

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado-Plan de Intervención

Licenciatura en Psicología

Hospital de día como dispositivo de Reinserción Social, alternativo a la institucionalización crónica en pacientes con psicopatologías graves o agudas. En Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”

Autor: Flavia Cerutti

Legajo: Psi 03410

Docente Director de Tesis: Dr. Y Mgter. Rubén M. Pereyra

Córdoba, Argentina. Diciembre 2020

**Índice:**

Línea estrategia de intervención	Pág. 5
Resumen de la Organización	Pág. 7
Delimitación del problema o necesidad objeto de la intervención	Pág. 13
Objetivos	Pág. 21
Justificación	Pág. 22
Marco Teórico	
Capítulo I: Concepciones acerca de la Salud y Salud Pública	Pág. 24
Capítulo II: Locura y Manicomialización	
Historia de la Locura	Pág. 27
Manicomialización	Pág. 32
Capítulo III: Reinserción Social	Pág. 37
Capítulo IV: Laborterapia y apoyo familiar	Pág. 47
Plan de Acción	Pág. 51
Evaluación	Pág. 70
Resultados Esperados	Pág. 71
Conclusiones	Pág. 72
Referencias	Pág. 74
Anexos	Pág. 80

**Resumen:**

El presente Trabajo final de Graduación forma parte de un proceso educativo formal de la cátedra Seminario final de Graduación perteneciente a la licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21.

Luego del análisis del funcionamiento de la institución, se ha delimitado la necesidad de abordaje de la reinserción social en pacientes con hospitalización crónica y psicopatologías graves o agudas en el hospital de día del Nuevo Hospital San Antonio de Padua, a través de taller de laborterapia.

Se trabajará con un grupo de pacientes conformado por un máximo de ocho personas, para optimizar recursos. Se habilitará la inclusión de familiares de pacientes que se encuentren interesados en participar del taller propuesto.

El equipo a cargo del taller estará constituido por un Psicólogo y dos colaboradores, practicantes de la carrera de Lic. en Psicología de niveles avanzados.

El total de duración del taller será de 2 meses y medio. Los encuentros se desarrollarán con una frecuencia quincenal y con una duración de 3 horas aproximadamente por cada encuentro.

Al final del taller se realizará una evaluación de impacto con la finalidad de medir los resultados obtenidos.

**Palabras Claves:** Reinserción Social, Taller, Laborterapia, Hogar de día.

**Introducción:**

La satisfacción en el amor individual no puede lograrse, sin la capacidad de amar al prójimo, sin humildad, coraje, fe y disciplina. (Fromm, 2000)

Desmanicomializar es dignificar la atención de la salud mental; es transformar el vínculo entre el profesional y la persona internada; es implementar internaciones cortas en hospitales generales o centros de salud mental; es dignificar el trabajo de todos los trabajadores del hospital; es procurar la atención ambulatoria, domiciliaria; es recuperar los lazos familiares y sociales de los internados; es garantizar la vivienda (propia y/o familiar o a través de hogares sustitutos, casas de medio camino, cooperativas de viviendas u otras alternativas, etcétera); es garantizar el trabajo de los internados (mantenimiento de la relación laboral; creación de cooperativas, bolsas de trabajo, micro emprendimientos y otros); es mejorar la utilización y distribución de los recursos económicos; es brindar más información, apoyo y contención a las familias; es convertir el “manicomio” en un hospital general con un área de salud mental; es buscar nuevas alternativas de tratamiento; es ejercer el derecho a consensuar un tratamiento adecuado. (Bravo, Castro, & Gonzales, 2018)

El enfermo mental es un ser humano que sufre. El tratamiento de la psicosis debe basarse en la creencia de que ese dolor no tiene por qué ser una instancia inamovible. El futuro del enfermo mental no tiene por qué ser una mera prolongación de sus padecimientos presentes. Esta convicción permite promover conductas que tiendan a integrar al paciente al medio social del cual se aisló y fue aislado. Para lograr este objetivo es imprescindible escucharlo en su delirio, comprenderlo en su fragilidad y acompañarlo en su desolación. Se evita de este modo la clásica escisión entre sanos y enfermos que

aliena al paciente y lo transforma en objeto antes que en sujeto para los otros. (Kuras de Mauser & Resnizky, 1985)

Si la locura arrastra a los hombres a una ceguera que los pierde, el loco, al contrario, recuerda a cada uno su verdad. (Foucault, 1967)

En nuestro país, en el año 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 y la Ley Provincial de Protección de la Salud Mental n° 9848 en Córdoba, de esta manera se intentó implementar un nuevo paradigma en relación a la promoción de la salud. Se reconoció a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho y estableció una forma de abordaje de la problemática.

Este trabajo final de graduación consiste en un proyecto de aplicación profesional dentro del contexto institucional del Hospital de día del nuevo hospital San Antonio de Padua, en el que, a través de un dispositivo de laborterapia, se persigue el objetivo de favorecer el proceso de externación de pacientes que han padecido internación crónica, con psicopatologías agudas o severas.

Entre los objetivos que se persiguen, se encuentra la habilitación laboral del paciente con el fin de ubicarlo en la sociedad o, en su déficit, en los talleres extra hospitalarios.

**Línea estratégica de intervención:**

En este proyecto de investigación se propone el enfoque de derechos humanos y su contribución al nuevo paradigma de salud mental a través del movimiento de desmanicomialización, con base en la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 y la Ley Provincial de Protección de la Salud Mental n° 9848.

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 han cambiado con la historia misma de la humanidad. Actualmente en este recorrido de 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, 2019)

Hablar del proceso de Salud-Enfermedad y nos remite necesariamente a la historia, dado que el marco de la evolución histórica de la política social sobre salud mental, las concepciones teóricas de salud y enfermedad han ido desarrollando conceptualizaciones más integrales. Se ha ido superando una visión simplificadora, para llevarla procesos más generales de salud de los individuos y grupos sociales.

En la Asamblea Mundial de la Salud de 1977 se resolvió que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva; exhortaba a todos los países al establecimiento de las oportunas políticas y programas sanitarios a escala nacional, regional e internacional y a la transferencia de recursos en favor de la salud (Organización Mundial de la Salud, 1977)

Posteriormente, en la Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, se expone la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de proteger y promover la salud para todas las personas del mundo.

Se considera la atención primaria de salud como asistencia sanitaria esencial y que forma parte tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (Pan American Health Organization, 1978)

En un contexto mundial de reconocimiento de derechos humanos, en el año 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 y la Ley Provincial de Protección de la Salud Mental n° 9848 en Córdoba, de esta manera se intentó implementar un nuevo paradigma en relación a la promoción de la salud. Se reconoció a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho y estableció una forma de abordaje de la problemática.

**Resumen de la Institución:**

La tendencia en los últimos años ha sido desalentar las prácticas puramente institucionales en pos de promover prácticas de salud en la comunidad. Uno de los hechos más notorios es el cambio de estatus del recurso 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. Dicho perfil responde a un marco político de atención en salud mental, cuyo desarrollo se viene promoviendo desde hace varias décadas a nivel mundial. Esta política tiene como uno de sus ejes principales, en general, el enfoque de derechos para el campo de la salud, y una especial atención a los derechos humanos en lo que refiere a la salud mental. Consecuentemente, se desalientan las prácticas de encierro, castigo y violencia subjetiva conocidas como modelo manicomial. (Universidad Siglo 21, 2019)

El Nuevo Hospital de Río Cuarto “San Antonio de Padua” está ubicado en el sector oeste de la ciudad de Río Cuarto, con dirección en Guardias Nacionales 1027. (Universidad Siglo 21, 2019)

Actualmente, el Servicio de Salud Mental funciona dentro del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua. (Universidad Siglo 21, 2019)

**Recorrido histórico del hospital:**

En el año 1948, durante el gobierno del general Juan Domingo Perón, se creó el Hospital Regional de Río Cuarto, con dependencia nacional, como parte de un plan nacional de creación de hospitales: El ministerio de Salud Pública en esa época estaba a

cargo de Ramón Carrillo, destacado neurólogo y neurocirujano, denominado como el padre del sanitarismo en Argentina. (Universidad Siglo 21, 2019)

El hospital de Río Cuarto, desde su fundación, estuvo ubicado al sur de la ciudad, en el barrio Las Ferias, con dirección en calle General Mosconi 486. (Universidad Siglo 21, 2019)

En el año 1969, se habilitó el Servicio de Salud Mental por iniciativa del entonces Instituto Nacional de Salud Mental, cuya dirección estaba a cargo del doctor Vicente Galli. (Universidad Siglo 21, 2019)

En 1978, durante el gobierno de facto se dispuso transferir a los estados provinciales la mayoría de los hospitales nacionales. De este modo, todo el hospital general pasó a la jurisdicción provincial. (Universidad Siglo 21, 2019)

En el año 2004, el hospital se trasladó a una nueva sede ubicada en el sector oeste de la ciudad, con dirección en Guardias Nacionales 1027, y conserva esta ubicación hasta la actualidad. (Universidad Siglo 21, 2019)

En cuanto al servicio de Salud Mental, la ubicación y el modo de funcionamiento fueron cambiando a lo largo del tiempo. Actualmente, el Servicio de Salud Mental funciona dentro del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua. (Universidad Siglo 21, 2019)

A mediados del año 1969, el doctor Lucero Kelly, médico psiquiatra, realizó gestiones en el Instituto Nacional de Salud Mental para abrir el primer Servicio de Salud Mental en el Hospital Regional de Río Cuarto, que por ese entonces tenía dependencia nacional. A partir de esas gestiones, se logró que ese mismo año comenzara a funcionar el Servicio de Salud Mental, bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica. El lugar destinado para este servicio fue el pabellón 5 del predio del hospital regional, ubicado al

sur de la ciudad de Río Cuarto en barrio Las Ferias, con dirección en calle General Mosconi 486. (Universidad Siglo 21, 2019)

Este servicio fue uno de los primeros que se creó en el interior del país, contando desde sus inicios con un perfil multidisciplinario. A pesar de encontrarse dentro del mismo predio del hospital, funcionó de manera independiente tanto en su parte administrativa como en la técnica. 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, 2019)

Si bien los fundamentos de esa época, como el movimiento antipsiquiátrico y la psiquiatría social y comunitaria; no estaban tan desarrollados como lo están ahora las actuales políticas de salud mental, la inspiración provenía de una política de transformación que ya se orientaba a un enfoque de derechos y desestigmatización social de la enfermedad mental. Sin embargo, no se planteaba la transformación de los hospitales monovalentes, que respondían a un modelo manicomial. (Universidad Siglo 21, 2019)

En el año 1978, cuando se resolvió que los servicios nacionales pasarían a tener dependencia provincial. se produjo el traslado de todos los elementos del Servicio de Salud Mental hacia el Hospital San Antonio de Padua, se trasladó todo el mobiliario, los recursos humanos y los pacientes, dejando de funcionar la Comunidad Terapéutica de Salud Mental como entidad independiente. De este modo, comenzó a ser un servicio del Hospital San Antonio de Padua. En ese momento, se constituyó casi totalmente en un

servicio para alcoholismo y patologías psiquiátricas crónicas. (Universidad Siglo 21, 2019)

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, 2019)

En el año 1987, se contaba con tres psicólogos, una psicopedagoga y un licenciado en Enfermería. De este modo, se constituyó el equipo de atención comunitaria. (Universidad Siglo 21, 2019)

En el año 1993, debido al cierre del Hospital San Antonio de Padua, se realizó un nuevo traslado hacia el Hospital Central de Río Cuarto. Luego de este, hubo un cambio en la denominación del Servicio de Salud Mental, que pasó a llamarse Unidad Programática de Salud Mental del Sur, con dependencia directa de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Todo esto sucedió ya en el marco de las nuevas políticas de transformación de la salud mental, que reconocen como antecedentes los sucesos mencionados anteriormente, pero con un nuevo enfoque que en general dio en llamarse de “democratización de la salud mental”, en consonancia y a partir de la propuesta de Franco Basaglia en Trieste (Italia). (Universidad Siglo 21, 2019)

Debido a la crisis administrativa pública provincial, se restringieron los recursos y la unidad programática pasó a transformarse en un servicio más del hospital

general. Es así que, en el año 1997, se comenzó a trabajar bajo la denominación Servicio de Salud Mental del Hospital Central de Río Cuarto. (Universidad Siglo 21, 2019)

En el año 2004, todo el hospital se trasladó al edificio actualmente denominado Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, exceptuando el Servicio de Salud Mental, que quedó funcionando en el viejo predio, pero con total dependencia del hospital general. (Universidad Siglo 21, 2019)

En el año 2011, se puso en movimiento la creación de dos áreas hasta el momento inexistentes en el servicio: Hospital de Día e Intervención en Comunidad. (Universidad Siglo 21, 2019)

En septiembre de 2014, el Dr. Héctor Schiaroli, quien fuera en ese momento director del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua (NHRC SAP), ordenó el traslado del Servicio de Salud Mental, emplazado y con funcionamiento en los pabellones 5 y 6 de la sede hospitalaria de Gral. Mosconi 426, al edificio central del NHRC SAP, cito en Guardias Nacionales 1027. (Universidad Siglo 21, 2019)

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.º 9848 1 como nacional N.º 26657. (Universidad Siglo 21, 2019)

La misión de la institución es atender la salud de la población en general perteneciente a la región de integración sanitaria, que comprende los 4 departamentos del sur de la Provincia de Córdoba, con una población estimada en 450.000 habitantes. (Universidad Siglo 21, 2019)

