigaciones científicas, cuestión que parece contribuir a una modalidad donde se espera llegar a la efectividad por ensayo y error. (Citado en De Battista, 2019).

Numerosos estudios señalan, al decir de Kunitoh (2013), que los dispositivos de rehabilitación del lazo social tienen efectos positivos en el tratamiento de pacientes psicóticos por fuera de las instituciones tradicionales. (Citado en De Battista, 2019).

El desafío de la externación es el de reconstruir un entramado social habitable en el afuera. El alto número de reinternaciones y la extensión en la duración de las mismas demuestra que se presentan obstáculos y resistencias mayores a la externación en las que las condiciones subjetivas inciden de manera notable. (De Battista, 2019).

Al decir de De Battista (2019), recuperar la incidencia de las condiciones subjetivas apunta a generar sujetos activos y comprometidos en la transformación de su situación vital y no únicamente víctimas pasivas del sistema. Analizar los discursos, prácticas, acciones, valoraciones, creencias y experiencias de los propios usuarios desde un punto de vista subjetivo permitiría incluir en el análisis componentes que habitualmente quedan relegados ante determinantes económicos, políticos y presupuestarios.

El desarrollo de dispositivos sustitutivos a lógicas manicomiales favorece procesos de externación e inclusión social de aquellas personas en situación de vulnerabilidad psicosocial, contribuyendo al armado de un proyecto de vida autónomo mediante el acceso a derechos como la salud, la vivienda, el trabajo y la participación en intercambios sociales y culturales. (Tisera y Lohigorry, 2015).

Se destaca que luego de internaciones prolongadas la progresiva reducción de redes sociales, habitacionales y laborales produce efectos de habituación institucional.

Como explica Tisera (2013), esto interroga las prácticas e intervenciones que fomentan la apropiación del usuario/a respecto de su tratamiento, ubicándolo como sujeto con derechos y fortaleciendo la capacidad de exigibilidad y autonomía (Citado en Tisera y Lohigorry, 2015).

Los dispositivos buscan orientar prácticas singulares y conducir conductas, aunque diversas posibilidades latentes permiten que la práctica interprete y reinterprete lo que la regla significa en cada caso particular (García Fanlo, 2011). En tanto propuesta de superación de lógicas manicomiales, desde la perspectiva de la salud mental comunitaria se plantean servicios con base en la comunidad y diversas prácticas socioculturales que promuevan subjetividades autónomas, garanticen el acceso a derechos y favorezcan procesos de integración social en personas con padecimiento mental (Cohen y Natella, 2013; Amarante, 2009). Es importante situar las cartografías desplegadas por las personas con padecimiento mental en el cuidado de su salud. (Citado en Tisera y Lohigorry, 2015).

Al decir de Merhy et al. (2012) desde un territorio existencial que incluye el uso de servicios de salud, así como de otras modalidades de atención, prácticas, conexiones y procesos subjetivantes, el/la usuario/a constituye redes de cuidado. Muchas veces

estas redes se crean incluso fuera del sistema de salud, como estrategia para superar las barreras al cuidado (Citado en Tisera y Lohigorry, 2015).

Para la atención de las personas con padecimiento mental, se plantea la alternativa terapéutica que menos restrinja los derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria (art. 7, inc. e, LNSM). Por ello, se prioriza la atención en los entornos familiares, sociales y comunitarios. (Citado en Tisera y Lohigorry, 2015).

La toma de decisiones sobre el tratamiento, así como la inclusión de familiares y referentes en el proceso de recuperación, tienen en cuenta los derechos que asisten a las personas con padecimiento mental y los respeta. Esto favorece que las internaciones se prolonguen el menor tiempo posible, manteniéndose un enfoque comunitario orientado a la inclusión social. (Tisera y Lohigorry, 2015).

#### **Capítulo 4 – Desarrollo Técnico Conceptual del Dispositivo**

Se realiza aquí una caracterización del dispositivo Hospital de Día, haciendo en primer término un breve recorrido histórico y en segundo término, describiendo su modalidad y estructura de funcionamiento, sus prácticas y objetivos y las actividades que en él se realizan.

Se destaca en primer lugar que el término dispositivo, entre alguna de sus acepciones, supone un mecanismo o artificio para producir una acción prevista u organización para acometer una acción. (RAE, 2019).

García Fanlo (2011) reproblematisa el término explicando que un dispositivo no es una cosa entendida como sinónimo de máquina, es decir un objeto que opera siempre reproduciendo el mismo mecanismo y produciendo siempre el mismo resultado, sino algo que constantemente se está reconfigurando a sí mismo, que en cierta manera

aprende como si estuviera dotado de inteligencia artificial, por lo tanto produce distintos tipos de subjetividades en cada momento histórico.

Por otro lado Agamben (2006) dice que no solo existen por un lado individuos y por el otro dispositivos, sino que existe un tercer elemento que resulta fundamental para entender los procesos de subjetivación, individuación y control y es lo que denomina “el cuerpo a cuerpo entre el individuo y los dispositivos”. El sujeto sería entonces lo que resulta de la relación entre lo humano y los dispositivos ya que éstos existen solo en la medida en que subjetivan y no hay proceso de subjetivación sin que sus efectos produzcan una identidad y a la vez una sujeción a un poder externo, de modo que cada vez que un individuo “asume” una identidad también queda subyugado. (Citado en García Fanlo, 2011).

En relación al dispositivo Hospital de Día (en adelante HD), que se aborda en este trabajo, se puede decir que el mismo se define como un recurso asistencial intensivo y de tiempo limitado, para pacientes con descompensaciones psicopatológicas que requieren atención continuada sin necesidad de tratamiento en régimen de hospitalización total.

Esta alternativa a la hospitalización psiquiátrica tiene la ventaja de evitar el aislamiento del paciente de su medio de vida habitual, reduciendo así el estigma asociado, y se constituye como una modalidad asistencial que propone al paciente un rol más activo y participativo en su propio proceso de tratamiento. (Vegué y Bosque, 2011).

Estos dispositivos cobraron relevancia como una alternativa posible al manicomio, con el objetivo de ofrecer un abordaje de estas problemáticas sin necesidad de aislamiento, con la firme intención de sostener o recuperar el lazo social. (Agrazar y De Battista, 2019).

El HD se inicia como “experiencia de semi-internación” en la U.R.S.S. La experiencia, dirigida por Dzagharov en 1935, tiene como objetivo central evaluar la continencia que podría brindarse en un dispositivo de atención parcial a pacientes psiquiátricos, evitándose así su internación. Dicha experiencia no llevaba el nombre de Hospital de Día; este es acuñado posteriormente en Canadá, por Even Cameron, en el año 1947. (Alazraqui, 2017).

En 1948, J. Brier inaugura la primera unidad de HD en Inglaterra. En Estados Unidos, los primeros Hospitales de Día se fundaron en la Yale University Clinic (1948) y en la Meninger Clinic (1949). Tanto en los EE.UU como en el Reino Unido, luego de la promulgación de leyes de protección al enfermo psiquiátrico en la década de 1960, se dio gran impulso a la apertura de nuevos centros.

En la década de 1960 se iniciaron experiencias de desmanicomialización como la de Trieste, dirigida por Franco Basaglia. En Francia, Manoni y Lefort crean un centro para la atención de niños y adolescentes psicóticos en Boneil. En América Latina, el primer hospital de día se funda en La Habana (Cuba). Luego, en Porto Alegre (Brasil) y en el Hospital Borda. Todos ellos en la década de 1960. (Alazraqui, 2017).

Macchioli (2010) menciona que las primeras experiencias locales de atención en hospitales generales comenzaron a partir de 1956, con la creación de los primeros servicios de psicopatología en algunas de estas instituciones nacionales. Se destacan aquí, los servicios del Hospital Rawson y del Policlínico Lanús, a cargo de Guillermo Vidal y de Mauricio Goldenberg, respectivamente. (Citado en Alazraqui, 2017).

El HD fue adoptando modalidades de atención dentro de cierto marco formal común, lo que conformó una idea básica del dispositivo con las siguientes características:

- Trabajo con grupos de pacientes.
- Interlocución de distintos discursos en un marco de trabajo interdisciplinario.

- Atención intensiva, varias horas al día, en jornada completa o media jornada.
- Programa individualizado de atención.
- Aspecto comunitario de convivencia a tener en cuenta.
- Atención en un marco ambulatorio de atención, evitando la desinserción social del paciente.
- Rol activo del paciente en el marco de los diferentes espacios de atención dirigidos a la producción individual y la creatividad.
- Talleres de orientación artística (plástica, literatura, teatro, música, etc.) y oficios (carpintería, jardinería, etc.).
- Trabajo en relación a la reinserción social del paciente.

La estructuración mencionada surge como cierta consolidación progresiva de los aportes teóricos, fundamentalmente desde las ciencias sociales, la psiquiatría, el psicoanálisis y la antipsiquiatría y los enfoques comunitarios. (Alarzaqui, 2017)

La creación del HD coincide con la necesidad de desarrollar nuevas estrategias de abordaje en el campo de la Salud Mental, que tiendan a restituir un lugar subjetivo y de derechos a aquellos sujetos con padecimiento mental que como ciudadanos merecen ser reconocidos y readjudicados. La multiplicidad de abordajes encuentran su sentido terapéutico en el trabajo en equipo, posibilitando al sujeto diferentes espacios para la reanudación del lazo social y promover la autonomía. (Papa e Irigoitia, 2015)

Papa e Irigoitia (2015) mencionan que en relación a la estructura funcional del HD, se definen los dispositivos que dan estructura a su funcionamiento:

- Dispositivo Interdisciplinario de Admisión
- Tratamiento Psiquiátrico-Farmacológico.
- Psicoterapia Individual
- Entrevista a la Familia
- Intervenciones de Soporte Social
- Micro-emprendimientos
- Talleres

Los Talleres son dispositivos grupales de abordajes terapéuticos a partir de la participación de otras disciplinas asociadas a la Salud Mental. Las disciplinas convocadas a participar de los talleres están asociadas al trabajo con las artes, el ejercicio del cuerpo y la producción en equipo. (Papa e Irigoitia, 2015).

Dichos talleres sirven de complemento al tratamiento del paciente con trastornos psíquicos. El taller puede definirse como un dispositivo donde se lleva a cabo una actividad determinada. El taller no suele tener fines en sí mismo sino que el fin es el que el mismo se constituya en un dispositivo a partir del cual se produzcan efectos en las personas, que hagan a su bienestar a largo plazo. Es decir a promover la salud. (Formento, 2004).

Es necesario resaltar que el HD es un dispositivo complejo de intervención, y por tanto su eficacia está pensada por la acción de múltiples estrategias terapéuticas. (Papa e Irigoitia, 2015)

El objetivo del HD tiene en su horizonte el re-ordenamiento de la vida cotidiana del paciente, e incluso de algunos aspectos de la dinámica de su familia en relación al miembro enfermo, y al propio tratamiento familiar, será un “abordaje posible” para todos los involucrados, incluso para los terapeutas. (Molina, 2020).

Por lo dicho, las líneas de acción no solo tienen que ver con lo psicológico y lo psiquiátrico, sino con un marco más amplio e integrador que se relaciona con lo psicoeducativo, para mediar en los procesos de integración o de reinserción social, en definitiva la idea directriz es promocionar un lazo con otros, allí el HD brinda una posibilidad de recrear el lazo social y la puesta en resguardo de la fractura de dicho lazo.

Dentro de las prácticas posibles que podemos visualizar en este espacio tenemos:

- La psicoterapia.
- La terapia familiar y de grupo.
- El dialogo terapéutico.
- Las técnicas narrativas.
- Las técnicas gráficas.
- Lo corporal y lo psicomotriz.
- La musicoterapia.
- El arte terapia y el bailo terapia.
- El abordaje de situaciones de la vida diaria.
- La psicoeducación.

Molina (2020) explica que el encuentro con la dignidad acerca al sujeto a una mejor calidad de vida, dando la posibilidad de mejorar los procesos de integración.

El HD se destaca como un recurso con valor estratégico y Horwitz-Lennon et al (2001) explican que junto con cumplir sus funciones clínicas, es aquí donde es posible para las familias encontrar el apoyo y la educación indispensables para ejercer con éxito su rol de soporte social. (Citado en Gobierno de Chile, 2001).

Los objetivos generales del funcionamiento del Hospital de Día son:

- Favorecer la continuidad de cuidados de la persona en el ámbito comunitario
- Reducir costos respecto a la hospitalización cerrada (como alternativa y como reductor de la duración).
- Mejorar la costo- efectividad del tratamiento integral en personas con TPS
- Favorecer el inicio del proceso de rehabilitación
- Prevenir recaídas
- Mejorar la dinámica familiar y/o ambiental susceptible de desestabilizar a la persona en tratamiento
- Favorecer la incorporación de los familiares al proceso terapéutico

Por otro lado, y en relación a la dinámica de trabajo, una característica fundamental del HD es el trabajo en equipo y el éxito en este aspecto, es uno de los elementos esenciales de su efectividad. (Gobierno de Chile, 2001)

En el HD un grupo de profesionales y técnicos de la salud mental comparten en un espacio definido y por un tiempo suficiente para establecer una adecuada interacción terapéutica, establecer un genuino diagnóstico y un pertinente plan de tratamiento integral. Sobre la base de interacciones adecuadas y a un intercambio frecuente y permanente acerca de y con los usuarios, es posible efectuar una atención eficaz y planificada para cada paciente en un ambiente normalizador.

