

2015

# Ley Nacional N°26657 : representaciones de los terapistas sobre el ejercicio del rol en el marco de un nuevo paradigma de salud mental

Cappai, Marianela

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

---

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1124>

*Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository*

LEY NACIONAL N° 26657

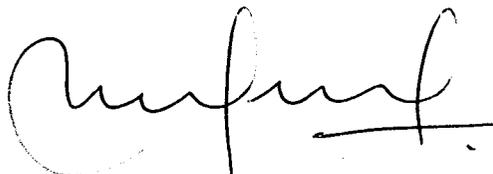
REPRESENTACIONES DE LOS TERAPISTAS  
OCUPACIONALES SOBRE EL EJERCICIO DEL  
ROL. EN EL MARCO DE UN NUEVO  
PARADIGMA DE SALUD MENTAL



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA  
FACULTAD DE CS. DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL  
PLAN TESIS PARA ACCEDER AL TITULO DE LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL  
MARIANELA CAPPAL . NECOCHEA PCIA. BS AS . ARGENTINA

Directora: María Laura Curien.

Licenciada en Terapia Ocupacional.

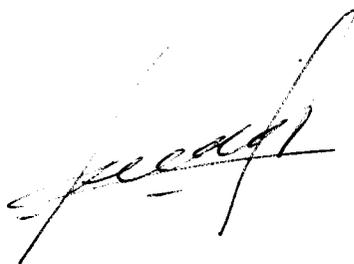


Asesoramiento metodológico:

Asignatura de Trabajo Final del Departamento Pedagógico de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP.

Alumna: Marianela Cappai

D.N.I: 32.885.917



## Índice

Portada .....	1
.....	2
Introducción.....	5
Estado de la cuestión.....	10
<b>Marco Teórico.....</b>	<b>18</b>
Capítulo I: <i>El proceso institucional psiquiátrico en Argentina.....</i>	<i>19</i>
- De un hospital de puertas cerradas a un hospital de puertas abiertas.....	23
Capítulo II: <i>Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico</i> <i>Dr. Domingo Taraborelli.....</i>	34
- Un recorrido institucional.....	35
Capítulo III: <i>Representaciones Sociales acerca de la Salud Mental.....</i>	<i>43</i>
- Representaciones que acompañaron a la enfermedad mental en el devenir histórico.....	44
Capítulo IV: <i>Terapia Ocupacional en Salud Mental.....</i>	<i>57</i>
- Orígenes de la Terapia Ocupacional en Argentina.....	58
- La Terapia Ocupacional como disciplina.....	60
- Una mirada sobre la nueva política de Salud Mental y la Terapia Ocupacional.....	71
Capítulo V: <i>Un acercamiento a la realidad de la práctica.....</i>	<i>78</i>

<b>Aspectos Metodológicos</b> .....	100
1- Problema de investigación. ....	101
2- Objetivos del trabajo final.....	102
3- Variable principal de estudio. ....	104
✓ Definición conceptual de la variable.....	104
✓ Definición operacional de la variable.....	105
4- Dimensionamiento de la variable.....	106
5- Unidades de análisis y su nivel de medición.....	109
6- Tipo de estudio de la investigación.....	114
7- Enfoque metodológico.....	114
8- Muestra.....	115
9- Método de selección de la muestra.....	115/116
10-Criterios de inclusión de la muestra.....	117
11-Criterios de exclusión de la muestra.....	117
12-Población del estudio .....	117
13-Técnica de recolección de datos.....	117
14-Prueba piloto.....	119
15-Análisis de datos.....	120
16-Instrumento de recolección de datos.....	121
<b>Bibliografía</b> .....	123
<b>Anexo I</b> .....	128
<b>Anexo II</b> .....	132
<b>Anexo III</b> .....	133

## Introducción.

Esta investigación se inicia en el transcurso de mi Tercera Práctica Clínica de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, en el Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli de la ciudad de Necochea.

En la calidez del encuentro cotidiano del espacio hospitalario, fue gestándose la idea de abordar el ejercicio de la Terapia Ocupacional en el campo de la Salud Mental, a partir de la aplicación de la Ley N° 26.657/2010 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

La propuesta fue impulsada especialmente por quien hoy es la directora de este estudio. Su aporte y experiencia académica propugnaron el deseo de investigar esta temática.

El propósito del presente trabajo se sustenta en el interés de conocer las representaciones de los Terapistas Ocupacionales del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli sobre la incidencia que tendrá, en el ejercicio de su rol profesional, la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto de Reglamentación.

La nueva conceptualización de la Salud Mental y el cambio en las facultades de intervención de las disciplinas involucradas, introducidas por la Ley, incidirán necesariamente en el desempeño del rol de los Terapistas Ocupacionales como agentes de salud.

Describir las prácticas terapéuticas definidas en la normativa, conducirá a fortalecer las intervenciones que se realicen desde la Terapia Ocupacional en el padecimiento mental y enriquecerá la construcción del perfil profesional en la formación académica de grado. Por ello, en la presente investigación se abordarán las prácticas de intervención terapéuticas que realizan los Terapistas Ocupacionales en el Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli.

En el marco de un espíritu esperanzador, como lo es la nueva política de Salud Mental, debería haberse contemplado la participación de los distintos actores implicados en este campo para la consulta y el debate de aspectos específicos de los preceptos de la Ley N° 26.657. La toma de decisiones consensuadas facilita la implementación de procesos conducentes al logro de los objetivos que la transformación pretende.

El Terapeuta Ocupacional, en tanto sujeto que vive, crece y se dignifica con su trabajo está fuera de los debates políticos, sólo ocupa un lugar en un discurso en el cual no tienen sitio sus palabras. Simplemente es mencionado como un agente más, entre otros, de la Salud Mental.

Pretender conocer sus "*decires*", es abrir un espacio para el "*dar cuenta*" sobre sus representaciones de la realidad. La mirada o la lectura de la realidad, que se da en el acercamiento a una práctica terapéutica determinada, es llevada a cabo por un sujeto en situación (inmerso en un contexto social, cultural e institucional específico), desde una determinada estructura conceptual y desde una representación de lo que una institución de Salud Mental puede y tiene que hacer.

Cada cual piensa, siente y actúa en la cotidianeidad del ejercicio de su rol. La mirada sobre la labor terapéutica y sobre su modo particular de vivirla se asienta en representaciones, a la vez que comunica una concepción de la dimensión pública de la Salud Mental.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, sancionada el 25 de Noviembre de 2010, en el Congreso de la Nación Argentina, constituye un marco general que orienta a una nueva Política de Salud Mental.

Su eje central es modificar el estigma social y cultural de la persona con padecimiento mental. Se sustituye así la presunción de *peligrosidad* por la de *capacidad* de toda persona con padecimiento mental, contemplando excepciones.

En lo que respecta a la Política de Salud Mental, se aspira en un plazo aproximado de veinte años a la deconstrucción de los Hospitales Monovalentes<sup>1</sup> a través de dispositivos de prevención y asistencia: atención en Hospitales Generales, dispositivos abiertos y con base comunitaria, Centros de Integración Comunitaria, Centros de Atención Primaria, Casas de Medio Camino y Hospitales de Día, entre otros.<sup>2</sup>

La presente Ley generará cambios en las diferentes disciplinas intervinientes en el abordaje de la Salud Mental, entre ellas, la Terapia Ocupacional.

---

<sup>1</sup> Instituciones Hospitalarias que atienden a una sola especialidad de la patología médica: la Psiquiatría.

<sup>2</sup> Información brindada en conversaciones mantenidas vía internet por Leonardo Gorbacz, informante clave. Licenciado en Psicología, ex Diputado Nacional, coautor de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010. Fecha de conversación: 24-10-2013.

La Terapia Ocupacional, centra su estudio y su accionar en la *ocupación humana*<sup>3</sup> como eje de salud y bienestar. Sustenta la idea que la ocupación de la persona está en estrecha relación con su salud. De esta manera, ocupación y salud se condicionan recíprocamente. Propone el uso de actividades con propósito como medio terapéutico a fin de inferir en forma positiva sobre la salud del ser humano<sup>4</sup>.

Los fundamentos de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013, no sólo consolidan los principios que sustentan la Terapia Ocupacional en el campo de la Salud Mental, sino que impulsan su crecimiento como disciplina actuante en la intervención terapéutica de toda persona con padecimiento mental.

Los Hospitales Neuropsiquiátricos, poseen características comunes que los identifican como tales en cualquier comunidad. Si atendemos a sus diferencias, cada institución presenta rasgos que le son propios, que hacen a su identidad, singularidad y/o particularidad. Las prácticas terapéuticas sufren las determinaciones del contexto en que están inmersas. Transformarlas a la luz de una nueva concepción de la Salud Mental, implica no sólo un cambio en las acciones individuales de los agentes involucrados, sino un proceso de deconstrucción y construcción de la institución hospitalaria en sí misma.

---

<sup>3</sup> En esta investigación se utiliza el término Ocupación en su sentido etimológico.

<sup>4</sup> POLONIO LÓPEZ, Begoña; DURANTE MOLINA, Pilar; NOYA ARNAIZ, Blanca. "La actividad como herramienta en Terapia Ocupacional". En: **Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional**. Madrid: Médica Panamericana. Pág153, 2001.

Toda transformación conlleva procesos adaptativos. Ser protagonistas de un nuevo modelo, da lugar a la existencia de cuestionamientos, instancias de reflexión, las que en definitiva no son más que oportunidades de crecimiento individual y colectivo.

Aproximarse a la interpretación del accionar presente y futuro pretendido con esta transformación en Salud Mental, requiere de una indagación de los sucesos del pasado. Se abordará así el proceso institucional psiquiátrico argentino, la visibilización de la enfermedad mental a través de la historia de la humanidad y el nuevo escenario vislumbrable para la Terapia Ocupacional ante los recientes lineamientos políticos.

*“Si la investigación histórica tiene algún sentido, éste consiste justamente en aprender del pasado en función del futuro.”<sup>5</sup>*

Una Ley de Salud Mental, impacta en las distintas corrientes de pensamiento del país y las moviliza. En una temática como la de la enfermedad mental, están siempre presentes las cosmovisiones fundantes. Diferentes posicionamientos a favor o en contra de la normativa se alzan en la pluralidad del debate.

Liberar la voz y la opinión de los Terapistas Ocupacionales, como protagonistas del cambio, tiene como propósito evitar que permanezcan ajenos o neutrales en el nuevo escenario.

---

<sup>5</sup> VAN GELDEREN, Alfredo Miguel; LOPEZ ESPINOSA, Gustavo. *La escuela argentina en transformación*. Buenos Aires: Aula XXI Santillana. Capítulo 8. Pág. 164, 1999.

## Estado actual de la cuestión.

En nuestro país, las intervenciones asistenciales en Salud Mental, se han ido centrando en determinar los aspectos disfuncionales y patológicos del paciente y en la adopción de medidas terapéuticas consecuentes, por lo general medicación e internación. Instalándose así tradicionalmente la internación como único medio terapéutico.

A partir de 1983 la internación psiquiátrica y las prácticas de asistencia se encontraban definidas y enmarcadas en la Ley Nacional N° 22.914/83: "*Ley de internación de enfermos mentales*", referida a personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos en el marco de la internación psiquiátrica en establecimientos públicos o privados.

La Ley N° 22.657, sancionada el 25 de Noviembre de 2010, es la primera Ley Nacional de Salud Mental por lo que constituye un hito normativo y legislativo en la consideración y tratamiento de la Salud Mental en nuestro país. Deroga la Ley N° 22.914 vigente hasta ese momento.

El Decreto de Reglamentación N° 603 de la Ley, data del 28 de Mayo de 2013 y representa la confirmación de los principios y derechos incorporados por la Ley. Permite avanzar en su plena aplicación, para hacer efectivas las garantías de las

personas que requieran su atención en un servicio de Salud Mental y garantizarles el acceso a la justicia por su especial situación de vulnerabilidad. Con este Decreto se reafirma el camino emprendido reforzándose la vigencia inmediata de la Ley y abriéndose nuevas perspectivas.

La mayor parte de la bibliografía oficial de consulta sobre las innovaciones que la Ley introduce en el ámbito de la Salud Mental, corresponden al campo de la Psiquiatría y sus incumbencias profesionales. Entre las publicaciones vinculadas a este campo disciplinar caben destacar:

- ✓ Aportes a la Psiquiatría Argentina del Siglo XXI.<sup>6</sup>
- ✓ Rehabilitación Psiquiátrica. Claves para la recuperación<sup>7</sup>.

Considerando que la interdisciplina es uno de los pilares sobre los que se asienta esta Ley, se ha procedido a la búsqueda a través de las bases de datos Scielo y PubMed, de investigaciones que pudieran haber sido realizadas por las distintas áreas de intervención en Salud Mental, referidas a las implicancias en cada rol profesional, sin hallarse resultados positivos al respecto.

Cabe mencionar que sí se han encontrado estudios enmarcados en el nuevo paradigma que la Ley instaure, en sus conceptos teóricos y posicionamientos. Entre los estudios hallados es posible citar las siguientes publicaciones:

---

<sup>6</sup> ALDISI, Grisel; BERNSTEIN, Jorge; MOLDAVSKY, Daniel; STEIN, Enrique. "Proyecto de Ley de Salud Mental": Una oportunidad perdida. En: **Aportes a la Psiquiatría Argentina del siglo XXI**. Asociación de Psiquiatras Argentinos(APSA). Primera Edición. Buenos Aires , 2011.

<sup>7</sup> GABAY, Pablo Miguel; FERNÁNDEZ BRUNO, Mónica. **Rehabilitación Psiquiátrica. Claves para la recuperación**. Buenos Aires: Editorial Polemos, 2011.

- Inclusión Social en Salud Mental: *La concepción y el rol de los trabajadores de Salud Mental*<sup>8</sup>.

El estudio se enmarca como un Trabajo Final de Integración y Posgrado en Determinantes Sociales de la Salud Mental, en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

El tema de estudio es la concepción de Inclusión Social de personas con padecimiento mental desde la perspectiva de los trabajadores de la salud. Se abordan las concepciones sobre Inclusión Social que portan los trabajadores de la Salud Mental, cómo ello determina sus prácticas y cómo perciben su propio rol en las prácticas de inclusión.

El estudio parte de interrogantes respecto de las posibilidades de generar prácticas de inclusión social y de cuál sería el rol del trabajador de Salud Mental en este proceso. Así cabe preguntar, ¿cómo entienden y qué es la Inclusión Social para los trabajadores de la Salud Mental?. ¿Cómo afectan estas concepciones a sus prácticas?.

Las instituciones seleccionadas comparten ciertos criterios: ninguna es una institución monovalente dedicada a la Salud Mental, se trata de tres Hospitales Generales. Dos de ellos cuentan con Sala de Internación de Salud Mental y otros dispositivos de atención: Hospital de Día, Consultorio Externo y Guardias de Urgencias. La restante institución del estudio es un Hospital Pediátrico.

---

<sup>8</sup> <http://www.margen.org/suscri/margen64/Raimondi.pdf>. Fecha de consulta: 31-07-2014.

Se trata de una investigación de tipo exploratoria y a la vez descriptiva. Para el abordaje del objeto de estudio el enfoque es mixto, siguiendo la tradición cualitativa y cuantitativa.

Utiliza como técnicas para la recolección de datos: entrevistas no estructuradas, investigación documental y observación no participante. Del trabajo resulta que el concepto de Inclusión Social es vinculado con el de Rehabilitación.

Se piensa en los dispositivos hospitalarios como espacios imprescindibles para que la Inclusión Social sea posible. La mayoría de los profesionales entrevistados se rigen por los dispositivos que funcionan en sus lugares de trabajo, no intentan una respuesta de dispositivo diferente a los ya existentes. Los ubican dentro de la lógica asistencial y hospitalaria, como una prestación más dentro del objetivo de rehabilitar al paciente.

Los entrevistados consideran que el individuo tiene que ser rehabilitado de su discapacidad/locura, en los dispositivos que desde los hospitales se le ofrecen. Se le exige entonces al individuo adaptarse a un “dispositivo” totalmente ficticio y por fuera de la sociedad, una vez adaptado a esa ficción, se lo supone “rehabilitado/incluido”.

No hay respuesta según el enfoque de Derechos, lo que deja ver la necesidad de profundizar y trabajar esta temática en el seno de las instituciones, tanto en aquellas donde se desarrollan las prácticas como en las destinadas a la formación de los profesionales.

Respecto a las representaciones del propio rol de los trabajadores de la Salud Mental, no se destaca ningún interrogante sobre sus prácticas y la posibilidad de modificarlas a fin de promover la inclusión de los usuarios.

Hay clara correlación entre la concepción de Inclusión Social que portan los profesionales y las prácticas que llevan adelante. La individualidad es la óptica desde donde conceptualizan la Inclusión Social, el foco de la intervención está puesto en el individuo.

Los pares: individuo/sociedad e inclusión/rehabilitación son utilizados como oxímorones<sup>9</sup>, no sólo entre los distintos entrevistados, sino que la misma palabra se significa de diferentes maneras en una misma entrevista cuando se pregunta desde la teoría y desde la clínica.

Problematizar sobre las dicotomías planteadas permitirá dialectizar los términos en el sentido de volverlos complementarios y no opuestos, a fin de generar constructos que contribuyan a trabajar en una misma dirección para el logro de la Inclusión Social de todo individuo con padecimiento mental.

- *Del incapaz al sujeto de derecho*<sup>10</sup>.

Este trabajo corresponde a la Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Plantea un análisis conciso sobre las aportaciones y alcances de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010. Resalta los artículos que marcan claramente un cambio hacia un paradigma jurídico. El eje principal de este nuevo paradigma es que a la persona con padecimiento mental se la considera Sujeto de Derecho.

---

<sup>9</sup> Figura literaria en retórica que consiste en combinar dos expresiones de significado opuesto en una misma estructura.

<sup>10</sup> [http://www.proyectoetica.org/.../incapaz\\_sujeto-derecho-Ley\\_26657.pdf](http://www.proyectoetica.org/.../incapaz_sujeto-derecho-Ley_26657.pdf). Fecha de consulta: 31-07-2014.

Se enfatiza en que a través de la Ley se evoluciona desde la consideración del *loco* como *incapaz* y como *objeto*, hacia un *sujeto* entendido como *persona jurídica*, a la que se le reconocen derechos y obligaciones.

Inspirándose en los aires de cambio, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, elaboró en el presente año, un proyecto de extensión denominado *Movimiento Marimbarte*<sup>11</sup>: Dispositivo de inclusión por el arte para personas con padecimientos mentales. Proyecto enmarcado en la Ley N° 26.657.

Los objetivos sobre los que se asienta dicho proyecto son: Promover la inclusión de personas que presentan sufrimientos mentales graves y/o persistentes a través del arte; promover la reflexión en el ámbito de la comunidad acerca del imaginario social sobre la locura; favorecer el desarrollo de las potencialidades creativas de las personas con padecimientos mentales y propiciar espacios comunitarios que permitan el intercambio de producciones y el debate acerca de la inclusión de personas con sufrimiento mental.

Las causas que motivan la implementación del proyecto incluyen:

- Necesidad de consolidar un espacio auto-gestionado de inclusión. El objetivo es la inclusión de personas con padecimientos mentales a través del arte.
- El rol del “enfermo” y sus consecuencias para la subjetividad.
- Falta de dispositivos alternativos y/o complementarios de atención.
- El imaginario sobre la locura.

---

<sup>11</sup> <http://www.mdp.edu.ar>. Proyecto de Extensión- Facultad de Psicología 2014.  
Fecha de consulta: 31-07-2014

El proyecto sienta sus bases en el reconocimiento de la salud como: (...) un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concepción de los derechos humanos y sociales de cada persona. (Ley N°26.657). Por lo expuesto, se afirma que la inclusión de la persona con padecimiento mental no puede pensarse sin su doble articulación entre lo subjetivo y lo socio-cultural.

El modelo propuesto se basa en la recuperación de la subjetividad a partir de la reinserción del sujeto en tanto transformador de la cultura. Las intervenciones del equipo y las actividades que se proponen están orientadas al pasaje de ser un enfermo pasivo, sujeto a los *cuidados terapéuticos* del discurso médico (medicación, internación), a ser un sujeto activo, capaz de transformarse y transformar el medio socio cultural que lo rodea, teniendo en cuenta sus potencialidades singulares.

En cuanto a la radicación del proyecto, el mismo se lleva a cabo en un salón cedido por S.M.A.T.A, ubicado en Av. Independencia N° 1462, 4° piso, los días jueves de 14.30 hs a 17.30 hs.

El proyecto está destinado a personas que tienen juicio de insania y su curatela es ejercida por la Curaduría Oficial de Alienados, Departamentos Judiciales de Mar del Plata y Necochea.

Entre las instituciones que participan del proyecto, cabe mencionar al Departamento de Salud Mental de la Municipalidad de General Pueyrredón y a la Curaduría Oficial de Alienados, Departamentos Judiciales Mar del Plata, Necochea, dependientes de Procuración General.