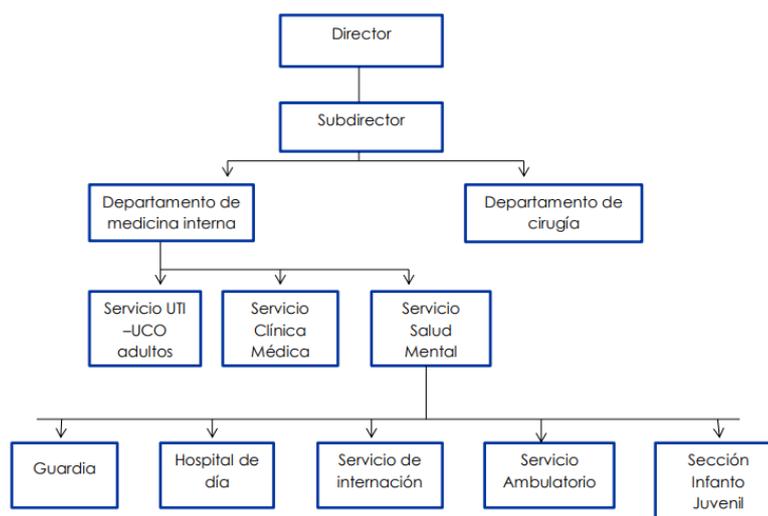
En cuanto a la visión, la actual política provincial de salud está en consonancia con las políticas nacionales y los pronunciamientos y recomendaciones de

organismos transnacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estas se orientan a preservar la salud como condición ineludible, con la finalidad de evitar enfermedades, sin perder de vista las condiciones y calidad de vida de la población (alimentación, condiciones sanitarias, educación, inmunizaciones). Del mismo modo, una vez presentada la enfermedad, el propósito es lograr el mayor nivel de recuperación, minimizando los efectos seculares de ésta mediante una rehabilitación integral no solo del daño físico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales. (Universidad Siglo 21, 2019)

Con respecto a los recursos humanos, podemos decir que en el hospital en general trabajan aproximadamente 780 personas, incluidos los profesionales residentes. Estos trabajadores pertenecen a diferentes categorías: personal de planta, personal contratado y suplentes. (Universidad Siglo 21, 2019)

El hospital cuenta con el siguiente organigrama:

Organigrama: (Quirós Feijoo, 2019 p.16)



Fuente: 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>

**Delimitación de la necesidad o problemática de intervención:**

Luego de haber analizado el material proporcionado por Canvas (2019), que tiene como referencia al Nuevo Hospital de Río Cuarto “San Antonio de Padua”, se pueden abordar las siguientes necesidades y/o problemáticas:

-El hospital no cuenta con un instrumento legal que dé fe a su creación. (Universidad Siglo 21, 2019)

-El hospital no cuenta con el decreto actualizado que incluya las modificaciones en la estructura orgánica realizadas posteriores al año 2011.

-Los cargos se producen por selección a partir de referencias y no por concurso público. (Universidad Siglo 21, 2019)

-Existen regímenes diferenciales para licencias del personal contratado y del personal de planta, y sólo el personal de planta cuenta con licencias por capacitación. (Universidad Siglo 21, 2019)

-No se puede cumplir con lo establecido en cuanto al régimen de período vacacional debido a la falta de recursos humanos. (Universidad Siglo 21, 2019)

-El hospital depende únicamente de la financiación estatal. (Universidad Siglo 21, 2019)

-En la actualidad no hay convenios de “capacitación en servicio” que se desarrollen de manera sistemática con instituciones educativas. (Universidad Siglo 21, 2019)

-En el área de Salud Mental, en menor medida, y solo accesoriamente, se despliegan acciones de promoción de la salud. (Universidad Siglo 21, 2019)

-En el servicio de salud mental no existe un programa de reinserción para pacientes internados. (Universidad Siglo 21, 2019)

-En el servicio de salud mental no cuenta con un programa establecido que incluya el trabajo conjunto con otras instituciones. (Universidad Siglo 21, 2019)

-No hay profesionales que tengan dedicación exclusiva al Hospital de Día. (Universidad Siglo 21, 2019)

-La admisión en el Hospital de día es un proceso que dura aproximadamente un mes. (Universidad Siglo 21, 2019)

-El Hospital de día trabaja en media jornada. (Universidad Siglo 21, 2019)

-Según el criterio de exclusión del hospital de día, no se admiten personas con cuadros psicóticos agudos, con excitación psicomotriz, psicopatías, retrasos mentales graves y profundos y demencias de cualquier tipo, adicciones a cocaína, opiáceos, inhalantes, ácidos, heroína. Sí se admiten pacientes con adicción al alcohol. (Universidad Siglo 21, 2019)

De la entrevista a la coordinadora del hospital de día, la Dra. Mabel Nieto, surge la siguiente problemática:

-En la actualidad, el trabajo de externación y alta tiene que revisar la incorporación del grupo familiar para aquellos pacientes que todavía no tienen un sostén social o familiar que permita que los pacientes puedan seguir adecuadamente el tratamiento. (Universidad Siglo 21, 2019)

De la entrevista a la Dra. Gloria Jure, jefa del servicio de salud mental del hospital, surge:

-En un contexto donde la salud pública, en especial la salud mental, históricamente se encuentran en un lugar de exclusión; se hace compleja la gestión de llegar al contexto del paciente y acompañarlo luego de un período psicopatológico agudo y de internación crónica. (Universidad Siglo 21, 2019)

-Existe escasez de recursos: (Universidad Siglo 21, 2019)

- Urgente necesidad de recurso humano, la mayoría de los profesionales que trabajan en el hospital de día no están destinados en el mismo, no cobran por su trabajo.
- El funcionamiento del hospital de día está sostenido en base a esfuerzo y sobrecarga del personal, optimizando al máximo el recurso humano.
- El personal está teniendo más carga horaria, más horas de trabajo, y más compromiso del que tendría que tener.

-Existe falta de espacio físico, ya que el hospital no está diseñado para tener un servicio de salud mental. (Universidad Siglo 21, 2019)

-Existe un agotamiento evidente de los agentes que trabajan en el servicio de salud mental, condicionado por lo expresado anteriormente. (Universidad Siglo 21, 2019)

Teniendo en cuenta que el presente trabajo final de graduación corresponde a la Licenciatura en Psicología, de todas las necesidades y problemáticas mencionadas se entiende que se podrían abordar desde la psicología las siguientes:

-Desplegar acciones de promoción de la salud.

-Diseñar un programa de reinserción social para pacientes internados.

-Implementar un programa de trabajo con otras instituciones.

-Inclusión de profesionales con dedicación exclusiva al Hospital de Día.

-Reducir el proceso de admisión en el Hospital de día.

-Ampliar la jornada de atención en el hospital de día.

-Admitir en el hospital de día personas con cuadros psicóticos agudos, con excitación psicomotriz, psicopatías, retrasos mentales graves y profundos y demencias de cualquier tipo, adicciones a cocaína, opiáceos, inhalantes, ácidos, heroína. Sí se admiten pacientes con adicción al alcohol.

-Revisar la incorporación del grupo familiar en el trabajo de alta clínica para aquellos pacientes que todavía no tienen un sostén social o familiar que permita que los pacientes puedan seguir adecuadamente el tratamiento.

-Ampliar los recursos del servicio de salud mental

-Trabajar proactivamente en el agotamiento físico y mental del personal abocado al servicio de salud mental del hospital.

De todas las problemáticas y necesidades que se podrían abordar desde el ámbito de la psicología, este Trabajo final de Graduación se referirá a la necesidad de ampliar el servicio del hospital de día en el trabajo de reinserción social y desinstitucionalización de pacientes con psicopatologías graves o agudas, que en este momento forman parte del criterio de exclusión del hospital.

Según el audiovisual de Facultad de Psicología UNC (2011) Entre los procesos y nuevas prácticas que posibilita la legislación en salud mental, se destaca la desmanicomialización. Se trata de un proceso progresivo que permite poner fin a las

internaciones crónicas, devolver a las personas el ejercicio de sus derechos y reintegrarlos a la trama social y comunitaria.

En el mismo documento es entrevistado quien desempeñaba su cargo como director del hospital Colonia Santa María de Punilla en el año 2011. El Dr. José Luis Fitó, explica que la desmanicomialización es el proceso de desinstitucionalización de pacientes encerrados de por vida y condenados a vivir en un espacio cerrado como es el manicomio. Es un trabajo largo y complicado donde se entrecruzan diferentes intereses y resistencias, pero que no es una utopía. (Facultad de Psicología UNC, 2011)

Para la realización de este proyecto se tendrán en cuenta otras experiencias de reinserción social de pacientes que padecen psicopatologías graves o agudas con internaciones previas crónicas en nuestro país y también una revisión sistemática de “Alternativas comunitarias a la hospitalización de agudos para pacientes psiquiátricos graves” realizada por el departamento de psiquiatría del Hospital universitario Marqués de Valdecilla. Santander, España.

El Dr. Fitó, citando al programa “Tener un hogar” explica que no necesariamente los pacientes se reinsertan al mismo hogar desde donde provienen, sino que, en algunos casos son lugares que pueden ser vividos por los pacientes como su propio hogar, donde se puede desplegar su propia gestión de vida. (Facultad de Psicología UNC, 2011)

Según testimonios de los propios pacientes a los cuales fue destinado el programa, sienten la libertad de una vida de hogar y destinan sus actividades a hacer pan o sus propios alimentos. (Facultad de Psicología UNC, 2011)

Las más importantes alternativas intermedias entre el nivel comunitario y la hospitalización de agudos para pacientes con enfermedades mentales graves son:

Tratamiento Agudo de Día, centrado en el Hospital Psiquiátrico de Día, de Agudos; Seguimiento Asertivo Comunitario; y Atención Intensiva Domiciliaria, orientada a la resolución de crisis (Vázquez Bourgon, Salvador-Carrulla, & Vázquez-Barquero, 2012)

Según esta revisión, la implementación de estos servicios capaces de ofrecer nuevas modalidades de tratamiento intensivo para los pacientes psiquiátricos graves y agudos está destinada a llenar un importante vacío en la provisión de servicios en salud mental, lo cual redundaría en una mejora significativa de la efectividad de la atención psiquiátrica. (Vázquez Bourgon, Salvador-Carrulla, & Vázquez-Barquero, 2012)

El “Hospital Psiquiátrico de Día de Agudos”, dirigido a la atención intensiva y continuada a pacientes agudos y graves, se configura como una alternativa a la atención hospitalaria tradicional, permitiendo el ingreso de los pacientes desde el inicio del episodio agudo; El “Hospital Psiquiátrico de Día de Sub-agudos” como estructura en cierta medida similar pero que se limita a promover el alta temprana de la unidad de hospitalización de agudos y que por lo tanto sólo admite pacientes derivados desde esas unidades y normalmente tras una evaluación y tratamiento corto de estabilización en ellas y; finalmente, el “Hospital de Día de Crónicos” como una unidad de día dirigida a administrar atención no aguda, generalmente de media o larga estancia, y que se configura como una alternativa terapéutica a otros servicios comunitarios centrados en el tratamiento de la patología psiquiátrica crónica. (Vázquez Bourgon, Salvador-Carrulla, & Vázquez-Barquero, 2012)

A lo largo de los años, muchos estudios han sugerido que el tratamiento intensivo, en régimen de hospitalización a tiempo parcial, en un Hospital de Día de Agudos, puede ser considerado como una alternativa eficiente al tratamiento a tiempo completo en una unidad de hospitalización psiquiátrica convencional. En este contexto dichas unidades proporcionan “cuidado intensivo y a tiempo parcial durante el día”,

generalmente a través de la adopción de un modelo terapéutico comunitario. Pueden, estas unidades, estar ubicadas bien en una estructura asistencial comunitaria o en un hospital general, pero siempre en una posición intermedia entre la comunidad y “la hospitalización de agudos a tiempo completo”. (Vázquez Bourgon, Salvador-Carrulla, & Vázquez-Barquero, 2012)

En nuestro país, 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. (LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL, 2010)

En tanto, la ley provincial de la provincia de Córdoba (Ley 9848 PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL , 2010) tiene por objeto garantizar:

- a) El ejercicio del derecho de la población a la salud mental, asegurando su promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación;
- b) El acceso de la población, sin ningún tipo de exclusión, a la atención en salud mental a través de servicios adecuados, integrados y conducidos por expertos en la problemática de la salud mental, y
- c) La atención en salud mental como parte integrante e integrada de los servicios generales de salud.

La dirección de salud mental de la provincia, por su parte, tiene como objetivo coordinar, programar y planificar la atención de personas con problemáticas psíquicas en todo el territorio provincial, a través de una Red de efectores de creciente complejidad, a fin de brindar una atención integral, eficaz y eficiente, poniendo énfasis en la promoción de los aspectos psicosociales de la salud y la prevención de las enfermedades psíquicas,

brindando una atención oportuna y científicamente adecuada a la vez que, en aquellos portadores de enfermedades psicosociales de difícil recuperación, hacer hincapié en la rehabilitación temprana, a fin de favorecer su reinserción en su medio social, evitando su aislamiento y la estigmatización que históricamente ha supuesto la enfermedad psíquica. (Dirección de Salud Mental de la pcia de Córdoba, 2020)

Además, entre otras funciones tiene las de:

- Ejecutar un plan de externación sostenido de pacientes asilados y establecer programas para prevenir el encierro.
- Prevenir las enfermedades mentales y adicciones brindando atención oportuna.
- Rehabilitar y promover la reinserción social de pacientes, dirigiendo una red prestacional pública y privada.
- Coordinar, programar y planificar la atención de personas con trastornos psiquiátricos.