Entre las acciones básicas que deben realizar los HD se encuentra la psicoeducación: actividades de educación en salud destinadas a la generación de conocimientos, habilidades y destrezas para manejar la condición de la enfermedad psiquiátrica y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por ella y su familia.

Se apunta a efectuar una evaluación integral del comportamiento social ocupacional de la persona atendida, a evaluar e intervenir en el ambiente en que se desempeña, a identificar los objetivos personales relacionados con el egreso, su integración comunitaria y su comportamiento, y a mantener y estimular sus habilidades remanentes, de acuerdo a la motivación intrínseca y a los objetivos personales, todo esto para potenciar la autonomía y el cumplimiento de las metas terapéuticas, entrenar en el desempeño de roles satisfactorios en los ámbitos social, laboral y personal. (Gobierno de Chile, 2001)

La base es permitir que se ensayen papeles sociales y vocacionales, a través de una serie de actividades, que se aproximen luego a lo que el paciente encuentra en la comunidad exterior.

Los espacios que conforman este dispositivo, no están pensados como una mera suma de actividades, sino como una trama interdisciplinaria compleja, que contiene, significa y ofrece nuevos puntos de vista. En suma, que da lugar al crecimiento mental. (Formento, 2004)

El grupo es el eje de la modalidad de trabajo en HD y se brinda como un espacio de contención, sostén y apoyo. Se trabaja desde la salud y no desde la enfermedad, centrándose en los aspectos más saludables del paciente, acompañándolo en el descubrimiento de sus recursos personales, potencialidades y fomentando la confianza en sus propias capacidades, autonomía e independencia. Por medio de las actividades grupales se establecen vínculos y se favorece la construcción y mantenimiento de lazos sociales. (Barabraham, Di Carlo, Eceiza, Flores, Lo Duca y Videla, 2016).

En el trabajo grupal característico de las múltiples actividades de Hospital de Día, el sujeto se modela y también se sostiene en los grupos de los que forma parte. La

mejor forma de vínculo con familiares, el establecimiento de lazos sociales más duradero, el establecimiento de tiempos de espera se logra en la relación con otro(os).

Najmanovich (2011) considera que la lógica de la simplicidad ha dejado de ser funcional y se precisan herramientas que permitan pensar de una manera no lineal, dar cuenta de las paradojas constitutivas de nuestro modo de experimentarse, acceder a un espacio cognitivo, en donde, por un lado, el sujeto construye al objeto en su interacción con él y, por otro, el propio sujeto es construido en la interacción con el medio ambiente natural y social. No nacemos “sujetos” sino que devenimos tales en y a través del juego social (Citado en Barabraham et al, 2016)

## **ACTIVIDADES**

Para el abordaje de la necesidad delimitada en el presente plan de intervención se ha establecido la realización de seis (6) encuentros semanales, a su vez cada uno contará con dos (2) actividades, y las mismas tendrán una duración de entre 45 a 120 minutos cada una aproximadamente.

### **1° Encuentro**

Para este primer encuentro se ha dispuesto llevar a cabo un Taller de Teatro Leído. Se realizarán dos actividades en relación al mismo.

**Objetivo general:** Promover el acercamiento entre pacientes y familiares y/o amigos para iniciar un proceso de fortalecimiento de vínculos.

**Tema:** El poder de los vínculos.

### **Actividad 1: Cuánto vale una heladera**

Presentación del coordinador que dictará el taller y lectura de la obra de teatro “Cuánto vale una heladera” de Claudia Piñeiro (Ver Anexo I) por parte del coordinador.

Antes de comenzar con la lectura de la obra, se procederá a entregar a cada uno de los pacientes un cuestionario (ver Anexo II) que deberán responder.

**Materiales:** Fotocopias con la Obra de teatro impresa. Una para el coordinador y una por cada participante que asista al encuentro. Salón con sillas para cada participante y mesas para cada familia o una mesa grande (no prioritario). Buena iluminación, poco ruido. Equipos de mate.

**Tipo de estrategia:** Presentación individual de la obra de teatro seleccionada y presentación grupal de los participantes.

**Tiempo estimado:** 90 minutos.

**Instrucciones para el coordinador:**

- 1- En un primer momento el coordinador inicia el taller presentándose y haciendo un breve resumen sobre en qué consistirá el taller.
- 2- El coordinador pedirá a los pacientes que se presenten y que presenten a sus familiares o amigos.
- 3- En este momento se entrega el cuestionario para ser completado por los pacientes.
- 4- Se pide la devolución del cuestionario.
- 5- El coordinador informa en qué consiste el taller, explicando que leerá una breve obra de teatro.
- 6- El coordinador informa a los participantes que sigan la lectura en las fotocopias que cada uno tiene en mano.
- 7- Al final de la lectura se promueve la participación de quienes quieran compartir su opinión, comentarios, pensamientos, etc. sobre la obra.
- 8- El coordinador explicará a los participantes que en la próxima actividad ellos representarán la obra de manera leída, en grupos de familias.
- 9- Puede hacerse un breve intermedio hasta la próxima actividad.

**Actividad 2: El club de Teatro**

En esta segunda actividad cada familia leerá la obra de teatro intentado adoptar cada uno un personaje.

**Materiales:** Fotocopias con la Obra de teatro impresa. Una para el coordinador y una por cada participante que asista al encuentro. Salón con sillas para cada participante y

mesas para cada familia o una mesa grande (no prioritario). Buena iluminación, poco ruido. Equipos de mate.

**Tipo de estrategia:** Lectura grupal (cada familia) de la obra de teatro seleccionada, asumiendo cada miembro de la familia un personaje diferente.

**Tiempo estimado:** 120 minutos.

**Instrucciones para el coordinador:**

1- El coordinador propondrá a las familias, que cada una de ellas lean una parte de la obra de teatro, prevista anteriormente por el coordinador, asumiendo cada uno de sus miembros un personaje diferente.

2- En caso de no contar con la cantidad de personas en una familia para actuar los personajes, se pide colaboración a miembros de otras familias.

3- Se promoverá un ambiente relajado donde pueden utilizar los equipos de mate.

4- Luego de la lectura grupal se propone reflexionar sobre la actividad.

5- Se les informará que en el segundo encuentro la propuesta será la posibilidad de representar la obra de manera leída fuera de la institución.

6- Despedida.

**2° Encuentro**

En este segundo encuentro se continuará con el Taller de Teatro, utilizando nuevas estrategias. Se realizarán dos actividades en relación al mismo.

**Objetivo general:** Fortalecer los lazos sociales mediante la participación en conjunto de una actividad que pacientes y familiares podrán presentar a la comunidad.

**Tema:** La importancia de estrechar lazos con la comunidad

**Actividad 1: Teatro para todos**

En esta primera actividad del segundo encuentro y retomando lo trabajado en la primera jornada, se dialoga con los pacientes y familias sobre la posibilidad de leer la obra fuera del HD, en un espacio de la comunidad. (Biblioteca municipal, espacios culturales, etc.). Dicho espacio deberá estar previsto de antemano.

**Materiales:** Fotocopias con la obra de teatro impresa. Una para el coordinador y una por cada participante que asista al encuentro. Salón con sillas para cada participante. Buena iluminación, poco ruido para favorecer la concentración. Equipos de mate.

**Tipo de estrategia:** Dinámica grupal.

**Tiempo estimado:** 90 minutos.

**Instrucciones para el coordinador:**

- 1- El coordinador saluda a todos los participantes.
- 2- El coordinador les informa a las familias la posibilidad de leer la obra de teatro en un espacio fuera de la institución, previamente acordado con dicho espacio.
- 3- El coordinador genera un espacio para el debate sobre esta propuesta, y responde las preguntas y consultas que puedan surgir.
- 4- El coordinador propone que las familias representen de manera leída la obra.
- 5- Les da un tiempo de aproximadamente 15 minutos para que los miembros de la familia charlen y decidan quienes van a participar y que personajes desea adoptar cada uno.
- 6- Luego de que las familias toman la decisión de que personajes representarán se pasa a la segunda actividad.

## **Actividad 2: Teatro a la calle**

Esta actividad está destinada al cierre del taller con la posibilidad de continuar con otros encuentros destinados al ensayo de la obra previo a la presentación en el espacio elegido.

**Materiales:** Fotocopias con la obra de teatro impresa. Una para el coordinador y una por cada participante. Salón con sillas para cada participante. Buena iluminación, poco ruido para favorecer la concentración. Equipos de mate.

**Tipo de estrategia:** Dinámica grupal.

**Tiempo estimado:** 120 minutos.

### **Instrucciones para el coordinador:**

- 1- El coordinador dispone que las familias comiencen a leer la obra, representando cada una un personaje y solo una parte de la obra para posibilitar que todos participen.
- 2- El coordinador dispone como dividir la obra para su lectura en grupos.
- 3- El coordinador informará que el HD dispondrá de un espacio en días y horarios establecidos luego de finalizado el presente taller, para el ensayo de la lectura de la obra de teatro para poder presentarla en el espacio dispuesto.
- 4- Se propone una reflexión sobre los encuentros y las actividades y sobre la importancia de generar lazos con las familias y la comunidad.
- 5- Despedida.

## **3° Encuentro**

En este tercer encuentro se realizará un Taller de Actividad Corporal. Se desarrollará en dos actividades.

Se sabe de la incidencia de la actividad física sobre el bienestar psicológico, el estado de ánimo, el mejoramiento de la autoestima y la disminución del estrés. Mediante la actividad física se logra mejorar la condición física y mitigar la discapacidad psíquica y social, minimizar los síntomas, perfeccionar habilidades sociales conformando vínculos y ofreciendo oportunidades para salir del aislamiento, descubrir capacidades y motivaciones, recuperar aficiones generando el compromiso de una ocupación que organiza la vida diaria y fomenta la creación de hábitos saludables. (Rodríguez, 2013).

**Objetivo general:** Propiciar una mejor calidad de vida a partir de los beneficios que la actividad física proporciona en relación a la salud física y mental y al estado de ánimo.

**Tema:** El cuerpo en movimiento. Beneficios saludables.

### **Actividad 1: Yoga y bienestar**

Esta actividad está orientada a promover una mejora en la calidad de vida del paciente mediante una clase de yoga.

Andrade y Pedrao (2005) explican que el yoga es una actividad suave y de baja exigencia física, que no precisa una capacitación previa y está destinada a prevenir la rigidez, el estilo de vida sedentario, la apatía, la abulia, la anhedonia y el aumento de peso asociado a la medicación, que generalmente presentan los pacientes. Además de promover mejora en la calidad de vida, aumenta la autoestima, reduce la ociosidad, proporciona mayor integración entre los pacientes y los profesionales y aumenta la participación del paciente en otras actividades. (Citado en Nieves Lamela, Rodríguez González, Pedreira García, Marrero del Castillo y Montesinos Negrín, 2008).

**Materiales:** Salón con espacio suficiente para la realización de la actividad. CD u otro para reproducir música relajante. Colchonetas o esterillas. Ropa adecuada para la actividad. Vasos y agua o refrescos para todos los participantes.

**Tipo de estrategia:** Dinámica grupal.

**Tiempo estimado:** 60 minutos.

**Instrucciones para el coordinador:**

- 1- El coordinador se presenta y explica que realizará una clase de yoga.
- 2- El coordinador les ofrecerá información acerca del propósito de la actividad.
- 3- Se acondiciona la sala donde se realizará la actividad, (se retiran las sillas) de forma conjunta.
- 4- Se comprueba que funcione correctamente el material de audio.
- 5- Prever suministro de agua, refresco, etc. para la finalización de la actividad.
- 6- Se le solicita al grupo que coloquen sus colchonetas.
- 7- Se realiza la distribución de los participantes en la sala, de forma que el responsable de la actividad, se colocará en una posición en la que pudieran ser observado por el resto del grupo.
- 8- Se inician ejercicios de calentamiento de acuerdo a la capacidad y nivel físico de los participantes, cada uno ejecuta el ejercicio hasta donde le sea posible; y ejercicios de respiración (se les enseña como respirar de forma pausada, uniforme y nasal). Duración 20 minutos, con música suave. Los ejercicios serían realizados previamente y durante toda la sesión por el coordinador sirviendo de ésta forma de modelo al grupo; se corregirían aquellas posiciones inadecuadas en las personas que así lo precisen, utilizando refuerzos verbales para premiar los intentos válidos.

- 9- A continuación se realizarían posturas de yoga sencillas (evitando movimientos bruscos, violentos o impulsivos). Duración 20 minutos, con música suave.
- 10- Finalizaría la actividad con una relajación guiada. Duración 10 minutos.
- 11- Puesta en común de cómo transcurrió la sesión (sugerencias, críticas).
- 12- Agradecimientos a los participantes al finalizar el taller, para reforzar su disposición a la participación.
- 13- Recordar la importancia de recoger el material utilizado al finalizar la sesión.
- 14- Reparto de agua, refrescos, a los participantes.
- 15- Despedida.

### **Actividad 2: Hacemos música**

**Materiales:** Salón con espacio suficiente para la realización de la actividad. CD u otro dispositivo (pendrive) para reproducir música. Ropa adecuada para la actividad. Vasos y agua o refrescos para todos los participantes.