El equipo ejecutor del proyecto está integrado por estudiantes de Psicología, Licenciados en Psicología, Acompañantes Terapéuticos, Profesor de Bellas Artes, Danzaterapeuta, Operadora de Psicología Social y Abogada.

Ante la firme voluntad política de llevar adelante un proceso de transformación de la Salud Mental en Argentina, la Psiquiatría como disciplina involucrada, tomó la vanguardia en la expresión de las voces para hacer oír sus posicionamientos.

No se han hallado investigaciones ni publicaciones teóricas de la Terapia Ocupacional, como disciplina profundamente atravesada en su ejercicio por la Ley.

Será la reciente existencia de la nueva normativa donde se asienta la carencia de expresiones teóricas de los campos disciplinarios, incluyendo en ellos la Terapia Ocupacional. Expresiones necesarias por cuanto contribuirán al entendimiento del nuevo escenario que se constituye en la Salud Mental en nuestro país.

*Marco Teórico.*

# Capítulo I

## *El Proceso Institucional Psiquiátrico en Argentina.*

## El Proceso Institucional Psiquiátrico en Argentina.

El transcurrir del tiempo colectivo, con sus procesos de cambios y avatares en nuestra compleja, cambiante y contradictoria realidad social, ha generado avances y retrocesos en el campo de la Salud Mental.

Una mirada prospectiva conduce al reconocimiento de quienes marcaron un antes y un después en la historia de las instituciones psiquiátricas en Argentina:

- *Dr. Domingo Cabred (1859-1929):* Pionero de la Psiquiatría Humanista en Argentina. Organizador del primer hospital de puertas abiertas " Open Door" en el año 1908. Accionó para desterrar los métodos de encierro prolongado, humanizar el trato de los cuidadores e impulsar las actividades manuales en talleres y huertas. A la vez que propugnaba la humanización en el trato al paciente, consideraba sus aspectos sanos para lograr su reinserción laboral. Impulsó el proceso institucional psiquiátrico argentino con un criterio de resocialización, centrado en la filosofía de puertas abiertas<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> ALDISI, Grisel; BERNSTEIN, Jorge; MOLDAVSKY, Daniel; STEIN, Enrique. "Proyecto de Ley de Salud Mental": Una oportunidad perdida. En: *Aportes a la Psiquiatría Argentina del siglo XXI*. Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Primera Edición: Buenos Aires. Pág. 12, 2011.

- *Dr. José. T. Borda* (1869-1936) y *Dr. Braulio Moyano* (1906-1959): Profesionales abocados a una multiplicidad de tareas de investigación y docencia. Ambos vivieron en los hospitales que hoy reivindican sus nombres<sup>13</sup>.
  
- *Dr. Ramón Carrillo* (1906-1956): Fue el Primer Ministro de Salud Pública de la Nación. En su opinión: " *Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la salud y no puede haber política sanitaria sin política social*"<sup>14</sup>.
  
- *Dr. Enrique Pichón Riviere* (1907-1977). Comenzó su labor en 1936 en el Hospicio de la Merced. Introdujo ideas innovadoras que marcaron nuevos rumbos en el tratamiento de los internos<sup>15</sup>.
  
- *Dr. Mauricio Goldemberg* (1916-2006): Pionero de un enfoque dinámico y humanista. Fue un símbolo de la reforma psiquiátrica argentina e impulsor de una reformulación de lo asilar. Sus ideas tendían a la superación de la vieja Psiquiatría por el modelo de "Asistencia Abierta". Fundador del Primer Servicio de Psiquiatría en un Hospital General. Así nació el Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús.

---

<sup>13</sup> IDEM.

<sup>14</sup> IDEM.

<sup>15</sup> IDEM.

- *Dr. José Ingenieros (1877-1925):* Médico, Psiquiatra, Sociólogo positivista y político. Autor del primer libro argentino que trató la temática de la locura publicado en 1919. Bajo el título: *La Locura en la Argentina*, describió la situación y consideración de la enfermedad mental en la época de la colonia.

Rescatar sus nombres y sus obras de los anales de la historia de la enfermedad mental, es ahondar en las improntas de un cambio pretendido y demorado.

## De un Hospital de puertas cerradas a un Hospital a puertas abiertas.

El individuo, como miembro de una sociedad, tiene que ser pensado, conocido y explicado dentro del contexto social y cultural de pertenencia.

Para comprender los procesos de *manicomialización-desmanicomialización* se hace necesario atender a la estrecha relación individuo-sociedad en un tiempo histórico y en un espacio social determinado.

Las instituciones son construcciones socio-históricas complejas. Sostienen e imponen un orden determinado, un conjunto de normas transmisibles que permiten su existencia más allá de cada individuo en una sociedad.

El manicomio, del griego *manía*: “locura” y *komion*: “lugar”, fue una creación institucional psiquiátrica propia del siglo XVII, sustentada en la necesidad de la sociedad moderna de apartar del espacio público de las ciudades a aquellos considerados diferentes, irracionales<sup>16</sup>. Fue desde sus orígenes una estrategia social para ejercer el control de la locura<sup>17</sup>.

Esta actitud de coerción se acentuó en los dos siglos siguientes, dando origen a la era del gran confinamiento, concepto introducido por Michel Foucault en su obra *“Historia de la Locura en la Época Clásica”*, en alusión al período histórico del gran encierro de los sujetos considerados “locos”.

---

<sup>16</sup> GALENDE, Emiliano. “Modernidad, Individuación y Manicomios”. En: *Políticas en Salud Mental*, Buenos Aires: Lugar. Pág. 67,1994.

<sup>17</sup> IDEM. Pág. 68

El modelo manicomial significó el menoscabo de la privacidad, de los derechos individuales y de la singularidad del individuo con enfermedad mental<sup>18</sup>.

La institución manicomial, como parte de un modelo médico hegemónico, no contemplaba la necesidad de una práctica interdisciplinaria e intersectorial en la intervención terapéutica. Instauró como modalidad vincular una **estructura asimétrica de poder**, ejerciéndose un sometimiento autoritario sobre el individuo con enfermedad mental<sup>19</sup>. La diversidad era considerada como inferioridad, invalidante de la existencia del ser diferente.

En su momento, cuando psiquiatras reformadores pretendieron la transformación de los manicomios en instituciones a puertas abiertas, la sociedad manifestó su oposición como una resistencia al cambio<sup>20</sup>.

En Europa, a comienzos de la Edad Contemporánea, nació la Psiquiatría Moderna con Phillippe Pinel, quien propugnaba la humanización del trato a los alienados.

Su discípulo, Jean Étienne Esquirol, consideró al hospital como sitio de cuidado y medio terapéutico, sentando así las bases del tratamiento institucional.

Se debió a ambos la primera reacción humanitaria frente a los llamados "dementes". El hospital psiquiátrico abandonó su explícita concepción carcelaria y se convirtió en centro de terapia para el enfermo mental.

---

<sup>18</sup> IDEM Pág. 63.

<sup>19</sup> IDEM Pág. 58.

<sup>20</sup> IDEM, Pág. 71.

Los modelos teóricos y terapéuticos del campo de la salud y de la enfermedad mental del viejo continente, se vieron reflejados en América.

La locura, fue teniendo diferentes significaciones en el devenir histórico de nuestro país. En cada época, se generó una cultura de la locura con estigmatizaciones y prejuicios que incidieron en las prácticas de tratamiento. Las representaciones que de ella se han tenido, han ido cambiando con el tiempo siguiendo paradigmas sociales, instaurándose actualmente el término padecimiento psíquico para su conceptualización.

La historiografía da cuenta de la existencia de personas con alteraciones en sus facultades mentales, según criterios médicos y sociales, ya en épocas de la colonia. Con distintos rótulos se hacía alusión al grado de afección mental que se padecía. Así, encontramos referencias históricas de los llamados “locos mansos”, “furiosos” o “excitados”.

La clase social de pertenencia incidía en el trato y consideración hacia estos hombres y mujeres. La clase alta tenía la posibilidad de continuar viviendo en sus hogares en cuartos apartados donde no pudieran molestar ni ser vistos, y si eran mujeres, podían ser alojadas en celdas de clausura en el Convento de las Monjas Catalinas, pionero en Buenos Aires en dar albergue a mujeres con padecimiento psíquico.

Los hombres con mayor afectación en su padecer mental, considerados “furiosos”, eran retenidos en la cárcel del Cabildo y sometidos a condiciones inhumanas de vida. Para ejercer el control sobre ellos se los sometía a maltratos físicos.

Las mujeres negras, mulatas o de clase social sin recursos, recibían igual trato que los hombres<sup>21</sup>.

Hacia mediados del siglo XVIII, los primeros nosocomios en el Buenos Aires colonial destinados a la atención de enfermos mentales, funcionaban en lugares contiguos a los modestos hospitales de la época. La conducción de estos nosocomios estuvo a cargo de sacerdotes jesuitas primero y betlehemitas después<sup>22</sup>.

Puede citarse como ejemplo de ello el Hospital de Santa Catalina (ex San Martín) y su anexo apodado *Loquero*, para la internación de incurables y locos.

En 1854 se fundó el actual Hospital Neuropsiquiátrico Braulio A. Moyano, cuya denominación se impuso en el año 1967. Nacido para albergar a las mujeres con problemas de Salud Mental, fue en sus inicios concebido como asilo. Primer Hospital de Asistencia Monovalente de las enfermedades mentales que se ocupó de la atención de mujeres con padecimiento psíquico.

En 1863 se fundó el Hospicio de San Buenaventura que funcionó como un asilo para insanos. Rebautizado como: Hospicio de las Mercedes en 1888, Hospital Nacional Neuropsiquiátrico de Hombres en 1949 y Hospital

---

<sup>21</sup> INGENIEROS, José. *La Locura en Argentina*. Primera edición. Buenos Aires: Cooperativa editorial limitada. Pág. 20, 1920.  
En: <http://www.ms.gba.ar/sitios/regionsanitaria6/files/.../MedicinaSanitaria2.pdf>. Fecha de consulta: 31/07/2014.

<sup>22</sup> FALCONE, Rosa. *Breve historia de las instituciones psiquiátricas en Argentina*.  
En: [http://2318.psi.uba.ar/academica/...historia\\_2/.../Falcone\\_Historiainstit.pdf](http://2318.psi.uba.ar/academica/...historia_2/.../Falcone_Historiainstit.pdf). Fecha de consulta: 31/07/2014.

Psicoasistencial Interdisciplinario José Tiburcio Borda en 1967, éste último en honor al psiquiatra argentino del mismo nombre<sup>23</sup>.

En 1884 abrió sus puertas el Hospital Melchor Romero, ubicado en la localidad de la cual tomó su nombre, en el partido de La Plata, provincia de Buenos Aires. Centraba su atención en hombres, mujeres y niños afectados de enfermedades comunes o mentales. En 1973 se impuso su nombre actual: Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn, en reconocimiento a quien fuera durante veinte años su director.

El proceso de institucionalización psiquiátrica en Argentina, se desarrolló entre 1880 y 1910, con la construcción de hospitales y asilos regionales en todo el territorio nacional para dar respuesta a la problemática social de la enfermedad mental.

A fines del siglo XIX, con el Dr. Domingo Cabred “(...) *nació el proceso institucional psiquiátrico argentino con un criterio de resocialización, con reinserción laboral y familiar*”<sup>24</sup>.

Hasta ese entonces, los tratamientos psiquiátricos consistían en fuertes medicaciones, duchas de agua fría, aislamiento y reducción a la servidumbre como modalidad de reubicación social.

Influenciado por las ideas europeas de “puertas abiertas” y siguiendo el modelo de las colonias alemanas, Cabred creó el Asilo Colonia de Open Door en Luján, inaugurado en 1901. Ejerció su influencia sobre el poder político y la opinión

---

<sup>23</sup> Universidad Nacional de Mar del Plata. Departamento pedagógico de Licenciatura en Terapia Ocupacional. Material correspondiente a asignatura Medios Terapéuticos I. Pág. 12, 2006.

<sup>24</sup> FIASCHÉ, Ángel. *Hacia una Psicopatología de la Pobreza*. Buenos Aires: Editorial Popular Madres Plaza de Mayo. Pág. 115, 2003.

pública de la época para lograr su creación, pese a los temores y prejuicios de los lugareños ante el inminente advenimiento de un gran número de enfermos mentales.

Cabred consideraba necesario, como parte del tratamiento, que el sujeto con padecimiento mental desarrollara variadas actividades al aire libre según sus posibilidades, y que a la vez realizara otras tareas que involucraran actividades laborales.

La Colonia Montes de Oca, fundada en 1915 en la localidad de Torres, partido de Luján, fue "(...) *un modelo de escuela diferencial, donde el aprendizaje se realizaba por medio del trabajo, con un criterio que se llamaba de automantenimiento, concebido y desarrollado por Cabred.*"<sup>25</sup>

Como institución psiquiátrica, la colonia se diferenciaba del hospital psiquiátrico. La colonia era un sitio de internación en un pueblo pequeño, tenía la particularidad de ofrecer un medio ambiente más favorable para el proceso de asistencia terapéutica<sup>26</sup>. Ejemplo de ello fueron las mencionadas anteriormente.

*"En los finales de la década del '20 del siglo pasado, se fundó la Liga Argentina de Higiene Mental, bajo la presidencia del Dr. Gonzalo Bosch. En 1921 se fundó la Sociedad de Neurología y Psiquiatría que cumpliría un rol importante en el movimiento de Higiene Mental<sup>27</sup> en nuestro país. El objetivo fundamental era*

---

<sup>25</sup> IDEM. Pág. 175.

<sup>26</sup> IDEM. Pág.116.

<sup>27</sup> La Higiene Mental surgió a principios del siglo XX en EE.UU. Como movimiento buscaba el cambio de las terapias, de los hospitales asilares, enfatizando la necesidad de prevención. En Argentina, la Liga de Higiene Mental se constituyó en diciembre de 1929 con el propósito de mejorar la asistencia y las condiciones que rodeaban al enfermo mental.

*mejorar la situación de los internados y generar condiciones de vida dignas para el sujeto con enfermedad mental*<sup>28</sup>.

A partir de la década del '50 se propició una etapa de cambios en lo referente a la salud, generándose una política de descentralización tendiente a resolver los problemas regionales. Se promulgó la **Ley de traspaso de las instituciones** circunscriptas al área de Nación, a las provincias y a los municipios, produciéndose así la revalorización del área de la Salud Mental. Esto se reflejó en la creación del Instituto Nacional de Salud Mental en 1957.

En 1967 se descentralizó la atención que se daba en los manicomios, promoviéndose los tratamientos terapéuticos en comunidades regionales. Todo lo referente a la Salud Mental, comenzó a ser pensado en términos socio-políticos.

En la década del '60, el proceso institucional en el campo de la Salud Mental sufrió grandes transformaciones. Las instituciones psiquiátricas tuvieron una apertura humanística que posibilitó la construcción de un discurso político psiquiátrico cuyos pilares propugnaban la definitiva consolidación del hospital a puertas abiertas.

*“Si la institución psiquiátrica es abierta y humanamente horizontal, igualitaria en las demandas y los requisitos, es terapéutica*<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> ALDISI, Grisel; BERNSTEIN, Jorge; MOLDAVSKY, Daniel; STEIN, Enrique. “Proyecto de Ley de Salud Mental”: Una oportunidad perdida. En: **Aportes a la Psiquiatría Argentina del siglo XXI**. Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Primera Edición: Buenos Aires. Pág. 12, 2011.

<sup>29</sup> IDEM. Pág. 178.

A comienzos de esta década, el Servicio Psiquiátrico fue incorporado en el Hospital General, destacándose la obra del Dr. Mauricio Goldenberg de gran significatividad en la búsqueda de nuevos horizontes en la Salud Mental. Este hito de cambio sentó como precedente la internación psiquiátrica en el hospital polivalente.

La institución hospitalaria en la que se centra este estudio de investigación es el Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli de la ciudad de Necochea. Si bien fue creado como hospital monovalente en el año 1969, su historia se remonta a la década del '30.

En aquella época, el Hospital General Díaz Vélez funcionaba como “ Centro de Profilaxis y Tratamiento de Enfermedades Infecciosas”. En él recibían mayoritariamente tratamiento e internación enfermos de tuberculosis.

A medida que evolucionaron los tratamientos médicos para este tipo de enfermedades, pudo disponerse de ese servicio hospitalario para la atención de otras patologías.

Fue así que en 1969, por disposición del Ministerio de Salud Pública de la provincia de Buenos Aires, en respuesta a necesidades de la Zona Sanitaria VIII<sup>30</sup>, se decidió un cambio de destino para el Hospital General Díaz Vélez debido a la gran demanda en la atención de la Salud Mental en la zona de influencia sanitaria. Coincidiendo con el aniversario de fundación de la ciudad de Necochea, el 12 de Octubre se inauguró como Hospital Neuropsiquiátrico.

---

<sup>30</sup> La provincia de Buenos Aires se divide en XII Zonas Sanitarias. La Zona VIII tiene su sede local en la localidad de Mar del Plata .En: <http://www.ms.gba.gov.ar/regiones-sanitarias/> Fecha de consulta 31/07/2014

Como proceso de transformación, la desmanicomialización contiene en su esencia todo esfuerzo institucional tendiente al resquicio de las paredes del Hospital Psiquiátrico.

En la perspectiva de la desmanicomialización, a las consideraciones ya existentes que desmanicomializar no es encerrar, desamparar o abandonar al sujeto con padecimiento mental, ni privatizar la atención de la Salud Pública, se integran: la dignificación de los derechos individuales, la revinculación con la comunidad, la reinserción en su posición social, familiar y personal, los cambios en el imaginario social de la enfermedad mental, en las instituciones asistenciales y la necesidad de políticas de Salud Mental consensuadas que propugnen su acción modificadora.

El campo de la Salud Mental ha reflejado la influencia de diversas políticas e ideologías en el transcurso de la historia. Diferentes experiencias han sido resultantes de intentos de desestructuración del discurso de la psiquiatría clásica y del modelo manicomial.

Las políticas de Salud Mental no son ajenas al desarrollo político, social y económico de cada país. Se elaboran y transforman esquemas de asistencia, atención y prevención. La ideología dominante acompaña la evolución o involución de las políticas de Salud Mental en cada momento histórico.

*“La Salud Mental, por ser una disciplina que habita en las fronteras de la ciencia y el humanismo, lo político, lo social y lo económico, no puede marginarse de la ética en su práctica cotidiana”<sup>31</sup>.*

La atención de la Salud Mental involucra distintas disciplinas o campos pertinentes. En su modalidad de abordaje, demanda la conformación de equipos interdisciplinarios cuyos integrantes asumirán las responsabilidades de su rol profesional, en el marco de un trabajo conjunto, coherente a políticas institucionales que promuevan el tratamiento integral, acorde a las necesidades de cada paciente y a su reenlace social.

Los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mental constituyen el pilar sobre el cual se sustenta la actual Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010. En el resguardo de esos derechos, en su capítulo VII, artículo 27, prohíbe la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicas o privadas. Respecto de las ya existentes y hasta su sustitución definitiva por dispositivos alternativos, dictamina que deberán adaptar su accionar terapéutico a los objetivos y principios de esta Ley, repercutiendo en la labor terapéutica de las diversas disciplinas actuantes en el abordaje de la Salud Mental.

El Decreto Reglamentario 603/2013 de la Ley, establece que las políticas en materia de Salud Mental deberán favorecer el acceso a la atención de las

---

<sup>31</sup> GALENDE, Emiliano. “ Modernidad, Individuación y Manicomios” . En: **Políticas en Salud Mental**. Buenos Aires: Lugar. Pág. 113,1994.

personas desde una perspectiva de salud integral, centrando su eje en la persona en su singularidad, más allá de la afección que padezca.

Destaca especialmente los derechos de toda persona a la mejor atención disponible en Salud Mental, al trato digno, respetuoso y equitativo, el derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con modalidades de atención basadas en la comunidad.

En su texto enuncia que a través de políticas públicas, se impulsarán otros dispositivos terapéuticos, promoviendo su funcionamiento bajo la forma de una red de servicios con base en la comunidad, a fin de satisfacer las necesidades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Contempla la protección de la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuera necesario para el desarrollo y la inclusión social de la persona con padecimiento mental.

Si bien las grandes transformaciones parten del poder político, hay transformaciones que son posibles de realizar a nivel institucional y que dependen del compromiso frente al paciente, al ejercicio de la profesión, a las instancias de intercambio y debate. Instancias éstas que permiten re-pensar el Hospital Neuropsiquiátrico a la luz de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010 y su Decreto de Reglamentación.

## Capítulo II

*Hospital Subzonal Especializado*

*Neuropsiquiátrico Dr. Domingo*

*Taraborelli.*

## Un recorrido institucional.

Este hospital es de carácter regional y depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

El antiguo y desaparecido edificio del Hospital General Díaz Vélez sufrió ampliaciones y reformas al momento de su cambio de destino, como institución de Salud Mental, adecuándose a las nuevas modalidades, aunque es de destacar que nunca contó con muros que lo aislaran del exterior.