El Hospital de día “San Antonio de Padua” es un dispositivo terapéutico grupal que depende de la dirección de Salud mental de la Provincia de Córdoba, que tiene como tendencia, en concordancia con el nuevo paradigma de salud mental:

-Desalentar las prácticas puramente institucionales en pos de promover prácticas de salud en la comunidad, (Universidad Siglo 21, 2019)

-Una mirada de la problemática psicopatológica de 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. (Universidad Siglo 21, 2019)

**Objetivos:****Objetivo General:**

-Abordar la reinserción social en pacientes con hospitalización crónica y psicopatologías graves o agudas en el hospital de día del Nuevo Hospital San Antonio de Padua, a través de taller de laborterapia.

**Objetivos Específicos:**

-Potenciar las capacidades funcionales.

-Fortalecer las habilidades sociales.

-Fomentar vínculos de apoyo.

**Justificación:**

Teniendo en cuenta:

-Que en nuestro país, 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. (LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL, 2010)

-Que la ley provincial de la provincia de Córdoba (Ley 9848 PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL , 2010) tiene por objeto garantizar:

a) El ejercicio del derecho de la población a la salud mental, asegurando su promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación;

b) El acceso de la población, sin ningún tipo de exclusión, a la atención en salud mental a través de servicios adecuados, integrados y conducidos por expertos en la problemática de la salud mental, y

c) La atención en salud mental como parte integrante e integrada de los servicios generales de salud.

-Que como criterio de exclusión especificado en el hospital de día del Nuevo Hospital San Antonio de Padua no se admiten casos de pacientes con psicopatologías graves o agudas

-Que, por tanto, los objetivos del hospital se alejan del enfoque de “democratización de la salud mental” con la que el hospital fue creado, a partir de la propuesta de Franco Basaglia en Trieste (Italia). (Universidad Siglo 21, 2019), y la

necesidad de reinserción social y desinstitucionalización de pacientes con psicopatologías graves o agudas queda descubierta por la institución.

-Que Los centros de día son servicios que están destinados a proporcionar una atención integral, en régimen diurno, intermedio entre la hospitalización crónica y la comunidad a personas con diferentes patologías, y que la implementación de estos servicios es capaz de ofrecer nuevas modalidades de tratamiento intensivo para los pacientes psiquiátricos graves y agudos. Que está destinada a llenar un importante vacío en la provisión de servicios en salud mental. Y que muchos estudios han sugerido que el tratamiento intensivo, en régimen de hospitalización a tiempo parcial, en un Hospital de Día de Agudos, puede ser considerado como una alternativa eficiente al tratamiento a tiempo completo en una unidad de hospitalización psiquiátrica convencional. (Vázquez Bourgon, Salvador-Carrulla, & Vázquez-Barquero, 2012)

Además, según Montoya, citado por Blanco, Gismeno, Herrero, Lujan, & Tena-Dávila, (1989), los programas de terapia laboral resultan de una gran utilidad para estos casos, dada la deficiencia de instrumentos que permiten actuar en este contexto.

Se considera adecuada la ampliación del servicio de admisión del hospital de día a pacientes con psicopatologías graves o agudas, así como la implementación de un taller de laborterapia para llevar a cabo esta tarea, dado que la rehabilitación social de personas con discapacidades por enfermedades mentales forma parte de los derechos humanos, específicamente del derecho a la salud.

Con estos talleres el paciente se capacita y aprende una determinada actividad que le servirá luego, una vez que se halle rehabilitado de su enfermedad psiquiátrica. Se consideran los aspectos tanto psiquiátricos como laboral y social. (Sanín , 1976)

## **Marco Teórico:**

### **Capítulo I: Concepciones acerca de Salud y Salud Pública.**

El concepto de salud ha cambiado significativamente a lo largo del tiempo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “el completo estado de bienestar físico, psíquico y social de un individuo, y no meramente la ausencia de enfermedad.” Lo que permite comprender la salud no solamente desde los equilibrios biológicos, sino como un sistema de valores, como noción que la gente usa para interpretar sus relaciones con el orden social. (Vergara Quintero, 2007)

La salud debe entenderse como “calidad del vivir” y no como ausencia de enfermedad.

Desde los albores de la humanidad, el ser humano ha hecho esfuerzos de diversa naturaleza por mantener su salud, y desde la antigüedad se ha considerado que existen personas con capacidades para restablecerla, para quienes la mayoría de las explicaciones acerca de la salud y la enfermedad, se fundamentaban en la existencia de dioses que curaban y en las virtudes mágicas de encantamientos y hechizos. (Vergara Quintero, 2007)

El invento del microscopio, a finales del siglo XVII, permitió profundizar en los aspectos biológicos de la enfermedad. Por otro lado, con el advenimiento de la Revolución Industrial y los avances técnico-científicos de la época, se identificaron causas en el medio ambiente y se empezó a tener en cuenta, no sólo los aspectos biológicos y físicos, sino los económicos, sociales y políticos relacionados con la salud (Vergara Quintero, 2007)

Con el surgimiento de la teoría microbiana en 1876, se reforzó la idea según la cual, la enfermedad estaba determinada por aspectos medioambientales y, en este caso, por la acción de un agente externo de tipo biológico. Cuando el hombre descubrió la causa microbiana de la enfermedad, con éste creyó haber encontrado el origen de todos los procesos patológicos. Así adquirió un nuevo concepto con base en el cual, le atribuyó una causa a la enfermedad. Esto le permitió hablar de la “unicausalidad”. (Vergara Quintero, 2007)

Durante el siglo XIX, las ideas de la Revolución Francesa, el surgimiento del socialismo y los aportes de Virchow y Pasteur, hicieron que la perspectiva biologicista comenzara a tomar en cuenta la dimensión social y política de los fenómenos de enfermedad. (Vergara Quintero, 2007)

Los avances propiciados por las ciencias naturales, influyeron de manera significativa en la concepción sobre la salud y la enfermedad, de tal manera que, para el diagnóstico, el tratamiento y el control de la enfermedad, primaron los criterios de objetividad y validez planteados por los positivistas y el interés se centró en las relaciones de deducibilidad entre los enunciados, a partir de los cuales se describen observaciones, se refutan o confirman leyes, hipótesis o teorías. Esta perspectiva está sustentada en las posibilidades de explicación, predicción y control, propias de las ciencias naturales. (Vergara Quintero, 2007)

En 1946, surge la definición de salud enunciada por la Organización Mundial de la Salud OMS: “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Antes de esta definición, se consideraba sano al individuo que no presentaba molestias o síntomas, es decir, a quien estaba libre de una enfermedad visible. Muchos criticaron a la OMS la idea de completo estado de bienestar, ya que ésta idea parece irreal: salud y enfermedad no serían categorías ni estados nítidamente

diferenciados, sino parte de un continuo, de un equilibrio permanente de diversos factores naturales y sociales en continua interacción. (Vergara Quintero, 2007)

El concepto de “salud” no es estático ni a histórico, cambia de acuerdo con las ideas dominantes de cada sociedad. Se reconoce hoy desde diferentes posturas que, en cualquier sociedad la definición del término “salud” no es estrictamente biológica, sino primariamente social. (Vergara Quintero, 2007)

En este momento histórico, parece darse un tránsito hacia una perspectiva epistemológica social, ya que se deja de pensar al hombre como ser individual y exclusivamente biológico, y se describe con base en un paradigma social, donde las relaciones entre los individuos se convierten en el objeto de estudio. (Vergara Quintero, 2007)

Ahora bien, pese a los continuos cambios en la concepción de la salud y la enfermedad, en la práctica, parece seguir predominando, con cierto grado de generalidad, el modelo biomédico. (Vergara Quintero, 2007)

En nuestro país, en el año 2010 se sancionó la Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657 y en Córdoba, la Ley Provincial de Protección de la Salud Mental n° 9848, de esta manera se intentó implementar un nuevo paradigma en relación a la promoción de la salud. Se reconoció a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho y estableció una forma de abordaje de la problemática.

En la agenda de la Salud Pública contemporánea, la salud mental ocupa un lugar destacado, en gran medida como resultado de diversas estimaciones que pronostican su notable deterioro global en un futuro inmediato. La tardía identificación de la salud mental como problema de Salud Pública responde a un complejo conjunto de interrelaciones entre lo que se percibe como del ámbito público y lo que pertenece al

ámbito íntimo y doméstico. A su vez, esta percepción deriva de conceptos y distinciones sociales previas, como aquellos que definen lo sano y lo enfermo de acuerdo con circunstancias socioculturales concretas que evolucionan históricamente. Desde una perspectiva histórica, las enfermedades mentales se han encontrado constantemente en los límites entre las interpretaciones naturalistas y sobrenaturales de la enfermedad, lo que también ha contribuido a su tardía incorporación como problema de salud. (Salaverry, 2012)

## **Capítulo II: Locura y Manicomialización:**

### **Historia de la locura:**

Los primeros informes de la antigüedad relatan que las culturas más complejas atribuían la locura a los dioses, las más primitivas a los demonios o fuerzas naturales, pero no son diferencias esenciales, derivan del pensamiento primitivo, aquel que dio lugar a las trepanaciones craneales, practicadas desde hace más de 5000 años, con evidencias en casi todo el mundo y que aparentemente tenían como una de sus indicaciones el dejar salir los demonios que provocaban las enfermedades mentales. (Salaverry, 2012)

La interpretación naturalista de las enfermedades mentales se inicia en Grecia hacia el siglo V a.C. Esta interpretación de la enfermedad debió luchar contra la ampliamente difundida y hegemónica interpretación de la posesión demoníaca, la cual por cierto había tomado también en la cultura griega la forma más sofisticada de “entusiasmo”, una posesión por los dioses o “inspiración” que llevaba a profetizar, hablar en lenguas o hacer extrañas contorsiones a quienes eran así poseídos. (Salaverry, 2012)

En particular, las convulsiones súbitas eran un atributo de los personajes elegidos por los dioses, por ello se denominaba la “enfermedad sagrada” (Salaverry, 2012)

En el conjunto de escritos que la antigüedad atribuía a Hipócrates, se encuentra el tratado sobre la enfermedad sagrada (Tratados Hipocráticos, 1990)

A propósito de la llamada enfermedad sagrada, he aquí lo que ocurre: Me parece que no es en modo alguno más divino ni más sagrado sobre las demás enfermedades, sino que tiene una causa natural. Pero los hombres creyeron que su causa era divina por la ignorancia o por el carácter maravilloso de la dolencia, que no se parece en nada a otras enfermedades.

Galeno, que sistematizó la medicina griega en el siglo II d.C., no dedicó un tratado especial dentro de su abundante obra a la enfermedad mental, pero aceptaba, igual que los hipocráticos, su carácter natural. (Salaverry, 2012)

La tradición galénica clasificaba las enfermedades mentales en dos tipos: la manía y la melancolía. La primera se manifestaría con alucinaciones, mientras que en la melancolía su principal manifestación sería la depresión. Esta clasificación se mantuvo durante el Imperio romano, quienes a su vez desarrollaron las primeras manifestaciones de la salud pública bajo la forma del cuidado de la salud de los ciudadanos (acueductos, cloacas, control de alimentos) e incluso un esbozo de lo que serán hospitales públicos, pero la enfermedad mental continuó siendo un tema de carácter íntimo, atendido dentro del hogar. (Salaverry, 2012)

La difusión del cristianismo, y su posterior oficialización a partir del decreto de Constantino en el 313 d.C., condujo a inevitables conflictos entre el carácter naturalista de la ciencia y medicina grecorromana y la visión cristiana que enfatizaba la omnipotencia

y omnipresencia divina. Los médicos convertidos al cristianismo supeditaron sus convicciones profesionales a las religiosas y, por tanto, entendieron la enfermedad como un designio divino. Se adoptó como dogma cristiano la eterna lucha entre el bien y el mal por el alma humana, resurgiendo entre los médicos cristianos la interpretación de la locura como posesión demoníaca. (Salaverry, 2012)

Con esa concepción se entiende que no hubiera lugar en ellos para los enfermos mentales pues la enfermedad mental no era propiamente una dolencia, era una forma de posesión sobrenatural, cuando no demoníaca, que debería ser, en todo caso, tratada por el sacerdote. Por consiguiente, el cuidado de los enfermos mentales se mantuvo en el ámbito doméstico y alejado del ámbito de la Salud Pública. (Salaverry, 2012)

En el Islam, a diferencia de occidente, se acepta a los enfermos mentales en los hospitales; esto se debe a que los árabes adoptan la medicina griega llevada por los intelectuales emigrantes que huyen de la intolerancia cristiana, convirtiéndola en el centro de su doctrina, al punto que se utiliza como criterio de calidad profesional la mayor o menor adherencia a los principios galénicos. Se entiende así su interpretación naturalista y que los hospitales tuvieran una sección destinada al tratamiento de los enfermos mentales, en los que el tratamiento era con purgas y sangrías para eliminar los humores alterados. Pese a este tratamiento profesional de la salud mental, la concepción popular predominante mantuvo a la enfermedad mental como un asunto familiar y doméstico. (Salaverry, 2012)

En occidente el Medioevo se caracteriza por un empobrecimiento teórico de la Medicina y su subordinación a la religión, lo que lleva a extremos como la glorificación de la enfermedad entendida como una mortificación de la materia. (Salaverry, 2012)

El loco o lunático (término ese último acuñado por la supuesta influencia de la luna en el origen de la enfermedad mental) vaga por las calles asimilándose en algunos casos al bufón. Es una visión complaciente y pintoresca pero que mantiene a las enfermedades mentales alejadas de las preocupaciones de la salud pública. (Salaverry, 2012)

Hacia el final de la Edad Media (1511) Erasmo de Rotterdam publica su conocido ensayo “Elogio de la locura”, que no es un tratado médico, pero muestra la interpretación intelectual renacentista de la locura, que artificialmente es considerada una diosa, hija de Pluto, el dios de la riqueza y la ninfa Hebe, ninfa de la juventud. (Salaverry, 2012)

A partir de las doctrinas cartesianas. El dualismo que divide al hombre en un componente material y otro racional (res extensa y res cogitans) prefigura el actual problema de mente y cuerpo y tiene influencia directa en el lugar que ocupan las enfermedades mentales en la ciencia. Hasta la propia denominación “enfermedad mental”, en una interpretación literal, encerraría una contradicción para los cartesianos pues por definición el alma o espíritu (mente) se encuentra fuera del mundo material en donde ocurren las enfermedades. Se sigue de ese razonamiento que la locura necesariamente debe ser una enfermedad del cuerpo; pero en ese caso, el problema se traslada a encontrar una explicación sobre cuál es la relación entre la mente y el cuerpo, entre la voluntad y las funciones corporales y como es que una enfermedad que tiene una sede material y corporal puede afectar el comportamiento regido por la razón, es decir la res cogitans. (Salaverry, 2012)

Los grandes sistemáticos de finales del siglo XVII como Herman Boerhaave y Von Haller difundieron la concepción neural de la enfermedad mental. Haller, el creador del término “fisiología”, estableció que la melancolía era el resultado de la evaporación

de las partes más sutiles de la sangre y el consiguiente acúmulo y condensación de sus residuos térreos en el cuerpo, lo que causaba el letargo característico; el problema médico sería así el origen de esa condensación lo que dio lugar a las más diversas teorías.