**Tipo de estrategia:** Dinámica grupal.

**Tiempo estimado:** 60 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

- 1- El coordinador presenta la segunda actividad explicando que realizarán en grupo una actividad relacionada con canciones.
- 2- Le pide al grupo que se sienten en círculo, ya sea en sillas o en el suelo y que escuchen atentamente la música que él va a reproducir.
- 3- Se presentará el comienzo de la primera canción (solo unos segundos) y quien sepa cuál es la seguirá cantando. Pueden sumarse todos los que descubran de qué canción se trata.

4- Se les puede pedir que digan si recuerdan el nombre de la canción, o quien la canta.

5- Luego se dividirá al grupo en dos.

6- Un grupo escuchará una canción (o una parte de la misma), en un rincón del salón, sin que el otro grupo la escuche y luego intentará que el grupo que no la escuchó adivine de que canción se trata. La manera de expresar dicha canción por el grupo que la escuchó será a partir de contar de que se trata como si fuera una historia.

7- Seguidamente el coordinador le pedirá al grupo que siga el ritmo de la música que el reproducirá. Pueden hacerlo con las manos, con la cabeza, con todo el cuerpo, haciendo palmas, bailando, o con los elementos que tengan a su alrededor.

8- Luego el coordinador reproducirá un video de la aplicación tiktok y en parejas, luego de ver el video, tratarán de imitarlo lo mejor posible.

9- Por último el coordinador pedirá al grupo que se sienten, que cierren los ojos, que respiren profundo y reproducirá música de relajación para terminar la actividad.

10- Despedida

#### **4° Encuentro**

**Objetivo general:** Abordar el autoconocimiento y la auto aceptación para promover el bienestar psicológico como uno de los indicadores de calidad de vida.

**Tema:** El autoconocimiento y el auto concepto

#### **Actividad 1: Conocerme y aceptarme.**

La primera actividad tiene por objetivo, en primer lugar fomentar el autoconocimiento de los pacientes, y que estos logren identificarse con algo que los

represente y en segundo lugar, lograr que los participantes reconozcan su auto concepto y acepten sus cualidades positivas, para facilitar la confianza en sí mismos y la interacción con el resto.

**Materiales:** Salón amplio y luminoso. Mesas y sillas. Hojas A4. Lápices de colores.

**Tipo de estrategia:** Dinámica grupal.

**Tiempo estimado:** 90 minutos.

**Instrucciones para el coordinador:**

1- El coordinador saluda al grupo y explica al grupo que realizarán una actividad grupal.

2- Luego explicará que deberán escribir y dibujar en relación a la consigna que les dará a continuación.

3- El coordinador repartirá hojas blancas A4 y lápices de colores a cada uno.

4- Les pedirá a los participantes que cada uno elija una palabra que los represente.

5- Luego les pedirá que dibujen como los representa esa palabra. Pueden dibujarse a ellos mismos o a un objeto o algo abstracto.

6- Se les pide a los participantes que se sienten en círculo e vayan mostrando su dibujos y explicando por qué los representaba esa palabra.

7- Luego se les facilita otra hoja con cuatro preguntas de reflexión sobre ellos mismos, con el fin de que reconozcan sus cualidades positivas, y que aspectos de ellos mismos le gustaría mejorar. (Ver Anexo III).

8- Se puede explicar detenidamente cada una de las preguntas dando ejemplos de respuestas, además de darles el tiempo suficiente para que piensen y desarrollen la actividad.

9- Al finalizar esta parte, se les pide que se sienten en círculo y lean sus respuestas (quien quiera hacerlo) para promover un espacio de reflexión.

10- Despedida.

### **Actividad 2: Derechos asertivos.**

El objetivo de esta actividad es desarrollar las posibilidades de autoconocimiento y de ejercicio asertivo de la autoconfianza y propiciar la exploración de la autoafirmación, sus alcances y límites.

**Materiales:** Un salón amplio e iluminado que permita a los participantes juntarse en grupos. Hojas y lápices para cada participante. Hoja "Derechos Asertivos: Yo tengo Derecho" (Ver Anexo III)

**Tipo de estrategia:** Dinámica grupal.

**Tiempo estimado:** 60 minutos

Instrucciones para el coordinador:

1- El coordinador informa que comenzará la segunda actividad y les entregará una hoja de trabajo a cada participante.

2- El coordinador solicita a los participantes que identifiquen individualmente los derechos que creen tener en la familia, el trabajo y la sociedad.

3- Luego el coordinador solicitará que se formen subgrupos y se pedirá que traten de destacar, con las contribuciones de cada participante, por lo menos cinco derechos que los subgrupos creen tener en lo familiar, lo laboral y lo social.

4- Cuando terminan son leídas las conclusiones subgrupales pidiendo que se aclaren los puntos que pueden ser confusos.

5- El coordinador pide que dado que lograron determinar estos derechos, pasen a determinar aquellos que creen tienen los miembros de sus familias, de su trabajo y de la sociedad.

6- Se repite el proceso anterior y se llega a conclusiones.

7- Despedida.

## **5° Encuentro**

**Objetivo general:** Fomentar la autonomía.

La autonomía supone la capacidad de controlar, afrontar y tomar decisiones personales por propia iniciativa acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

**Tema:** Gestión del tiempo y manejo del estrés

La gestión del tiempo ayuda a crear las estrategias que orientan hacia la práctica de actividades físicas, intelectuales o de esparcimiento, que permitan al individuo seguir formándose como persona, mientras que actúan como medio de integración social. “Ambas concepciones persiguen principalmente formar personalidades autónomas, capaces de construir su propio estilo de vida consiguiendo así un equilibrio que les proporcione bienestar en los terrenos físico, psíquico y social”.

### **Actividad 1: Ladrones del tiempo**

**Materiales:** Salón amplio y luminoso. Sillas para todos los participantes. Post-it. Lápices negros. Cartulina de color. Equipos de mate.

**Tipo de estrategia:** Dinámica grupal.

**Tiempo estimado:** 90 minutos

**Instrucciones para el coordinador:**

- 1- El coordinador saluda al grupo y explica que en esta actividad hablarán sobre lo que significa gestionar el propio tiempo y los beneficios que esto supone para disfrutar de las actividades de la vida diaria.
- 2- Luego les presentará al grupo cuales son los ladrones del tiempo (Ver Anexo IV).
- 3- Les propondrá debatir sobre cómo defenderse de ellos o eliminarlos.
- 4- Luego les entregará a cada uno varios post-it donde cada uno anotará en que sienten que utilizan muchas horas de su tiempo.
- 5- Luego se realiza en grupo una lluvia de ideas para pensar como modificar esta gestión del tiempo personal.
- 6- El coordinador posteriormente mostrará la cartulina con el cuadro de lo urgente/no urgente/importante/no importante (Ver Anexo V).
- 7- Se debate sobre este cuadro en grupo.
- 8- Por último el coordinador hablará sobre las herramientas para gestionar el tiempo (Ver Anexo VI)
- 9- Reflexión sobre la actividad.
- 10- Despedida

**Actividad 2: Aquí y ahora.**

**Materiales:** Salón cómodo y luminoso. Poco ruido. Sillas para todos los participantes.

Mesas para poder dibujar. CD de música relajante. Hojas con dibujos de mandalas (Ver Anexo VII).

**Tipo de estrategia:** Dinámica grupal.

**Tiempo estimado:** 90 minutos.

**Instrucciones para el coordinador:**

1. El coordinador explicará la importancia de manejo del estrés y la ansiedad.
2. El coordinador reproducirá el cd (o pendrive) con música suave y relajante.
3. Le pedirá al grupo que se sienten, cierren los ojos y tomen diez respiraciones lentas y profundas.
4. El coordinador les dirá: “Concentrarse en respirar lo más lentamente posible, exhalar hasta que los pulmones estén completamente vacíos y luego inhalar lentamente. Prestar atención a los pulmones vaciándose. Prestar atención a cuando se vuelven a llenar de aire. Prestar atención a los hombros subiendo y bajando.
5. Intentar dejar que sus pensamientos vayan y vengan, como si fueran autos que estuvieran pasando por la calle o nubes pasando en el cielo.
6. Ampliar la conciencia, abriendo los ojos e intentando notar que pueden ver, oír, oler, tocar y sentir.
7. Una vez estén con los ojos abiertos y relajados, el coordinador le entregará a cada participante una hoja con un dibujo de mandala para pintar, y lápices de colores.
8. Les pedirá que escuchen la música y que sigan respirando lentamente mientras pintan.
9. Al finalizar la actividad se reflexionará en grupo sobre los beneficios del manejo del estrés y la ansiedad, promoviendo comentarios, sensaciones, pensamientos, etc.
10. Despedida.

## **6° Encuentro**

**Objetivo general:** Ofrecer la oportunidad de poner a prueba habilidades sociales, nuevas o existentes y dotar de un espacio de “ensayo” de habilidades pre-laborales. Ofrecer al paciente de HD un rol activo y significativo diferente al de “enfermo mental” promoviendo su participación social e integración comunitaria.

**Tema:** El Voluntariado y la posibilidad de experimentar la valía personal.

### **Actividad 1: Proyecto 3G**

**Materiales:** Un salón suficientemente amplio para el grupo y los invitados. Sillas para todos los participantes. Equipo de mate.

**Tipo de estrategia:** Charla informativa grupal

**Tiempo estimado:** 45 minutos

### **Instrucciones para el coordinador:**

- 1- El coordinador saludará al grupo y explicará que se encuentran allí representantes del proyecto 3G y los presentará al grupo. (Ver Anexo VIII).
- 2- Les dará la palabra a los integrantes del proyecto.
- 3- Los integrantes del proyecto explicarán que es un voluntariado, y cuál es el proyecto en el que ellos trabajan.
- 4- El coordinador luego promoverá que el grupo pueda realizar preguntas, consultas o inquietudes a los invitados.
- 5- El coordinador retomará la palabra explicando que en la segunda actividad se continuará con el tema del voluntariado.

- 6- Se promueve un descanso de 15 minutos hasta la próxima actividad

**Actividad 2: Soy voluntario, apporto valor al mundo.**

**Materiales:** Un salón suficientemente amplio para el grupo y los invitados. Sillas para todos los participantes. Equipo de mate.

**Tipo de estrategia:** Dinámica grupal. Role playing

**Tiempo estimado:** 90 minutos.

**Instrucciones para el coordinador:**

- 1- El coordinador vuelve a saludar el grupo y a los invitados.
- 2- Previo al comienzo de la actividad, se les entregará a los participantes el mismo cuestionario (Ver Anexo II) que se aplicó en la primera actividad, que devolverán al finalizar el encuentro.
- 3- Luego informará que para poder experimentar cuales son las actividades que realiza el proyecto 3G, realizarán un ejercicio de role playing, explicando que significa el mismo, con palabras simples.
- 4- Los integrantes del proyecto y el coordinador dividirán el grupo en dos. Unos actuarán de ancianos y los otros de voluntarios.
- 5- Se presentarán distintas actividades que se realizan en los geriátricos habitualmente con los ancianos, las cuales las comentarán los integrantes del proyecto.
- 6- Luego de finalizada la actividad se informa al grupo que ellos pueden formar parte del proyecto sumándose como voluntarios, pudiendo aportar con sus

conocimientos, creatividad, destrezas personales, etc., nuevas actividades al proyecto.

- 7- El coordinador promueve una charla con preguntas, dudas, consultas, pensamientos, ideas, etc.
- 8- Se explica por último que quien esté interesado en ser voluntario dejará sus datos a los integrantes del proyecto para luego coordinar como se llevará a cabo el ingreso.
- 9- Despedida.

**DIAGRAMA DE GANTT**

<b>ENCUENTROS</b>	<b>Actividades</b>	<b>SEMANA 1</b>	<b>SEMANA 2</b>	<b>SEMANA 3</b>	<b>SEMANA 4</b>	<b>SEMANA 5</b>	<b>SEMANA 6</b>
Encuentro 1	Cuánto vale una heladera	90 minutos					
	El Club de Teatro	120 minutos					
Encuentro 2	Teatro para todos		90 minutos				
	Teatro a la calle		120 minutos				
Encuentro 3	Yoga y bienestar			60 minutos			
	Hacemos música			60 minutos			
Encuentro 4	Conocerme y Aceptarme				90 minutos		
	Derechos asertivos				90 minutos		
Encuentro 5	Ladrones del tiempo					90 minutos	
	Aquí y ahora					90 minutos	
Encuentro 6	Proyecto 3G						45 minutos
	Soy voluntario, apporto valor al mundo						90 minutos

## **RECURSOS**

El Servicio de Salud Mental del Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua” cuenta con materiales y recursos que forman parte de la infraestructura edilicia; se detallan a continuación aquellos que estarán disponibles para la realización de los encuentros del taller:

- Salón de usos múltiples
- Sillas
- Mesas
- Equipo reproductor de CD
- Colchonetas
- Vasos
- Agua potable

**PRESUPUESTO**

Por otra parte, para la realización de las actividades, será necesario adquirir los siguientes materiales:

Cantidades	Materiales	Costo estimado
260	Hojas con fotocopias con obra de teatro, hoja de derechos asertivos, cuestionario, mandalas	\$ 526
3	Hojas con fotocopias deherramientas para gestionar el tiempo, cuadro urgente/no urgente y ladrones del tiempo	\$ 10
2	CD virgen	\$ 60
1	Resma hojas A4	\$ 300
20	Lápices negros	\$ 200
24	Lápices de colores	\$ 280
1	Post-it	\$ 300
1	Cartulina	\$ 20
12 actividades, 6 encuentros semanales, 17 horas en su totalidad	Honorarios profesionales	\$ 31.960
<b>TOTAL</b>		<b>\$ 33.656</b>

## **HONORARIOS PROFESIONALES**

El Colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba, establece en la resolución de junta de gobierno 137/14 que los honorarios mínimos éticos profesionales son:

- Psicoterapia individual \$ 1080
- Psicoterapia de pareja y de familia \$ 1660
- Psicoterapia grupal \$ 410 (por integrante del grupo)
- Psicodiagnóstico \$ 6100 (hasta 6 sesiones)
- Atención domiciliaria \$ 2160
- Psicoprofilaxis \$ 5400 (módulo de 8 sesiones)
- Emisión de Apto Psicológico \$ 1230
- Conducción/Coordinación de espacios de formación \$ 1880 (valor hora)

Teniendo en cuenta la modalidad de dispositivo Hospital de Día, con la realización de talleres y actividades varias, será utilizado para el cálculo de los honorarios profesionales el valor fijado para Conducción/Coordinación de espacios de formación con un valor de \$ 1880 la hora.