El muro fue un símbolo arquitectónico de los hospitales neuropsiquiátricos con la intencionalidad de ocultar y resguardar el transcurrir de la vida interior. Aún hoy los muros invitan a proyectar o asociar la idea de encarcelamiento, privación de libertad o resguardo. Su presencia en estas instituciones es esperable en el imaginario colectivo, por lo que su ausencia genera procesos de acomodación que permitan entender y naturalizar lo innecesario de su existencia.

Escasas son las fuentes de información existentes, tanto en la ciudad como en el establecimiento, que permitan recolectar datos sobre los inicios del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli.

En la Argentina de los '60, el modelo de Comunidad Terapéutica<sup>32</sup> estaba en boga para el abordaje y tratamiento de la Salud Mental.

Por contradictorio que parezca, el modelo de Comunidad Terapéutica se desarrolló en nuestro país bajo un gobierno de la dictadura militar, como parte de proyectos progresistas en Salud Mental.

Conforme a las ideas renovadoras del momento, este modelo enmarcó el accionar del hospital, implementándose las modalidades de asistencia y tratamiento según su metodología.

La Comunidad Terapéutica fue el núcleo operativo de toda reforma manicomial. Aplicaba un criterio de horizontalidad entre asistente y asistidos en pos de reducir la asimetría presente en el vínculo terapéutico. La intencionalidad del modelo era que todo lo que el paciente realizara en su internación psiquiátrica fuera terapéutico, y que su participación en la vida comunitaria fuese el factor esencial de la resocialización. La Asamblea de Comunidad, por la cual pasaban todas las decisiones, constituía el dispositivo básico.

---

<sup>32</sup> Se debe su creación al médico escocés Dr. Bell, por entonces Director del Dingleton Hospital. La Comunidad Terapéutica como experiencia fue incorporada por Maxwell Jones, quien conceptualizó el significado de las "Puertas Abiertas" en un institución de Salud Mental: FIASCHÉ, Ángel. ***Hacia una Psicopatología de la Pobreza***. Buenos Aires: Editorial Popular Madres Plaza de Mayo, 2003.

Fue desde sus inicios el Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli un “Hospital a Puertas Abiertas”, con un programa de trabajo comunitario tendiente a la recuperación y rehabilitación de pacientes con diagnóstico psiquiátrico.

En su evolución institucional, se fueron creando puestos de trabajo que permitieron ampliar el número de profesionales en las distintas disciplinas involucradas en el tratamiento y prevención de la enfermedad mental.

A partir de 1978 se remodeló el establecimiento construyéndose un servicio de rehabilitación para el funcionamiento del Hospital de Día y del Servicio de Terapia Ocupacional. Se accionó además para divulgar en la comunidad local las posibilidades de reinserción y resocialización de los enfermos mentales.

En 1980 comenzó a funcionar la Residencia de Psiquiatría para la formación de médicos en la especialidad. Entre 1982 y 1983 se crearon por decreto los Servicios de Docencia e Investigación, el Servicio de Psiquiatría Infanto Juvenil y el Servicio de Neurología.

Conjuntamente se impulsó el cambio de jerarquía, de Hospital Local a Subzonal Especializado, jerarquía que conserva en la actualidad y que lo convierte en un hospital de referencia en la atención de la Salud Mental.

En 1989 se incorporó la Residencia de Psicología, coincidentemente con un contexto nacional signado por la Guerra de Malvinas, el fin de la dictadura militar y el retorno de la democracia.

A partir del año 2000 se creó un dispositivo para la atención de urgencias a cargo de Residentes, quienes participan activamente en la asistencia terapéutica de la institución. La apertura de estos Servicios y su carácter de Subzonal llevaron a un crecimiento progresivo de las demandas de atención, trascendiendo la Región Sanitaria VIII de pertenencia.

Este hospital continúa en la actualidad enmarcando su accionar en los principios de "Comunidad Terapéutica". Con el transcurso del tiempo, el modelo ha resultado ser eficaz para la institución en la recuperación, rehabilitación y revinculación familiar y comunitaria del paciente.

En el Hospital Domingo Taraborelli la labor terapéutica se estructura de manera interdisciplinaria y se aborda holísticamente la compleja realidad que incide en el proceso salud-enfermedad de las personas. El modelo de "Puertas Abiertas" está limitado por las características psicopatológicas de los pacientes, que determinan diferentes grados de movilidad externa: "Sistema de Listas", pero que pretende la permanente vinculación del paciente con el medio, desde su ingreso al sistema hospitalario.

El Sistema de Listas utiliza tres colores: rojo, amarillo y verde. Cada color representa diferentes grados de movilidad semanal del paciente institucionalizado.

El color rojo establece la permanencia del paciente dentro de la institución hospitalaria, restringiendo de esta manera la salida al predio exterior del hospital. El color amarillo habilita al paciente a realizar salidas fuera de la institución acompañado de un familiar o tercero, quien se responsabilizará del retiro e ingreso del paciente al finalizar el horario establecido para su salida. El color verde

autoriza a salir de la institución hospitalaria en forma autónoma, respetando los horarios acordados.

Cada paciente es evaluado semanalmente por un equipo interdisciplinario. De esta evaluación surge en la lista la señalización en color, según las características psicopatológicas que el paciente presenta.

Según su organigrama, este hospital cuenta con: Consultorios Externos, Guardia, Internación, Hospital de Día, Servicios de Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Clínica Médica, Odontología, Neurología, Servicio Social, Terapia Ocupacional, Farmacia, Docencia e Investigación.

El edificio del hospital ocupa el predio de una manzana circundada por dos importantes arterias de la ciudad: Avenida 42 y Avenida Jesuita Cardiel, esta última, ruta provincial N° 86 que facilita el ingreso y egreso de la ciudad.

El hospital desarrolla su labor terapéutica en una sola edificación. La misma evidencia cinco zonas de ingreso: dos, destinadas a los espacios institucionales en los cuales se encuentran los consultorios externos de las diversas disciplinas intervinientes en la modalidad de tratamiento ambulatorio. Otra, asignada al espacio de internación. En el interior de la institución, las tres convergen en el principal pasillo de circulación y de acceso a los diversos ambientes con los que cuenta el hospital, incluidos los dos espaciosos comedores diarios. Otra de las puertas de ingreso es exclusiva del Servicio de Hospital de Día, y la última del espacio de Residencia de Psicología.

Respecto a su arquitectura, cuenta en su frente con un corralón de escasa altura que permite contemplar los coloridos jardines que embellecen la fachada de la edificación.

Sus laterales, están rodeados de espacios verdes, sin rejas ni cercos perimetrados que delimiten un área específica de desplazamiento.

En la cotidianidad de la vida institucional, pueden apreciarse a simple vista vestigios de un modelo manicomial existente aún en su interior, pese a los grandes esfuerzos que desde larga data se han venido realizando para revertir tal situación. El deambular permanente, sin rumbo ni destino de los pacientes por los pasillos, continúa siendo la escena más contemplada por los profesionales que allí trabajan. Los esquineros de las paredes, son utilizados como apoyo por algún que otro paciente que decide silenciosamente dejar pasar el tiempo sentado en el piso.

A pesar del amplio parqueizado y de la extensión del predio, las veredas circundantes a la edificación, se convierten en únicas protagonistas de los momentos de ocio de los internos.

Por la mañana puede apreciarse un ambiente enérgico, cálido, estimulante de la actividad y del encuentro entre pacientes y profesionales. La pausa que marca el mediodía, el almuerzo y la finalización de la jornada laboral de un gran número de profesionales, da apertura al descanso, que invita a la siesta de los internos para el reinicio de las actividades de la tarde. Momento éste del día que da paso a un hospital con una dinámica diferente de funcionamiento, en la que se encuentra calma, sosiego y cierta pasividad aparente a pesar de las propuestas terapéuticas existentes bajo la modalidad de talleres.

Los aires de la tarde constituyen un escenario que pareciera reflejar el deseo de un acelerado avance del reloj, como si estas horas fueran ajenas, sin apropiación que impulse a la acción.

Atendiendo a que una entidad es una Ley, cada institución hospitalaria de Salud Mental formula e instrumenta adecuaciones en nombre de la implementación de dicho marco legal.

Las leyes y las normas que regulan el Sistema de la Salud Pública y de la Salud Mental, son componentes constitutivos de estos sistemas. Definen orientaciones y otorgan significaciones a los diseños organizacionales que cada institución adopta en el tratamiento y rehabilitación, en este caso del padecimiento psíquico.

La Ley Nacional de Salud Mental establece regulaciones y orientaciones que delimitan los límites dentro de los cuales pueden postularse distintas alternativas de configuración de la institución hospitalaria, que hacen a su singularidad y a su perfil.

La totalidad de las prescripciones que la Ley establece, pesan en forma determinante al momento de diseñar e implementar "la renovación" que cada institución emprenda.

Cada institución de asistencia es una forma particular y específica de concreción de las políticas de Salud Mental. La dimensión institucional de las prácticas terapéuticas, a la vez que está en cada institución las trasciende en su particularidad y en su conjunto. Se continúa en la existencia y calidad de los vínculos concretos que se establecen con otras instituciones de su comunidad. Se

continúa, también, en las relaciones que establece con los niveles políticos y organismos del Estado.

Las instituciones de Salud Mental y los grupos de los distintos actores sociales que en ellas trabajan se encuentran “atravesados” por una compleja trama de relaciones socio-políticas. Ellas, los grupos y cada individuo que interactúa en su ámbito- **son y construyen/desconstruyen**- la institución hospitalaria con este nivel de complejidad de relaciones, en forma cotidiana.

## Capítulo III

### *Representaciones Sociales acerca de la Salud Mental.*

## Representaciones Sociales que acompañaron a la enfermedad mental en el devenir histórico.

Con la intencionalidad de abordar las representaciones sociales que acompañaron en cada momento histórico a la enfermedad mental, considero relevante tomar el concepto con que las definió Moscovici en 1960: *"(...)construcciones colectivas concernientes a determinados objetos y fenómenos que por su relevancia para la vida social, son elaboradas socialmente(...)"*

Cada momento histórico, como cada contexto social pueden ser interpretados en función de sus marcos de valores, culturas e ideologías. Marcos de referencias que son aprehendidos y compartidos por los actores sociales incidiendo en el modo en que se explican la realidad y en cómo actúan.

Es necesario considerar que las representaciones aparecen como una elaboración dinámica, si bien son producidas por los actores sociales, éstas conllevan la interiorización de los modelos culturales e ideologías dominantes existentes en los diversos acontecimientos históricos.

El campo de la Salud Mental, ha reflejado en el transcurso del tiempo, la grave problemática de los grupos humanos que han padecido la imposición de decisiones que nada han tenido que ver con garantizar su salud y las condiciones básicas de calidad de vida.

Hoy, puede afirmarse que la nueva normativa de Salud Mental es una conquista a los Derechos Humanos de las personas con padecimiento mental. Aspira a desterrar el fantasma de la exclusión social, a la elaboración de nuevas representaciones sociales, superadoras de aquellas de las que derivaron la privación de derechos, la descalificación, la exclusión y la indiferencia. Representaciones que olvidaban la singularidad de la persona como perteneciente a la comunidad humana. Rige un camino de gradual transformación de las prácticas asistenciales, de los valores sociales y culturales.

Los trabajadores del campo de la Salud Mental, como profesionales dedicados a la asistencia terapéutica de personas con enfermedades mentales, están éticamente obligados hacia ellos desde la situación de extrema vulnerabilidad en que los coloca el padecimiento.

Los derechos que rigen para las personas mentalmente "sanas" los protegen también a ellos, porque los derechos humanos son derechos del hombre, sin distinción, aunque algunos tengan capacidades menos extendidas que otros.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> HOOFT, Pedro F; CHAPARRO, Estela; SALVADOR, Horacio. *Bioética, Vulnerabilidad y Educación*. VIII Jornadas Argentinas de Bioética. VIII Jornadas Latinoamericanas de Bioética. Mar del Plata. Edición Suárez. Tomo I. Pág. 93, 2003.

Si bien la actual política de Salud Mental se instala como una conquista que apunta a la dignidad y al valor fundamental de cada individuo, no significa que no haya atravesado una accidentada historia de privación.

*“ Los conjuntos sociales han marginado a algunos seres humanos y los han juzgado como sub-humanos o semi-humanos, en razón a sus reducidas capacidades mentales”<sup>34</sup>.*

La exclusión, la desigualdad y la negación de ciudadanía, es decir, carecer del derecho a tener derecho, aparecen como parte de un proceso histórico, el cual ha despojado a quien padecía una afección mental de su condición humana.

La conversión de estos individuos en personas, sujetos de derecho, reconociendo la dignidad como valor fundamental, ha sido producto de nuestro siglo.

*“(...) cada persona es un individuo con una serie concreta y singular de características genéticas y una historia personal única. Está obligado a mirarse a sí mismo a través de los ojos ajenos y a apreciarse por las reacciones que origina en los demás(...)”<sup>35</sup>*

La historia de la humanidad muestra múltiples producciones simbólicas, entendidas éstas como: creencias, valores, prejuicios y representaciones sociales que han atravesado prácticas de las personas a nivel social, grupal y en las instituciones.

---

<sup>34</sup> IDEM. Pág. 94.

<sup>35</sup> FALICOV, Estela; LIFSZYC, Sara. **Sociología**. Capítulo VIII. Pág. 172. Aique, 2002.

Cada período histórico concibió un imaginario social portador de normas de conducta, de maneras de sentir y pensar y de representaciones de lo aceptable.

Valores e imágenes se han unido a la memoria del fenómeno de la locura, las que han ido cambiando con el tiempo de acuerdo a los paradigmas sociales.

En la Edad Antigua, para la moral griega centrada en la medida, la moderación y la sobriedad, las pasiones desenfrenadas eran consideradas enfermedades por su carácter irracional y desequilibrado.

En la búsqueda de ese estado de medida, el ejercicio espiritual era la vía para controlar por medio de la razón las pasiones del alma y evitar el castigo de los dioses. Según creencias de la Antigua Grecia, los dioses ejercían el control sobre el hombre y su destino.

La locura, vinculada a los excesos, a la violencia y al libertinaje era a la vez que temida admirada por la intervención de lo divino en el comportamiento irracional.

La civilización griega creía en el origen sobrenatural de las enfermedades, al mismo tiempo que concebía la existencia de causas naturales. Consideraba una locura humana atribuida a causas corporales y otra divina, ocasionada por las impurezas del alma.

Distintas deidades se asociaron a representaciones concretas de la locura: Dionisio (dios de la fiesta y la locura, de la exaltación y el desorden), Afrodita (diosa de la lujuria), Ares (dios de la guerra, la sed de sangre y el frenesí), Atenea (diosa de la sabiduría) y Eros (dios del amor y la atracción).

Entre los personajes “locos” de la tragedia griega<sup>36</sup> pueden mencionarse a: Casandra, Orestes e Ió.

En la Edad Media la explicación de la locura desde un sustento religioso, cobró mayor significación que desde el lugar de la medicina. Así, la representación del “loco” era la de un sujeto poseído por fuerzas demoníacas. Se lo consideraba culpable de sus padecimientos mentales por su supuesta debilidad moral o por haber realizado pactos diabólicos.

El análisis y la reflexión teórica realizada por Michel Foucault sobre el fenómeno de la locura en la Época Clásica<sup>37</sup>, han conducido a reseñarla como la época del gran patetismo de la locura, concepto introducido en su obra *“Historia de la Locura en la Época Clásica”*.

La locura era entendida como amenaza, amenaza a la razón de la vida humana, siendo denunciada y excluida. Rigurosa separación y exclusión social como pilares determinantes de la manera de sentir y pensar la locura, propugnando así el gesto de su silenciamiento. Se conceptualizó la locura como imposibilidad de pensamiento.<sup>38</sup>

En la primera mitad siglo XV, el paisaje del renacimiento introdujo la nave y la navegación como elementos simbólicos, representados en los movimientos pictóricos y literarios con personajes ideales que navegaban por aguas

---

<sup>36</sup> Género teatral originario de la Antigua Grecia, inspirado en los ritos y representaciones sagradas. Tuvo su apogeo en la Atenas del siglo V, a.C.

<sup>37</sup> Foucault llama Época Clásica a lo que nosotros llamamos generalmente Modernidad, es decir aquella época posterior al Renacimiento que abarca los siglos XVII y XVIII.

<sup>38</sup> FOUCAULT, Michel. *Historia de la Locura en la Época Clásica*. Tomo I. México: Fondo de Cultura Económica. Pág. 268, 1967.

desconocidas. De todos los navíos representados durante la época, sólo cobró existencia real la navegación de barcos con el cargamento humano de los considerados “insensatos”. La locura era entonces concebida como poseedora de una existencia errante.<sup>39</sup>

La medida de expulsión se convirtió en una costumbre propia de este momento histórico. Esta determinación social de exiliar la locura era generalmente acompañada de rituales que consistían en maltratos físicos en público o persecución hasta los confines de las ciudades<sup>40</sup>. Otras veces, el “loco” era confiado a barqueros, quienes debían liberarlo en ciudades remotas bajo la intencionalidad de alejar su presencia de la ciudad donde vivía. Se aseguraba así, la partida de los “locos” a lugares remotos, a la vez que se creía que la navegación ejercería su influencia purificadora sobre estas almas errantes a través del agua.<sup>41</sup>

En la segunda mitad del siglo XV, se unió a la locura el tema de la muerte. Diversas connotaciones acompañaron el fenómeno de la locura, tales como la tentación y atracción por aquello que iba en contra de la naturaleza. La locura se asoció a libertad y a sabiduría. El loco como portador del saber.

La locura dejó de ser expulsada, separada de la razón y liberada a la suerte del destino para ser encerrada, silenciada por la razón en el interior de las ciudades. A comienzos del siglo XVII nació el gesto del internamiento, que al decir de Michel Foucault no fue de ninguna manera en sus inicios una práctica médica,

---

<sup>39</sup> IDEM. Pág. 21.

<sup>40</sup> IDEM. Pág. 24.

<sup>41</sup> IDEM. Pág. 22

por cuanto no se abrió sobre un espacio de conocimiento positivo de la enfermedad mental<sup>42</sup>.

Situándonos en los albores de nuestro país, en la época de la colonia en el Río de la Plata, la historia argentina ha asociado la locura a la hechicería practicada por los aborígenes que poblaban el territorio. La ha explicado desde los mitos populares y la tradición europea, producto del encuentro entre las creencias de las tribus locales y las cristianas españolas.

El surgimiento de la Psiquiatría, permitió desde el lugar de la ciencia, la representación de la locura como enfermedad mental, dando lugar a la superación de aquellas representaciones con vinculaciones míticas o religiosas<sup>43</sup>.

Las transformaciones en los modos del pensar colectivo el fenómeno de la locura, podrían valorarse en la variación de los diferentes acontecimientos históricos.

El accionar habitual, reflejado en las prácticas, las creencias y valores, productos éstos de un imaginario social singular a un horizonte temporal, pueden ser concebidos por generaciones venideras como un acontecer intolerable desde el punto de vista humano.

El gesto de expulsión-represión e institucionalización se instalaron como valores esenciales de la Modernidad Clásica. Época en la cual los derechos de ciudadanía de quienes padecían eran inexistentes.

---

<sup>42</sup> IDEM. Pág. 269.

<sup>43</sup> GALENDE, Emiliano. "Modernidad y Modelos de Asistencia en Salud Mental". II Jornadas de A.P.S - A.R.H.R.G. Pág. 438. En: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a26.pdf>. Fecha de consulta: 31/07/2014.

Los valores de individualidad, privacidad, construcción del ámbito de lo íntimo y preservación del límite entre interior-exterior, público-privado, conforman las singularidades históricas y culturales constituyentes de la sociedad moderna<sup>44</sup>.

Estos valores, baluartes de un pensamiento moderno, siembran representaciones sociales acerca de lo diverso, lo irracional, guiando el comportamiento de cada individuo dentro del campo social.

La enfermedad mental, es apreciada entonces en los ojos ajenos bajo el valor del peligro. Vago temor por “los locos”, temor a que esa desgracia humana excluida irrumpa en el interior de sus vidas.

Interrupción de libertad, supresión de la palabra y de la acción y abolición de derechos de ciudadanía constituyen la significación y representación social de la enfermedad mental.

En la transitoriedad histórica, puede contemplarse el debilitamiento de estos valores que estructuraron el pensamiento moderno, dando origen a la configuración de nuevas vivencias subjetivas, las que orientarán las prácticas de los individuos y los nuevos valores sobre la condición humana.

La intimidad, como interioridad que imponía privacidad, ha pasado a adquirir el valor de exposición.

---

<sup>44</sup> GALENDE, Emiliano. “ Modernidad, Individuación y Manicomios”. En: *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar. Pág. 70,1994.

En el entramado cultural de nuestro tiempo, se expone y se hace manifiesto lo que antes necesitó de ocultamiento<sup>45</sup>. Se expone ante los ojos de quien percibe lo que antiguamente se encerraba, incluida la enfermedad mental como padecimiento psíquico. Se acentúa el valor de indiferencia y desinterés por lo colectivo.