Erasmus Darwin, por ejemplo, relacionaba la hipocondría con la mala digestión. La concepción popular de la locura por la época también se tiñe de mecanicismo, la expresión popular “tener piedras en la cabeza”

Aun en su primitivismo subyace a dicha creencia popular una visión naturalista y mecanicista de la locura, desechando así, al menos parcialmente, la idea de posesiones demoniacas. Estos cambios no implicaron que la locura se considerara un problema de salud pública, su carácter no contagioso, su limitada letalidad la alejaba de los problemas de salud pública. (Salaverry, 2012)

El paradigma neurológico de la enfermedad mental cambia a partir de la difusión de las ideas de John Locke frente al postulado cartesiano de las ideas innatas postula que la mente es como una hoja en blanco (tabula rasa) en la cual se generan las ideas a partir de las sensaciones que provienen de los sentidos. William Cullen (1710-1790) desde Edimburgo, difundió esta interpretación en lo referido a las enfermedades mentales postulando que la locura era una inusual y apresurada asociación de ideas que daba lugar a juicios equivocados sobre la realidad y, por consiguiente, a emociones desproporcionadas. Uno de sus discípulos, Thomas Arnold, elaboró sobre esta base una nueva taxonomía de la enfermedad mental, clasificándola en dos grandes grupos, aquellos que incluían delusiones, la “locura nocional” y los que presentaban alucinaciones, la “locura ideática”; ambas causadas por una errada relación entre las sensaciones y las ideas que se formaban a partir de ellas. (Salaverry, 2012)

En esa línea es que debe interpretarse la obra de figuras emblemáticas de la psiquiatría del siglo XVIII, como Vincenzo Chiarugi y Philippe Pinel, recordados por iniciar un trato humano a los enfermos mentales. (Salaverry, 2012)

Chiarugi incorpora el componente “psicológico” a la enfermedad mental, los estados corporales influenciarían la mente a través de la actividad de los sentidos y, en general, del sistema nervioso. Desechó el hecho que la enfermedad mental fuera hereditaria y se inclinó a considerarla adquirida. De allí deriva su principio terapéutico, basado en ejercer influencias positivas sobre los sentidos y el sistema nervioso. Estas medidas basadas en el ejemplo y superioridad moral no podían dejar de estar vinculadas a sus particulares convicciones morales y religiosas, lo cual se evidencia en sus historias clínicas en las que atribuye, por ejemplo, el origen de la melancolía al abuso de la masturbación.

Philippe Pinel también se inclina al aspecto psicológico, pero a partir de la imposibilidad de encontrar alteraciones morfológicas en las necropsias de enfermos mentales. A diferencia de Chiarugi que priorizaba como elemento terapéutico el “ejemplo”, él enfatizó los aspectos emocionales en la terapéutica. (Salaverry, 2012)

### **Manicomialización:**

En la historiografía actual sigue teniendo un gran peso la interpretación encabezada principalmente por Foucault, quien considera al manicomio como un instrumento del Estado establecido para silenciar a quienes, con su manera de pensar, sentir o comportarse, cuestionaban o amenazaban los valores de las clases dominantes, lejos de constituirse en una institución terapéutica, el manicomio desgarró las vidas de

quienes tuvieron la mala fortuna de ser encerrados tras sus impenetrables muros donde sólo reinaba el poder de la psiquiatría. (Sacristán, 2009)

Por más paradójico que nos resulte, a principios del siglo XIX los médicos que, como Esquirol, creyeron y alentaron la fundación de manicomios lo hicieron precisamente para luchar contra todos estos males que acabamos de mencionar. (Sacristán, 2009)

Los locos podían ser segregados de la comunidad o, peor aún, eliminados por los medios más insólitos, como entregarlos a los marineros para que se los llevaran lo más lejos posible a un destino incierto. (Sacristán, 2009)

Dice así Foucault citado por (Araoz Bralic, 2010), que las naves de locos eran navíos altamente simbólicos que conducían a los locos en busca de razón.

La célebre máxima de Esquirol, el médico francés artífice de la ley de 1838 que obligó al Estado a dar tratamiento a los insensatos, ya fuera a través de una red pública de asilos o bien apoyándose en los de carácter privado, sería vista hoy con una gran desconfianza. La sola mención de la palabra manicomio nos trae a la memoria imágenes de un mundo desolado donde el enfermo mental yace en la más absoluta inactividad, expuesto a toda suerte de abusos, encerrado contra su voluntad y sometido al poder de un saber médico que se ha dado en llamar psiquiatría. (Sacristán, 2009)

Medios de comunicación como el cine, la prensa, la televisión y ahora el internet han construido una "leyenda negra" de los manicomios, sus tratamientos y prácticas que ha terminado por convertirse en una "verdad" muy extendida y por momentos incuestionable, acaso por la fuerza de las imágenes. Estos medios se han encargado de difundir cómo proliferaron las terapias de choque que estuvieron vigentes

desde la década de 1930, entre ellas el muy controvertido electroshock, las muy famosas e irreversibles lobotomías o la introducción de los primeros fármacos a mediados del siglo pasado, nuevas "camisas de fuerza" que con su acción sedativa daban cierta contención a la enfermedad. (Sacristán, 2009)

Desde la pantalla grande, en el papel de las rotativas o a través de los testimonios dejados por los propios internos, los manicomios emergen como "depósitos" donde los pacientes se muestran hacinados, en condiciones insalubres de alojamiento, sin recibir ningún tipo de atención médica ni de rehabilitación, incomunicados en celdas de aislamiento y con la mirada perdida en el horizonte, sin rastro alguno de humanidad. (Sacristán, 2009)

Una institución que nació motivada por deseos aparentemente tan nobles como liberar al loco de las cadenas y lograr su curación para reintegrarle a la sociedad, se desvirtuó de tal manera que incluso hoy la palabra manicomio parece llevarnos de forma inexorable al terreno de la exclusión. (Sacristán, 2009)

En su significado literal, el manicomio sería ese territorio destinado a cuidar, tanto atender como vigilar, a peligrosos y diferentes. (Sacristán, 2009)

Cabe preguntarse si desde el campo de la historia esta visión que concibe al manicomio como un instrumento del Estado puede dar cuenta de las múltiples experiencias que cabían tras sus muros.

No es ocioso cuestionarnos si el manicomio se puede reducir al ejercicio del poder psiquiátrico y la locura a la voz de los excluidos. (Sacristán, 2009)

A pesar de la legislación vigente, la filosofía de manicomialización no ha sido completamente desterrada. Mental Disability Rights International MDRI (2007) expresa

su grave preocupación por la situación de las personas con discapacidad mental en Argentina.

Desde junio de 2004 hasta agosto de 2007, MDRI y CELS llevaron a cabo amplias investigaciones sobre las condiciones y el tratamiento proporcionado en varios hospitales psiquiátricos de Argentina, hogares de asistencia social y unidades penales psiquiátricas.

Se descubrieron casos atroces de abuso y negligencia en las instituciones psiquiátricas de Argentina, incluyendo personas quemadas hasta morir en celdas de aislamiento, el uso de privación sensorial en aislamiento a largo plazo, y violencia física y sexual.

Las investigaciones también revelaron peligrosas, sucias y antihigiénicas condiciones, incluida la falta de agua corriente, sistemas de alcantarillado que no funcionan, seguridad y peligros en las instituciones.

Además, la gran mayoría de las personas reclusas en Argentina en instituciones psiquiátricas languidecen en condiciones de inactividad casi total, y sin la posibilidad de un futuro fuera de la institución.

Con respecto a las representaciones sociales que tienen los individuos y la sociedad en general acerca de la locura, (Ruiz, y otros, 2012) llegaron a la conclusión de que existe desconocimiento sobre la sintomatología. La mayoría desconoce síntomas específicos y resalta los negativos. Se atribuye mayor eficacia al tratamiento conjunto psicológico-farmacológico. Preocupan la estigmatización y la sobrecarga familiar y personal.

Se puede mostrar que la representación no es solamente un esfuerzo por formular un saber más o menos coherente, sino también una interpretación y una búsqueda de sentido

Foucault, a través de sus obras muestra que nuestras experiencias prácticas y discursos sobre el enfermo, el loco, el delincuente o la sexualidad son inventos recientes que han aparecido a partir de ciertas relaciones entre el saber y el poder que las han hecho posibles, de tal manera que, si estas disposiciones que han permitido su emergencia desaparecieran, se llevarían consigo dichas realidades.

Para Foucault, la enfermedad inicia en una organización, jerarquización dada por las familias, el género y las especies. (Vergara Quintero, 2007)

Nuestra sociedad, dice Foucault (1961), no quiere reconocerse en el enfermo que lleva dentro; en el momento que diagnostica la enfermedad, excluye al enfermo.

El enfermo mental inquieta a quienes lo rodean, crea incertidumbres. Sus conductas, su lenguaje, sus actitudes resultan inesperadas e imprevisibles porque atentan contra las normas del código social imperante, de ahí que las respuestas que se impusieron a lo largo de la historia hayan sido encierro, la medicación excesiva, los chalecos químicos y el electroshock. Estas respuestas no son sino formas de reprimir la alteración del orden familiar y social. (Kuras de Mauser & Resnizky, 1985)

Se diría que el internado recluido vive atemporalmente. Espera aquello que no llegará nunca, el día de su alta. El tiempo se congela ya que, el pasaje de los días, los meses, los años no produce cambios en el sentido de su crecimiento y maduración.

En realidad, esta vivencia del tiempo como algo fijo produce en el enfermo y también, por cierto, en quienes lo asisten, un progresivo deterioro. Los síntomas preexistentes en el paciente se cristalizan y se agravan. Las relaciones médico- paciente se

deshumanizan. El diagnóstico que se realizó en el momento de la internación pasa a ser una etiqueta y un veredicto que destruye la posibilidad de comprensión. Un enfermo etiquetado es un individuo a quien ya no se piensa como sujeto sometido a presiones, a deseos, a necesidades insatisfechas. Ha quedado cosificado. Está más lejos que nunca de la posibilidad de que se lo reconozca como interlocutor válido y, sin embargo, y como flagrante contradicción, cabe señalar que no se deja de evaluar como mejoría de un paciente el hecho de que pueda respetar y reconocer a otro como autónomo y diferente de sí mismo. También es un contrasentido que las presuntas terapias propuestas en estos casos conduzcan a un mayor aislamiento cuando la pérdida creciente de socialización se traduce siempre en un recrudecimiento de la sintomatología. (Kuras de Mauser & Resnizky, 1985)

Diversos grados de violencia de ejercen bajo el rótulo de recursos terapéuticos. Los enfermos mentales no son tratados por lo que realmente son sino por la molestia social que causan. Sus mensajes no pueden ser escuchados porque al romper con la norma social, desafían al orden establecido. Esta cultura es inmediatamente reprimida porque resulta intolerable. (Kuras de Mauser & Resnizky, 1985)

Si la locura arrastra a los hombres a una ceguera que los pierde, el loco, al contrario, recuerda a cada uno su verdad. (Foucault, 1967)

### **Capítulo III: La reinserción social**

Definimos la Rehabilitación Psicosocial como un conjunto de estrategias, métodos y recursos encaminados a mejorar las habilidades y autonomía de la persona con enfermedad mental crónica, disminuyendo el hándicap social y optimizando su calidad

de vida. Es un proceso de larga duración, flexible, individualizado y global, holístico, dirigido al paciente, su familia y el entorno. (Gallach Solano, 2004)

Según la autora, trabajar en Rehabilitación Psicosocial es harto difícil. A continuación, presentamos algunos elementos que pueden contribuir a mejorar el marco aplicado y el quehacer diario:

- RESPECTO DEL INDIVIDUO

- Fomentar el uso hábil de la medicación
- Preparación para una vida autónoma e independiente
- Apoyo intenso, continuo y paralelo a los familiares
- Garantizar el alojamiento y el acceso a una vivienda digna
- Fomentar la rehabilitación vocacional, formación y el empleo
- Ayudarle a desarrollar redes de apoyo social
- Adiestrarle en el empleo del ocio y tiempo libre

- RESPECTO A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

- Tomar la rehabilitación como componente esencial de cada servicio de SM
- Metodología comunitaria
- Posibilitar la formación de los profesionales en rehabilitación
- Garantizar la atención de calidad, con parámetros e indicadores adecuados.