## **EVALUACIÓN**

Con el objetivo de conocer la incidencia de las actividades del programa de trabajo en relación a la necesidad delimitada, se evaluará a los pacientes internados en el Servicio de Salud Mental del Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”, los cuales formarán parte del dispositivo.

Al inicio de la primera actividad del primer encuentro, se les aplicará a los participantes un cuestionario ad hoc (Ver Anexo II) para la evaluación del fortalecimiento de lazos, la mejora de la calidad de vida y la autonomía.

A continuación se realizarán las actividades de cada uno de los seis (6) encuentros programados, que tendrá en su totalidad una duración de un mes y medio.

Posterior al desarrollo de todas las actividades, se volverá a evaluar a los participantes mediante el mismo cuestionario ad hoc, que se aplicará en la última actividad del último encuentro.

Los datos recogidos en el cuestionario serán volcados en la matriz de evaluación de impacto creada ad hoc (Ver Anexo IX).

La aplicación del instrumento nombrado anteriormente, previo y posterior a la implementación del programa de trabajo, permite la presunción de que si hay cambios en las respuestas, es debido a la realización de las actividades por parte de los participantes, y no debido a motivos azarosos.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

A partir de la implementación del presente Plan de Trabajo se espera que se produzca un cambio en relación a las posibilidades de externación de los pacientes internados en el Servicio de Salud Mental del Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”.

Fundamentalmente las expectativas de dicha intervención son las de favorecer la externación previniendo nuevos ingresos y recaídas, brindando herramientas para que los individuos puedan fortalecer sus vínculos y generar estrategias para mejorar su calidad de vida y promocionar de este modo sus capacidades y sus fortalezas para el logro de una inserción social satisfactoria.

Los beneficios que el plan de intervención brinda al finalizar el desarrollo de las actividades propuestas es el de restituir la dignidad de las personas con padecimiento mental a partir del desarrollo de su autonomía, evitando de este modo el estigma y la exclusión social.

## CONCLUSIÓN

El trabajo realizado mediante la implementación del presente plan de intervención fue posibilitado a partir de la lectura del material brindado por la Universidad Siglo 21 acerca de la institución Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua” de la ciudad de Río Cuarto.

De la misma se deslindó la necesidad de abordaje de la externación de pacientes, teniendo en cuenta que hubiera sido más provechoso de haberse podido realizar la intervención de manera concreta en la institución a la cual se aboca esta tesis, por lo que esto representaría una limitación del plan de trabajo, como así también la no muy extensa bibliografía sobre la temática expuesta ya que las prácticas de desinstitucionalización no comenzaron hace tan lejos en el tiempo, lo que por otra parte podría verse como una ventaja ya que este trabajo brindaría un pequeño pero nuevo aporte para agregar al conocimiento de esta problemática.

De todas maneras se establece que el desarrollo de la intervención posee sus fortalezas en tanto que diversos autores han destacado que fomentar actividades grupales tendientes a propiciar la externación favorece la inclusión social de los individuos con padecimientos mentales.

Tal es el ejemplo, como para nombrar alguno, de los resultados positivos a partir de la implementación de un Taller de Muestra Artística denominado ¿lo/cura el encierro?, realizado en el Hospital Dr. A. Korn. El manicomio despoja al sujeto de su palabra, de sus capacidades conservadas y su creatividad. Lo despoja de lo que constituye su humanidad: su posibilidad de ser productor-hacedor de su propia vida.

Los talleres creativos cuestionan con su práctica un aspecto central del manicomio: las rupturas de las comunicaciones entre el afuera y el adentro y

ocultamientos de las capacidades conservadas y potenciales de los pacientes. (Sampayo, 2005).

Se advierte que la temática puede ser abordada por otros dispositivos grupales, tales como talleres de reflexión, vivenciales o actividades que tengan una más extensa duración, como por ejemplo, talleres de huerta que podrían ser anuales y promover el funcionamiento interpersonal y ocupacional de los pacientes previos a su externación.

Por otra parte se desea realizar algunas recomendaciones a futuro para quien tenga la intención de implementar este plan de intervención abocado al desarrollo de una propuesta de abordaje con pacientes adultos internados en un servicio de salud mental, el cual podría verse favorecido si se pudiera extender en el tiempo alguna de sus actividades.

La propuesta consistió en la implementación de un dispositivo que constó de seis (6) encuentros, a lo largo de un mes y medio. Se propone una mejora realizando la actividad de Teatro Leído de manera más extensa posibilitando que se convierta en un taller instituido del Hospital de Día, con el beneficio que aportaría la generación de lazos constantes con la comunidad, pudiéndose prever la realización de dos presentaciones anuales de la obra de teatro por parte de los participantes del taller.

## REFERENCIAS

- Agrazar, J. y De Battista, J. (2019). Contribución a la historia del surgimiento de dispositivos alternativos al asilo en el tratamiento de las psicosis: el caso del hospital de día del HZGA Manuel Belgrano. *Revista de Historia de la Psicología*, 40(4), 33-42. DOI: <https://doi.org/10.5093/rhp2019a18>
- Alazraqui, H. F. (2017). Historia de la Psiquiatría: el caso del dispositivo de Hospital de Día. *Revista Científica*, 22(2). ISSN 2591- 5266 electrónico
- Almarcha, A. (1977). Goffman, Erving. Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. *Papers Revista de Sociología*, 1(6), 198-215. Barcelona.
- Amico, L. del C. (2004). Desmanicomialización: Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental. *Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales*. Edición electrónica, 35. Recuperado de <https://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>
- Arizó, A., Serafín, R. y Ramos, M. (2018). Casa de convivencia autogestionada en Córdoba: Una experiencia de externación. *Salud Mental y Derecho: Derechos sociales e intersectorialidad*, 73-84. Córdoba: Espartaco.

Arraigada, M., Ceriani, L. y Monópli, V. (2013). Políticas públicas en salud mental: de un paradigma tutelar a uno de derechos humanos. Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.

Barabraham, A., Di Carlo, J., Eceiza, F., Flores, P., Lo Duca, N. y Videla, A. (2016). Una visión epistemológica de la grupalidad y sus posibles dispositivos.5 Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales (ELMeCS). Métodos, metodologías y nuevas epistemologías en las ciencias sociales: desafíos para el conocimiento profundo de Nuestra América. Mendoza. ISSN 2408-3976

Bertolote, J. M. (2008). Políticas de salud mental. Raíces del concepto de salud mental. World Psychiatry. Department of Mental Health, World Health Organization. Ginebra.

Boso, J. F., Ramírez, C. P. y Fernández, A. (2013). Prácticas psicológicas y psicoanalíticas acerca de la subjetividad y la salud mental: un punto de vista epistemológico. 5° Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. 20 Jornadas de Investigación, Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Caminada Rossetti, M. P., del Carpio, S. V. y Heredia, A. (2018). La atención en salud mental en Hospitales Generales. *Salud Mental y Derecho: Derechos sociales e intersectorialidad*. Córdoba: Espartaco.

De Battista, J. (2019). ¿Cómo desmanicomializar sin segregar? Proyecto de investigación acerca de los obstáculos desde la perspectiva de las historias de vida de usuarios del HIAC Dr. A. Korn. Jornada de investigadores/as sobre conocimiento y políticas públicas. Instituto de investigaciones sobre conocimiento y políticas públicas. Buenos Aires. Recuperado de [https://digital.cic.gba.gov.ar/bitstream/handle/11746/10549/11746\\_10549.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://digital.cic.gba.gov.ar/bitstream/handle/11746/10549/11746_10549.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Dinamarca, M. S., y Ribeiro, A. P. (2017). Internar/externar. ¿En qué condiciones? Escollos en la práctica y reflexiones posibles. Experiencias y estrategias de promoción y prevención comunitaria de Salud Mental y Adicciones. 1° Congreso provincial de salud mental y adicciones. Buenos Aires. Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/13/internarexternar-en-que-condiciones-escollos-en-la-practica-y-reflexiones-possibles/>

Faraone, S., Valero, A., Rosendo, E. y Torricelli, F. (2011). Equipos de salud mental, instituciones totales y subjetividad colectiva. Una experiencia de transformación institucional. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 1, 51-6. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa.

Ferro, R. O. (2010). Salud Mental y Poder: un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad. *Revista de Salud Pública*, 15, 47-62.

Formento, A. C. (2004). El Hospital de Día: una posibilidad de excluir la exclusión. Proyecto de aplicación profesional. Córdoba: repositorio uesiglo 21.

Fuensalida, N., Pasquale, A., Castro Ferro, G., Brain, A., Sosa, S. y Zanatta, A. (2018). Abordaje de la Salud Mental en hospitales generales. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Ministerio de Salud y Desarrollo Social; Presidencia de la Nación. Buenos Aires.

Gabay, P.M. (2012). Recuperación. Un nuevo paradigma para la psiquiatría. *Vertex*. Buenos Aires.

Galende, E. (1990). Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Buenos Aires: Paidós.

Galende, E. (2012). Consideración de la subjetividad en Salud Mental. *Salud Mental y Comunidad*, 2(2), 23-29. Remedios de Escalada: UNLa.

Galende, E. (2015). Conocimiento y prácticas de Salud Mental. Buenos Aires: Lugar.

García Fanlo, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze y Agamben. A *Parte Rei Revista de Filosofía*, (74) 1-8.

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. (2001). Orientaciones técnicas para el funcionamiento de hospitales de día en psiquiatría. Recuperado de [http://bibliodrogas.cl/biblioteca/documentos/TRATAMIENTO\\_CL\\_5268.PDF](http://bibliodrogas.cl/biblioteca/documentos/TRATAMIENTO_CL_5268.PDF)

Goffman, E. (1961). Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu.

Guaresti, G. (2018). Emprendimientos productivos en Salud Mental. Un estudio de caso dentro del Centro de Salud mental Comunitaria Dr. Franco Basaglia. 10° Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata. Ensenada: Universidad Nacional de la Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

González, F. (2005). ¿Qué es un Paradigma? Análisis Teórico, Conceptual y Psicolingüístico del Término. *Investigación y Postgrado*, 13-54.

Kraut, A. y Diana, N. (2013). Sobre la reglamentación de la Ley de Salud Mental. Thompson, La Ley, 1.

Kremer, I. (2014). Criterios actuales para el abordaje de las enfermedades psiquiátricas desde la salud. *Salud(i)Ciencia*, 21(1), 60-64. Buenos Aires.

Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 2 de diciembre de 2010. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/35447/20101203?busqueda=1>

Ley N° 9848. Ley de Protección de la Salud Mental. Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, decreto N° 1.022, Córdoba, Argentina, 28 de octubre de 2010. Recuperado de [https://boletinoficial.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2014/11/051110\\_seccion1.pdf](https://boletinoficial.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2014/11/051110_seccion1.pdf)

Michalewicz, A., Obiols, J., Ceriani, L. y Stolkiner, A. (2011). Usuarios de servicios de salud mental: del estigma de la internación psiquiátrica a la posibilidad de hablar en nombre propio. 3° Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, 18 Jornadas de Investigación, Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.

Ministerio de Salud. (2020). Hospital Nacional en Red "Lic. Laura Bonaparte".  
Obtenido de Argentina.gob.ar:  
<https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalbonaparte>

Molina, R. (2020). El Hospital de Día: una posibilidad de alojar locura en nuestros días.  
Blog de Docencia e Investigación. IPSE Salud Mental. Recuperado de  
<https://ipsesm.com.ar/el-hospital-de-dia-una-posibilidad-de-alojar-locura-en-nuestros-dias/>

Morasso, A. N. (2013). Gestión de modelos de externación de adultos con alteraciones mentales y el impacto en la desinstitutionalización en Argentina. *Revista Científica Visión de Futuro*, 17 (2), p 40-58. Misiones: Universidad Nacional de Misiones.

Nieves Lamela, P., Rodríguez González, F. A., Pedreira García, B., Marrero del Castillo, D.C., Montesinos Negrín, E. (2008). Taller de Yoga como terapia de actividad en pacientes psiquiátricos de larga estancia. ISSN 1988-348X. Recuperado de [file:///D:/Datos%20de%20usuario/Downloads/178-680-1-PB%20\(1\).pdf](file:///D:/Datos%20de%20usuario/Downloads/178-680-1-PB%20(1).pdf)

OMS. (2006). Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Ginebra.

Papa, M. A. e Irigoitia, J. I. (2015). Análisis del Dispositivo de Hospital de Día de Salud Mental de la ciudad de Pergamino, como nuevo Dispositivo. *Documentos de Trabajo Social*, 56, 147-168. Málaga: CODTS.