Los cambios acontecidos en la vida social han conducido a que el sentido de la institucionalización y el asilo sufran la atenuación de su valor social<sup>46</sup>.

Los paradigmas de salud en Argentina han dado sentido a los modelos médicos, a sus prácticas, han promovido comportamientos que han generado cultura y con ello representaciones acerca de la enfermedad mental y sobre el individuo que la padece.

El modelo asilar, sostenido en la Política de Salud Mental y en sus prácticas de asistencia hasta 1966, fue constituyente de un discurso social incapacitante, cuya estructuración se acentuó sobre el convencimiento de la no curabilidad, irrecuperabilidad y fatalidad determinante de la enfermedad mental.<sup>47</sup>

Sembró representaciones sobre la enfermedad mental y la persona que padece, siendo éste sujeto despersonalizado, gobernado y hablado por el especialista-profesional, desnaturalizado de su condición humana, persona carente de derechos y alienado en su afección mental.

---

<sup>45</sup> IDEM. Pág. 80.

<sup>46</sup> IDEM. Pág. 82.

<sup>47</sup> GRIMSON, Wilbur R. *Sociedad de Locos. Experiencias y violencias en un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Nueva Visión. Pág. 30, 1972.

Este modelo, estructurante de una actitud pasiva, legitimó la a-historicidad y a- socialidad de la enfermedad mental, sembró el estigma de peligrosidad social y su consecuente medida de control, encontrando en la internación la práctica definitoria de este modelo<sup>48</sup>. Modelo de atención que ha ignorado en sus prácticas a los pacientes como poseedores de derechos, de autonomía y, en consecuencia, de dignidad humana.

Si bien en 1966 se gestaron ideas de reforma, la consideración hacia el enfermo mental era la de un sujeto carente de voluntad para tomar decisiones relacionadas con su salud y tratamiento. Se decidía por él porque así debía ser, siendo el hospital psiquiátrico el lugar para residir.

El impulso en la políticas de Salud Mental, como parte de la Salud Pública, se vio atravesado por los juegos de poder, reconociendo a la cuestión política como la clave previa y fundante a toda propuesta de asistencia para el tratamiento de la enfermedad mental. Nacieron otras ideologías, sociopolíticas y asistenciales, tales como la Psiquiatría Social y el modelo de Comunidad Terapéutica. Al priorizarse la dimensión social y la integridad de la personalidad de quien tiene un padecimiento psíquico, se instauraron tiempos de reflexión que contribuyeron a repensar la enfermedad mental fundando posicionamientos, los cuales hallaron en la historia personal y sociabilidad del paciente un área de recuperación tendiente a su externación y reinserción social.

---

<sup>48</sup> GALENDE, Emiliano. "Modernidad y Modelos de Asistencia en Salud Mental". II Jornadas de A.P.S - A.R.H.R.G. Pág. 443. En:<http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a26.pdf> .Fecha de consulta: 31/07/2014

Las representaciones derivadas de estos modelos de asistencia, se construyeron sobre: el valor de la humanización del vínculo, la participación activa y democrática del paciente en la asistencia, la posibilidad de curación de la enfermedad mental, desplazando el diagnóstico clínico en la conducción del proceso terapéutico, la reinserción social teniendo en cuenta la cultura y roles que desempeña la persona en su ambiente, el valor que la dimensión social y el compromiso comunitario tienen en la vía de abordaje y en la recuperación.

Las recientes políticas de Salud Mental: Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010, Decreto de Reglamentación y Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018, propugnan un amplio proceso de transformación, no sólo en lo concerniente a las prácticas institucionales, sino extensivo al accionar y compromiso de todos los actores y a las instituciones para la construcción de nuevas representaciones sociales, como grandes reformas culturales que deberán ser construidas a la luz de las mencionadas normativas.

Si bien buscan adentrarse en nuevas representaciones de la Salud Mental, éstas no podrán ser pensadas independientemente de nuestra vida social.

En nuestra cotidianeidad, asistimos con preocupación a una irrupción de trastornos o daños psíquicos que se vinculan con las modalidades de la vida social. Ésta pone al descubierto la peligrosidad de acciones y actitudes amenazantes de la integridad. Particularidades de nuestra vida social que son generadoras de representaciones sociales.

Por lo expuesto anteriormente, grandes transformaciones en el campo social deberán suceder como pilares y elementos fundantes de las nuevas representaciones a las que las políticas de Salud Mental aspiran construir.

Todo cambio debe edificarse sobre las bases de profundas instancias de reflexión. Para transitar ese camino, rescato el decir de Isabelino A. Siede, autor del prólogo del libro: *¿Son o se hacen?*<sup>49</sup>, como valioso estímulo para movilizar nuestro pensar y hacer.

*“Las debilidades de cada cual suelen echar raíces en los prejuicios ajenos y en los techos contruidos socialmente para impedirnos crecer.*

*.... Importan nuestras estrategias para sortear los techos y recrear las alas. Importa lo que hacemos de los demás, los límites que les impone nuestra mirada - tanto nuestro desprecio o agresiones como nuestra comedia sobreprotección - Porque lo que hacemos o dejamos de hacer hacia los demás diseña una frontera que ellos deberán luego sobrepasar.*

*Formamos parte, entonces, de una urdiembre de miradas que fortalecen o debilitan, que sostienen o dejan caer. Por eso mismo, nadie está exento de mirar y ser mirado, de construir al otro como débil e incapacitado, o de ser visto por otros de modo lapidario y terminal.*

*... Al decir de Foucault, allí donde hay cadenas y encadenamientos hay oportunidades de libertad.*

*... Nadie tiene derecho a enunciar las fronteras de los demás.*

---

<sup>49</sup> AZNAR, Andrea; GONZÁLEZ CATAÑÓN, Diego. *¿Son o se hacen?. El campo de la discapacidad intelectual estudiado a través de recorridos múltiples*. Buenos Aires: Editorial Noveduc, 2008.

*... Cuán caprichosa y dañina es la costumbre de clasificar y catalogar a los sujetos por sus rasgos congénitos o sus características físicas y mentales...*

*Pensemos qué mundo podríamos habitar si aprendiéramos a mirar y mirarnos de otro modo”.*

*Isabelino A. Siede<sup>50</sup>.*

---

<sup>50</sup> Licenciado en Ciencias de la Educación. Profesor de Didáctica de las Ciencias Sociales en la Universidad Nacional de La Plata. Capacitador y disertante, articulista y ensayista nacional e internacional en numerosas publicaciones, foros e instituciones.

## Capítulo IV

### *Terapia Ocupacional en Salud Mental.*

## Orígenes de la Terapia Ocupacional en Argentina.

El inicio de la Terapia Ocupacional en nuestro país se vio ligado a una situación de emergencia y de carácter alarmante que atravesó a nuestra sociedad en la década del '50, cuando se padecieron los efectos de la epidemia de Poliomiélitis. Este escenario puso en evidencia la ausencia de Terapistas Ocupacionales en Argentina e impulsó al gobierno a propiciar la formación de Técnicos en Rehabilitación. La Terapia Ocupacional fue uno de los pilares en el tratamiento rehabilitador.<sup>51</sup>

Con el auspicio de los gobiernos de Argentina y Gran Bretaña se contrató a un equipo de Terapistas Ocupacionales británicas para que prestaran asistencia, formación y capacitación. Estas profesionales encontraron también en el campo de la Salud Mental otro escenario de intervención y formación. Fue así que los Hospitales Psiquiátricos se incluyeron en el ámbito de la práctica clínica.

En 1959 se organizó la creación de la primera escuela de Terapia Ocupacional en Sudamérica, actualmente Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (E.N.T.O), dependiente de la Universidad Nacional de San Martín y reconocida por la Federación Mundial de Terapistas Ocupacionales (W.O.F.T) desde 1962.

---

<sup>51</sup> Terapia Ocupacional en Salud Mental. C.O.L.T.O.P. Pág. 5, 1988.

La primera promoción de Terapistas Ocupacionales en nuestro país data de 1961. En agosto de 1962 comenzaron a reunirse estos primeros egresados para iniciar la creación de una asociación de carácter profesional, proyecto concretado dos años después cuando se constituyó la Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales ( AATO)<sup>52</sup>.

A partir de la Ley Nacional N° 17.132 de 1967 sobre el *ejercicio de la Medicina, Odontología y actividades de colaboración*, se reconoció en la República Argentina a la Terapia Ocupacional como disciplina colaboradora de la Medicina, lo que afirmó sus rasgos e impulsó su crecimiento disciplinar. En 1969 se dio apertura a la carrera en la Universidad Nacional de Mar del Plata, segunda escuela creada en el país y la primera en la Universidad.

Las demandas profesionales de asistencia en las distintas regiones geográficas argentinas, han dado lugar a la creación de la carrera en distintas Universidades. En 1979 en La Rioja y en 1985 en el Litoral, Universidad de Quilmes, Universidad de Buenos Aires y Universidad de San Martín.

---

<sup>52</sup> IDEM.

## La Terapia Ocupacional como disciplina.

La trayectoria disciplinaria de la Terapia Ocupacional, ha estado condicionada en su ejercicio por modelos y técnicas de intervención terapéutica que acompañaron la evolución de las concepciones de hombre, salud y enfermedad<sup>53</sup>. Concepciones éstas que enmarcaron y enmarcarán la evolución de la Terapia Ocupacional como disciplina del campo de la salud.

Lo expuesto, justifica los distintos escenarios de la Terapia Ocupacional en su devenir histórico, frutos éstos de los cambios en sus paradigmas como disciplina, ocasionados por los aires de crisis que la acompañaron.

A fin de adentrarse en la concepción de paradigma de la Terapia Ocupacional, es válido rescatar la conceptualización de Gary Kielhofner, para quien un paradigma es el corazón cultural de la profesión. Compartir una cultura profesional implica poseer creencias comunes y perspectivas que dan sentido, guían o regulan la acción profesional. Un paradigma proporciona una perspectiva y una identidad profesional<sup>54</sup>.

Cabe mencionar los diversos paradigmas que enmarcaron la identidad de la Terapia Ocupacional y rescatar la obra de Mary Relly (1960-1970), quien obró porque la identidad de la Terapia Ocupacional pueda en nuestro presente, lucir sus pioneros principios. Tratamiento Moral (siglos XVIII y XIX), Paradigma de la

---

<sup>53</sup> GABAY, Pablo Miguel ; FÉRNANDEZ BRUNO, Mónica. **Rehabilitación Psiquiátrica. Claves para la recuperación**. Buenos Aires: Editorial Pálemos. Primera Edición. Pág. 263, 2011.

<sup>54</sup> POLONIO LÓPEZ, Begonia; DURANTE MOLINA, Pilar ; NOYA ARNAIZ, Blanca. "Organización del conocimiento en Terapia Ocupacional; una aproximación al paradigma". En: **Conceptos fundamentales de la Terapia Ocupacional**. Madrid: Médica Panamericana. Pág. 54, 2001.

Ocupación (1900-1940), Paradigma Mecanicista (1960) y Paradigma Emergente (1980-1990).

La doctrina que cimienta el ejercicio de la Terapia Ocupacional es la naturaleza ocupacional de las personas, la disfunción ocupacional y la ocupación como medio terapéutico. Siendo el primer eslabón de su praxis la concepción del ser humano de manera holística, es decir como una realidad física, emocional, cognitiva, social y cultural<sup>55</sup>. Esto conduce a la necesaria integración de un conocimiento interdisciplinario, bajo un marco de referencia global basado en la interacción del hombre y su ambiente.

Desde sus orígenes, la Terapia Ocupacional ha puesto de manifiesto un especial interés por los conceptos de “ocupación y salud” y la inseparable vinculación entre ambos. Ha reconocido que la ocupación es parte de la condición humana y una necesidad vital, que permite vehiculizar las relaciones personales y construir condiciones de vida y de salud<sup>56</sup>.

La ocupación es central para la vida. Tiene para la persona un valor intrínseco, a través de ella se conecta con la vida, desarrolla su potencial humano, su iniciativa personal y se relaciona con los otros<sup>57</sup>. La participación de la persona en ocupaciones es necesaria para su bienestar físico y psicológico. La sociedad y la cultura necesitan de la ocupación humana para su existencia.

---

<sup>55</sup> IDEM.

<sup>56</sup> IDEM. Pág. 57.

<sup>57</sup> IDEM. Pág. 62

En el transcurso de la vida de una persona pueden presentarse circunstancias adversas que obstaculicen su funcionamiento ocupacional, dependiendo éste de la personalidad y de los recursos individuales.

Cuando no se poseen las habilidades necesarias y los recursos personales son insuficientes para mantener un funcionamiento ocupacional competente, puede producirse una disfunción ocupacional. La persona no podrá cumplir las demandas y expectativas sociales, su propio comportamiento no le permitirá satisfacer la tendencia natural a explorar y dominar el ambiente, incidiendo esto en una reducción de su calidad de vida, originando sufrimiento y amenazando su Salud Mental.

Lo citado hecha luz al vínculo inseparable que acompaña al concepto de ocupación y salud, facilitando su entendimiento.

El comportamiento ocupacional refiere siempre a un comportamiento medio ambiental<sup>58</sup>.

La disfunción ocupacional describe un mal funcionamiento en la reciprocidad entre la persona y el ambiente.

El eje del accionar terapéutico de la Terapia Ocupacional, es la ocupación. Considera que los seres humanos pueden relacionarse con los ambientes humanos y no humanos con propósitos significativos y que al hacerlo, logran y mantienen un estado de salud, siendo en consecuencia, el ambiente un importante componente<sup>59</sup>.

---

<sup>58</sup> IDEM. Pág. 57.

<sup>59</sup> WILLARD & SPACKMAN. *Terapia Ocupacional*. Madrid España: Editorial Panamericana. Octava Edición. Capítulo VI .Sección I. Pág. 145, 1998.

Se define con frecuencia, en la relación terapéutica en Salud Mental, el ambiente humano como individuos (el terapeuta y el paciente) y grupos (la familia, el personal que se desempeña en el hospital y los miembros de la comunidad).

El ambiente humano comprende también la identidad de la persona: destrezas cognitivas, estado biofísico (edad, sexo, antecedentes genéticos y étnicos), ideas y creencias. Incluye los ambientes sociales y culturales elaborados por los seres humanos, que son de importancia en el alcance de un estado de Salud.

El ambiente no humano es abarcativo del ambiente físico de los objetos, es decir de los componentes concretos y abstractos que lo rodean. Brinda oportunidades para la manipulación de objetos, la construcción de patrones de comportamiento que se traducen en estilos de vida y expresiones de emociones<sup>60</sup>.

En la interacción entre ambiente humano y ambiente no humano, este último puede incidir favorable o desfavorablemente en la persona y su tratamiento rehabilitador.

La construcción de una mirada crítica sobre el ambiente en el cual se encuentra inmersa la persona, conducirá al Terapeuta Ocupacional a valorar sus implicancias a fin de minimizar su accionar adverso en el proceso de rehabilitación.

---

<sup>60</sup> IDEM. Pág. 146.

*“Cada hombre enferma a su manera y tiene sus razones para enfermar. Es necesario que el ambiente que rodea al hombre doliente comprenda sus razones y las respete, respetándolo también como persona total, que forma parte de un sistema en interacción(...)”<sup>61</sup>.*

Como se mencionó en el inicio del texto, la evolución en la concepción de la salud fue ampliando el horizonte de la Terapia Ocupacional como disciplina del campo de la salud.

El siglo pasado definió a la salud negativamente, es decir, como “ausencia de enfermedades”. Este concepto cambió radicalmente bajo los principios que rigen a la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien la conceptualizó positivamente, es decir, como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. La salud cobró un sentido más abarcativo, debiéndosela entender en relación con el medio ambiente, la nutrición, el trabajo, la ocupación y las condiciones de vida.

Es a raíz de este concepto comprensivo de la salud, que ésta comienza a considerarse como parte fundamental de los derechos humanos.

Concebir a la salud como adaptación, implica ya no pensarla en términos de estado, sino como un proceso continuo de adaptación que conlleva esfuerzos adaptativos cotidianos en relación a las situaciones sociales o a los ambientes. En consecuencia, los problemas vinculados a la Salud pueden deberse a causas sociales, psicológicas, biofísicas o culturales.

---

<sup>61</sup> DIMAURO, Mario. I. **Salud Mental y Sociedad**: Más allá de lo endógeno. Buenos Aires: El Ateneo, Pág.121, 1995.

La presente Política de Salud Mental, como normativa que impulsa lineamientos para el ejercicio de la Terapia Ocupacional como área interviniente en la asistencia terapéutica, entiende a la Salud Mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

La perspectiva de los Derechos Humanos de los pacientes psiquiátricos debe contemplarse no sólo en la legislación de Salud Mental, la integración social y comunitaria, sino también en la lucha contra la estigmatización y los prejuicios que son fuentes de discriminación de los sujetos con padecimiento mental, pudiendo incidir en el estado psicológico, afectando su potencial adaptativo y su estado de salud<sup>62</sup>.

Aunque el progreso haya suplido los muros para el confinamiento, la presencia de “muros interiores” suele acompañar el camino de los pacientes externados al desempeñarse dentro del ámbito de la familia y la comunidad<sup>63</sup>.

*“La incomprensión, la hostilidad y la marginación posterior privan al paciente externado de la debida oportunidad para hacer sus ajustes con el medio, lo inundan de ansiedad y de temor, y generan un clima perturbador, que lo llevarán a*

---

<sup>62</sup> ALDISI, Grisel ; BERNSTEIN, Jorge; MOLDAVSKY, Daniel; STEIN, Enrique. “Proyecto de Ley de Salud Mental: una oportunidad perdida”. En: **Aportes a la Psiquiatría Argentina del siglo XXI**. Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Primera Edición. Buenos Aires: Editorial. Pág. 62, 2011.

<sup>63</sup> DIMAURO, Mario I. **Salud Mental y Sociedad: Más allá de lo endógeno**. Buenos Aires: El Ateneo .Pág. 84, 1995.

*buscar refugio en una nueva hospitalización, en procura de una sociedad más simple y más tolerante*<sup>64</sup>”

El proceso de tratamiento de Terapia Ocupacional pasa por la reflexión, la singularidad de cada caso y cada grupo social. *“Cada ser humano es único e irrepetible, tanto en sí mismo como en su particular manera de vivir-en-el-mundo y de percibirlo (...)”*<sup>65</sup>.

Como agente de la Salud Mental, la labor terapéutica del Terapeuta Ocupacional se centra en cómo la sintomatología u otras circunstancias amenazan las capacidades ocupacionales de las personas, siendo un desafío terapéutico promover la autonomía, propiciar y sostener la externación, acompañar en la construcción de redes sociales que operen como soporte en la vida cotidiana, mejorando así su calidad de vida.

La cotidianeidad en una institución de Salud Mental, deja al descubierto la práctica de la Terapia Ocupacional, exponiéndola a un sinnúmero de desafíos: el encuentro con el padecimiento, con la alteridad, con lo extraño, con un otro que padece y requiere asistencia<sup>66</sup>. Además del padecimiento, se encuentra con una estructura institucional hospitalaria que en sí misma ofrece implícitamente un servicio de custodia, de control y aislamiento en el caso de las internaciones, pero que a su vez oferta explícitamente cuidado, tratamiento y rehabilitación.

---

<sup>64</sup> IDEM. Pág.152.

<sup>65</sup> IDEM. Pág. 98.

<sup>66</sup> ALDISI, Grisel ; BERNSTEIN, Jorge; MOLDAVSKY, Daniel; STEIN, Enrique. “Proyecto de Ley de Salud Mental: una oportunidad perdida”. En: ***Aportes a la Psiquiatría Argentina del siglo XXI***. Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Primera Edición. Buenos Aires: Editorial. Pág. 61, 2011.

La principal fuente de debilitamiento de la mayoría de los pacientes psiquiátricos es su desligamiento de la vida cotidiana, de las ocupaciones, de la identidad personal y de los valores del grupo social. La Terapia Ocupacional pretende a través de su ejercicio, recuperar alguna comprensión de significado, algún apego a valores y a la reestructuración de su mundo social.

El horizonte de la praxis está más allá del de otras profesiones vinculadas a la Salud Mental. El propósito es ser facilitadores de la reconstrucción de la iniciativa personal, la espontaneidad y la capacidad creativa invalidada tanto por el padecimiento mental como por la acción institucional. La intervención terapéutica desde la Terapia Ocupacional, debe ser un espacio de encuentro, de diálogo, de estímulo y de construcción de esperanza.

En el abordaje terapéutico para el tratamiento de patologías y problemáticas vinculadas a la Salud Mental, el dispositivo grupal es un instrumento clínico que ofrece variadas posibilidades.

El grupo, como un conjunto restringido de personas que interactúan compartiendo un espacio físico y un tiempo determinado, se propone a través de la internalización recíproca, de manera explícita o implícita realizar una tarea común. Durante este proceso se produce un dinámico interjuego de roles y construcción de un "nosotros"<sup>67</sup>. Es en el espacio grupal donde se dramatizan espontáneamente los conflictos del ámbito intrapsíquico.