- RESPECTO AL MARCO SOCIAL

- Mejorar el marco legislativo

– Abordar con intensidad el estigma social

• RESPECTO A LOS PROFESIONALES

– Fomentar el reciclaje en rehabilitación psicosocial

– Potenciar la investigación

– Contribuir en hacer de la rehabilitación psicosocial una disciplina con entidad propia

El campo de la rehabilitación es amplio y variado, y aunque durante los últimos años se ha avanzado muchísimo, aún queda mucho por hacer. Las principales limitaciones se centran en que no es una práctica universal ni en métodos, ni en técnicas, ni en principios, ni siquiera en modelos. Sin embargo, en todos los casos aparece una línea común u orientación rehabilitadora. (Gallach Solano, 2004)

Aparece además la necesidad ineludible de un abordaje multidisciplinario donde el tratamiento terapéutico, farmacológico y la rehabilitación psicosocial son procesos de intervención complementarios. (Gallach Solano, 2004)

Otro aspecto a destacar reside en la importancia de la colaboración del individuo y de su entorno en su propio proceso. Hay que alentar a pacientes y familiares para que pongan en marcha actividades paralelas a las socio-asistenciales como son la participación en asociaciones, grupos de autoayuda, programas de empleo, etc. (Gallach Solano, 2004)

Por otro lado, es necesario señalar que no existen fórmulas mágicas en Rehabilitación Psicosocial, sino que es imprescindible realizar una evaluación exhaustiva, individualizada y contextualizada (Programa Individualizado de Rehabilitación) en donde se valoren aspectos relacionados con la relación entre el

individuo y su entorno, las habilidades que posee o de las que carece respecto a su nivel de funcionamiento social, su funcionamiento cognitivo, su capacidad de afrontamiento personal y social, el grado de integración comunitaria y finalmente un detallado estudio de recursos disponibles y de necesidades requeridas. (Gallach Solano, 2004)

Tras la evaluación de los aspectos anteriormente señalados, es necesario planificar la intervención operativizando objetivos a corto, medio y largo plazo. Y finalmente hay que realizar una evaluación de todo el proceso de rehabilitación, del impacto o grado de consecución de los objetivos planificados y de resultados o nivel de consecución del objetivo general de rehabilitación para cada individuo, su familia y la comunidad donde se ha establecido la intervención (Gallach Solano E. , 2000)

Y por último valorar el carácter optimista de la rehabilitación también para aquellas personas refractarias a la intervención, en donde no se habla de un proceso de recuperación al estilo médico sino como un proceso único, personal, de cambio de actitudes, valores, habilidades y roles. Se trata de recuperar el estigma, los efectos de vivir en un entorno protegido y terapéutico mucho tiempo. (Gallach Solano, 2004)

La rehabilitación debe dar una respuesta no solo a aquellos para que mejoren sus habilidades para el funcionamiento social, sino también a aquellos que no lo hace e incluso aquellos que han recuperado sus habilidades de afrontamiento y precisan de formación o de estrategias para introducirse en el mercado laboral. Este es uno de los grandes retos: los itinerarios personalizados para la introducción del discapacitado en el mercado laboral ordinario o protegido. (Gallach Solano, 2004)

Desmanicomializar es dignificar la atención de la salud mental; es transformar el vínculo entre el profesional y la persona internada; es implementar internaciones cortas en hospitales generales o centros de salud mental; es dignificar el

trabajo de todos los trabajadores del hospital; es procurar la atención ambulatoria, domiciliaria; es recuperar los lazos familiares y sociales de los internados; es garantizar la vivienda (propia y/o familiar o a través de hogares sustitutos, casas de medio camino, cooperativas de viviendas u otras alternativas, etcétera); es garantizar el trabajo de los internados (mantenimiento de la relación laboral; creación de cooperativas, bolsas de trabajo, micro emprendimientos y otros); es mejorar la utilización y distribución de los recursos económicos; es brindar más información, apoyo y contención a las familias; es convertir el “manicomio” en un hospital general con un área de salud mental; es buscar nuevas alternativas de tratamiento; es ejercer el derecho a consensuar un tratamiento adecuado. (Bravo, Castro, & Gonzales, 2018)

Michel Foucault afirma que en la pareja médico- paciente están simbolizados las grandes estructuras de la sociedad burguesa y de sus valores: relaciones Padres- Hijos, alrededor de la doctrina de la autoridad parental; relaciones Falta- Castigo, alrededor de la doctrina de la justicia inmediata; relaciones Locura-Desorden, alrededor de la doctrina orden social y moral. (Kuras de Mauser & Resnizky, 1985)

Freud fue el primero en tener en cuenta la realidad de la pareja médico-enfermo, develando la trascendencia de los intercambios que en ella suceden. Las vivencias transferenciales y contratransferenciales resultan, por lo tanto, variables indispensables a tener en cuenta para la evaluación diagnóstica y pronóstica de un paciente. La enfermedad mental ya no puede ser pensada como una entidad abstracta separada del enfermo. La ubicación del paciente en alguna categoría nosográfica disfrazada nuestra incompreensión. (Kuras de Mauser & Resnizky, 1985)

La eliminación del síntoma con psicofármacos calma nuestra angustia frente a un problema que no sabemos resolver. Resulta fácil encubrir la ignorancia y la impotencia con una descripción detallada de síndromes que transforman al paciente en

un objeto encuadrable. Si, por lo contrario, lo que se persigue es un objetivo terapéutico se deberá tratar de significar aquello que el sujeto expresa con sus síntomas para que éste se torne innecesario. (Kuras de Mauser & Resnizky, 1985)

Los diagnósticos psiquiátricos clásicos son, al decir de Michel Foucault, monólogos de la razón sobre la locura. Deben ser reemplazados por diagnósticos situacionales que permitan evaluar la interacción del paciente en diferentes contextos (su grupo familiar, su grupo de pares, su trabajo, etc.) y el grado de retracción social al que su sintomatología lo condujo. (Kuras de Mauser & Resnizky, 1985)

La enfermedad puede entenderse como una perturbación del proceso de aprendizaje de la realidad y como un déficit en el circuito de comunicación que remite a una situación subyacente o implícita. El enfermo mental es la encarnación manifiesta de la enfermedad de un grupo. Muestra a su familia aquello que ésta no puede ver de sí misma. Cuando hablamos de grupo nos referimos, en un sentido estricto, al grupo familia y en un sentido amplio al grupo social del cual la familia es prolongación. En nuestro sistema social un hombre enfermo pasa a ser una carga. De hecho, la familia consulta cuando la molestia que le ocasiona el enfermo le resulta intolerable. (Kuras de Mauser & Resnizky, 1985)

Si tenemos en cuenta que el diagnóstico y el pronóstico de las enfermedades dependen de las condiciones histórico-sociales y de la cultura que predominan comprenderemos por qué los trabajadores de la salud mental no podemos permanecer ajenos o neutrales. Debemos, por el contrario, contribuir a la creación de un sistema social cuyos elementos no estén en contra del hombre. (Kuras de Mauser & Resnizky, 1985)

El enfermo mental es un ser humano que sufre. El tratamiento de la psicosis debe basarse en la creencia de que ese dolor no tiene por qué ser una instancia inamovible.

El futuro del enfermo mental no tiene por qué ser una mera prolongación de sus padecimientos presentes. Esta convicción permite promover conductas que tiendan a integrar al paciente al medio social del cual se aisló y fue aislado. Para lograr este objetivo es imprescindible escucharlo en su delirio, comprenderlo en su fragilidad y acompañarlo en su desolación. Se evita de este modo la clásica escisión entre sanos y enfermos que aliena al paciente y lo transforma en objeto antes que en sujeto para los otros. (Kuras de Mauser & Resnizky, 1985)

Debemos tomar en tratamiento simultáneamente al paciente y a su familia con la idea de que aquel pueda reintegrarse a un medio diferente del que contribuyó a su deterioro. (Kuras de Mauser & Resnizky, 1985)

A lo largo de los años, muchos estudios han sugerido que el tratamiento intensivo, en régimen de hospitalización a tiempo parcial, en un Hospital de Día de Agudos, puede ser considerado como una alternativa eficiente al tratamiento a tiempo completo en una unidad de hospitalización psiquiátrica convencional. Dichas unidades proporcionan cuidado intensivo y a tiempo parcial durante el día, generalmente a través de la adopción de un modelo terapéutico comunitario. (Vázquez Bourgon, Salvador-Carrulla, & Vázquez-Barquero, 2012)

La filosofía de la reforma psiquiátrica iniciada en los años 70 se apoyó sobre muchos de los postulados claves de la psiquiatría comunitaria. (Vazquez-Barquero & Becker, 2001). Estos implicaban la provisión en el sistema Nacional de Salud de:

- Atención psiquiátrica ambulatoria
- Equipos comunitarios de salud mental
- Atención residencial a largo plazo en la comunidad

-Servicios comunitarios para la rehabilitación, la terapia ocupacional y la ayuda al empleo.

El movimiento de la antipsiquiatría italiana, gestor de los conceptos antimanicomiales en salud mental, que llevó adelante Franco Basaglia bajo el lema “¡Abajo los muros!”, planteando “no una psiquiatría alternativa sino una alternativa a la psiquiatría” produjo la famosa ley 180 promulgada en 1977, que implicaba el cierre gradual de las instituciones psiquiátricas, la creación de un sistema de servicios alternativos a los hospitales psiquiátricos y no complementarios o adicionales a ellos, la prohibición de construir nuevos hospitales psiquiátricos, además de fijar que a partir de mayo de 1978 no se permitiría el ingreso de nuevos pacientes. Esto concluyó en el cierre definitivo del Hospital de Trieste en 1978. (Bianchi, 2008)

La psiquiatría hospitalaria pasó a entenderse como un elemento de apoyo al cuidado comunitario (internación en crisis, manicomios judiciales, etc.) mientras se buscó la integración y coordinación entre todos los servicios de atención en cada área geográfica (centros de salud mental, unidades de hospitalización, centros de soporte social, alojamientos protegidos, etc.). (Bianchi, 2008)

Lo central de este gran cambio fue sin duda ver al enfermo recuperando su derecho a ser un ciudadano, a tener su autonomía. (Bianchi, 2008)

La Argentina inicia su experiencia de cerrar los manicomios en Río Negro. Designado ya el Dr. Hugo Cohen como Director del Programa de Salud Mental de la provincia; en el año 1989 se presenta ante la legislatura de Río Negro el Anteproyecto de Ley de Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental. (Bianchi, 2008)

La Ley 2440 fue aprobada en septiembre de 1991 y reglamentada en 1992, cerrándose a partir de ella el Neuropsiquiátrico de Allen. Los internos fueron restituidos a sus hogares. Las noticias periodísticas de esta pionera provincia insisten en las críticas que ha recibido la implementación de la ley, que no había previsto medidas a tomar, por ejemplo, en caso de que un enfermo mental cometiera un delito. Recién se encuentra un titular que indica “Podrán detener a personas con sufrimiento mental. El gobierno modificará la ley de desmanicomialización” el viernes 27 de octubre de 2000. (Bianchi, 2008)

A esto se suman las críticas por la ausencia de lugares de internación, los familiares teniendo que internar a los suyos en otras provincias, el aumento de descompensaciones desde la aguda situación que vive el país, las escasas “casas de medio camino” que, según afirman, siguen tratando al enfermo como lo hacía el antaño hospital psiquiátrico, y un reclamo central, a un Estado cada vez más retirado de la problemática de la Salud Mental. (Bianchi, 2008)

Otras provincias se fueron sumando a la política de cierre de los manicomios: San Luis, Entre Ríos, Buenos Aires, Chubut. El 20 de Julio del 2000 el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires sanciona la ley 448 “Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires”, o ley de desmanicomialización, sobre el anuncio del decreto 1961 que conceptúa como áreas disponibles las ocupadas por los hospitales Borda, Moyano y Rawson, entre otros. (Bianchi, 2008)

La situación asilar de los enfermos no ha cambiado, son escasas las casas de medio camino, las que a su vez son cuestionadas por el número de personas que las habitan, no se proyectan nuevos modos de externar a los enfermos, con un promedio de 9 años de internación y en algunos casos tienen el alta médica, pero no dejan la Institución

porque no tienen dónde ir, ni se organizan formas de reinserción laboral o social, o de atención individual o grupal por fuera de la institución total. (Bianchi, 2008)

Lo primero que es necesario decir cuando hablamos de desmanicomialización es que no debe haber persona que, por tener un padecimiento o una enfermedad, tenga que perder sus derechos ciudadanos, su libre albedrío, su inclusión social. (Bianchi, 2008)

Si partimos de políticas públicas que promuevan, estimulen y solventen este cambio, se tratará entonces del trabajo mancomunado de los profesionales de la salud mental con la comunidad de pertenencia de la que dependerán los resultados. La sociedad toda, sociedad en la que se encuentran incluidos los gobernantes y los profesionales de la salud, debe prepararse para este cambio, desterrar viejos mitos sobre la distancia entre el llamado “enfermo mental” y el autoproclamado “sujeto normal”, y confiar en que sea nuestra inteligencia, nuestra empatía y nuestra ética las que nos permita albergar y cobijar la diferencia entre las personas en el seno de nuestra comunidad. (Bianchi, 2008)