Quirós Feijoo, M. L. (2019). Taller para fortalecer la reinserción social. Hospital de día San Antonio de Padua. (Bachelor's thesis). Recuperado de: <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/handle/ues21/17747>

Real Academia Española. (2019). Real Academia Española. Recuperado de <https://dle.rae.es/paradigma>

Real Academia Española. (2019). Real Academia Española. Recuperado de <https://dle.rae.es/dispositivo>

Rodríguez, M. L. (2013). La importancia de las prácticas de Educación Física en el abordaje multidisciplinario de la Salud Mental: El desafío de trabajar con locos. 10mo Congreso Argentino de Educación Física y Ciencias. Universidad

Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.  
Departamento de Educación Física. La Plata

Rosetti, A. (2018). Los derechos sociales como derechos fundamentales. Reflexiones introductorias en un libro sobre derecho a la salud (mental). *Salud Mental y Derecho: Derechos sociales e intersectorialidad*, 17-29, Córdoba: Espartaco.

Sabin Paz, M., Díaz Jiménez, R. M., Ribeiro Mieres, S., Giglia, L., Soberón Rebas, A. S., Rodríguez, V. M. y Salerno, L. (2015). Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio. *Cels Salud Mental*. 1ª ed. Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales CELS.

Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco*, 16(45), 163-188. Recuperado en 27 de septiembre de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-16592009000100008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592009000100008&lng=es&tlng=es).

Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex*, Vol. 23: 57 - 67. Buenos Aires.

Tisera, A., Pipo, V., Cuello, J., Gutierrez, A., Gallo, C., Pauleau, C. y Medus, E.(2004).

Pan del Borda: entre la salud y el trabajo. 11 Jornadas de Investigación. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Tisera, A., Bavio, B. y Lenta, M. M. (2009). El proceso de externación y su inclusión en las políticas públicas de salud mental. ¿Externación o expulsión? 1er congreso internacional de investigación y práctica profesional en psicología, 5ta jornada de investigación y quinto encuentro de investigadores en psicología del mercosur “psicología y sociedad contemporánea: cambios culturales”. Buenos Aires: Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Tisera, A., Leale, H., Lohigorry, J., Pekarek, A. y Joskowicz, A. (2012). Salud Mental y desinstitucionalización en los procesos de externación. Intervenciones en Psicología Comunitaria.

Universidad Siglo 21. (2019). Líneas temáticas estratégicas. Nuevos paradigmas en salud mental. Obtenido de [https://siglo21.instructure.com/courses/9721/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#\\_](https://siglo21.instructure.com/courses/9721/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#_)

Universidad Siglo 21. (2019).Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua.

Obtenido de <https://siglo21.instructure.com/courses/9721/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>

Universidad Siglo 21. (2019). Plan de Intervención. Lectura 1: Delimitación del

problema.Obtenido de <https://siglo21.instructure.com/courses/9721/pages/plan-de-intervencion#lectural>

Vegué, J y Bosque C. (2011). Hospital de día: concepto y modalidades. Revista de

Psicopatología y Salud Mental el niño y el adolescente, 3, 11-12. Fundació Orienta.

Yoma, S. M. (2018). Derechos sociales y Salud Mental: De la vulneración de derechos

y la exclusión social a políticas públicas integrales. Salud Mental y Derecho: Derechos sociales e intersectorialidad. Córdoba: Espartaco.

## ANEXOS

### Anexo I

#### Obra de Teatro "Cuánto vale una heladera". Claudia Piñeiro

Personajes

Piñeiro

Empleada

Lobatti

Dr. Loche

Peralta

#### 1.

*Escenario a oscuras. Suena un teléfono. Se detiene el sonido porque atiende el automático.*

Locutora (*off*): Gracias por comunicarse con Energé, su compañía de electricidad. A continuación pulse el número correspondiente a la opción deseada.

Falta de suministro, pulse 1.

Facturación, 2.

Corte de suministro por falta de pago, 3.

Corte de suministro por otro motivo, 4.

Prejudiciales, 5.

Judiciales, 6.

Emergencia, 7.

Catástrofe, 8.

O aguarde y será atendido. En estos momentos todos nuestros operadores están ocupados. Por favor, intente más tarde o preséntese en nuestras oficinas en el horario de 8 a 14 hs. Muchas gracias por comunicarse con Energé.

#### 2.

*Sonido de teléfono de corte y ocupado. Se enciende la luz del escenario. Es la oficina de atención al cliente de una compañía de electricidad. Hay un escritorio, detrás del cual una empleada termina de acomodar unos papeles.*

*Claudia espera ser atendida, parada en una fila de dos o tres personas. Se ve cansada, hace rato que espera.*

Empleada (*grita al salón*): Sesenta y nueve... rosa...

*El grito de la empleada sobresalta a Claudia.*

Claudia: Yo... acá...

*Avanza torpemente buscando el número, va hacia el escritorio y se sienta.*

Empleada: Dígame...

Claudia: Vengo a hacer un reclamo... yo vivo acá a tres cuadras y ayer estuvimos sin luz todo el día...

Empleada (*sin interés pero con falsa sonrisa*): Última factura paga y documento, por favor...

Claudia (*busca y rebusca en la cartera*): No, pero mire que yo no vengo por el tema del corte... (*Encuentra los papeles y los saca sin dárselos todavía*) A mí la luz ya me volvió... lo que pasa es que cuando la dieron, vino con demasiada tensión y me quemó la heladera...

Empleada (*le saca la factura y el documento de la mano y los lee*): Ajá...

Claudia: Una heladera recién comprada, doble puerta, esa que saca los cubitos directo al vaso... Todavía la estoy pagando...

*La empleada hace uso de su poder y se toma su tiempo para revisar los papeles.*

Empleada (*marcando exageradamente la diferencia entre los dos apellidos*):

En el documento dice Claudia **Piñeiro**, y en la factura dice

Claudia **Pineiro**...

Claudia: Sí...

Empleada: ¿Y usted quién es?

Claudia: Claudia Piñeiro...

Empleada: El trámite es personal, tiene que venir la titular...

Claudia: La titular soy yo...

Empleada (*vuelve a marcar la ene*): La titular de la factura es Claudia Pineiro...

Claudia: Sí, soy yo...

Empleada: ¿En qué quedamos, usted es Piñeiro o Pineiro?

Claudia: Yo soy Piñeiro, pero ustedes cuando facturan escriben Pineiro... debe ser que no tienen eñe en el sistema...

*La empleada se calza los anteojos de leer, y busca en una carpeta o listado de clientes.*

Empleada: En años de servicio no recibí una queja relacionada con la eñe.

Claudia (*se empieza a fastidiar*): No le habrán quemado la heladera a nadie que lleve eñe en su apellido...

Empleada (*golpeando con la lapicera el listado como que ahí también la encontró*): En el listado de clientes también me figura como Pineiro (*cierra el listado como dando la cosa por terminado*). Lo siento, si en nuestros registros figura Pineiro, yo necesito que se presente Pineiro...

Claudia: Es que Pineiro no se puede presentar porque no existe...

Empleada: ¿Pero de quién era la heladera entonces?

Claudia: ¡¡¡Mía!!!

Empleada: A ver... déjeme entender... usted es quien vive en el domicilio que figura en esta factura...

Claudia (*se entusiasma, parecería que la empleada empezara a entender*):

¡Sí!

Empleada: Y usted es Claudia Piñeiro.

Claudia (*feliz, cree que al fin le entendió*): Efectivamente...

Empleada: Entonces tramite un artículo 38...

Claudia: ¿Qué es eso?

Empleada: Cambio de titularidad... si cambia el titular hay que hacer un artículo 38...

Claudia: ¡Pero si el titular no cambió, yo vivo ahí desde hace 15 años...!

Empleada (*con un sarcasmo que no tiene*): ¿Y en quince años no se preocupó por poner la factura a su nombre...?

Claudia: ¡Está a mi nombre! Ustedes lo escriben mal... ustedes arman todo este entuerto... ¡ustedes son los que no pueden escribir una eñe como corresponde!

Empleada (*con calma estudiada y exagerada*): No me falte el respeto que yo a usted la estoy tratando bien...

Claudia (*se indigna*): ¿Yo le falté el respeto?

Empleada: Escúchese el tonito...

Claudia: ¡Escúchese usted, que habla y habla y no soluciona nada...!

Empleada: Pero no le levanto la voz...

Claudia: ¡¡¡Levánteme la voz, insúlteme, pégueme si quiere, pero haga algo para que me paguen mi heladera...!!!

Empleada (*repite lo que cree obvio*): Art. 38 cambio de titularidad...

Claudia: ¡No se da cuenta de que si pidiera cambio de titularidad estaría mintiendo...!

Empleada: Ah, ese no es mi problema... usted quiere solucionar la cosa, yo le digo cómo... después cada uno sabe lo que hace o deja de hacer...

Claudia (*respira, trata de calmarse aunque le cuesta, y luego habla*): Señorita, mi apellido es Piñeiro, con eñe, mi abuelo Pepe nació y murió en la Coruña, con eñe, y mi abuelo materno se llamaba Adolfo

Peña, también con eñe... En la historia de mi familia hay demasiadas eñes, y nunca nos han traído ningún problema, hasta hoy...

Empleada: Cada uno carga su cruz, señora. Tuvo suerte que recién ahora se dio cuenta... ¿Sabe cómo me llamo yo?

*Claudia, casi sin fuerzas, niega apenas con la cabeza.*

Empleada: Culotta... ¿Sabe las cargadas que me comí toda mi vida...?

Hasta a mi marido lo han cargado por mi apellido... ¿Y yo me fui a quejar a alguna parte? ... ¿Sabe cómo se llamaba mi mejor compañera del secundario...?

Ziembrosvchuvnick... Todos le decíamos

Porota, inclusive los profesores... ni uno acertaba con el apellido... hasta en el diploma se lo escribieron mal... ¿Y usted se queja porque el suyo tiene una eñe...?

Claudia: Yo no me quejo de mi apellido... Me quejo de ustedes que me lo cambian en la factura... y eso les sirve para no pagarme la heladera...

Empleada: La heladera se la pagaremos con todo gusto... eso nadie le dijo que no... pero al titular... Y para eso el único camino posible es

Artículo 38, cambio de titularidad.

*Claudia queda vencida, lo duda un instante y luego:*

Claudia (*como dándole el gusto de harta que está*): Está bien, quiere un artículo 38, hágame un artículo 38...

Empleada (*complacida*): Cómo no, señora..., enseguida se lo hacemos... ya le doy los formularios... los tengo por acá... formulario

AJ3B, original y duplicado.

Empleada (*le extiende los papeles y una birome con piolín atado a la pata del escritorio*): Complételes en imprenta mayúscula si es tan amable, que yo después no entiendo la letra...

*Claudia toma la birome y empieza a llenarlos. Mientras escribe, de pronto se da cuenta de algo. Duda, no sabe si seguir escribiendo, la mira, sigue, tiene miedo de preguntar pero finalmente se decide y lo hace.*

Claudia: Una duda me queda, ¿quién me garantiza que después tramitar el cambio de titularidad en la factura va a aparecer Piñeiro?

Empleada: ¿Usted puso Piñeiro ahí?

Claudia: Obviamente puse Piñeiro.

Empleada: Si usted puso Piñeiro, yo informo Piñeiro...

Claudia: Entonces en la factura va a decir Piñeiro.

Empleada: Eso ya no sabría decirle... yo lo informo así como está, ahora lo que después hacen en sistemas ya no es mi responsabilidad...

Claudia: O sea que podría ser que yo haga todo este trámite, en imprenta, mayúscula, todo prolijo, por duplicado, pierda mi tiempo, le haga perder el suyo, y después...

Empleada (*se acuerda algo, la interrumpe cordial*): Discúlpeme que la interrumpa pero me olvidé de decirle que el trámite tiene un costo de 25 pesos...

Claudia: ...pague 25 pesos... y a pesar de ello existe el riesgo de que la factura siga saliendo mal...

Empleada: Riesgos siempre hay... Uno hace su trabajo bien... pero los demás... No está dentro de mis funciones...

Claudia (*no logra contenerse más*): Y dígame, ¿dentro de las funciones de quién mierda está?

Empleada: Señora, le aconsejo que se tome las cosas de otra manera...

Si no se calma yo no la puedo seguir atendiendo...

Claudia: ¡¡¡Dígame quién carajo me va a atender entonces porque no me pienso calmar!!!

Empleada (*ofendida, mientras anota rápidamente en un papelito que luego le da*):

Gerente de Sistemas, Ingeniero Lobatti, piso 3ero oficina 5.

(*Gritando al salón el siguiente número*) Setenta rosa...

*Se prepara el que sigue. Claudia toma sus cosas con disgusto y se va.*

*Las luces se apagan y el escenario queda totalmente a oscuras.*

**3.**

Locutora (*off*): La ley 18248, ley del nombre establece que toda persona natural tiene el derecho y el deber de usar el nombre y apellido que le corresponde... La persona a quien le fuere desconocido el uso de su nombre podrá demandar el reconocimiento y pedir se prohíba toda futura impugnación por quien lo negare. Podrá ordenarse la publicación de la sentencia a costa del demandado.