---

<sup>67</sup> GARCIA, Dora. *El Grupo. Métodos y Técnicas Participativas*. Buenos Aires: Espacio. Pág. 25, 1997.

La situación grupal ofrece mediante el intercambio con los otros, múltiples espejos que permiten una visión de aspectos del sí mismo y un enriquecimiento en la trama identificadora. Conlleva silenciosamente un agregado que promueve el apuntalamiento del psiquismo.

En el tratamiento terapéutico se pretende que el paciente pueda apropiarse del espacio y del tiempo que se le brinda, posibilitando una reinserción activa a la realidad, pudiendo exteriorizar en un hacer significativo aspectos de su singularidad. Este hacer está en parte determinado por la experiencia acumulada y la manera en que esta experiencia lo predispone a atribuir importancia.

Desde la Terapia Ocupacional, se considera terapéutica la situación grupal enmarcada en la modalidad de taller. La palabra **taller** proviene del francés "atelier". Se aplica a sitios de trabajo constante y esmerado donde las producciones son únicas y significativas. Este abordaje particular se constituye en una experiencia social en la medida en que los integrantes interactúan entre sí, a la luz de una intencionalidad operativa en torno a una determinada actividad<sup>68</sup>.

Esta experiencia se presenta como una oportunidad para reparar la pasividad, la apatía y el desgarramiento de la identidad personal y social ocasionada por el padecimiento o el medio hospitalario. *"Participar del grupo para vivir un proceso colectivo de conocimiento tendiente a la comprensión global de la realidad"*<sup>69</sup>.

Al decir de Dora García, se concibe al taller como tiempo-espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización. En él se irán produciendo distintos aprendizajes ya que es un espacio que invita a indagar, a investigar la realidad, a

---

<sup>68</sup> IDEM. Pág. 20.

<sup>69</sup> IDEM.

ratificar o rectificar modelos aprendidos y a movilizar estructuras personales, pudiendo modificar todo estereotipo que no ayude a crecer<sup>70</sup>.

La Terapia Ocupacional cuenta en sus intervenciones con el recurso técnico de la instrumentación de actividades y ocupación, por sostener y afirmar en su cotidianidad disciplinar, los valores inherentes que posee<sup>71</sup>.

Como recurso en el campo de la Salud Mental, facilita el acceso al mundo singular de la persona que padece, debiendo promoverse aquellas actividades que le sean significativas a fin de inferir en forma positiva sobre su salud.

Como intervención terapéutica la actividad constituye el motor impulsor de la expresión y la comunicación. Convoca a la acción, a la puesta en juego del cuerpo, el propio cuerpo como portavoz de expresión.

Decodificar lo acontecido en la situación grupal, es la labor de cada profesional de Terapia Ocupacional, bajo la intencionalidad de comprender a la persona que padece en su modo singular de aproximarse a la realidad.

Los cimientos sobre los cuales se edifica el vínculo terapéutico con la persona que padece, deberá contener en su esencia la aceptación inapelable de su autonomía, de su capacidad y oportunidad de elegir, incluso en circunstancias desfavorables.

El hacer profesional del Terapeuta Ocupacional no se circunscribe solamente a la implementación de la actividad concreta en el escenario de Taller, como único recurso terapéutico. El Terapeuta Ocupacional interviene también construyendo un

---

<sup>70</sup> IDEM.

<sup>71</sup> POLONIO LÓPEZ, Begonia; DURANTE MOLINA, Pilar; NOYA ARNAIZ, Blanca. "La actividad como herramienta en Terapia Ocupacional". En: **Conceptos fundamentales de la Terapia Ocupacional**. Madrid: Médica Panamericana. Pág. 155, 2001.

vínculo terapéutico facilitador de un espacio de enseñanza-aprendizaje que contribuya a modificar o crear nuevas modalidades de relación en lo referente a ocupación, roles que yacen en la persona y actividades de tiempo libre, que redunden en beneficio de la faceta humana que el padecimiento lesiona.

La naturaleza del diálogo con el paciente, se sustenta irrefutablemente en el reconocimiento de que su palabra conlleva su derecho a decirla y necesidad de expresarla.

El proceso de habla y escucha en la intervención terapéutica debe partir de la premisa que *“no hay entendimiento de la realidad sin la posibilidad de su comunicación”*<sup>72</sup>.

El tratamiento del padecimiento mental en un ámbito terapéutico humanizado contribuye al reforzamiento de las capacidades remanentes del paciente, a la vez que instrumenta para una mejor vinculación con sus semejantes y con el mundo exterior.<sup>73</sup> *“Sentir que se los trata con afecto revaloriza su existencia, les proporciona un sentimiento de dignidad, de seguridad y de confianza en sí mismo. El incremento de la autoestima es uno de los instrumentos más importantes que el paciente se lleva consigo tras su externación”*<sup>74</sup>.

---

<sup>72</sup> FREIRE, Paulo. **Pedagogía de la Autonomía**: Saberes necesarios para la Práctica Educativa. Madrid: Siglo XXI. Pág.113,1997.

<sup>73</sup> DIMAURO, Mario I. **Salud Mental y Sociedad**: Más allá de lo endógeno. Buenos Aires: El Ateneo. Pág. 150, 1995.

<sup>74</sup> IDEM. Pág.151.

## Una mirada sobre la nueva política de Salud Mental y la Terapia Ocupacional.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010, como política de Derechos Humanos, no sólo se pronuncia contra la cultura manicomial y las prácticas derivadas de ella, sino que establece una profunda transformación de la Salud Mental en lo concerniente a conceptos teóricos, paradigmas y prácticas de asistencia<sup>75</sup>.

Mencionar los nuevos posicionamientos y conceptos que establece, permitirá construir una visión sobre la incidencia de los mismos en el escenario cotidiano de la práctica de la Terapia Ocupacional.

Introducirse en los cambios que la normativa señala, implica mencionar su aspirar, el cual conlleva el pasaje del paradigma patológico al paradigma salutogénico<sup>76</sup> como base de toda práctica de asistencia<sup>77</sup>. Propone dejar atrás un paradigma hegemónico, centrado en la búsqueda de la enfermedad, en los procesos anatómicos, fisiológicos y fisiopatológicos del ser humano en el cual el concepto de prevención de la enfermedad cobra sentido en la patogénesis, lo que significa evitar, excluir factores que producen enfermedades.

---

<sup>75</sup> El término paradigma es utilizado con el sentido definido por T.Kuhn como: " *el conjunto de supuestos teóricos generales, las leyes y las técnicas para su aplicación que adoptan los miembros de una determinada comunidad científica*".

<sup>76</sup> El término Salutogénesis fue creado por Aarón Antovsky, médico sociólogo, en las últimas décadas del siglo XX.

<sup>77</sup> Plan Nacional de Salud Mental 2013- 2018. Resolución N° 2177/2013.

En: [http:// www.msal.gov.ar/saludmental/index.php?plan-nacional-de-salud-mental...](http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php?plan-nacional-de-salud-mental...) Fecha de consulta: 31/07/2014.

La concepción del paradigma salutogénico como base de toda política de asistencia, da apertura a un nuevo concepto de la salud, cuya misión se centra en la búsqueda del origen de la salud, considerando y apreciando la visión integral del ser humano y su propio potencial curativo.

El enfoque salutogénico está centrado en los factores humanos que apoyan la salud y el bienestar. Este enfoque conlleva una importante tarea para la promoción y prevención de la Salud Mental en la actualidad y especialmente un desafío en el rol profesional del Terapeuta Ocupacional.

Es importante destacar que la citada Ley no hace mención a la expresión “enfermedad mental”, sino que se refiere a *personas con padecimiento mental*, reconociendo en ellas su integridad y el tejido histórico-social en el que adviene como tal y en el que surgen sus problemas.

Aproximarse a una conceptualización del padecimiento mental es sumamente necesario para el entendimiento de toda nueva política de asistencia. Implica reconocer el padecimiento mental como un sufrimiento psíquico que conlleva un encuentro con la alteridad. El padecimiento ocasiona en la persona procesos de extrañamiento, experiencias de ruptura al ser atravesado por acontecimientos que irrumpen en la cotidianeidad<sup>78</sup>.

*“El padecimiento penetra en esa unidad que constituye el sí mismo como una fuerza incontrolable y absorbe todo el mundo en él, moldeando la experiencia. El mundo entonces se vivencia como una realidad a la cual los otros no pueden*

---

<sup>78</sup> ALDISI, Grisel ; BERNSTEIN, Jorge; MOLDAVSKY, Daniel, STEIN, Enrique. “Proyecto de Ley de Salud Mental: una oportunidad perdida. En: **Aportes a la Psiquiatría Argentina del siglo XXI**”. Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).Primera Edición. Buenos Aires: Editorial. Pág. 61, 2011.

*acceder, dado que el dolor resulta ambiguo e inverificable para los demás*<sup>79</sup>.  
“Considerar al psiquismo como un sistema abierto en relación con el mundo, implica contemplarlo en movimiento, con posibilidad de modificación e integración y con necesidad de sostén a través del grupo y la sociedad”<sup>80</sup>. Es por esta necesidad de sostén a través del lazo social, que no es posible pensar el padecimiento mental sin contemplar su ligazón con el entramado cultural de nuestro tiempo.

Las crisis sociales y la violencia social en sus diferentes formas de expresión, son generadoras de vulnerabilidad. Vulnerabiliza el aparato psíquico provocando su desestabilización al vivenciar una experiencia de indefensión, originada ésta por la ausencia de la función social de sostén.

Es en la función social, en el rol social de cada individuo, en los niveles microsociales como el barrio, el club y el trabajo, donde el rol profesional del Terapeuta Ocupacional basado en los principios de Atención Primaria de la Salud, puede hallar una vía terapéutica tendiente al fortalecimiento y promoción de los lazos sociales. Labor terapéutica que aspira “(...) al logro del salto cualitativo donde lo individual y lo social se articulan en el camino hacia la vida”<sup>81</sup>.

En lo que respecta a prácticas de asistencia en materia de Salud Mental, es posible contemplar en el texto de Ley, la fuerte ideología de la interdisciplina como única modalidad de abordaje. Ratifica que los procesos de atención deben realizarse únicamente en el marco de un trabajo en equipo.

---

<sup>79</sup> IDEM.

<sup>80</sup> IDEM. Pág. 112

<sup>81</sup> IDEM. Pág. 114

Como se mencionó anteriormente, la interdisciplina valida como único diagnóstico a aquél que se realiza interdisciplinariamente e impulsa acciones enmarcadas en el abordaje interdisciplinario, valorando la emisión de criterios según las competencias de cada disciplina.

En el capítulo V, artículo 8, la Ley reconoce a la Terapia Ocupacional como área integrante del equipo interdisciplinario. Nuevos son los caminos que nuestra disciplina emprenderá en su ejercicio bajo la habilitación de la Ley.

Es preciso contemplar que en el marco de la internación se hallan preferentemente las nuevas incumbencias profesionales. Con la intencionalidad de dar luz a nuevos campos de intervención se describirán las facultades atribuidas a la Terapia Ocupacional.

El Terapeuta Ocupacional que desempeña funciones en un Servicio Asistencial, como profesional integrante de un equipo interdisciplinario, está habilitado por la presente Ley a acompañar a un Psicólogo o Médico Psiquiatra en la disposición de internación de un paciente, avalando con su firma tal decisión, previo cumplimiento de lo pautado en el capítulo VII, artículo 16 sobre internaciones.

Como miembro del grupo terapéutico tratante, posee la facultad de prestar conformidad en altas, en externaciones o permisos bajo el criterio establecido en el artículo mencionado anteriormente.

Otra facultad que la Ley otorga al Terapeuta Ocupacional con título de grado, en un Servicio Asistencial y como miembro del equipo interdisciplinario, es la igualdad de condiciones para asumir cargos de conducción y gestión del Servicio y de la Institución.

Si bien todo profesional de la salud está obligado a enmarcar su accionar en códigos de ética según su disciplina, las nuevas atribuciones profesionales y configuraciones legales en Salud Mental, pueden conducir a que algunos agentes de salud, entre ellos los Terapistas Ocupacionales, tengan que profundizar el conocimiento en materia de legislación, haciéndolo extensivo a artículos del Código Civil, del Código Penal y hasta de los Códigos Procesales Civil y Penal Argentinos, en resguardo de sí y de sus prácticas terapéuticas para evitar potenciales juicios por responsabilidad profesional.

El Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018<sup>82</sup> considera que la interdisciplina aporta perspectivas integradoras que permiten atender servicios y sostener dispositivos, en la multiplicidad de formas de atención necesarias para recuperaciones sostenidas, pero las incumbencias profesionales son un eje de controversia que debiera ser analizado con detenimiento y quizá hasta redefinido en el texto de Ley. Respecto de la especificidad de cada disciplina no hay definición de límites, haciéndose necesario, sin cuestionar la interdisciplinariedad ni el funcionamiento del equipo interdisciplinario, el respeto y la defensa a las incumbencias profesionales.

Si bien el trabajo interdisciplinario es una fuente de enriquecimiento, porque garantiza la mejora de la comunicación en el proceso terapéutico, el mismo debe construirse sobre los cimientos del respeto a través de la discriminación de las incumbencias profesionales de cada disciplina. Aquí recae la importancia de contar con una política nacional que promueva la interdisciplinariedad y vele por

---

<sup>82</sup> Aprobado por Resolución N° 2177/2013 en Bs As el 30/12/2013. Es una estrategia sanitaria que se constituye como una herramienta fundamental en el enfoque de gestión integral para hacer efectivo el cumplimiento de la Ley N° 26.657. Expresa la transformación cultural y paradigmática de la Salud Mental.

el resguardo de los saberes e incumbencias de cada una de las profesiones intervinientes en la asistencia de la Salud Mental.

La aplicación de la Terapia Ocupacional en la asistencia terapéutica, cobra mayor sentido desde un enfoque interdisciplinario. Los aportes de la Terapia Ocupacional se complementan con el de otras disciplinas especializadas en distintos aspectos de la persona, diferentes de la ocupación humana.

Al contemplar una política de asistencia de Salud Mental, como lo es la Ley N° 26.657, en donde las incumbencias profesionales son líneas ausentes, será una misión, desafío y oportunidad de cada Terapeuta Ocupacional romper con el imaginario que carga nuestra profesión en los Hospitales Neuropsiquiátricos Monovalentes, haciendo trascender los horizontes de la disciplina y dando a conocer los saberes en que ésta se sustenta<sup>83</sup>.

Por lo expuesto anteriormente, cabe concluir que la presente Ley, como Política Nacional de Asistencia de la Salud Mental, atraviesa el saber formal de la Terapia Ocupacional impulsando el crecimiento del perfil disciplinario. Normativa de salud que introduce nuevos fundamentos que enmarcarán el hacer terapéutico ocupacional en este campo.

La Ley se presenta como un importante desafío en la adecuación del estilo de intervención de la Terapia Ocupacional y en la necesidad vigente de ampliar las bases teóricas en la intervención y asistencia de la Salud Mental.

Una Ley no provoca modificaciones mágicas ni inmediatas; constituye un punto de partida para acordar las metas y las acciones del futuro, pero son las

---

<sup>83</sup> Terapia Ocupacional AVANCES. Series complementarias I. C.O.L.T.O.A. Grupo Editor. Pág. 25. 1997.

instituciones de Salud Mental las que concretizarán a través de sus prácticas, el escenario real de implementación pública.

*“ Nuestra respuesta mutua y compartida al sufrimiento de otros, es lo que marca la diferencia entre una sociedad que simplemente funciona, y una sociedad digna y humana.”*

*Daniel Callahan.*

## *Capítulo V*

*Un acercamiento a la realidad de la  
práctica.*

*1. Planta Funcional de Terapistas Ocupacionales del Hospital  
Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo  
Taraborelli.*

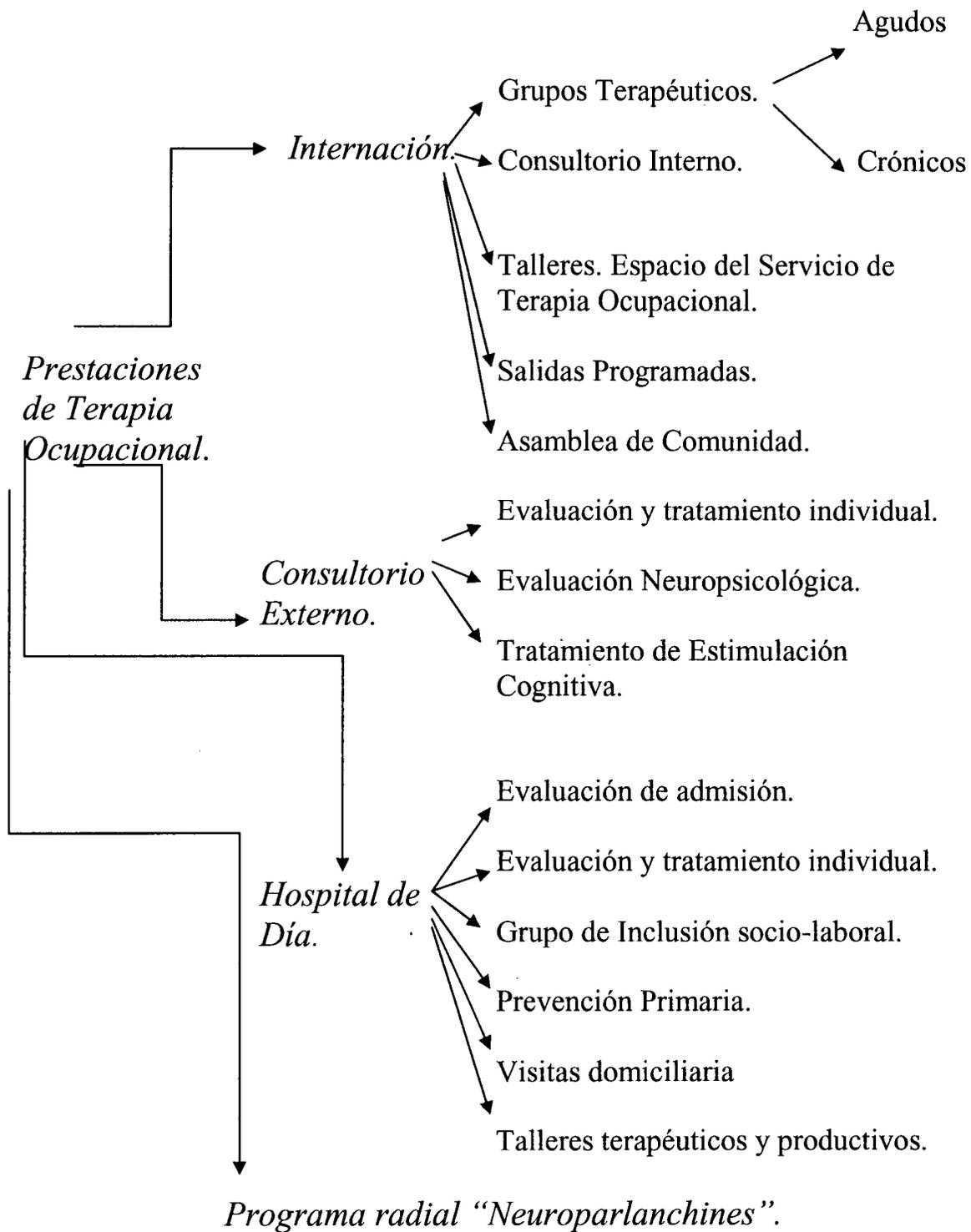
La misma está integrada por cinco Terapistas Ocupacionales que ejercen su rol profesional en los diversos dispositivos de tratamiento según se detalla:

- ✓ *Terapista Ocupacional: Jefa del Servicio de Terapia Ocupacional. Integrante del equipo interdisciplinario del Grupo de Pacientes Agudos. Asistencia por Consultorio Interno de Pacientes en estado Agudo.*
  
- ✓ *Licenciada en Terapia Ocupacional: Jefa del Servicio de Hospital de Día. Asistencia por Consultorio Externo y Hospital de Día. Coordinadora de los espacios terapéuticos del dispositivo.*
  
- ✓ *Dos Licenciadas en Terapia Ocupacional: Integrantes de los equipos interdisciplinarios de los Grupos de Pacientes Crónicos. Coordinadoras y co-coordinadoras de los distintos Talleres del Servicio. Asistencia por Consultorio Interno de Pacientes en estado Crónico.*
  
- ✓ *Licenciada en Terapia Ocupacional: Asistencia por Consultorio Externo.*

## 2. Funciones del profesional de Terapia Ocupacional en la institución hospitalaria.

- Realizar entrevista, evaluación y tratamiento individual y grupal en los diferentes dispositivos.
- Coordinar talleres terapéuticos y productivos.
- Ofrecer el seguimiento y/o apoyo que cada persona necesite, para asegurar su mantenimiento en el ambiente de trabajo del modo más autónomo que sea posible en cada caso.
- Articular y organizar el contacto con los recursos de formación laboral y con el ambiente de trabajo, a fin de facilitar los procesos de rehabilitación e inserción laboral.
- Propiciar y apoyar la inserción de la persona en el ambiente de trabajo competitivo, protegido o semiprotegido.
- Realizar interconsultas con otros profesionales cuando sea necesario, a fin de optimizar la labor terapéutica en el seguimiento y tratamiento.
- Participar en reuniones de equipo interdisciplinario.
- Evolucionar diariamente historias clínicas.
- Propiciar contención y apoyo tanto al paciente como a su núcleo familiar.