Un sujeto afectado por la locura, considerada en sus múltiples manifestaciones, en un sentido que no se restringe al diagnóstico de psicosis, encuentra perturbada la relación que tenía con el espacio público, su vínculo con los otros, con la calle, con los lugares que frecuentaba en la ciudad, esto es, con aquello que denominamos su "ecología". Incluso antes de toda internación institucional, aparece empujado al encierro propio, asustado, en su habitación, con dificultades para salir de su casa, a veces hasta de su cama, de un mundo que ve cada vez más estrecho. (Rossi, 2005)

En un dispositivo donde se trabaje lo relativo a la particularidad de la rehabilitación social, en un sujeto que podemos graficar como herido en su capacidad de vincularse, buscamos favorecer alguna salida del lugar que lo cronifica en una

"enfermedad", que aumenta su gravedad, o lo expone en su falta de defensas, psíquicas en este caso, frente a situaciones que hacen a su cotidianidad. (Rossi, 2005)

Un primer paso será simplemente que pueda aliviar el dolor que lo inmoviliza, y reforzar sus posibilidades de acceder a algún bienestar, lo cual no debemos suponer que es tan simple, ni tan insignificante. En este punto, no se trata de imponerle un standard de rehabilitación, ni forzarlo a que transite por círculos recreativos o talleres laborales convenientemente cerrados, en serie; sino de diseñar una estrategia que otorgue relevancia a las consecuencias que tiene para cada paciente la competencia desmesurada a la que fuerza el mercado, al empujar a ese ciudadano segregado hacia un margen, cuando no al encierro que llega a suprimir tajantemente sus derechos civiles, estigmatizado bajo la etiqueta de la enfermedad mental. (Rossi, 2005)

Sería necesario situar esta temática en el panorama socio-político de cada país, para entender también de qué estamos hablando al ocuparnos de las instancias posibles de inserción cotidiana de un sujeto, de la realidad laboral. Ante la fuerte exclusión social actual, acceder al circuito laboral resulta ya de por sí dificultoso para todo ciudadano que no tiene trabajo, con lo cual ese acceso se presenta casi inalcanzable para una persona que atraviesa un padecimiento psíquico importante. (Rossi, 2005)

#### **Capítulo IV: Laborterapia y apoyo familiar**

La Real academia española designa Laborterapia como el Tratamiento de las enfermedades mentales o psíquicas mediante el trabajo. (Real Academia Española, s.f.)

En la intervención de Terapia Ocupacional en salud mental, se tiene en cuenta diferentes aspectos como son los neurofisiológicos, permitiendo el adecuado

funcionamiento mental y corporal, además del contexto que permiten al individuo funcionar de manera activa y óptima, siendo este el resultado de la salud mental. Es por eso que, los profesionales de salud en Terapia Ocupacional intervienen mediante actividades basadas en la ocupación, no solo de manera asistencial, sino también de modo evaluador, permitiéndole evidenciar necesidades, actividades significativas o contextos que alteran el adecuado funcionamiento de un individuo, como también habilidades residuales, para obtener empoderamiento del paciente y planear la intervención, estableciendo objetivos hacia el desempeño ocupacional de los usuarios, todo esto mediante la instrumentación de actividades; de igual manera, esta profesión también involucra programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. (Yarce Pinzón, Pinza, Pérez Zambrano, & Ortega Melo, 2017)

El objetivo específico de esta área es la habilitación laboral del paciente con el fin de ubicarlo en la sociedad o en su déficit en los talleres extra hospitalarios. Se consideran los aspectos tanto psiquiátricos como laboral y social. (Sanín , 1976)

De igual importancia es la capacitación en un oficio que le permita sentirse miembro integrante de una comunidad. (Sanín , 1976)

Gallach Solano, (2004) señala los siguientes resultados en dos programas de rehabilitación y reinserción laboral en personas con enfermedades mentales crónicas:

En pacientes con mayor grado de deterioro, presentan mayores dificultades respecto a autocuidados y hábitos de higiene, así como ausencia de motivación hacia el empleo, lo cual representa el carácter residual del tipo de destinatarios del programa. Del mismo modo presentan dificultades en la comprensión de instrucciones verbales, fácilmente explicable a causa del deterioro cognitivo que caracteriza a los individuos

afectados de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. El objetivo que han conseguido con mayor facilidad ha sido el de control del tono muscular, trabajado directamente a través del Módulo de Terapia Corporal. (Gallach Solano E. , 2004)

En pacientes con deterioros intermedios, los principales avances se sitúan una mejora cualitativa y cuantitativa en la comunicación y mejora de las relaciones con el entorno, que se concreta en el entorno próximo en una mejoría en la dinámica familiar, que también se refleja en el grado de participación de los familiares en la Escuela de Familias, y en el contexto mediato en una mejora en la capacidad de búsqueda de recursos, mayor facilidad en los desplazamientos, iniciativas económicas, incremento de actividades de ocio fuera del programa, etc. Sin embargo, este progreso no se refleja en las funciones instrumentales y hábitos de higiene que precisan ser mejorados. (Gallach Solano E. , 2004)

En pacientes con nivel de deterioro mínimo, se produce entre la mayor parte de los usuarios el reconocimiento de la enfermedad y el afrontamiento a la misma a través de la buena adhesión al tratamiento farmacológico y seguimiento de la posología indicada y detección precoz de crisis. El bienestar general tanto en la esfera mental como física se refleja en la motivación hacia la normalización integral de su vida, búsqueda de empleo, autonomía económica, establecer relaciones sociales, etc. (Gallach Solano E. , 2004)

Ante la fuerte exclusión social actual, el acceso al circuito laboral y a los lazos sociales que conlleva se presenta casi inalcanzable para quien atraviesa un padecimiento psíquico importante. El acompañamiento terapéutico tiene una vía sobresaliente de intervención, en su posibilidad de articulación con las redes comunitarias y con los recursos laborales-educativos, que deben recrearse para cada caso. No se trata de imponer un standard de rehabilitación, para que se transite por círculos recreativos cerrados o se adapte en un aislamiento circunscripto a actividades institucionales con una utilidad, sino

de diseñar una estrategia multidisciplinaria que se pueda prestar atención a las consecuencias que tiene para cada paciente la competencia desmesurada a la que fuerza el mercado, al empujarlo hacia un margen, cuando no al encierro que llega a suprimir sus derechos civiles bajo la etiqueta de la enfermedad mental. (Rossi, 2004)

**Plan de acción:**

El presente plan de intervención consiste en la realización de un taller de laborterapia, que surge a partir de la necesidad de ampliar los servicios del Hospital de día del Nuevo hospital de Río Cuarto a pacientes con psicopatologías graves o agudas. Actualmente, este tipo de patologías forman parte del criterio de exclusión del Hospital de Día.

Este abordaje ha sido propuesto dado que el Hospital de Día cuenta con infraestructura, recursos de tiempo, espacio y materiales, junto con la disponibilidad necesaria por parte de profesionales para llevar a cabo la intervención que aquí se plantea.

Dentro de cada taller, no se establece una planificación de actividades rígida ni estructurada, ya que no resultaría útil para aplicar en este contexto. Entre estos factores, se pueden mencionar: (Universidad Siglo 21, 2019)

- El estado del paciente,
- La medicación que haya ingerido,
- El horario del taller,
- Las características del grupo.

Más allá del abordaje grupal, se sostiene una mirada particular e individualizada de cada uno. Quienes trabajan en este dispositivo lo reconocen como un espacio de aprendizaje mutuo. (Universidad Siglo 21, 2019)

La oferta de talleres varía de año a año, teniendo en cuenta los intereses de los usuarios y propuestas que puedan surgir de los coordinadores. (Universidad Siglo 21, 2019)

Estos talleres inician cada año a principios de marzo y funcionan hasta mediados de diciembre. Durante la época de verano los pacientes concurren tres veces por semana, de manera gratuita, a la pileta de la UNRC, gracias al convenio entre el hospital y dicha institución. Los dos días hábiles restantes asisten a las instalaciones del Hospital de Día y realizan actividades como la lectura del diario o tareas que proponen los residentes de trabajo donde diversos factores influyen al momento de desarrollar las tareas, condicionando la respuesta de los participantes. (Universidad Siglo 21, 2019)

El Hospital de Día se encuentra en la planta baja del hospital general y tiene una entrada independiente. En cuanto a su infraestructura, cuenta con una cocina, una sala con elementos para realizar actividad física, una sala de usos múltiples en la cual se desarrolla la mayoría de las actividades, un pasillo a lo largo del cual se encuentran la oficina del área de Comunidad, la oficina de la coordinadora de Hospital de Día, una sala de reuniones, un depósito y tres baños (uno de mujeres, otro de hombres y otro para el personal). (Universidad Siglo 21, 2019)

En cuanto a la dinámica de trabajo, se realiza un abordaje desde la salud y no desde la enfermedad, centrándose en los aspectos saludables del paciente, acompañándolo en el descubrimiento de sus recursos personales, sus potencialidades y fomentando la confianza en sus propias capacidades. (Universidad Siglo 21, 2019)

Desde esta mirada, se trabaja con una concepción de sujeto de derecho, haciendo hincapié en la posibilidad de que la persona pueda incorporarse en diferentes espacios sociales (laborales, familiares, actividades de su interés), reconociendo que tiene

un padecimiento psíquico que en algunos aspectos lo limita y en otros no, con capacidades y potencialidades para ser desarrolladas. Se piensa desde la inclusión social y no desde la exclusión. La idea es que estos sujetos puedan tener una actitud activa, lograr autonomía e independencia. (Universidad Siglo 21, 2019)

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 el Hospital de Día hacia el afuera de la institución. De este modo, el Hospital de Día se ofrece como elemento facilitador de esa transición. (Universidad Siglo 21, 2019)

Desde el Hospital de Día se brinda un espacio de contención y de escucha donde cada participante puede expresarse de diferentes maneras, desarrollar sus potencialidades y reforzar sus capacidades. (Universidad Siglo 21, 2019)

Los beneficios que se observan se podrían considerar de dos tipos: (Universidad Siglo 21, 2019)

-Por un lado, aprender o recuperar habilidades específicas que les permiten lograr autonomía e independencia.

-Por otro lado, respecto a la parte afectiva, la posibilidad de establecer vínculos, donde cobran protagonismo los lazos sociales, que se convierten en su sostén diario.

Estos dos tipos de beneficios ocurren de manera conjunta y contribuyen al bienestar integral del paciente. (Universidad Siglo 21, 2019)

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. (Universidad Siglo 21, 2019)

El taller que aquí se propone, se fundamenta en las siguientes ideas:

Caballo (2007) menciona dos beneficios principales del trabajo en grupo:

En primer lugar, el grupo ofrece una situación social en que los participantes que reciben el entrenamiento pueden practicar con las demás personas y lograr mayor rango de retroalimentación.

El grupo no solo proporciona a los participantes personas a quienes conocer, sino que también resulta económico en tiempo del profesional actuante.

Además, un alto porcentaje de meta-análisis que comparan formas de tratamiento psicosocial y farmacológico, con grupos que únicamente reciben el tratamiento farmacológico arriban a las siguientes conclusiones: (Guitart, 2005)

-Que la mayoría de los tratamientos psicosociales son efectivos

-Que no es posible ni conveniente aplicar el tratamiento psicosocial de manera independiente ni como sustitución al uso del tratamiento antipsicótico.

El tratamiento psicosocial tiene como objetivos principales que los pacientes adquieran habilidades psicosociales para mejorar su funcionamiento psicosocial comunitario, prevenir recaídas, re-hospitalizaciones y mejorar el apego a los antipsicóticos. (Guitart, 2005)

El taller está orientado a que los participantes trabajen en las siguientes áreas

- 1.-Área ocupacional/laboral: (conseguir trabajo, ayudar en tareas en la casa),
- 2.-Área social: (Habilidades de conversación, ser capaz de tener amigos)
- 3.- Área económica: (manejo de dinero),
- 4.- Área familiar: (comunicación, convivencia, apoyo)

Dentro de este marco terapéutico se destaca la intervención con familias de las personas afectadas. Lograr que los familiares reconozcan la enfermedad y entiendan su alcance y repercusión en la vida cotidiana, unido al aprendizaje de resolución de problemas y a cambios en su manera de comunicarse, contribuyen decididamente a reducir el riesgo de recaídas del familiar afectado y fortalecer su recuperación. (Unidad de gestión clínica de salud mental del hospital regional universitario Calos Haya de Málaga)

El Grupo de participantes del taller estará conformado por pacientes que padezcan psicopatologías graves o severas, que se encuentran estabilizados y que hayan cursado internación crónica. Se requiere, además, que las personas que participen del taller puedan entender consignas, comunicarse y expresarse. Estas cualidades serán reforzadas en el taller.

Se trabajará con un grupo de pacientes conformado por un máximo de ocho personas, para optimizar recursos. Se habilitará la inclusión de familiares de pacientes que se encuentren interesados en participar del taller propuesto.

Este taller está orientado al trabajo progresivo que requiere un proceso de externación y reinserción social en pacientes con estas características y de ningún modo significa un reemplazo del tratamiento que el paciente esté llevando a cabo.

Por la característica de trabajo progresivo, una vez conformado cada grupo e iniciado el entrenamiento, no se habilitará la inclusión de nuevos participantes en el mismo, salvo en etapas posteriores al taller, donde se abre un espacio para que sigan participando de actividades de laborterapia con las propuestas que vayan emergiendo semana a semana, sin la necesidad de contar con el coordinador de este proyecto. En esta etapa se intenta de que se sigan integrando participantes que hayan pasado por otros talleres afines.