**4.**

*Cuando se enciende la luz en el escritorio está sentado el ingeniero Lobatti, gerente de sistemas, y frente a él, Claudia. Es otra oficina y otro escritorio, puede haber algún formulario continuo desplegado sobre él, y una PC.*

Lobatti: Sí, yo la entiendo, pero entiéndame usted a mí... La eñe no figura en los teclados...

Claudia: ¿Cómo que no?... Yo tengo una computadora en mi casa y escribo las palabras que llevan eñe... con eñe...

Lobatti: En nuestros teclados no... Ni en los de casa central ni en los de ninguna de nuestras sucursales... Imagínese, yo para solucionar su problema tendría que pasar el teclado de todas nuestras PC al español, y eso nos traería innumerables inconvenientes... Mi gente no está acostumbrada al español...

Claudia: ¿Su gente es pakistaní...? ¿Ucraniana...? ¿China? ¿En qué idioma habla su gente?

Lobatti: Me refería al lenguaje de las máquinas... con las máquinas se habla en idioma universal... toda mi gente habla en idioma universal...

Claudia: ¿O sea?

Lobatti: Inglés... los comandos son en inglés, las rutinas son en inglés, los programas están definidos en inglés... "Run" es correr... "enter", entrar... "delete", borrar... Y en el alfabeto inglés no hay lugar para la eñe... De ahí el problema de su apellido... nada personal...

Claudia: El problema no es de mi apellido, sino de su teclado. ¡Usted si lo dejan es capaz de querer traducir mi apellido al inglés!

Lobatti (*desestima*): Por favor, señora... yo no haría eso... yo... (*y luego como si se le ocurriera una idea brillante y graciosa*) ¿Cómo me dijo que se llama?

Claudia: Piñeiro...

Lobatti: ¿Y significa algo Piñeiro...? Discúlpeme la ignorancia...

Claudia: Además de mi nombre... decía mi abuelo que era algo así como un montón de pinos...

Lobatti (*con actitud de creativo*): Algo así como un montón de pinos... “a lot of pines” ... “many pines...” ... “a hundred pines” ... (*Se ríe de su propio chiste buscando que ella también se ría pero no lo logra*) ¡Qué gracioso sería, ¿no?!... Traducir todos los apellidos del mundo al inglés... “¿No, Sra. Manypines?” ... Uno se ríe pero vaya a saber si algún día...

Claudia: ¡¿Qué dice?! Los nombres propios son intraducibles, señor. No pretenda adaptar mi apellido a su teclado...

Lobatti: Entonces tampoco usted pretenda que adaptemos nuestros teclados a su apellido. ¿Sabe el costo que significaría eso para la empresa? Miles de dólares, señora... Le pido que lo entienda...

Claudia: El que no entiende es usted, señor... si no puede poner un palito con su teclado, escríbalo a mano... Yo me llamo Piñeiro, y exijo que usted me llame como me llamo...

Lobatti: Yo no la llamo...

Claudia: Me llama con sus facturas de vencimiento...

Lobatti: Tratamos de escribirlo de la manera más parecida posible...

Claudia: En un nombre no existe “la manera más parecida posible”, es como es... ¿O a usted le daría lo mismo que lo llamaran Lobito, o Lobeto, o Lobuto...?

Lobatti: No, bueno, afortunadamente mi apellido no presenta el problema que presenta el suyo. Peor sería que en lugar de ñe le escribiéramos un signo pesos, o el signo de porcentaje... como hacen algunos... Yo trabajé un tiempo en una tarjeta de crédito y ahí todas las ñe salían como la (&) y inglesa... la “y” de “and company”, ¿vio?

Claudia: No, por suerte no vi...

## Anexo II - Cuestionario (ad hoc) de autorreporte

Lee atentamente y marca con una cruz lo más adecuado según tu opinión.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
<b>Siento el apoyo de mi familia</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Comparto actividades con familiares y amigos</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Intervengo en actividades en mi pueblo o vecindario</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Le cuento a mi familia como me siento</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tengo amigos de confianza a quien les cuento mis problemas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Formo parte de clubes, organizaciones, grupos, etc.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Me gusta como soy</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tengo sentido del humor</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Realizo actividad física y me alimento saludablemente</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Soy capaz de manejar mis emociones</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Puedo relajarme y manejar mi nivel de estrés</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cuando decido algo, lo realizo</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Soy capaz de organizarme en mi vida diaria</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Distribuyo bien mi tiempo para realizar mis responsabilidades y también para manejar mi tiempo libre</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Soy capaz de manejar mi dinero</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Tomo decisiones por mi propia cuenta</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>No tengo dificultades en mantener una conversación con personas que no conozco</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Me gusta aprender cosas nuevas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Anexo III**

#### **Hoja de derechos asertivos**

##### HOJA DE TRABAJO.

YO TENGO DERECHO:

En mi casa a:

En mi trabajo a:

En mi grupo de amistades a:

LOS OTROS TIENEN DERECHO A RECIBIR DE MÍ:

En mi casa a:

En mi trabajo a:

En mi grupo de amistades a:

## Anexo IV - Ladrones del tiempo

LADRONES DEL TIEMPO	CÓMO VENCERLOS
 <p>Alguien del trabajo que atraviesa una mala época y lleva una semana como un disco rayado sin dejarnos casi trabajar.</p>	<p>Ensaya la capacidad de finalizar conversaciones, dejando la puerta abierta a que en otro momento más adecuado se pueda continuar hablando del tema. Puedes sentir empatía por la persona que tienes delante, pero ir al grano, hará que ella también respete tu tiempo.</p>
 <p>Interrupciones: el sonido del WhatsApp, el aviso de un nuevo mail, un simple comentario de una compañera de trabajo, ...</p>	<p>Haz una lista con las 10 interrupciones más frecuentes en tu rutina y puntúalas de 1 a 10 dependiendo de cómo te afectan para volver a tu objetivo con rapidez y concentración.</p> <p>Si trabajas con otras personas usa auriculares, aunque no escuches música porque hacen de elemento disuasorio.</p> <p>Lleva una libreta siempre contigo y anota lo que "necesita" esa persona y lo miras luego, cuando te viene bien.</p> <p>Pide que no te interrumpan durante, por ejemplo, una hora, salvo que sea estrictamente necesario.</p> <p>Pon el móvil en silencio y no lo dejes a la vista.</p> <p>Por favor ¡no interrumpas tú al resto!</p>
 <p>Improvisación: dejarse llevar para trabajar o vivir "a salto de mata"</p>	<p>Aunque el día se antoje como multitarea y variopinto, realmente son sólo 2 o 3 las actividades que te harán cumplir tu objetivo profesional o personal. Céntrate en ellas y procura realizarlas en los momentos en los que estés más fresca, más concentrada para poder lo darlo en ellas.</p> <p>Al final del día, piensa en la jornada siguiente y planifica la mejor forma para lograr tu objetivo.</p>
 <p>Tareas repetitivas: revisar el mail, hacer la compra, planchar...</p>	<p>Hazlas en momentos del día donde nunca estorben a las tareas importantes, y donde tengas que dar menos de ti (ya que la mayoría exigen poca concentración).</p> <p>Reserva muy poco tiempo para hacerlas y para cuando el tiempo previsto haya concluido.</p>
 <p>Reuniones improductivas: la "reunión-adicción" de algunas empresas.</p>	<p>Pregunta a quien convoca la reunión si se trata de algo importante o urgente. De esta forma, podrías llegar a "librarte" de ella o desconvocarla con sólidos argumentos.</p> <p>Si tienes que asistir si o sí, al menos intenta:</p> <p>Definir con exactitud el objetivo de la reunión.</p> <p>Llevar el material preparado para hablar del tema y dar una copia a cada participante.</p> <p>Usar papel y lápiz para hacer anotaciones y anotar dudas.</p> <p>Invitar a la reunión sólo a las personas clave para el objetivo definido.</p> <p>Escuchar a cada persona que habla y mirarla a los ojos.</p> <p>Fijar una hora de inicio y otra de finalización de la reunión.</p> <p>Concluir la reunión con un plan de acción y repartir las tareas entre los asistentes con plazos de ejecución.</p>
 <p>Televisión</p>	<p>Empieza recortando media hora cada día la primera semana.</p> <p>Haz una lista con las cosas que vas a hacer cada día en esos nuevos 30 minutos de los que dispones.</p> <p>Establece un horario de ver la televisión y cúmplelo a raja tabla. Así podrás evitar pensar "voy a ver qué ponen en la tele".</p> <p>Guerra al zapping.</p> <p>Si convives con otras personas, procura no comer o cenar mientras ves la televisión. Habla ¡te alegrarás!</p> <p>A la siguiente semana, recorta otros 30 minutos y ya habrás conseguido 1 hora para ti y lo que te apetece hacer: leer, jugar con los peques, hacer yoga, escuchar música, charlar con tu pareja o llamar a tus padres, aprender un nuevo idioma, crear un blog y actualizarlo...o simplemente disfrutar del silencio y meditar.</p>

 <p>Internet</p>	<p>Marca un <b>horario fijo para leer los blogs</b> que sigues y que no sea a primera hora de la mañana, a no ser que tu trabajo consista en estar al día en ese campo. <b>No te pases del tiempo</b> establecido. No pasa nada si no los lees todos, no te va la vida en ello.</p> <p><b>No te suscribas a cualquier blog</b>, selecciona los que realmente te aportan algo.</p> <p><b>No leas todos los comentarios</b> que se suben al blog.</p> <p>Cuando navegues por redes sociales, <b>no te detengas en todas las fotografías y videos</b>. Selecciona sólo aquellos de las personas que te interesan ¡qué mala es la curiosidad!</p> <p><b>Dale sentido a tu participación</b> en las redes sociales ¿de verdad te interesa tener un perfil en todas? No las uses sólo porque están de moda.</p> <p><b>Elimina los perfiles</b> de las redes <b>que no usas</b>.</p>
 <p>Email</p>	<p><b>Empieza a verlo como una simple herramienta</b>, igual que el boli, el navegador del coche o la grapadora.</p> <p><b>No leas el correo a primera hora</b>, usa la primera media hora del día a alguna tarea clave para conseguir tu objetivo.</p> <p><b>Fija cuatro momentos del día en los que abrirás el mail</b>: por la mañana, antes de comer, a mitad de tarde y antes de dormir.</p> <p>Esto te costará, pero: <b>borra y archiva</b> mails ¡sin miedo!</p> <p><b>No contestes todos</b> los correos.</p> <p><b>Cuando redactes</b> un mail recuerda que "lo escrito, escrito se queda". Además, <b>procura ser claro, conciso y concreto</b>. Hazte a la idea de que más que una carta, es un telegrama.</p> <p>Graba respuestas prediseñadas si con mucha frecuencia recibes los mismos mails y las respuestas no tienen que personalizarse.</p> <p>El "<b>asunto</b>" es el titular de la noticia, debe resumir el cuerpo del mensaje. Con esto tampoco robarás el tiempo a nadie.</p> <p><b>No te lleses el portátil o el Smartphone al sillón donde descansas</b>. Es un momento sagrado.</p>
 <p>Teléfono</p>	<p><b>Una llamada, un propósito</b>. Cuando llames a alguien piensa antes el fin de la llamada.</p> <p><b>Haz todas las llamadas pendientes a la vez</b>. Piensa en los minutos que vas a destinar a las llamadas y procura no gastarlos del todo.</p> <p><b>Silencia el móvil y ponlo boca abajo</b> cuando vayas a hacer una tarea importante.</p> <p><b>Cuando te llamen</b>, tras saludar, <b>pregunta "qué puedo hacer por ti"</b>, verás lo milagroso de esa pregunta, ya que "obliga" a tu interlocutor a centrar el objetivo de la llamada.</p> <p><b>No respondas el teléfono siempre</b>. <b>Aprovecha el buzón de voz</b>. Si es algo importante, dejarán el mensaje.</p> <p><b>Puedes responder una llamada escribiendo un email</b>. Quizás así te aseguras de tampoco robar tiempo a quien te ha llamado.</p> <p><b>Haz saber</b> a quienes te rodean cuáles son <b>tus rutinas</b> en el trabajo o en casa, así sabrán que no deben llamarte a determinadas horas: de atención a clientela en el trabajo o de baño de bebés en casa, por ejemplo. Todo el mundo comprenderá que así les atenderás mejor.</p>

**Anexo V****Cuadro: urgente/no urgente; importante/no importante.**

	IMPORTANTE	NO IMPORTANTE
URGENTE	Hazlo ya	Delega en alguien
NO URGENTE	Piensa mejor cuando hacerlo	Reduce o elimina



## Anexo VI

### Herramientas para gestionar el tiempo

#### Ser puntual y exigir puntualidad

Si no eres puntual, las demás personas acabarán haciendo lo mismo contigo y te robarán tiempo.

#### Gestionar bien las reuniones

Aprende a filtrar reuniones. Si puedes tomar una decisión hazlo y no convokes una reunión innecesaria. Acude a una reunión si es verdaderamente necesario y si la convocas solo hazlo con las personas a las que de verdad le interesa el tema. Piensa el orden del día, prepara el material necesario y establece un tiempo de inicio y de fin.

#### Gestionar los sentimientos inútiles

Aprende a gestionar emocionalmente las preocupaciones, los sentimientos de culpa, el odio, el miedo, la ansiedad, etc. porque te quitan tiempo y no te aportan valor.

#### Aprender a utilizar los tiempos muertos para volverlos productivos

Por ejemplo, en el autobús que te lleva al trabajo puedes llevar alguna lectura o escuchar un audiolibro para aprovechar el trayecto.