### 3. Prestaciones de Terapia Ocupacional.



## *Prestaciones de Terapia Ocupacional.*

### 3-1 INTERNACIÓN.

#### 1-a) *GRUPOS TERAPÉUTICOS.*

- *Grupo de Pacientes Agudos:*

El mismo consta de un solo grupo, dedicado a la asistencia y tratamiento del paciente en estado de crisis, con una frecuencia de dos encuentros semanales. El grupo está a cargo de un equipo interdisciplinario, integrado por: Médica Psiquiatra, Médica Clínica, Licenciada en Psicología, Residentes de Psicología, Terapeuta Ocupacional, Asistente Social y Enfermera.

- *Grupo de Pacientes Internados Crónicos:*

Los pacientes que por presentar una situación psicopatológica que requiera de una internación prolongada, serán ingresados al Grupo de Pacientes Crónicos. El mismo se subdivide en cuatro subgrupos que funcionan con una frecuencia de un encuentro por semana. Están dedicados a la atención y tratamiento de los pacientes.

Cada grupo está constituido por un equipo interdisciplinario conformado por: Médico Psiquiatra, Licenciado en Psicología, Residentes de Psicología, Licenciada en Terapia Ocupacional, Asistente Social y Enfermero/a.

1-b) *CONSULTORIO INTERNO.*

- *Evaluación funcional y tratamiento individual.* Se efectúa una evaluación del desempeño funcional y ocupacional del paciente. Dicha evaluación es abarcativa a: componentes del desempeño (sensorio motor, componentes cognitivos, destrezas psicosociales y componentes psicológicos), así como también áreas del desempeño (AVD, AIVD), actividades de trabajo, actividades de ocio y tiempo libre. El tratamiento está basado en la integración socio-laboral-comunitaria.

1-c) *TALLERES:* Cada espacio de taller se asienta en un encuadre pre-establecido (lugar, frecuencia y duración del encuentro). Si bien se abordan actividades particulares, éstas poseen la flexibilidad de adaptarse a los emergentes individuales y/o grupales. Se procura un espacio terapéutico que dé lugar al surgimiento de producciones subjetivas y significativas para cada uno de los participantes. El Terapeuta Ocupacional cumple funciones de Coordinador y/o Co-coordinador según el taller.

Se detallan a continuación los talleres en funcionamiento en el Servicio de Terapia Ocupacional.

- *Taller de Multiestimulación.* Coordinado por Licenciada en Terapia Ocupacional.
- *Taller de Música y Expresión Corporal.* Coordinado por Licenciada en Terapia Ocupacional.
- *Taller de Arte.* Co-coordinado por Licenciada en Terapia Ocupacional y Licenciada en Psicología.
- *Taller de Títeres.* Coordinado por Licenciada en Terapia Ocupacional, co-coordinado por profesor de teatro con la colaboración de una Odontóloga.
- *Taller de confección de sobres.* Coordinado por Licenciada en Terapia Ocupacional.
- *Taller de producción a partir del papel reciclado.* Coordinado por Terapeuta Ocupacional.
- *Taller Literario.* Co-coordinado por tallerista invitado y Licenciada en Terapia Ocupacional.
- *Taller de Radio.* Co-coordinado por Licenciada en Terapia Ocupacional junto a Residentes de Posgrado de Psicología.
- *Taller de Periodismo.* En: [http:// www.ecosdiariosweb.com.ar](http://www.ecosdiariosweb.com.ar)

La especificidad de cada taller se describirá en las páginas siguientes.

1-d) *SALIDAS PROGRAMADAS.* Las mismas están a cargo de todos los integrantes del Servicio en forma conjunta e interdisciplinaria.

1-e) ASAMBLEA DE COMUNIDAD. La Asamblea de Comunidad es una de las actividades centrales del Modelo de Comunidad Terapéutica y se lleva a cabo semanalmente. En la misma participan todos los pacientes internados y todo el personal del hospital. Se abordan los problemas y temas que plantea el personal y los pacientes en la convivencia y se trabaja para su pronta resolución. El Terapeuta Ocupacional integra el equipo interdisciplinario que coordina esta actividad.

### 3-2) CONSULTORIO EXTERNO.

3.2-a) EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO INDIVIDUAL. Misma modalidad de intervención a la citada anteriormente en Consultorio Interno.

3.2-b) EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA. La misma es solicitada por profesionales del hospital que atienden pacientes por consultorio interno y externo. Está constituida por el conjunto de métodos y técnicas que permiten definir en forma clínica el estado de las funciones cognitivas del paciente.

3.2-c) TRATAMIENTO DE ENTRENAMIENTO COGNITIVO. Tratamientos individuales de estimulación e intervención cognitiva.

3.2-d) GRUPO BIPOLARES.

3-3) HOSPITAL DE DÍA. “Cruzando Puentes” es un dispositivo de tratamiento ambulatorio, pensado y planificado como un puente entre la hospitalización-o diversas formas de reclusión social- y la comunidad, apuntando a la externación y a la apertura de lazos sociales de las personas con padecimiento mental.

El profesional de Terapia Ocupacional, como miembro del equipo interdisciplinario, brinda asistencia en las modalidades que a continuación se detallan:

3.3-a) EVALUACIÓN DE ADMISIÓN. Acorde a criterios establecidos por el equipo interdisciplinario, se realiza una evaluación en profundidad en la que se determina el ingreso o no de la persona al dispositivo. De la misma participan todos los miembros del equipo.

3.3-b) EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO INDIVIDUAL. Misma modalidad de intervención a la citada anteriormente en Consultorio Interno. Por la particularidad del dispositivo se adiciona la inclusión laboral, social y comunitaria y el abordaje de las actividades instrumentales.

3.3-c) GRUPO DE INCLUSIÓN LABORAL. Grupo que funciona quincenalmente coordinado por Licenciada en Terapia Ocupacional y Licenciada en Psicología. Se trabajan cuestiones inherentes a la necesidad ocupacional y laboral del paciente.

3.3-d) PREVENCIÓN PRIMARIA. La misma es abordada en la cotidianeidad hospitalaria por emergentes particulares, originados en el ámbito del taller.

3.3-e) VISTAS DOMICILIARIAS. Las visitas programadas son realizadas por una Asistente Social del hospital en compañía de la Terapeuta Ocupacional del dispositivo.

3.3-f) TALLERES: Los espacios terapéuticos son re-pensados cada semestre y luego de una evaluación del equipo profesional se propone sus rotaciones. El motivo de la rotación obedece al cambio poblacional del dispositivo, a las demandas y necesidades de los pacientes. El “espíritu” del dispositivo es brindar a los pacientes diferentes herramientas que promuevan su inclusión social, laboral y comunitaria, por lo que se considera necesario la renovación de estos espacios.

- *Taller de Estimulación Cognitiva.*
- *Taller de Revista.*
- *Taller de Producción de Jabones.*
- *Taller de Cocina.*
- *Taller de Arte.*
- *Taller de Teatro.*
- *Taller de Música.*
- *Taller de Video Reflexión.*

La especificidad de cada taller se describirá en las páginas siguientes.

3-4) PROGRAMA RADIAL “NEUROPARLANCHINES”. Co-coordinado por una Licenciada en Terapia Ocupacional junto a Residentes de Posgrado de Psicología.

## *Servicio de Terapia Ocupacional.*

La propuesta terapéutica del Servicio de Terapia Ocupacional, bajo la modalidad de taller, se hace extensiva a: *Actividades Productivas, Actividades Artísticas y Actividades Intelectuales*. Cada una de ellas se sustenta en las aspiraciones básicas formuladas a través de objetivos, los cuales configuran su valor terapéutico.

- **Actividades Artísticas:** Están destinadas a propiciar en la cotidianeidad hospitalaria, un espacio en el cual el paciente pueda hallar un tiempo de creación, vivenciando al mismo tiempo experiencias facilitadoras de nuevos canales de expresión y comunicación.

### *Objetivos Terapéuticos:*

- ✓ Estimular la capacidad creadora, expresiva y artística de los pacientes.
- ✓ Propiciar un espacio lúdico y recreativo.
- ✓ Promover la tolerancia a la frustración y la confianza en sí mismo.
- ✓ Fomentar la utilización de actividades artísticas a fin de expresar estados de ánimo y sentimientos.
- ✓ Favorecer el conocimiento del propio cuerpo, imagen corporal y esquema corporal.

Se abordan las actividades artísticas en los siguientes espacios de terapéuticos:

- Taller de Títeres. Como recurso terapéutico, se utiliza el títere al servicio de la expresión y creación a través de la transformación de lo dado en algo distinto, creando nuevas formas, reconociendo otras diferentes en las ya existentes y descubriendo nuevas combinaciones.
  
- Taller de Música y Expresión Corporal. Se aborda el cuerpo como una entidad física, como efector y receptor de fenómenos emocionales propiciando un canal de comunicación y expresión.
  
- Taller de Arte. Está destinado a proporcionar un espacio de expresión y al mismo tiempo un espacio de aprendizaje. En él se abordan obras de diferentes artistas plásticos y se trabaja junto al paciente en sus respectivas técnicas. Si bien se brinda un ambiente en el cual el paciente puede expresarse a través de su producción, la especificidad del taller consiste en promover el aprendizaje de diversas técnicas.
  
- **Actividades Intelectuales:** Están destinadas a estimular las funciones cognitivas. Se aspira a que esta estimulación constituya una acción facilitadora de las actividades habituales del paciente, tanto en su relación social como laboral.

Las actividades intelectuales se trabajan mediante la implementación de recursos terapéuticos pertinentes a cada espacio de taller.

*Objetivos Terapéuticos:*

- ✓ Promover y/o estimular las funciones cognitivas, con la finalidad de prevenir mayor deterioro y mantener el funcionamiento cognitivo que presentan los pacientes.
- ✓ Mejorar y/o mantener y/o favorecer la independencia (autonomía) y el desempeño en las actividades de la vida diaria.
- ✓ Fomentar la autoestima y la tolerancia a la frustración.
- ✓ Favorecer y/o mantener la capacidad de comunicación y la interacción con el otro.
- ✓ Estimular la capacidad de comprensión y expresión tanto oral como escrita.

Se abordan las actividades intelectuales en los siguientes espacios terapéuticos:

- Taller de Multiestimulación: Se abordan técnicas y actividades de estimulación implementadas de manera formal y a través del juego como recurso terapéutico.
- Taller Literario: Coordinado por un tallerista. Como recurso terapéutico se aborda el género literario. El taller consiste en la elaboración de producciones de los pacientes y en la lectura de poemas y textos narrativos de diversos autores. Como espacio de taller, contiene un momento expresivo (narrativo) y un momento comprensivo de las producciones elaboradas.

- Taller Periodístico. La finalidad del blog periodístico es propiciar un espacio en el cual la comunidad pueda conocer las diferentes actividades, proyectos y talleres que realizan los pacientes junto a los integrantes de los servicios hospitalarios. La publicación puede localizarse en el sitio web del matutino local: Ecos Diarios de Necochea, sección Blog.

- **Actividades Productivas:** Están destinadas a propiciar una práctica inclusiva a través de la transformación del material en una elaboración que cobre valor productivo al instalarse en el mercado de la comunidad.

*Objetivos terapéuticos:*

- ✓ Favorecer la recuperación o adquisición de hábitos básicos de trabajo y habilidades socio- laborales para acceder y manejarse adecuadamente en el ambiente de trabajo.
- ✓ Facilitar el conocimiento sobre las propias destrezas y habilidades.
- ✓ Fomentar intereses alcanzables para su propia satisfacción.

Se abordan las actividades productivas en los siguientes espacios terapéuticos:

- Taller de Sobres: Se confeccionan sobres de diferentes medidas. La producción propiamente dicha es realizada por los pacientes bajo la constante supervisión del coordinador.

- Taller de Producción a partir del Reciclado de Papel: Se trabaja en la fabricación de papel reciclado. Cada paso de la actividad es realizado por el paciente bajo la supervisión del coordinador. El producto final consiste en la elaboración de hojas de tamaño oficio y A4 de papel reciclado. Una parte del producto es destinada a la confección de manualidades tales como: almanaques, agendas y asignaturas.

### *Dispositivo de Hospital de Día “Cruzando Puentes”.*

La propuesta terapéutica de este dispositivo es abarcativa de: *Actividades Artísticas, Actividades Intelectuales y Actividades Productivas*. La especificidad se plasma en los objetivos terapéuticos que se pretenden alcanzar en cada modalidad.

- **Actividades Productivas:** Están destinadas a la producción de un objeto que pueda ser pasible de circular, y en esa circulación posibilitar el lazo social, que es vedado para los pacientes por cuestiones de estructura, por un lado, y por cuestiones atinentes al imaginario social y los prejuicios instalados en torno a la locura.

#### *Objetivos Terapéuticos:*

- ✓ Promover conductas socializantes y de inclusión socio-laboral.
- ✓ Estimular la participación activa y cooperativa en las actividades propuestas.
- ✓ Aceptar supervisión y respetar órdenes impartidas.
- ✓ Desarrollar las capacidades de espera y tolerancia a la frustración.
- ✓ Desarrollar hábitos de higiene personal y del lugar de trabajo para la realización de las actividades.
- ✓ Favorecer la recuperación o adquisición de hábitos básicos de trabajo y habilidades socio-laborales para acceder y manejarse adecuadamente en el ambiente de trabajo.

- ✓ Promover el cuidado de los materiales y herramientas de trabajo.
- ✓ Preparar independientemente comidas para su comercialización.

Se abordan las actividades productivas en los siguientes espacios terapéuticos:

- Taller de producción de Jabones: Coordinado por una Licenciada en Terapia Ocupacional. Se confeccionan jabones artesanales. La gestión de insumos materiales, la producción propiamente dicha (con todos sus pasos) está en manos de los pacientes con la supervisión y acompañamiento de la coordinadora.

- Taller de Cocina: *Entrenar al sujeto con padecimiento mental en las actividades del diario vivir tiene una importancia singular, ya que le permite acercarse al encuentro con sí mismo y no perder (o recuperar) el derecho a la dignidad.*

*Cuando se trabaja con algo tan primario como la alimentación, se le está ofreciendo al sujeto, un espacio de reencuentro con la cotidianidad, con su idiosincrasia, se propone un interjuego de sentidos que actúan simultáneamente permitiendo viajar al pasado y encontrarse con olores, sabores, con la historia misma.*

El taller de Cocina es un espacio pensado y propuesto por las personas que a él asisten. Surge como un espacio de elaboración de comidas simples para el consumo del mismo grupo, y fue sufriendo

transformaciones hasta que cobró forma de taller de producción de comidas simples para su posterior comercialización. Cada comida que se prepara es propuesta por algún integrante del grupo que acerca la receta (acompañada de alguna historia familiar) y la comparte con el resto. Luego de la elaboración de la misma, se ofrece en toda la comunidad del Hospital con el objeto de recibir cierta “aprobación” de la cual se decide finalmente el criterio de comercialización o no a futuro. De esta manera se pone en juego el contacto “real e inmediato” con la respuesta de los otros ante sus producciones, al encuentro con logros o frustraciones que los convoca a la toma de decisiones en conjunto.

➤ **Actividades Artísticas:**

*Objetivos terapéuticos:*

- ✓ Estimular la capacidad creadora, expresiva y artística de los pacientes.
- ✓ Propiciar un espacio lúdico y recreativo.
- ✓ Estimular la creatividad, la tolerancia a la frustración y la confianza en sí mismo.

Se abordan las actividades artísticas en los siguientes espacios terapéuticos:

- Taller de Arte: Co-coordinado por una tallerista invitada y una Licenciada en Terapia Ocupacional. Se piensa el arte como un recurso que permite poner en juego la invención singular y ubicarla en la

producción de un objeto. En el taller se trabaja a partir de diferentes técnicas (mosaiquismo, reciclado de papel, filigrana con papel), en las que subyace el concepto de *reciclado* (realizar un objeto nuevo a partir de material de desecho o sin utilidad, de un material con el que se cuenta o que es de fácil acceso). Se incluyen en este espacio terapéutico el dibujo y la pintura.

- Taller de Teatro: Coordinado por profesor de teatro y co coordinado por Licenciada en Terapia Ocupacional. En este espacio se combinan distintas técnicas teatrales con modalidades terapéuticas, como los ejercicios de psico-motricidad, títeres, expresión corporal, improvisación, juegos de rol, etc.

El objetivo no es la producción de hechos estéticos, sino que se usan técnicas teatrales fundamentalmente con objetivos terapéuticos y vinculares.

- Taller de Música: Co-coordinado por un músico invitado y una Licenciada en Terapia Ocupacional. Se inició como un espacio de recreación propuesto por el tallerista y actualmente continua como espacio de ensayo del Cuerpo Coral "**Bienvenidos al Tren**". La música es en este espacio el gran recurso terapéutico.

➤ **Actividades Intelectuales:**

*Objetivos Terapéuticos:*

- ✓ Estimular y mantener el funcionamiento cognitivo a fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- ✓ Proporcionar un espacio lúdico/ educativo donde los pacientes realicen actividades con propósito.
- ✓ Evitar la desconexión con el entorno y fortalecer las relaciones sociales.
- ✓ Incrementar la autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria.
- ✓ Dotar a los pacientes en su entrenamiento de una serie de estrategias y de ayudas con las que podrán compensar su déficits cognitivos.
- ✓ Mejorar y ampliar las habilidades perceptivas y atencionales.
- ✓ Enseñar a los pacientes, mediante ejercicios y actividades prácticas, las principales estrategias atencionales y de memoria, tanto internas como externas, de manera que puedan aplicarlas en la vida diaria.
- ✓ Aprender a utilizar estrategias atencionales y de memoria que permitan compensar los efectos de las alteraciones cognitivas.
- ✓ Aprender a visualizar objetos, personas y lugares.
- ✓ Aprender a recordar nombres mediante asociaciones.
- ✓ Realizar actividades lúdicas y recreativas que permitan la conexión con el entorno social.

- ✓ Realizar actividades con propósito que permitan la generalización de los ejercicios de estimulación.

Se abordan las actividades intelectuales en los siguientes espacios terapéuticos:

- Taller de Estimulación Cognitiva: Coordinado por una Licenciada en Terapia Ocupacional. El taller se fundamenta en los principios de la rehabilitación neuropsicológica y la plasticidad cerebral.

A través de intervenciones globales se pretende estimular y mantener las capacidades mentales, mejorar el rendimiento cognitivo y contribuir a una mayor autonomía personal.

La intervención cognitiva posibilita un abordaje del paciente no sólo desde su déficit sino desde su desempeño en el diario vivir.

La actividad lúdica es utilizada como medio terapéutico casi por excelencia, junto a actividades y ejercicios cognitivos variados que vehiculen una transferencia de las habilidades aprendidas en los encuentros de taller a las actividades de la vida cotidiana.

Cada encuentro consta de tres momentos: introducción, desarrollo y cierre. En la introducción se trabaja orientación temporoespacial y orientación a la realidad a través de interrogantes diversos. Durante el desarrollo se realizan ejercicios y actividades de estimulación cognitiva. A modo de cierre se repasa brevemente lo trabajado, se hace una puesta en común y una generalización.

- Taller de Revista: Coordinado por una Licenciada en Terapia

Ocupacional. El mismo consta de dos momentos:

A) *Producción*: En el que se confecciona la revista. Es en gran medida un espacio de estimulación e intervención cognitiva.

B) *Circulación*: Se promueve la autogestión para la socialización y comercialización de la misma.

**“Mira Vos”** combina por un lado lo artístico y lo recreativo, y por otro lado lo colectivo y lo singular. Sus segmentos contienen: Entrevistas, Actualidad, Viajes, Horóscopo, Poesías, etc.

# Aspectos Metodológicos.

## **1- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.**

La finalidad del presente estudio será conocer y describir las representaciones de la realidad del campo de la Salud Mental, que poseen los Terapistas Ocupacionales.

Se procurará conocer: **¿Cuáles son las representaciones que tienen los Licenciados en Terapia Ocupacional del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli de la ciudad de Necochea, sobre el impacto que tendrá en el ejercicio de su rol profesional la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013?**

Esta investigación, pretenderá echar luz sobre el hecho de que el entendimiento del nuevo escenario terapéutico en Salud Mental y el modo particular con que cada Licenciado en Terapia Ocupacional lo vivencia en sus prácticas terapéuticas, se asienta en representaciones. La lectura de la nueva realidad terapéutica, dependerá de los valores aprehendidos por el Licenciado en Terapia Ocupacional, los que organizarán su experiencia, sus prácticas y en consecuencia será en función de ellos que comprenderá y explicará la realidad.