Esto responde a la visión deseada de la institución para el caso de externación de pacientes del Servicio de Salud Mental. Es necesario un seguimiento de los sujetos en su proceso de revinculación con el medio sociofamiliar. (Universidad Siglo 21, 2019)

El equipo a cargo del taller estará constituido por un Psicólogo y dos colaboradores, practicantes de la carrera de Lic. en Psicología de niveles avanzados.

El total de duración del taller será de 2 meses y medio. Los encuentros se desarrollarán con una frecuencia quincenal y con una duración de 3 horas aproximadamente por cada encuentro.

Si bien se trata de un taller de laborterapia, teniendo en cuenta que los participantes a quienes está dirigido el taller son personas que han cursado una internación crónica, resulta pertinente ir trabajando por etapas, de acuerdo a los objetivos específicos del presente taller.

En un primer lugar se trabajará con el objetivo de potenciar las capacidades funcionales, allí se trabajará con técnicas de relajación para disminuir la ansiedad, una actividad de presentación donde todos los participantes hacen un autorretrato de su propia persona y un trabajo de a pares para ir facilitando el intercambio.

Luego se apuntará al fortalecimiento de las habilidades sociales, donde se trabajará en grupos.

Por último, y con el objetivo de fomentar los vínculos de apoyo, se trabajará con la familia y círculo íntimo del participante, como nexo para comprender y hacer frente a la enfermedad, apuntando a la reinserción socio laboral del paciente.

De esta manera, en el taller se comienza trabajando en aspectos que influirán en el aprendizaje a conceptos posteriores, de mayor especificidad.

El psicólogo a cargo estará familiarizado con técnicas de afrontamiento de situaciones problemáticas y reestructuración cognitiva. Deberá mantener una actitud activa y directiva a lo largo del proceso y reforzar positivamente los aciertos de los participantes. Comenzará los encuentros saludando a los participantes, agradeciéndoles su asistencia y motivando a los participantes a que se sientan a gusto.

El proceso de reestructuración cognitiva tiene el objetivo de enseñarle al paciente a modificar aquellos pensamientos o creencias que son distorsionadas, es decir que no reflejan los hechos o datos de la realidad. (Moretti & Medrano, 2020)

El primer encuentro se fundamenta en la idea de Florit-Robles (2006), que, en la fase de acogida de la rehabilitación psicosocial, los participantes suelen enfrentarse a una situación novedosa y por tanto generadora de estrés. Su historia pasada de tratamientos seguramente no les ofrece las claves de cómo será este tipo de intervención, muy diferente a los ingresos psiquiátricos que haya podido necesitar. La voluntariedad de este tipo de tratamientos, la novedad para la persona y la necesidad de reducir el impacto del estrés, hace necesario cuidar, y mucho, el proceso de acogida de las personas y a sus familias.

El encuentro 2 se fundamenta en la idea de que los seres humanos somos “animales sociales”. La comunicación interpersonal es una parte esencial de la actividad humana y es imprescindible para el desarrollo y crecimiento personal.

Constantemente estamos inmersos en algún tipo de interacción social, nuestra vida discurre a través de una amplia diversidad de grupos (grupos de amigos, familia, entornos laborales, actividades de ocio. Etc.). Por lo tanto, la calidad de esas interacciones y de la comunicación interpersonal tiene una gran importancia en nuestra vida diaria. (Confederación Española de Centros de Enseñanza, 2020)

Por tanto, mediante este encuentro se tratará de abordar, tomar conciencia y mejorar la capacidad de relación con el otro.

El encuentro 3 y 4 son pensados en base a:

Que entre las sintomatologías que se asocian a la presencia de retrasos cognitivos se encuentran las dificultades asociadas al lenguaje. Este tipo de dificultades se han asociado a su vez a una mayor frecuencia de conductas desadaptativas en las áreas social, emocional y académica, entre otras. (Ato Lozano, Galian Conesa, & Cabello Luque, 2009)

Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones posibles. (Florit-Robles, 2006)

Potenciar la integración social dentro de la comunidad, apoyando y fomentando un funcionamiento lo más autónomo, integrado e independiente posible, así como el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados. (Florit-Robles, 2006)

Una de las necesidades que implica trabajar en rehabilitación psicosocial es la de acercar los recursos al entorno natural del sujeto en lugar de sacar a éste, como se hacía tradicionalmente. (Florit-Robles, 2006).

En el encuentro 5 se tiene en cuenta que la cohesión familiar es un vínculo emocional que también incluye a la autonomía como característica principal, ya que con ella los miembros de la familia fortalecen su vínculo emocional e independencia. Fomenta el cumplimiento de límites internos y externos, límites generacionales, coaliciones y en la familia esta autonomía les favorece en la administración del tiempo, espacio, toma de decisiones, interés y ocio. (Gonzales, y otros, 2003)

Desde la perspectiva interaccionista, los terapeutas siguen siendo los encargados directos de la intervención, pero el proceso de intervención necesariamente considera a la familia como miembro activo del equipo interdisciplinar. (Ato Lozano, Galian Conesa, & Cabello Luque, 2009)

El rol del coordinador no es el de enseñar las diversas técnicas, sino que se posiciona como un proveedor de motivación extrínseca, brindando al paciente incentivo y guía en la elección y ejecución del proyecto. El propósito es lograr que los pacientes se comprometan con un proyecto. Pudiendo elaborar y autoevaluar los resultados. A demás se propician las relaciones vinculares con los otros pacientes.

Se busca generar compromiso proponiendo proyectos que son útiles para los pacientes y teniendo en cuenta las características específicas de cada uno de ellos, como las habilidades motrices y las capacidades cognitivas.

**Actividades:****Encuentro 1:** Potenciar las capacidades funcionalesObjetivos:

- Presentar a los participantes al grupo y a los miembros del equipo.
- Explicar programa a desarrollar y sus objetivos.
- Mencionar expectativas respecto del programa.
- Introducir un clima relajado y de diálogo entre los participantes.

**Actividad 1:** Presentación del coordinador y ejercicio “Tensión-Relajación”

Se entrenará a los participantes en la técnica de relajación progresiva de Jacobson, que utiliza la tensión relajación de una serie de músculos para conseguir la relajación completa del individuo. (Florit-Robles, 2006)

La actividad comienza así:

Sentados, en ronda. Pónganse cómodos y cierren los ojos por favor. Hacemos tres respiraciones profundas. Presten atención sólo a mi voz y escuchen lo que voy a ir diciéndoles.

1. Inhala profundamente llevando el aire a tu abdomen. Al exhalar, deja que tu cuerpo empiece a relajarse.

2. Cierra los puños. Aprieta los antebrazos y los pectorales. Mantén esa tensión durante 7 segundos, (se cuenta) y afloja. Nota cómo brazos y pecho se relajan.

3. Arruga la frente y mantenla así durante 7 segundos. A la vez rota la cabeza hacia un lado y luego hacia el otro. Afloja y siente la relajación en la zona.

4. Arruga la cara. Frunce el entrecejo, los ojos, los labios, aprieta la mandíbula y encorva los hombros. Mantén la posición 7 segundos y afloja, centrándote en las sensaciones que la relajación te produce.

5. Inspira profundamente y arquea la espalda suavemente. Mantén la postura 7 segundos y relaja.

6. Inhala profundamente y saca el abdomen, dejando que se hinche todo lo posible, mantén la posición 7 segundos y suelta. Fíjate bien en lo que notas en abdomen y espalda al relajar.

7. Flexiona los pies y los dedos de los pies. Tensa los muslos, las pantorrillas y los glúteos. Mantén la tensión durante 7 segundos y afloja.

8. Para terminar, estira los pies como una bailarina, a la vez que tensas muslo, glúteos y pantorrillas de nuevo. Pasados 7 segundos suelta y siente la relajación.

### **Actividad 2:** “Vamos a conocernos”

El psicólogo coordinador presenta al resto del equipo e indica a los participantes cuál es el alcance del plan de intervención. Entrega un cuaderno de registro

de sesiones a cada participante y un lápiz. Se indica que el cuaderno de registro es una herramienta que deberá ser completada sesión a sesión por cada participante.

Solicita a cada participante, incluidos los miembros del equipo del taller que hagan un dibujo de su persona, para luego presentarse. En el caso de los miembros del equipo lo harán en una hoja de papel, mientras que los participantes lo harán en la primera hoja del cuaderno.

Cada participante, en ronda mostrará su dibujo, dará su nombre y expresará alguna frase en relación a su actividad preferida.

Luego, el coordinador indicará a cada participante que anote en su cuaderno de registros, seguido de su dibujo, una frase que refleje las expectativas del taller y se hace una socialización de la frase elegida por cada miembro.

El coordinador hace el cierre encuentro motivando a los participantes a que cuenten como se sintieron y se indica que se registre en el cuaderno lugar y horario del próximo encuentro.

## **Encuentro 2:** Potenciar las capacidades funcionales

### Objetivos:

- Desarrollar el trabajo en equipo.
- Fomentar la cooperación
- Favorecer la autonomía

**Actividad 1** “Creación conjunta”

Se reúnen los participantes por parejas, cada de una de estas tiene que tener a mano un papel y un bolígrafo. Tienen que dibujar entre los dos un árbol una persona y una casa. Una vez que han terminado todas las parejas se reúne el grupo de nuevo y se discute brevemente qué miembro de la pareja fue más activo en la realización del dibujo y si su actuación activa o pasiva fue reflejo de su comportamiento en la vida real. (Caballo, 2007)

**Actividad 2:** “Consigo ingredientes”

El coordinador indica que cada participante anote una lista de materiales que serán adquiridos por ellos mismos, en compañía de su acompañante terapéutico, familiar o allegado. Materiales que deberán traer para el próximo encuentro.

En el cuaderno de registros se anotará la fecha de la compra y la emoción que pueda aparecer en la realización de esa tarea, también los pensamientos asociados.

Listado de materiales:

- 1 paquete de harina 0000
- 20 grs. de levadura fresca
- 1 botella pequeña de aceite

Como actividad de cierre, el coordinador pedirá que cada participante escriba una frase en su cuaderno acerca de la actividad del encuentro, y que la comparta con el resto del grupo.

Se solicita que para el próximo encuentro se asista con delantal.

**Encuentro 3: “Fortalecer las habilidades sociales”****Objetivos:**

- Favorecer la interrelación
- Compartir experiencias
- Trabajo en equipo

**Actividad 1: “Haciendo las compras”**

A modo de presentación, cada integrante expondrá el registro del día que hizo la compra de la lista requerida, con quién fue acompañado y que emociones anotó en el registro y sus pensamientos asociados.

En caso de que haya existido una fuerte activación emocional en algún integrante, se solicitará a ese miembro que comparta el pensamiento asociado a esa emoción y, si es pertinente, se realizará una breve reasignación cognitiva, con el fin de que todo el grupo se vaya instruyendo acerca de la técnica.

**Actividad 2: “Hacemos Pan”**

El coordinador divide a los participantes en dos grupos, a cada grupo se le instruye acerca de la receta del pan casero. En colaboración conjunta se prepara la receta. Mientras se deja leudar la masa se sientan en círculo y se hace una puesta en común acerca de la receta, de los ingredientes y pasos para realizar pan, se anota todo en el cuaderno de registros.

A partir del próximo encuentro se invita a los participantes a venir acompañados de su acompañante terapéutico, familiares o allegados.

#### **Encuentro 4:** Fortalecer las habilidades sociales

##### Objetivos:

- Potenciar las capacidades relacionales.
- Fortalecer la autoestima y autoconcepto.
- Reconocer las emociones
- Fomentar la aceptación.

#### **Actividad 1:** “Charla”

El coordinador dará una charla acerca de los siguientes temas:

- Introducción. Relaciones Humanas y Habilidades Sociales.
- Autoestima y Autoconcepto. Importancia de una actitud positiva hacia uno mismo en sus relaciones con los demás.
- La Inteligencia Emocional y las relaciones Interpersonales. Empatía.
- La Escucha Activa.

En cada uno de los temas se invitará a los participantes a que ejemplifiquen con lo que se les vaya ocurriendo.

**Actividad 2: “Charla”**

El coordinador dará una charla acerca de los siguientes temas:

-Identificar y Expresar Emociones

-Maneras de expresar desagrado

-Derecho a equivocarnos y aceptar los errores.

-Resolución de conflictos. Tipos de conflicto. Actitudes ante el conflicto.

En cada uno de los temas se invitará a los participantes a que ejemplifiquen con lo que se les vaya ocurriendo.

Se hace un cierre del encuentro pidiendo que cada integrante realice una oración que refleje lo trabajado en el día, la comparta con el grupo y la registre en su cuaderno.

Como tarea para el hogar, cada participante va a realizar la receta de pan casero en su casa, con la compañía de su acompañante terapéutico, familiar o allegado. Se refuerza la importancia y la necesidad de que el participante sea acompañado en el proceso por su círculo íntimo y se los invita al próximo encuentro.

**Encuentro 5: Fomentar vínculos de apoyo.**Objetivo:

- Integrar a la familia y círculo íntimo.

**Actividad 1: “Tejiendo redes”**

Cada integrante presenta al acompañante terapéutico, familiar o allegado que lo haya acompañado. En caso de que no haya podido ser acompañado por alguien, elige a uno de los técnicos asistentes del programa o a un allegado de otro participante, para que desarrolle el papel de vínculo de apoyo por ese encuentro. En conjunto comentarán cómo resultó la experiencia de aplicar la receta del pan casero en casa y propondrán otra actividad de interés para realizar en casa y traerla para el próximo encuentro.

Luego de esto el coordinador dividirá la totalidad de participantes del encuentro (acompañantes y participantes del programa) les indicará las instrucciones del juego de las sillas.