#### Gestionar conflictos

Perdemos demasiado tiempo en conflictos innecesarios, dedicando gran parte del tiempo a defendernos o cubrirnos las espaldas antes una posible culpabilización. Así que cambia el enfoque y no personalices las discrepancias sino busca solucionar el problema para llegar a un «win win» (todos ganamos).

#### Evitar caer en el perfeccionismo

Algunas personas por querer realizar un trabajo perfecto, no lo finalizan nunca. Sin embargo, suprimir ese afán de perfección hará que te sientas mejor, con más confianza y seguridad. Cuando hagas las cosas bien, pero no perfectas, te acabas dando cuenta de que en el 90% de las ocasiones no pasa nada y vencerás ese miedo excesivo a fallar.

## Aprender a decir no

¿Te cuesta decir no y acabas haciendo lo que otras personas quieren que hagas? Es imprescindible aprender a decir no sin herir susceptibilidades, pero de forma amable. Estas frases son ejemplos: te agradezco de corazón la invitación, pero no puedo ir; justo ahora mismo no te puedo atender; me encantaría poder ayudarte sobre la marcha, pero tengo un compromiso... Dar un SI, pero NO, es decir, ahora NO, pero más tarde te puedo ayudar.

## Comunicar eficazmente

Sobre todo, cuando hay que delegar. Si no transmitimos mensajes claros es muy posible que los demás realicen mal el trabajo y tengan que volver a repetirlo, lo que supone una gran pérdida de tiempo. Debemos comunicar con claridad y comprobar que la otra persona ha comprendido lo que intentamos transmitirle. De igual modo, hay que escuchar con atención y preguntar si algo no nos queda claro.

## Aprende a delegar

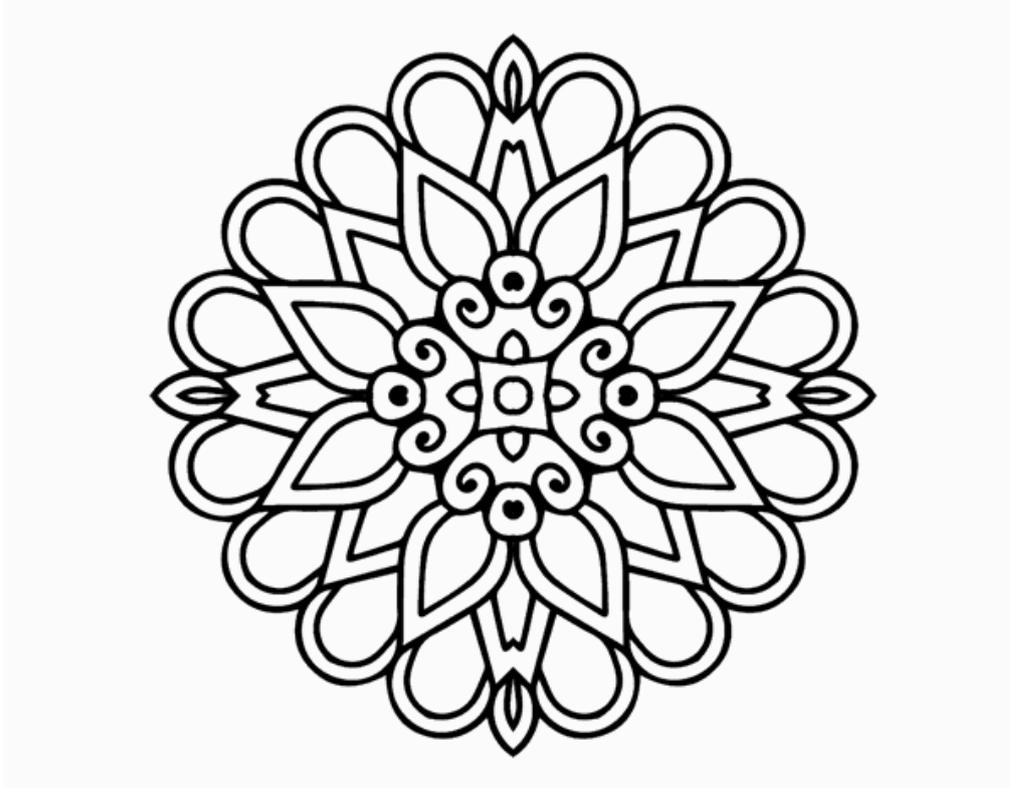
Muchas personas piensan que son las únicas que pueden realizar todos los trabajos bien, subestimando a los demás y cargándose todo el trabajo, no pudiendo cumplir con los mismos por falta de tiempo. Es necesario aprender a delegar en el trabajo y en el hogar. Las hijas y los hijos, por ejemplo, están altamente capacitados para colaborar en la realización de tareas de limpieza y orden desde bien temprano –adaptándose a cada edad, claro– y esto además les hace sentir bien. .

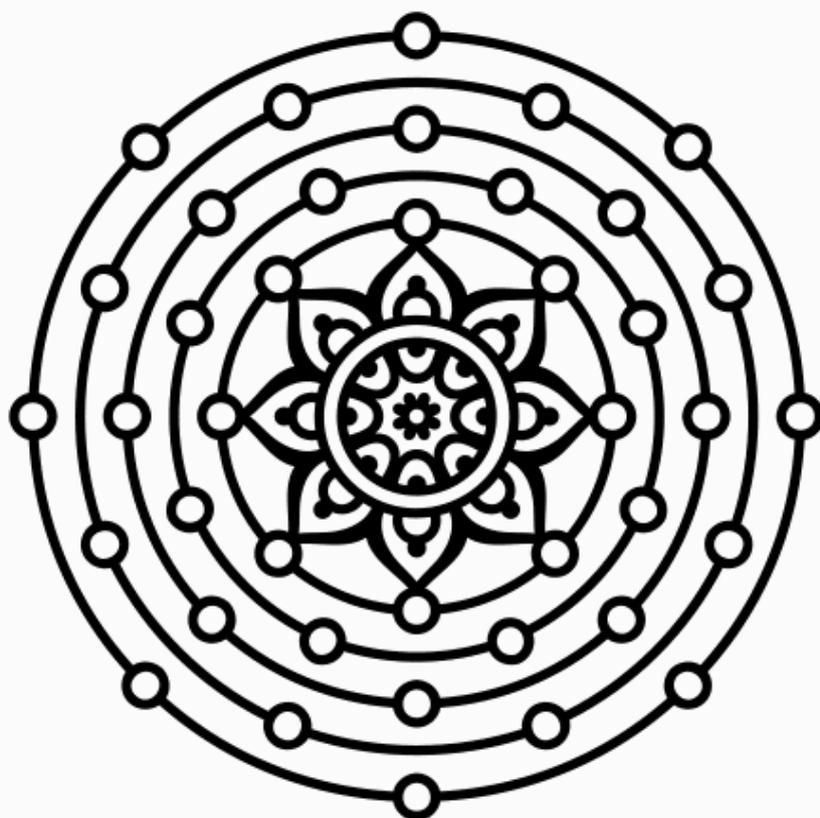
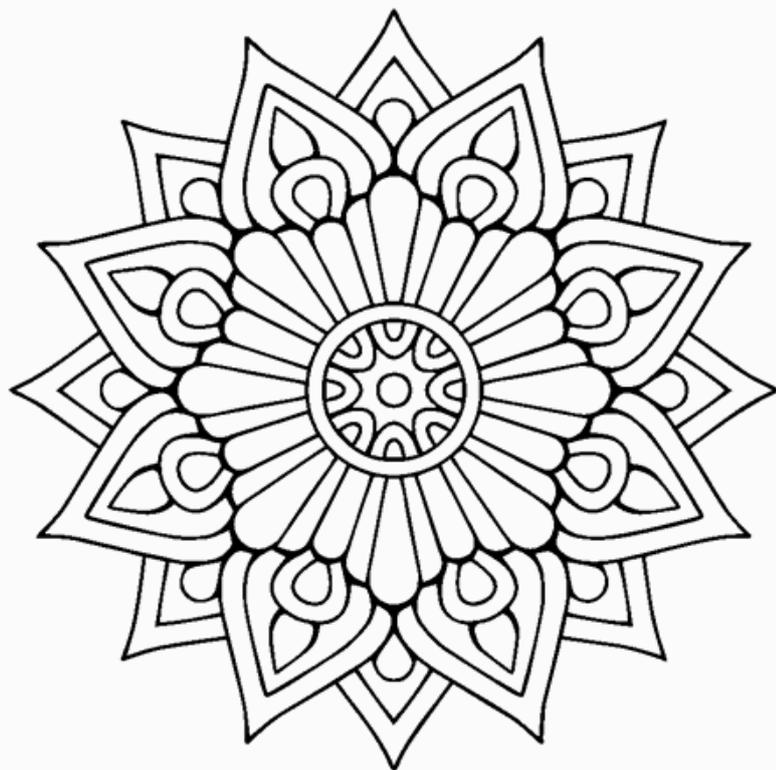
## Tener orden

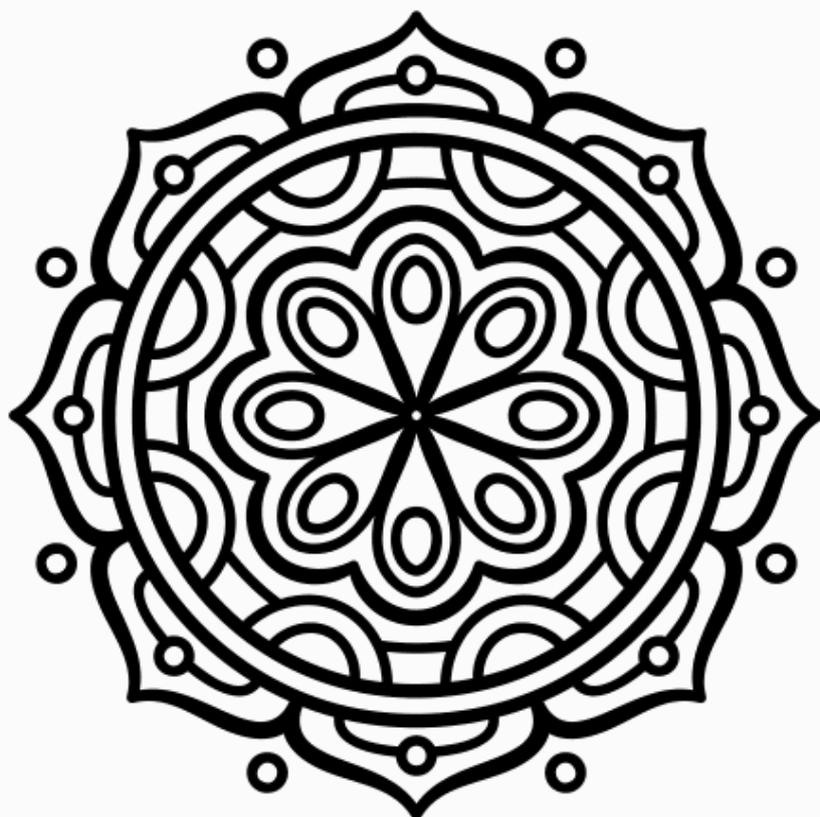
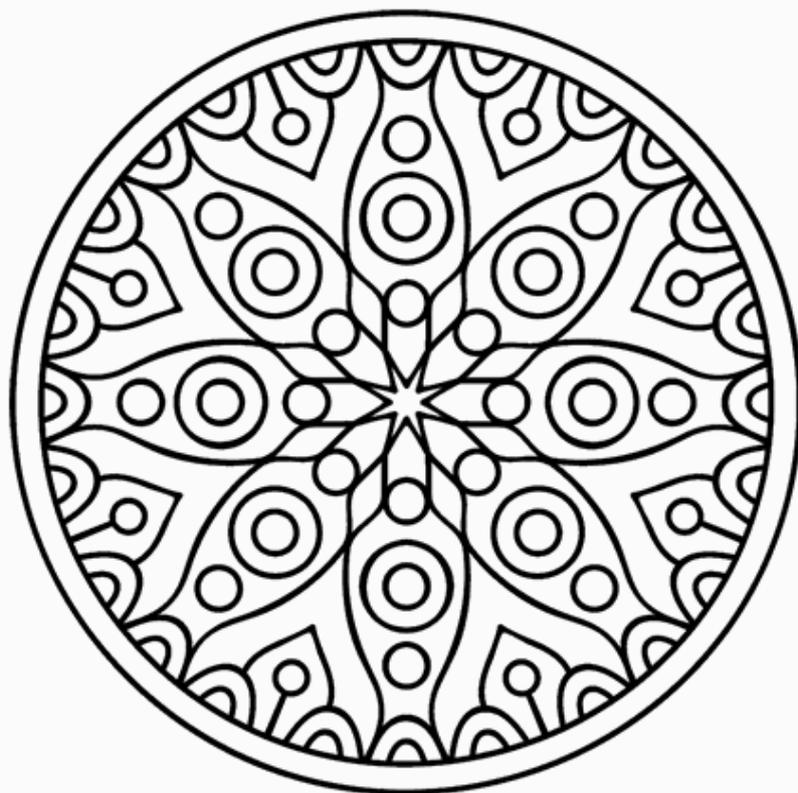
Si todos los días ordenamos los documentos de trabajo en la carpeta correcta del ordenador, perderemos menos tiempo en buscarlos cuando volvamos a necesitarlos. Con las cosas del hogar pasa lo mismo; si dedicamos un tiempo a pensar y organizar mejor los armarios, gastaremos menos tiempo en colocar de nuevo las cosas o buscarlas para su uso.