## **2- OBJETIVOS DEL TRABAJO FINAL.**

### **2.A- Objetivo general :**

- ✓ Conocer las representaciones de los Licenciados en Terapia Ocupacional del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli de la ciudad de Necochea, sobre la incidencia que tendrá en el ejercicio de su rol profesional la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

### **2.B- Objetivos específicos:**

- ✓ Describir las representaciones de los Licenciados en Terapia Ocupacional del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli de la ciudad de Necochea, sobre la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010 y su decreto Reglamentario N° 603/2013, en términos de: concepción de Salud Mental, alcances y limitaciones del ejercicio de la Terapia Ocupacional y posibles cambios en el ejercicio del rol profesional.
- ✓ Describir las modalidades de intervención definidas y ejercidas por el Licenciado en Terapia Ocupacional en sus prácticas terapéuticas, en el Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli de la ciudad de Necochea, a partir de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

- ✓ Indagar la percepción de los Terapistas Ocupacionales sobre las adecuaciones institucionales del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli en el abordaje y tratamiento de la Salud Mental, a partir de la implementación de la Ley.

### **3 - VARIABLE PRINCIPAL DEL ESTUDIO.**

Representaciones de los Licenciados en Terapia Ocupacional, sobre el ejercicio de su rol profesional como agentes, en el campo de la Salud Mental, a la luz de la Ley Nacional N° 26.657.

#### **3.1 Definición conceptual de la variable:**

Las representaciones, en su conceptualización, están siempre referidas a un objeto real o ideal, presente o ausente.

Nacen como, un proceso de elaboración mental e individual que contempla la dialéctica vincular entre un sujeto (grupal e individual) y un objeto determinado (externo, social).

En las representaciones apreciamos el contenido mental concreto de un acto de pensamiento que restituye simbólicamente algo ausente, que aproxima algo lejano. Esta particularidad asegura a las representaciones su capacidad para unificar idea, concepto y su carácter de imagen .

Son la resultante de una actividad constructora de la realidad y de una actividad expresiva-interpretativa. Las representaciones conforman un sistema de valores, ideas y prácticas. Tienen carácter autónomo y creativo.

Involucran lo psicológico, lo cognitivo y lo social. Son siempre portadoras de significaciones.

Al ser elaboradas por sujetos sociales, son complejas construcciones en las cuales tiene importante valor además del propio objeto, la historia del individuo, su

experiencia singular, sus interacciones con otros y los modelos de pensamiento recibidos a través del contexto social.

Las representaciones, en tanto son representaciones sociales, constituyen una forma de conocimiento de carácter colectivo e individual.

En la persona influye lo que la sociedad le transmite a través del conocimiento elaborado colectivamente, y esto incide en cómo se explica la realidad y en cómo actúa.

### **3.2 Definición Operacional de la variable.**

La variable *“Representaciones de los Licenciados en Terapia Ocupacional sobre el ejercicio de su rol profesional, como agentes en el campo de la Salud Mental, a la luz de la Ley Nacional N°26.657, será definida como: las connotaciones que cada Licenciado en Terapia Ocupacional le asigna a la nueva política de Salud Mental, a las modalidades de tratamiento y asistencia que la misma regula y a los posibles cambios en el ejercicio del rol profesional. Se incluirán las valoraciones en el ejercicio del rol en términos de logros y metas, las valoraciones de sus propias capacidades y competencias en la práctica profesional y las expectativas presentes respecto al desempeño de su futuro accionar terapéutico, que en consecuencia se vincularán con las nuevas proyecciones del perfil de la Terapia Ocupacional como disciplina.*

#### **4 DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE.**

En función del enfoque del presente estudio, el dimensionamiento de la variable contribuirá a la elaboración del instrumento de recolección de datos y posibilitará acotar los aspectos sobre los cuales se indagará en el trabajo de campo. Permitirá además preservar la intencionalidad de la investigación, la cual consiste en conocer las representaciones de los Licenciados en Terapia Ocupacional, introducidos como sujetos de estudio.

Se pondrá en consideración las dimensiones de la variable a partir de las cuales se elaborarán los indicadores de evaluación pertinentes (para las unidades de análisis), los que contribuirán a la concreción del propósito de investigación.

- ✓ **Valoraciones del ejercicio del rol profesional.** Entiéndase como el valor que el profesional asigna a sus acciones y funciones de asistencia terapéutica en el campo de la Salud Mental.

- ✓ **Tipo de vínculo que el Licenciado en Terapia Ocupacional, en el ejercicio de su rol profesional, establece con las nuevas modalidades de intervención definidas en la Ley Nacional N° 26.657.** Definido como la relación particular que el Licenciado en Terapia Ocupacional, en el ejercicio de su rol profesional, establece con la nueva normativa de Salud Mental. Relación que se exterioriza en la actitud, la conducta y el discurso que el profesional asume ante las nuevas modalidades de intervención.
  
- ✓ **Proyecciones que el Licenciado en Terapia Ocupacional realiza sobre el desempeño de su futuro rol profesional.** Consideradas como las aspiraciones de nuevas perspectivas de los Licenciados en Terapia Ocupacional en el ejercicio del rol, conducentes a metas y objetivos ajustados al modelo de intervención terapéutica que la Ley impulsa.

Variable	Dimensiones	Unidades de análisis.	Nivel de medición.
<b>Representaciones de los Licenciados en Terapia Ocupacional, sobre el ejercicio de su rol profesional, como agentes en el campo de la Salud Mental, a la luz de la Ley Nacional N° 26.657.</b>	<b>A.Valoraciones del ejercicio del rol profesional.</b>	1.Logros y metas valoradas en el ejercicio del rol profesional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elevada Valoración.</li> <li>➤ Escasa Valoración.</li> <li>➤ Ausencia de Valoración.</li> </ul>
		2.Valoraciones de las propias capacidades y competencias en el ejercicio del rol profesional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elevada Valoración.</li> <li>➤ Escasa Valoración.</li> <li>➤ Ausencia de Valoración.</li> </ul>
	<b>B.Tipo de vínculo que el Licenciado en Terapia Ocupacional, en el ejercicio de su rol profesional, establece con las nuevas modalidades de intervención definidas en la Ley Nacional N° 26.657.</b>	1.Connotaciones que le asigna el Licenciado en Terapia Ocupacional a la Ley Nacional N° 26.657, como nueva política de Salud Mental y a las modalidades de tratamiento y asistencia que la misma regula.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aceptación.</li> <li>➤ Indiferencia.</li> <li>➤ Rechazo.</li> </ul>
		2.Estimación del Licenciado antes los cambios en el ejercicio del rol profesional y el saber disciplinar de la Terapia Ocupacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elevada Valoración.</li> <li>➤ Escasa Valoración.</li> <li>➤ Ausencia de Valoración.</li> </ul>
	<b>C.Proyecciones que el Licenciado en Terapia Ocupacional realiza sobre el desempeño de su futuro rol profesional.</b>	1.Expectativas respecto al desempeño de su futuro rol profesional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elevada Expectativa.</li> <li>➤ Escasa Expectativa.</li> <li>➤ Ausencia de Expectativa.</li> </ul>
		2.Proyecciones del perfil profesional del Licenciado en Terapia Ocupacional ante la Ley.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Elevada Proyección.</li> <li>➤ Escasa Proyección.</li> <li>➤ Ausencia de Proyección.</li> </ul>

## **5 UNIDADES DE ANÁLISIS Y SU NIVEL DE MEDICIÓN.**

**A.1 Logros y metas valoradas en el ejercicio del rol profesional.** El nivel de medición correspondiente estará conformado por categorías, según detalle. *Como parámetro de medición se considerará una escala numérica de 0 a 10.*

- *Elevada valoración:* Amplia valoración de logros y metas en el ejercicio del rol profesional. (Emisión de 5 o más juicios de valor)
- *Escasa valoración:* Mínima valoración de logros y metas en el ejercicio del rol profesional. ( Emisión de 1 a 4 juicios de valor)
- *Ausencia de valoración:* Sin valoración de logros y metas en el ejercicio del rol profesional. ( Emisión de 0 juicio de valor)

**A.2 Valoración de las propias capacidades y competencias en el ejercicio del rol profesional.** El nivel de medición correspondiente estará conformado por categorías, según detalle. *Como parámetro de medición se considerará una escala numérica de 0 a 10.*

- *Elevada valoración:* Amplia valoración de capacidades y competencias en el ejercicio del rol profesional. (Emisión de 5 o más juicios de valor)
- *Escasa valoración:* Mínima valoración de capacidades y competencias en el ejercicio del rol profesional. (Emisión de 1 a 4 juicios de valor)

- *Ausencia de valoración:* Sin valoración de capacidades y competencias en el ejercicio del rol profesional. (Emisión de 0 juicio de valor)

**B.1 Connotaciones que le asigna el Licenciado en Terapia Ocupacional a la Ley Nacional N° 26.657, como nueva política de Salud Mental y a las modalidades de tratamiento y asistencia que la misma regula. El nivel de medición correspondiente estará conformado por categorías, según detalle.**

- *Aceptación:* actitud de aprobación y de conformidad hacia la nueva política de Salud Mental y a las modalidades de tratamiento y asistencia que la misma regula.
- *Indiferencia:* actitud de insensibilidad. No hay aceptación ni rechazo hacia la nueva política de Salud Mental ni hacia las modalidades de tratamiento y asistencia que la misma regula.
- *Rechazo:* actitud de oposición y resistencia hacia la nueva política de Salud Mental y a las modalidades de tratamiento y asistencia que la misma regula.

**B.2 Estimación del Licenciado ante los cambios en el ejercicio del rol profesional y el saber disciplinar de la Terapia Ocupacional.** El nivel de medición correspondiente estará conformado por categorías, según detalle. *Como parámetro de medición se considerará una escala numérica de 0 a 10.*

- *Elevada valoración:* abundante emisión de juicios de valor ante los cambios en el ejercicio del rol profesional y el saber disciplinar de la Terapia Ocupacional. (Emisión de 5 o más juicios de valor).
- *Escasa valoración:* pobreza e insuficiencia en la emisión de juicios de valor ante los cambios en el ejercicio del rol profesional y el saber disciplinar de la Terapia Ocupacional. (Emisión de 1 a 4 juicios de valor).
- *Ausencia de valoración:* no hay emisión de juicios de valor ante los cambios en el ejercicio del rol profesional y el saber disciplinar de la Terapia Ocupacional. (Emisión de 0 juicio de valor).

**C.1 Expectativas respecto al desempeño de su futuro rol profesional.** El nivel de medición correspondiente estará conformado por categorías, según detalle. *Como parámetro de medición se considerará una escala numérica de 0 a 10.*

- *Elevada expectativa:* amplia verbalización de supuestos acontecimientos en relación al desempeño de su futuro rol profesional. (Emisión de 5 o más juicios de valor).
- *Escasa expectativa:* reducida verbalización de supuestos acontecimientos en relación al desempeño de su futuro rol profesional. (Emisión de 1 a 4 juicios de valor).
- *Ausencia de expectativa:* sin verbalización de supuestos acontecimientos en relación al desempeño de su futuro rol profesional. (Emisión de 0 juicio de valor).

**C.2 Proyecciones del perfil profesional del Licenciado en Terapia Ocupacional ante la Ley Nacional N° 26.657.** El nivel de medición correspondiente estará conformado por categorías, según detalle. *Como parámetro de medición se considerará una escala numérica de 0 a 10.*

- *Elevada proyección:* amplia manifestación de aspiraciones futuras en relación al perfil profesional del Licenciado en Terapia Ocupacional. (Emisión de 5 o más juicios de valor).
- *Escasa proyección:* reducida manifestación de aspiraciones futuras en relación al perfil profesional del Licenciado en Terapia Ocupacional. (Emisión de 1 a 4 juicios de valor).

- *Ausencia de proyección:* sin manifestación de aspiraciones futuras en relación al perfil profesional del Licenciado en Terapia Ocupacional. (Emisión de 0 juicio de valor).

## **6 TIPO DE ESTUDIO DE LA INVESTIGACION.** Exploratorio-Descriptivo.

Ante la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010 y su reciente Decreto de Reglamentación N° 603/2013, se pretenderá a través de este estudio, indagar y describir las representaciones de los Terapistas Ocupacionales sobre la nueva conceptualización de la Salud Mental y la incidencia de la normativa en el ejercicio de sus prácticas terapéuticas.

El conocimiento de sus representaciones, permitirá comprender el modo en que el Licenciado en Terapia Ocupacional interpreta la nueva realidad terapéutica en el campo de la Salud Mental.

## **7 ENFOQUE METODOLÓGICO.**

**Enfoque de investigación.** Cualitativo.

Este estudio tomará en consideración el universo de significados de los Terapistas Ocupacionales, como sujetos individuales y sociales involucrados en el tratamiento de la Salud Mental.

Se aspirará conocer las representaciones que los Licenciados en Terapia Ocupacional del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli tienen sobre el impacto y trascendencia de la Ley Nacional de Salud Mental y su Decreto Reglamentario, en la modalidad de abordaje de la Salud Mental y el ejercicio de su rol profesional.

## **8 MUESTRA.**

La muestra estará constituida por cinco Terapistas Ocupacionales del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli de Necochea.

## **9 MÉTODO DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.**

En función del enfoque de la investigación, el diseño que se adoptará para la selección de la muestra corresponde al tipo de diseño *no probabilístico por conveniencia*. Las unidades de análisis estarán conformadas por Licenciadas en Terapia Ocupacional y Terapista Ocupacional que integran la planta funcional del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli. Los sujetos se seleccionarán según los siguientes criterios:

### **➤ *Significatividad del contexto.***

La selección de los sujetos muestrales se hará en función de la significatividad del contexto en que desarrollan sus prácticas terapéuticas. Si bien desempeñan su labor en un Hospital Neuropsiquiátrico, cada sujeto de estudio, emprende su ejercicio en diferentes dispositivos de asistencia hospitalaria.

### **➤ *Riqueza de información para la investigación.***

Agentes involucrados en el tratamiento de la Salud Mental, que por su formación, serán idóneos para aportar información relevante al interrogante de la investigación.

- *Posición que ocupa en relación al fenómeno de investigación.*

Actores de la salud ,que por ejercer su rol profesional en un Hospital Neuropsiquiátrico, son protagonistas del cambio pretendido por la Ley Nacional N° 26.657.

#### **10 CRITERIOS DE INCLUSIÓN DE LA MUESTRA.**

Todas las unidades de análisis disponibles.

#### **11 CRITERIO DE EXCLUSIÓN.**

Se considerarán en el presente estudio los siguientes criterios de exclusión:

- Ausentismo en el puesto de trabajo al momento de la recolección de datos.
- Negativa a ser entrevistado.

#### **12 POBLACIÓN DEL ESTUDIO.**

Licenciados en Terapia Ocupacional y Terapista Ocupacional que integran la planta funcional del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli de la ciudad de Necochea.

### 13 TÉCNICA DE RECOLECCION DE DATOS.

Teniendo en cuenta el enfoque y la finalidad de la investigación, se seleccionará como instrumento de recolección de datos la *entrevista en profundidad*. Atendiendo a que se pretenderá conocer las representaciones que tengan los Licenciados en Terapia Ocupacional sobre el impacto de la Ley Nacional N° 26.657 en su ejercicio profesional, se considerará dicho instrumento significativo porque permitirá interrogar a los sujetos de estudio con mayor detenimiento y contribuirá al entendimiento del modo en que cada uno de ellos interpreta el nuevo escenario terapéutico.

Se optará por una entrevista administrada en forma individual. Si bien se procurará mantener el orden y la redacción de las preguntas, se considerará la posibilidad de flexibilizar las mismas para dinamizar la entrevista. Posibilitar readaptaciones o reajustes a medida que el entrevistado vaya avanzando en sus respuestas, contribuirá a atender aspectos nuevos o imprevistos que merezcan ser ampliados.

Las entrevistas serán grabadas por su fidelidad en el registro de los datos y la abundancia de la información proveniente de las respuestas de los sujetos de estudio. La escucha y re-audición de cada entrevista permitirá recoger por escrito la información concreta, relevante y significativa para su análisis.

La introducción al campo para el relevamiento de los datos estará mediada por la intervención de la Jefa del Servicio de Terapia Ocupacional, quien determinará la unidad de lugar dentro de la institución para la realización de las entrevistas,

como también facilitará la disposición horaria para la inserción del instrumento en la secuencia de acciones cotidianas de Terapia Ocupacional.

A los efectos de evitar la obstaculización de la labor terapéutica se administrará una entrevista diaria. Se estimará una unidad temporal aproximada de 60 minutos reloj para cada entrevista.

Por ser una investigación en la cual la palabra constituirá el vector principal para vehicular los sistemas de valores que los entrevistados dan a sus prácticas terapéuticas, como también a las referencias normativas que orientan y determinan su accionar, al finalizar el estudio se hará una devolución de los datos recabados. Los resultados podrán ser plataformas abiertas de comprensión y discusión para los interesados, de modo que la devolución pueda generar un espacio enriquecedor de diálogo, de reflexión y mejora.

#### **14 PRUEBA PILOTO.**

Para la ejecución de la prueba piloto, se consideró como población las dos Licenciadas en Servicio Social pertenecientes a la planta funcional del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli.

A través de esta prueba piloto se evaluó si las preguntas que se formularán en cada entrevista son significativamente apropiadas para los ejes temáticos que se pretenden abordar, explicitados en el guión de entrevista.

De cada una de las desgravaciones correspondientes a esta prueba piloto, se analizó la pertinencia y adecuación de los ejes temáticos a las unidades de análisis seleccionadas y a sus respectivos niveles de medición.

Como resultante, se visualizó la viabilidad de seleccionar para el tratamiento de los datos un análisis temático conducente a la resolución y entendimiento del problema de investigación. No hubo necesidad de realizar modificaciones en las preguntas de investigación en cuanto a orden de presentación y modalidad de redacción. La información que se recogió de las respuestas de los entrevistados fue factible de categorizar y medir según los parámetros establecidos.

## 15 ANÁLISIS DE DATOS.

Por tratarse de una investigación cualitativa, se seleccionará como técnica para el tratamiento de los datos, el *análisis de contenido*. Se estima que éste reflejará el modo de extracción de sentido en relación al problema y objetivos del estudio.

En referencia al análisis de contenido, se optará por un *análisis temático*. El mismo posibilitará la selección de temas como unidades de recorte, los cuales se mantendrán de una entrevista a otra.

Un análisis temático "horizontal" revelará las significaciones y/o posicionamientos que cada entrevistado le otorga a un mismo eje temático.

**16 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS. GUIÓN DE ENTREVISTA:** *Representaciones del Terapista Ocupacional sobre el ejercicio del rol, en el marco de un nuevo Paradigma de Salud Mental.*

Se pretenderá a través de la formulación de una serie de interrogantes, conocer las representaciones de los Terapistas Ocupacionales sobre el impacto de la Ley Nacional N° 26.657 en el ejercicio de su rol, cómo se vinculan con los nuevos lineamientos en términos de asistencia y tratamiento y cuáles son sus proyecciones sobre el desempeño de su futuro rol, a la luz de una nueva realidad terapéutica.

En consideración al problema y objetivos de la investigación, para la elaboración del guión de entrevista se apelará a la prefiguración de ejes temáticos que permitan esclarecer los tópicos a considerar, anticipando el modo en que se abordará el tema central de investigación.

Previo al inicio de la entrevista se informará a cada entrevistado sobre el interés de la investigación, los objetivos que se persiguen y las temáticas a abordar. En esta oportunidad, se darán garantías de anonimato de la entrevista y garantías de cautela sobre la autoría de las respuestas que aparecerán luego en el conjunto de la investigación.

*Representaciones del Terapista Ocupacional sobre el ejercicio del rol,  
en el marco de un nuevo Paradigma de Salud Mental.*

**I- Un acercamiento a la nueva política de Salud Mental: Ley N°  
26.657.**

1. Actual conceptualización de la Salud Mental.
2. Significación social frente a un cambio de paradigma.
3. Connotaciones que el Licenciado en Terapia Ocupacional otorga a las modalidades de tratamiento y asistencia introducidas.
4. Percepciones sobre concreción y adecuación institucional: particularidad de un hospital monovalente.

**II- La Terapia Ocupacional en Salud Mental.**

1. Resignificación de la Terapia Ocupacional en la nueva dimensión terapéutica.
2. Normas jurídicas y la práctica de la Terapia Ocupacional: Códigos Civil, Penal y Procesar.