Para jugar:

1. Tiene que haber tantas sillas como participantes haya en el juego, aunque se deberá quitar una antes de empezar.
2. Se necesita un reproductor de música que el coordinador o los asistentes puedan parar y reiniciar a voluntad.
3. Para comenzar, se colocan las sillas formando un círculo con los respaldos hacia dentro.
4. Los participantes se deberán situar de pie alrededor de las sillas y uno detrás de otro.
5. Cuando comienza a sonar la música, todos los participantes deberán girar alrededor de las sillas siguiendo el ritmo de la canción.
6. En el momento que la persona encargada de la música pare la canción, cada jugador deberá sentarse en una silla.
7. El que se quede sin silla quedará eliminado.
8. El juego se reanudará quitando una silla y así hasta que quede sólo una y dos contrincantes. El último en salvarse será el ganador del juego.



**Recursos:**

El taller se llevará a cabo en las instalaciones del hospital de día. Está previsto el uso de la cocina, la sala con para realizar actividad física, la sala de usos múltiples en la cual se desarrollarán la mayoría de las actividades, la sala de reuniones, Un reproductor de música y los baños.

En cuanto a los recursos humanos, un Licenciado en Psicología dirigirá y coordinará el proceso, también se contará con la presencia de dos estudiantes avanzados de psicología que estén cursando la práctica profesional.

**Presupuesto:**

Honorarios profesionales 15 h	\$28200
Cuadernos 24 hojas 8u	\$ 800
Hojas tamaño A4 20	\$ 20
Bolígrafo bic, caja x 12U	\$ 210
Yerba ½ K	\$200
Total	\$ 29440

**Evaluación:**

La evaluación del taller de laborterapia para abordar la reinserción social en pacientes con hospitalización crónica y psicopatologías graves o agudas en el hospital de día del Nuevo Hospital San Antonio de Padua se realizará de la siguiente manera:

Con el objetivo de conocer el impacto de la aplicación del taller, antes de comenzar el encuentro número 1 se realizará un cuestionario ad hoc que evalúa capacidades funcionales, habilidades sociales y participación de vínculos de apoyo. (Ver anexo II) Posterior al desarrollo de las actividades del taller se volverá a aplicar el mismo instrumento cuestionario ad hoc.

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

**Resultados Esperados:**

Al abordar la reinserción social en pacientes con hospitalización crónica y psicopatologías graves o agudas a través de taller de laborterapia, se pretende lograr una mejora en la inclusión social de los sujetos que se encuentran afectados por la precaria situación actual de los servicios de salud mental de nuestro entorno.

El taller apunta al logro de una mejora en las capacidades funcionales de los sujetos afectados al tipo de internación crónica y un fortalecimiento de las habilidades sociales, necesarias para la integración. Se piensa en trabajar activamente en el fortalecimiento de los vínculos de apoyo. El apoyo social ha demostrado tener una influencia positiva sobre la experiencia del cuidado en enfermedades crónicas y también en los cuidadores familiares. Es un proceso de interacción ente personas o grupos de personas que, a través del contacto sistemático establecen vínculos de amistad y de información, recibiendo apoyo material, emocional y afectivo en la solución de situaciones cotidianas y en momentos de crisis. (Vega Angarita & González Escobar, 2009)

**Conclusiones:**

Trabajar en reinserción social no resulta sencillo en un entorno donde no se destinan presupuestos necesarios a tal fin.

Si tenemos en cuenta que el diagnóstico y el pronóstico de las enfermedades dependen de las condiciones histórico-sociales y de la cultura que predominan, comprenderemos por qué los trabajadores de la salud mental no podemos permanecer ajenos o neutrales. Debemos, por el contrario, contribuir a la creación de un sistema social cuyos elementos no estén en contra del hombre. (Kuras de Mauser & Resnizky, 1985)

El taller propuesto en el presente plan de intervención pretende devolver la humanidad a los sujetos afectados por psicopatologías graves o severas, colaborando en la reinserción del medio social.

Las principales limitaciones se centran en que no es una práctica universal ni en métodos, ni en técnicas, ni en principios, ni siquiera en modelos. (Huertas Zarco & Escribá Perez, 2000)

Aparece además la necesidad ineludible de un abordaje multidisciplinario donde el tratamiento terapéutico, farmacológico y la rehabilitación psicosocial son procesos de intervención complementarios. (Huertas Zarco & Escribá Perez, 2000)

Otro aspecto a destacar reside en la importancia de la colaboración del individuo y de su entorno en el propio proceso. Hay que alentar a pacientes y familiares para que pongan en marcha actividades paralelas a las socio-asistenciales como son la participación en asociaciones y grupos de autoayuda, programas de empleo, etc. (Desviat, 1995)

Por último, cabe aclarar que podría verse favorecido el estudio de la problemática re inserción psicosocial si se realizara una evaluación individualizada y contextualizada de cada individuo afectado por la problemática, en donde se valoren aspectos relacionados con la relación entre el individuo y su entorno para lograr un mejor ajuste en el tratamiento y una mejor adaptación de los recursos disponibles.

**Referencias:**

- Araoz Bralic, J. (2010). "la nave de los locos" de Sebastián Brant: Un viaje de la humanidad hacia la locura. *Revista electrónica Historias del Orbis Terrarum*, 121-128.
- Ato Lozano, E., Galian Conesa, M., & Cabello Luque, F. (2009). Intervención familiar en niños con trastorno del lenguaje. Una revisión. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*.
- Bianchi, M. (2008). *StuDocu*. Obtenido de <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-argentina-john-f-kennedy/psicologia-comunitaria/otros/bianchi-que-decimos-cuando-hablamos-de-desmanicomializacion/5809498/view>
- Blanco, F., Gismeno, E., Herrero, P., Lujan, J., & Tena-Dávila, M. (1989). Análisis funcional de sujetos oligofrénicos: Desarrollo de un código de observación para situaciones de laborterapia. *Análisis y modificación de Conducta*. Vol15. N°43.
- Bravo, M., Castro, A., & Gonzales, S. (2018). HUERTA CASA PUENTE HOSPITAL ALEJANDRO KORN DE ROMERO. Camino a la. *VI Jornadas de Extensión del Mercosur*. Tandil.
- Caballo, V. (2007). *Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI de España editores S.A.

Confederación Española de Centros de Enseñanza. (2020). *Cece-Taller de relaciones interpersonales y comunicación asertiva*. Obtenido de <http://www.cece.es/cursos/taller-de-relaciones-interpersonales-y-comunicacion-asertiva.html>

Desviat, M. (1995). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Ed. Dor.

Dirección de Salud Mental de la provincia de Córdoba. (2020). *Córdoba entre todos*.

Obtenido de <https://www.cba.gov.ar/direccion-de-salud-mental/>

Facultad de Psicología UNC. (Julio de 2011). *Audiovisual institucional Psicoscopio*

*Edición n°19*. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=7KjwVjvfoA0>

Florit-Robles, A. (2006). La rehabilitación psicosocial de pacientes con esquizofrenia crónica. *Apuntes de psicología*. Sevilla: Universidad de Sevilla.

Foucault, M. (1961). *Enfermedad mental y personalidad*. Buenos Aires: Paidós.

Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en época clásica*. México: Breviarios del fondo de Cultura Económico.

Fromm, E. (2000). *El arte de amar*. México: Paidós.

- Gallach Solano, E. (2000). *Rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental crónica*. Valencia: Nau Llibres.
- Gallach Solano, E. (2004). Albanta y Agora. Dos programas de rehabilitación y reinserción sociolaboral de personas con enfermedad mental crónica. *Dossier Informació Psicológica*, 23-34.
- Gonzales, J., Pienda, J., Núñez, L., Alvarez, C., Rocés, S., González-Pumariega, P., . . . Bernardo, A. (2003). ADAPTABILIDAD Y COHESIÓN FAMILIAR, IMPLICACIÓN PARENTAL EN CONDUCTAS AUTORREGULATORIAS, AUTOCONCEPTO DEL ESTUDIANTE Y RENDIMIENTO ACADÉMICO. *Psicothema*, 471-477.
- Guitart, A. (2005). *Guía terapéutica para el manejo de la esquizofrenia*. México.
- Huertas Zarco , M., & Escribá Perez, P. (2000). Salud Mental Comunitaria: Rehabilitación psicosocial y reinserción sociolaboral. *Nau Llibres*.
- Kuras de Mauser, S., & Resnizky, S. (1985). *Acompañantes terapéuticos y pacientes psicóticos*. México: trieb.
- Ley 9848 PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL (2010).
- LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL (25 de Noviembre de 2010).

MENTAL DISABILITY RIGHTS INTERNATIONAL. (2007). *Submission by MDRI related to Argentina for session scheduled in april 2008*. Washington DC.

Moretti, L., & Medrano, L. (2020). *El proceso de reestructuración cognitiva*. Córdoba: Instituto Psibe.

Organización Mundial de la Salud. (1977). 30° Asamblea Mundial de la Salud. *WHA30.43 Cooperación técnica*, (pág. 15). Ginebra.

Pan American Health Organization. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. *Declaración de Alma-Ata*. Alma-Ata.

Real Academia Española. (s.f.). *RAE*. Obtenido de <https://dle.rae.es/laboterapia>

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>

Rossi, G. P. (noviembre de 11 de 2004). La locura es soledad. *Página 12- Psicología*. *Bases del acompañamiento terapéutico*.

Rossi, G. P. (2005). El acompañamiento teapéutico y los dispositivos alternativos de atención en salud mental. *Revista de la escuela de psicología de la universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo*.

- Ruiz, M. A., Montes, J. M., Correas Lauffer, J., Alvarez, C., Mauriño, J., & Perrino, C. (2012). Opiniones y creencias sobre las enfermedades mentales graves (esquizofrenia y trastorno bipolar) en la sociedad española. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 98-106.
- Sacristán, C. (2009). La locura se topa con el manicomio. Una historia po contar. *Scielo Analytics*.
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: Los inicios históricos de la salud mental. *Perú med Exp Salud Pública*, 143-148.
- Sanín , A. (1976). Laborterapia en un hospital psiquiátrico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 496-507.
- Tratados Hipocráticos. (1990). Sobre la enfermedad sagrada. En *Tratados Hipocráticos* (págs. 399-400). Madrid: Gredos.
- Unidad de gestión clínica de salud mental del hospital regional universitario Calos Haya de Málaga. (s.f.). *Programa de intervención familiar en pacientes con esquizofrenia*. malaga.
- Universidad Siglo 21. (2019). *Líneas temáticas estratégicas*. Obtenido de <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>

Vázquez Bourgon, J., Salvador-Carrulla, L., & Vázquez-Barquero, J. L. (2012).

Alternativas comunitarias a la. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 323-332.

Vazquez-Barquero, J., & Becker, I. (2001). The European perspective of psychiatric

reform. *Acta Psychiatr Scand Suppl.*, 8-14.

Vega Angarita, O., & González Escobar, D. (2009). APOYO SOCIAL: ELEMENTO

CLAVE EN EL AFRONTAMIENTO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA.

*revistas.um.es.*

Vergara Quintero, M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso Salud-

Enfermedad. *Revista hacia la promoción de la salud*, 41-50.

Yarce Pinzón, E., Pinza, E. C., Pérez Zambrano, J., & Ortega Melo, K. (2017).

Intervención de Terapia Ocupacional en salud mental. *Boletín informativo CEI.*

**Anexos:****Anexo I: Matriz de Evaluación de Impacto****Matriz de evaluación de impacto:**

Taller de laborterapia para abordar la reinserción social en pacientes con hospitalización crónica y psicopatologías graves o agudas en el hospital de día del Nuevo Hospital San Antonio de Padua.

<b>Categoría de Análisis</b>	<b>Indicador</b>	<b>Respuestas - Entrevista Individual</b>
<b>Potenciación de Capacidades Funcionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividad Física</li> <li>• Autoabastecimiento</li> </ul>	
<b>Fortalecimiento de las Habilidades Sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escucha Activa</li> <li>• Expresa Sentimientos</li> <li>• Acepta una negativa</li> <li>• Ejecuta instrucciones</li> </ul>	
<b>Fomento de Vínculos de Apoyo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades Grupales</li> <li>• Actividades con pares</li> <li>• Reuniones Familiares</li> </ul>	

**Anexo II:** Cuestionario previo y posterior al taller.

1- ¿Con qué frecuencia realiza actividad física?

- Nunca
- Casi Nunca
- Ocasionalmente
- Casi siempre
- Siempre

2- ¿Con qué frecuencia hace su propia comida?

- Nunca
- Casi Nunca
- Ocasionalmente
- Casi siempre
- Siempre

3- ¿Con qué frecuencia realiza las compras para autoabastecimiento?

- Nunca
- Casi Nunca
- Ocasionalmente
- Casi siempre
- Siempre

4- ¿Con qué frecuencia acepta una negativa?

- Nunca
- Casi Nunca
- Ocasionalmente
- Casi siempre
- Siempre

5- ¿Con qué frecuencia se dispone en actitud de escucha cuando alguien se dirige a usted?

- Nunca
- Casi Nunca
- Ocasionalmente
- Casi siempre
- Siempre

6- ¿Con qué frecuencia pregunta cuando no comprende?

- Nunca
- Casi Nunca
- Ocasionalmente
- Casi siempre
- Siempre

7- ¿Con qué frecuencia participa en fiestas o celebraciones?

- Nunca
- Casi Nunca
- Ocasionalmente
- Casi siempre
- Siempre

8- ¿Con qué frecuencia participa en actividades con sus pares?

- Nunca
- Casi Nunca
- Ocasionalmente
- Casi siempre
- Siempre

9- ¿Con qué frecuencia participa en reuniones familiares?

- Nunca
- Casi Nunca
- Ocasionalmente
- Casi siempre
- Siempre