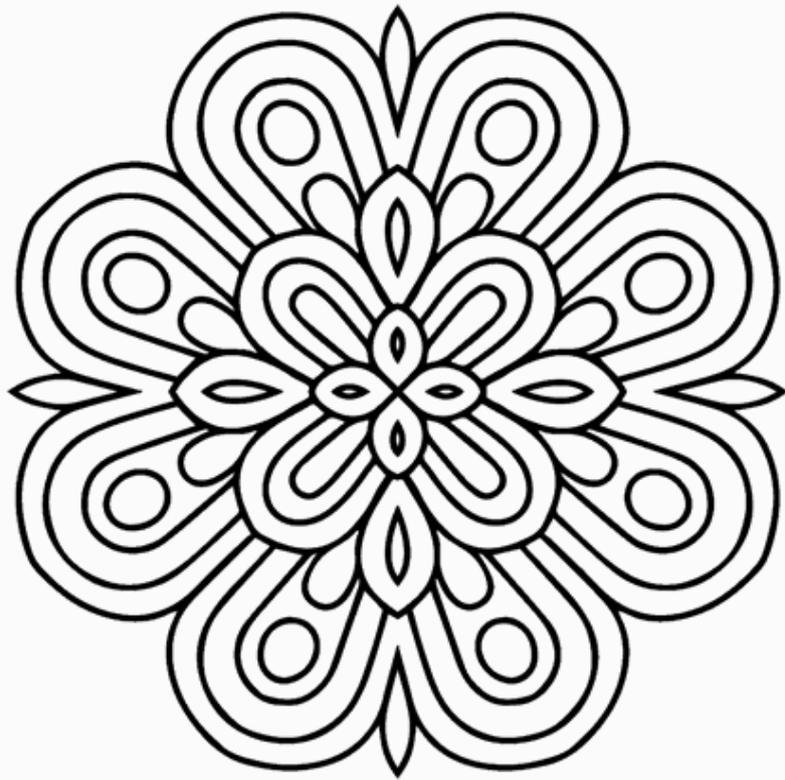
## Anexo VII– Mandalas para colorear

Esta técnica está recomendada tanto en el ámbito terapéutico, como en arte terapia y como técnica de relajación individual y grupal; para todo tipo de personas, es una práctica sencilla con la que se obtiene muy buenos resultados, consiguiendo estabilidad mental y homeóstasis espiritual, equilibrando nuestra energía. Según la tradición del mandala, éste representa al ser humano, manifestando su creatividad ayudando a conectar con la esencia del ser, y haciendo que la sabiduría interna aparezca en forma de paz, calma y equilibrio ante cualquier circunstancia que estemos viviendo. Recuperado de <https://psiqueviva.com/los-beneficios-del-mandala/>









Anexo VIII (brindado por la organización)

## **PROYECTO 3 G**

### **TRABAJAMOS PARA LOS QUE SOÑARON EL FUTURO!!!**

**MISION:** Mejorar la calidad de vida emocional y afectiva de los adultos mayores a través de un voluntariado solidario que favorezca a revalorizar la sabiduría, su dignidad e integración, promoviendo su participación activa en nuestra sociedad.

**VISION:** Participar en actividades que generen un cambio cultural en la valorización y el trato digno hacia los adultos mayores, consideramos que muchas de las necesidades de estas personas pueden satisfacerse parcialmente con actividades a nivel comunitario, los organismos de la comunidad, los programas de extensión estatales, las iglesias, los grupos de jubilados, los centros de la tercera edad y los vecindarios organizan programas y actividades que con un accionar articulado de distintos ámbitos puedan ésas iniciativas llegar a personas que están fuera del círculo específico de cada institución.

#### **NUESTROS VALORES SON:**

**SOLIDARIDAD:** consideramos como uno de los **valores** humanos más importantes y esenciales de todos. Es la colaboración que podemos brindar para terminar una tarea en especial, es ese sentimiento que se siente y da ganas de ayudar. ***Es dar la mano a cual quiera que me necesite***

**COMPROMISO:** somos un grupo que hemos tomado consciencia de la importancia que existe en cumplir con actividades programadas, somos responsables de los objetivos que nos planteamos, vamos a desarrollar acto acciones para poder concretarlos.

**AMOR:** Nuestro sentimiento se asocian con la ayuda y el apoyo incondicional para con nuestros adultos mayores., ***Sin el amor no seriamos nada!!!***

**Historia:** Surge de la preocupación de un grupo de personas por la problemática de los adultos mayores, con la intención de transformar la visión negativa que se tiene del envejecimiento, al adulto mayor se lo ve solamente con el objeto de cuidado, las políticas sociales están dirigidas a cobertura de medicamentos, servicio de atención, se considera que el bienestar es solamente salud biológica, el aumento de “hogares” donde habitan personas adultas ha crecido en forma preocupante, el anciano ha dejado de ser el individuo que poseen un cúmulo de experiencia posible de ser transmitida y ocupa un espacio y cuidados que hoy la familia no

puede sostener. No criticamos las razones por las que se llega a dejar un adulto mayor en alguna institución, sino que creemos que la familia debe seguir siendo la red social primaria esencial en cualquier etapa de la vida, es "el primer recurso y el último refugio", por eso la necesidad de crear conciencia sobre la necesidad de la presencia familiar en esta etapa de la vida.

### FUNDAMENTACION

Entendemos al adulto mayor (persona de 60 años o más) como sujeto de derecho y obligaciones.

La vejez una etapa de la vida sumamente positiva, pensamos que la persona de edad avanzada deber vivir en un medio que mejore su capacidad, fomente su independencia, con nuevos objetivos de vida y se le debe proporcionar apoyo y atención adecuada.

A mediados del siglo xx aumenta la expectativa de vida, esto nos hace pensar nuevos servicios para ellos, personal e instituciones capacitados para atender la problemática.

Una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de autonomía y salud, productividad y protección. Entendemos a la vejez como un modelo integral Bio-psico-social que une a todas las perspectiva posibles, biológicas, sociales y psicológicas.

Consideramos la plena realización de todas las dimensiones del ser humano, no sólo a un buen estado de salud, sino a la participación social, a la realización personal.

En la literatura bíblica del A. Testamento la vejez es considerada de una forma positiva y sublimatoria. Se destaca la dignidad y la sabiduría de las personas mayores, se convierten de este modo en un ejemplo o modelo a seguir.

Entendemos que la familia tiene un rol importante en el proceso de envejecimiento y en la vida del adulto mayor considerado como su principal fuente de apoyo psico-social.

Cuando se trata de cambiar hábitos, el enfoque de grupo tiene una gran ventaja: cuando personas que comparten necesidades similares trabajan dentro de un grupo, pueden enseñarse y motivarse mutuamente con más eficacia, aguzar mejor sus capacidades mediante la imitación y la repetición y recompensarse unas a otras manteniendo un estilo de vida más sano. Un grupo amistoso consigue objetivos de una forma mucho más sutil, global y potente.

Creemos que el deterioro funcional que acompaña al envejecimiento puede posponerse manteniendo una vida física, mental y social activa. Sostenemos que no solo es la promoción de la salud el único objetivo para prolongar la vida, sino, ante todo, es dar mejor calidad de vida a los años que le quedan a cada persona.

Un grupo amistoso será para la vida de un anciano mucho más sutil, agradable y saludable que cualquier médico, enfermera o persona extraña a ellos.

Las personas que se dedican al cuidado de adultos mayores creemos que deben estar capacitados, actitud de respeto hacia la dignidad y los derechos de las personas.

### OBJETIVOS

## OBJETIVOS GENERALES

1. Lograr el bienestar de los adultos mayores.
2. Conseguir que la sociedad valore al adulto mayor como un sujeto de derecho y obligaciones.
3. Mejorar la calidad de vida del adulto mayor

## AREAS DE FUNCIONAMIENTO

### AREA RECURSOS

#### OBJETIVOS

- 1-Organizar actividades de promoción y asistencia del adulto mayor.
- 2-Gestionar actividades administrativas, asistenciales y de prevención a la persona asistida.

### AREA ARTICULACION INSTITUCIONES COMUNIDAD

#### OBJETIVOS

- 1-Promover espacios de participación de las personas, las familias, la comunidad, en un trabajo colectivo donde el protagonista principal es el adulto mayor.

### AREA CONCIENTIZACION

#### OBJETIVOS

- 1-Concientizar a vivir la vejez desde una perspectiva positiva.
- 2-Revalorizar la imagen del adulto mayor
- 3-Capacitar a las personas que se dedican al cuidado de adultos mayores
- 4-Disfundir los derechos y obligaciones adultos mayores

### AREA GERIATRICOS

#### OBJETIVOS

- 1-Acompañar con los cambios y pérdidas a que se enfrenta el individuo durante esta etapa de vida.

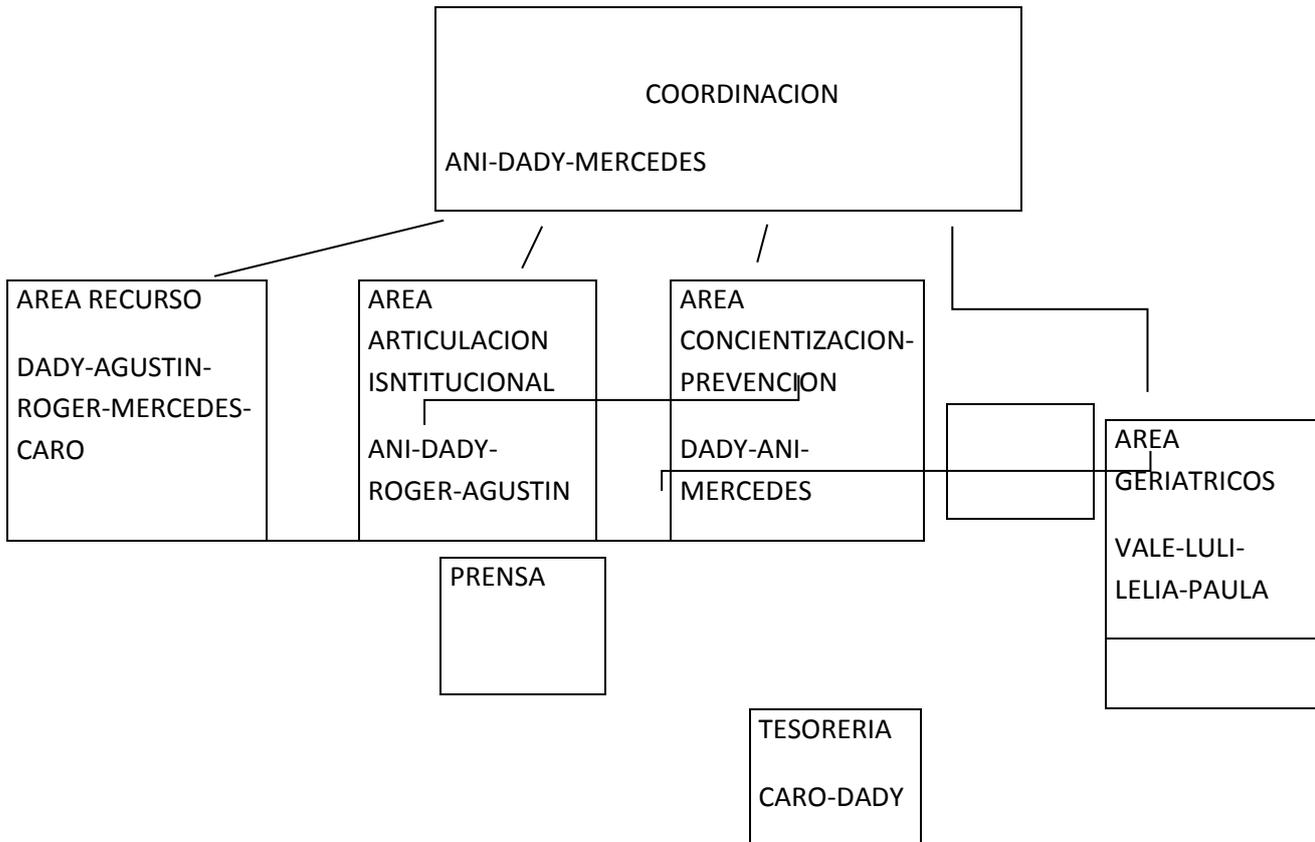
- 2-Organizar actividades recreativas, capacitación
- 3-Formentar la independencia, mejorar su capacidad.
- 4-Proporcionarle apoyo y atención adecuada

AREA TESORERIA

AREA PRENSA

<https://www.facebook.com/proyecto3g.adultosmayores/>

ESTRUCTURA FUNCIONAL



### Anexo IX – Matriz de Evaluación de Impacto

<b>CATEGORÍA DE ANÁLISIS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>RESPUESTAS CUESTIONARIO</b>
Fortalecimiento de vínculos familiares y sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promoción del apoyo emocional de familiares y amigos.</li> <li>- Participación en actividades sociales.</li> </ul>	
Mejora de la calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejora del bienestar físico y psicológico.</li> <li>- Aumento del autoconocimiento y de la autoestima.</li> </ul>	
Fomento de la autonomía	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestión del tiempo libre y ocupacional.</li> <li>- Capacitación en el manejo del estrés.</li> <li>- Fortalecimiento de la independencia mediante la toma de decisiones.</li> </ul>	