**III- El rol del Terapista Ocupacional en una institución de Salud Mental.**

1. Perfil general del Terapista Ocupacional: ejercicio profesional, nuevos desafíos.
2. Valoración de la *Praxis*.
3. Proyecciones del perfil profesional: una mirada prospectiva

# *Bibliografía.*

### Textos consultados:

- ❖ ALDISI, Grisel; BERNSTEIN, Jorge; MOLDAVSKY, Daniel; STEIN, Enrique. "Proyecto de Ley de Salud Mental: una oportunidad perdida". En: ***Aportes a la Psiquiatría Argentina del Siglo XXI***. Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). Primera edición: Buenos Aires, 2001
- ❖ AZNAR, Andrea; GONZÁLEZ CATANÓM, Diego. ¿ ***Son o se hacen?. El campo de la discapacidad intelectual estudiado a través de recorridos múltiples***. Buenos Aires-México: Noveduc, 2008.
- ❖ COSMELLI IBAÑEZ, José. ***Historia Moderna y Contemporánea***. Octava Edición. Buenos Aires: Troquel, 1962.
- ❖ De SOUZA MINAYO, María Cecilia. "***El desafío del conocimiento***". Investigación cualitativa en Salud, 1997. Capítulo 3-4. Universidad nacional de Mar del Plata. Departamento pedagógico de Licenciatura en Terapia Ocupacional. Material correspondiente a asignatura Taller de Trabajo Final.
- ❖ DIMAURO, Mario I. ***Salud Mental y Sociedad: Más allá de lo endógeno***. Primera Edición. Buenos Aires: El Ateneo, 1995.
- ❖ DRAGO, Alfredo L. ***Historia Antigua y Medieval***. Primera Edición. Buenos Aires: Stella, 1984.
- ❖ DURANTE MOLINA, Pilar; NOYA ARNAIZ, Blanca; MORUNO MIRALES, Pedro. "Elementos y procesos de la terapia ocupacional". Capítulo I. En: ***Terapia Ocupacional en salud mental: 23 casos clínicos comentados*** Barcelona: Masson, 2000.
- ❖ ECO, Humberto. ***Cómo hacer una tesis***. España: Gedisa, 1994.

- ❖ FALICOV, Estela; LIFSZYC, **Sara**. “La personalidad y el grupo” .Capítulo VIII. En: **Sociología**. Buenos Aires: Aique, 2002.
  
- ❖ FIASCHÉ, Ángel. **Hacia una Psicopatología de la Pobreza**. Buenos Aires: Editorial Popular Madres Plaza de Mayo, 2003.
  
- ❖ FIASCHÉ, Ángel. “Políticas de Salud Mental”. **En: Políticas en Salud Mental**. Universidad Nacional de Mar del Plata. Departamento pedagógico de Licenciatura en Terapia Ocupacional. Material correspondiente a asignatura Terapia Ocupacional en Salud Mental.
  
- ❖ FINKELSZTEIN, Carlos; GARCIA de AMUSQUIBAR, Ana M. ; MATUSEVICH, Daniel. **Manual de Psiquiatría Clínica**. Buenos Aires: del Hospital ediciones, 2009.
  
- ❖ FOUCAULT, Michel. **La historia de la Locura en la Época Clásica**. Tomo I. México: Fondo de Cultura Económica, 1967.
  
- ❖ FREIRE, Paulo. **Pedagogía del oprimido**. Saberes necesarios para la Práctica Educativa. Madrid: Siglo XXI, 1997.
  
- ❖ GABAY, Pablo Miguel; FERNANDEZ BRUNO, Mónica. **Rehabilitación Psiquiátrica. Claves para la recuperación**. Primera Edición. Buenos Aires: Polemos, 2011.
  
- ❖ GALENDE, Emiliano. **De un horizonte incierto**. Buenos Aires: Paidós, 1998.
  
- ❖ GALENDE, Emiliano. “Modernidad, individuación y manicomios”. En: **Políticas de la Salud Mental**. Buenos Aires: Lugar, 1994.

- ❖ GARCIA, Dora. ***El grupo. Métodos y Técnicas participativas***. Buenos Aires: Espacio, 1997.
- ❖ GOMES, Romeu. ***Investigación Social***. Capítulo IV. Buenos Aires: Lugar, 2004.
- ❖ GRIMNSON, Wilbur R. ***Sociedad de locos. Experiencia y violencia en un hospital psiquiátrico***. Buenos Aires: Nueva Visión, 1972.
- ❖ HOOFT, Pedro F; CHAPARRO, Estela; SALVADOR, Horacio. ***Bioética, Vulnerabilidad y Educación***. Tomo I. Mar del Plata: Suarez, 2003.
- ❖ MILLAN, José R. ***Compendio de Historia Universal***. Buenos Aires: Kapelusz, 1964.
- ❖ MOISE, Cecilia. ***Prevención y Psicoanálisis***. Primera Edición. Buenos Aires: Paidós, 1998.
- ❖ PAGANIZZI, Liliana. ***Actividad. Lenguaje particular***. Buenos Aires, 1997.
- ❖ PAGANIZZI, Liliana Y OTROS. ***Terapia Ocupacional: del dicho al hecho***. Buenos Aires: Psicoterapias integradas Editores, 1991.
- ❖ POLONIO LÓPEZ, Begonia; DUARTE MOLINA, Pilar; NOYA ARNAIZ, Blanca. ***Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional***. Madrid: Médica Panamericana, 2001.
- ❖ VALLES, Miguel. S. ***Técnicas Cualitativas de Investigación Social***. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional. Proyecto Editorial. Síntesis Sociología, Madrid, 1999.
- ❖ Texto ordenado de la **Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010**. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Dirección Nacional de Salud

Mental y Adicciones. Publicada en el Boletín Oficial N° 32041 el 3 de diciembre de 2010.

- ❖ Texto ordenado del **Decreto Reglamentario N° 603/ 2013**. IDEM anterior. Publicado en el Boletín Oficial N° 32649 el 29 de mayo de 2013.
- ❖ Texto ordenado de la **Ley N° 22.914/83**: Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos. Poder Ejecutivo Nacional. Publicada en el Boletín Oficial N° 25261 el 20 de septiembre de 1983.

### Sitios web visitados:

- ❖ <http://www.margen.org/suscri/margen64/Raimondi.pdf>: Inclusión **Social en Salud Mental**: la concepción y el rol de los trabajadores de Salud Mental.
- ❖ [http://www.proyectoetica.org/.../incapaz\\_sujeto-derecho-Ley26657.pdf](http://www.proyectoetica.org/.../incapaz_sujeto-derecho-Ley26657.pdf): **Del incapaz al sujeto de derecho**.
- ❖ <http://www.mdp.edu.ar>: **Proyecto de Extensión- Facultad de Psicología 2014**. Movimiento Marimbarte.
- ❖ <http://www.ms.gba.ar/sitios/regionsanitaria6/files/.../MedicinaSanitaria2.pdf>: INGENIEROS, José. **La Locura en Argentina**. Primera Edición. Buenos Aires. Cooperativa Limitada, 1920.
- ❖ [http://23118psi.uba.ar/academica/.../historia\\_2/.../Falcone\\_HistoriaInsti.pdf](http://23118psi.uba.ar/academica/.../historia_2/.../Falcone_HistoriaInsti.pdf): FALCONE, Rosa. **Breve historia de las instituciones psiquiátricas en Argentina**.
- ❖ <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a26.pdf>: GALENDE, Emiliano. **“Modernidad y Modelos de Asistencia en Salud Mental”**. II Jornadas A.P.S- A.R.H.R.G.
- ❖ <http://www.msal.gov.ar/Saludmental/index.php?...plan-nacional-de-salud-mental...> **Plan Nacional de Salud Mental 2013-2018**.

- ❖ <http://www.polemos.com.ar/docs/temas/Temas10/primer%20parte.htm>: ***El movimiento de la higiene mental y los orígenes de la Liga de Higiene Mental.*** Primera Parte.

## ANEXO I .

*Representaciones sobre el ejercicio del Rol en el marco de un nuevo  
Paradigma de Salud Mental.*

*Fecha:*

*Número de entrevista:*

*Iniciales de nombre y apellido:*

*Cargo y/o función como Licenciado en Terapia ocupacional:*

*Años de graduado:*

*Años de ejercicio profesional en la institución:*

*Sexo:*

*Edad:*

***Preguntas de investigación***

- 1- ¿Cuáles son las metas profesionales sobre las que construye cotidianamente el proceso de atención a personas con padecimiento psíquico?
- 2- ¿Qué capacidades y competencias personales valora en términos de fortaleza para el desempeño de su rol profesional?.

- 3- ¿ En qué medida considera que la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental se adecua a las necesidades de la sociedad argentina actual?.
- 4- ¿Cuál es su posicionamiento ante la nueva conceptualización de la Salud Mental?.
- 5- ¿Cuál es su posicionamiento, como agente de salud, respecto a la Ley como instrumento organizador del abordaje y tratamiento del padecimiento psíquico?.
- 6- Cómo política de Salud Mental, ¿ qué aspectos positivos considera que aporta la Ley? ¿Cuáles visualiza como negativos?.
- 7- Si se considera a este hospital como unidad de innovación, ¿qué reestructuraciones en su funcionamiento interno serían necesarias según los lineamientos básicos enunciados en la Ley?.
- 8- ¿Cuáles serían, a su criterio, los hitos claves que enmarcan las pautas del ejercicio de la Terapia Ocupacional en el nuevo escenario de la Salud Mental?.
- 9- ¿En qué medida considera que la Ley Nacional de Salud Mental atraviesa el saber formal de la Terapia Ocupacional?.
- 10- Ante las nuevas atribuciones profesionales y configuraciones legales que la Ley introduce, ¿qué conocimientos en materia de legislación estima conveniente adquirir o profundizar, en su resguardo y en el de sus prácticas terapéuticas?.
- 11- ¿Qué aspectos no evidentes de la nueva política de Salud Mental gravitan sobre el desempeño y la función del Terapeuta Ocupacional?.

- 12- Como Terapista Ocupacional, ¿cuál es su preocupación presente para responder en el futuro a los nuevos requerimientos que ya se perfilan y perciben en el campo de la Salud Mental?
- 13- Desde la Ley y desde la realidad en que desarrolla su práctica terapéutica, ¿qué aspectos se tornan en desafío para el Terapista Ocupacional?
- 14- Dentro del universo cambiante que plasma la Ley, ¿qué perspectivas futuras vislumbra en relación a su rol?

ANEXO II .

*Solicitud de  
autorización para el  
trabajo de campo.*



**Hospital Subzonal Esp. En Neuropsiquiatría**  
**“Dr. Domingo José Taraborelli”**  
**Necochea – Bs. As.-**

Necochea 15 de Abril de 2014.

---

A  
Marianela Cappai  
Estudiante de Terapia Ocupacional.

---

Como Director del Hospital Subzonal Esp. En Neuropsiquiatría “Dr. Domingo José Taraborelli”, autorizó a Marianela Cappai a tomar como población de estudio a las Terapistas Ocupacionales de planta funcional para poder elaborar su tesis de grado.

Sin otro particular, saluda atte.

Lic. Justo Perez.

Lic. JUSTO JOSE PÉREZ  
Director Ejecutivo  
Decreto N° 1225  
Hosp. Domingo J. Taraborelli



ANEXO III.

*Ley Nacional de Salud  
Mental N° 26.657/2010.*



26 657 -  
Ministerio de  
**Salud**  
Presidencia de la Nación



Dirección Nacional de  
**Salud Mental y Adicciones**

*"No hay Salud sin Salud Mental. No hay Salud Mental sin Inclusión Social"*

# LEY NACIONAL DE SALUD MENTAL

## Capítulo I

### Derechos y garantías

ARTÍCULO 1º.- La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTÍCULO 2º.- Se consideran parte integrante de la presente ley los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptado por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991. Asimismo, la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud, del 14 de noviembre de 1990, y los Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas, del 9 de noviembre de 1990, se consideran instrumentos de orientación para la planificación de políticas públicas.

## Capítulo II

### Definición

ARTÍCULO 3º.- En el marco de la presente ley se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas.

En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de:

- a) Status político, socio-económico, pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso;
- b) Demandas familiares, laborales, falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas



Ministerio de  
**Salud**  
Presidencia de la Nación



Dirección Nacional de  
**Salud Mental y Adicciones**

*"No hay Salud sin Salud Mental; No hay Salud Mental sin Inclusión Social"*

prevalcientes en la comunidad donde vive la persona

c) Elección o identidad sexual;

d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

ARTÍCULO 4º.- Las adicciones deben ser abordadas como parte integrante de las políticas de salud mental. Las personas con uso problemático de drogas, legales e ilegales, tienen todos los derechos y garantías que se establecen en la presente ley en su relación con los servicios de salud.

ARTÍCULO 5º.- La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado.

### **Capítulo III**

#### **Ámbito de aplicación**

ARTÍCULO 6º.- Los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a los principios establecidos en la presente ley.

### **Capítulo IV**

#### **Derechos de las personas con padecimiento mental**

ARTÍCULO 7º.- El Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

- a) Derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, a partir del acceso gratuito, igualitario y equitativo a las prestaciones e insumos necesarios, con el objeto de asegurar la recuperación y preservación de su salud;
- b) Derecho a conocer y preservar su identidad, sus grupos de pertenencia, su genealogía y su historia;
- c) Derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos;
- d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria;
- e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe;
- f) Derecho a recibir o rechazar asistencia o auxilio espiritual o religioso;
- g) Derecho del asistido, su abogado, un familiar o allegado que éste designe, a



- acceder a sus antecedentes familiares, fichas e historias clínicas;
- h) Derecho a que en el caso de internación involuntaria o voluntaria prolongada, las condiciones de la misma sean supervisadas periódicamente por el órgano de revisión;
  - i) Derecho a no ser identificado ni discriminado por un padecimiento mental actual o pasado;
  - j) Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado, incluyendo las alternativas para su atención, que en el caso de no ser comprendidas por el paciente se comunicarán a los familiares, tutores o representantes legales;
  - k) Derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento dentro de sus posibilidades;
  - l) Derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, siendo reconocido siempre como sujeto de derecho, con el pleno respeto de su vida privada y libertad de comunicación;
  - m) Derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales sin un consentimiento fehaciente;
  - n) Derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmódificable;
  - o) Derecho a no ser sometido a trabajos forzados;
  - p) Derecho a recibir una justa compensación por su tarea en caso de participar de actividades encuadradas como laborterapia o trabajos comunitarios, que impliquen producción de objetos, obras o servicios que luego sean comercializados.

## Capítulo V

### Modalidad de abordaje

ARTÍCULO 8º.- Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

ARTÍCULO 9º.- El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales.

ARTÍCULO 10.- Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones, con las únicas excepciones y garantías establecidas en la



presente ley.

Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir la información a través de medios y tecnologías adecuadas para su comprensión.

ARTÍCULO 11.- La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas.

ARTÍCULO 12.- La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

## **Capítulo VI**

### **Del equipo interdisciplinario**

ARTÍCULO 13.- Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas.

## **Capítulo VII**

### **Internaciones**

ARTÍCULO 14.- La internación es considerada como un recurso terapéutico de



carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social. Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.

ARTÍCULO 15.- La internación debe ser lo más breve posible, en función de criterios terapéuticos interdisciplinarios. Tanto la evolución del paciente como cada una de las intervenciones del equipo interdisciplinario deben registrarse a diario en la historia clínica. En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes.

ARTÍCULO 16.- Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;
- c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

ARTÍCULO 17.- En los casos en que la persona no estuviese acompañada por familiares o se desconociese su identidad, la institución que realiza la internación, en colaboración con los organismos públicos que correspondan, debe realizar las averiguaciones tendientes a conseguir datos de los familiares o lazos afectivos que la persona tuviese o indicase, o esclarecer su identidad, a fin de propiciar su retorno al marco familiar y comunitario lo antes posible. La institución debe brindar colaboración a los requerimientos de información que solicite el órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

ARTÍCULO 18.- La persona internada bajo su consentimiento podrá en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. En todos los casos en que las internaciones voluntarias se prolonguen por más de SESENTA (60) días corridos, el equipo de salud a cargo debe comunicarlo al órgano de revisión creado en el artículo 38 y al juez. El juez debe evaluar, en un plazo no



mayor de CINCO (5) días de ser notificado, si la internación continúa teniendo carácter voluntario o si la misma debe pasar a considerarse involuntaria, con los requisitos y garantías establecidos para esta última situación. En caso de que la prolongación de la internación fuese por problemáticas de orden social, el juez deberá ordenar al órgano administrativo correspondiente la inclusión en programas sociales y dispositivos específicos y la externación a la mayor brevedad posible, comunicando dicha situación al órgano de revisión creado por esta ley.

**ARTÍCULO 19.-** El consentimiento obtenido o mantenido con dolo, debidamente comprobado por autoridad judicial, o el incumplimiento de la obligación de informar establecida en los capítulos VII y VIII de la presente ley, harán pasible al profesional responsable y al director de la institución de las acciones civiles y penales que correspondan.

**ARTÍCULO 20.-** La internación involuntaria de una persona debe concebirse como recurso terapéutico excepcional en caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y sólo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Para que proceda la internación involuntaria, además de los requisitos comunes a toda internación, debe hacerse constar:

- a) Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación. Se debe determinar la situación de riesgo cierto e inminente a que hace referencia el primer párrafo de este artículo, con la firma de dos profesionales de diferentes disciplinas, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales deberá ser psicólogo o médico psiquiatra;
- b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;
- c) Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.

**ARTÍCULO 21.-** La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de DIEZ (10) horas al juez competente y al órgano de revisión, debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez en un plazo máximo de TRES (3) días corridos de notificado debe:

- a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;
- b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;
- c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

El juez sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando,



cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

**ARTÍCULO 22.-** La persona internada involuntariamente o su representante legal, tiene derecho a designar un abogado. Si no lo hiciera, el Estado debe proporcionarle uno desde el momento de la internación. El defensor podrá oponerse a la internación y solicitar la externación en cualquier momento. El juzgado deberá permitir al defensor el control de las actuaciones en todo momento.

**ARTÍCULO 23.-** El alta, externación o permisos de salida son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El mismo deberá ser informado si se tratase de una internación involuntaria, o voluntaria ya informada en los términos de los artículos 18 ó 26 de la presente ley. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesa la situación de riesgo cierto e inminente. Queda exceptuado de lo dispuesto en el presente artículo, las internaciones realizadas en el marco de lo previsto en el artículo 34 del Código Penal.

**ARTÍCULO 24.-** Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a TREINTA (30) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación. Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez deberá pedir al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.

**ARTÍCULO 25.-** Transcurridos los primeros SIETE (7) días en el caso de internaciones involuntarias, el juez, dará parte al órgano de revisión que se crea en el artículo 38 de la presente ley.

**ARTÍCULO 26.-** En caso de internación de personas menores de edad o declaradas incapaces, se debe proceder de acuerdo a lo establecido por los artículos 20, 21, 22, 23, 24 y 25 de la presente ley. En el caso de niños, niñas y adolescentes, además se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.

**ARTÍCULO 27.-** Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los



dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos.

**ARTÍCULO 28.-** Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos necesarios. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

**ARTÍCULO 29.-** A los efectos de garantizar los derechos humanos de las personas en su relación con los servicios de salud mental, los integrantes, profesionales y no profesionales del equipo de salud son responsables de informar al órgano de revisión creado por la presente ley y al juez competente, sobre cualquier sospecha de irregularidad que implicara un trato indigno o inhumano a personas bajo tratamiento o limitación indebida de su autonomía. La sola comunicación a un superior jerárquico dentro de la institución no relevará al equipo de salud de tal responsabilidad si la situación irregular persistiera. Dicho procedimiento se podrá realizar bajo reserva de identidad y contará con las garantías debidas del resguardo a su fuente laboral y no será considerado como violación al secreto profesional.

Debe promoverse la difusión y el conocimiento de los principios, derechos y garantías reconocidos y las responsabilidades establecidas en la presente ley a todos los integrantes de los equipos de salud, dentro de un lapso de NOVENTA (90) días de la sanción de la presente ley, y al momento del ingreso de cada uno de los trabajadores al sistema.

## **Capítulo VIII**

### **Derivaciones**

**ARTÍCULO 30.-** Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. Los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.



**Ministerio de  
Salud**  
Presidencia de la Nación



**Dirección Nacional de  
Salud Mental y Adicciones**  
*"No hay Salud sin Salud Mental; No hay Salud Mental sin Inclusión Social"*

## **Capítulo IX**

### **Autoridad de Aplicación**

ARTÍCULO 31.- El Ministerio de Salud de la Nación es la Autoridad de Aplicación de la presente ley, a partir del área específica que designe o cree a tal efecto, la que debe establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental acorde a los principios establecidos.

ARTÍCULO 32.- En forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10 %) del presupuesto total de salud. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTÍCULO 33.- La Autoridad de Aplicación debe desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales en las disciplinas involucradas sea acorde con los principios, políticas y dispositivos que se establezcan en cumplimiento de la presente ley, haciendo especial hincapié en el conocimiento de las normas y tratados internacionales en derechos humanos y salud mental. Asimismo, debe promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.

ARTÍCULO 34.- La Autoridad de Aplicación debe promover, en consulta con la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación y con la colaboración de las jurisdicciones, el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.

ARTÍCULO 35.- Dentro de los CIENTO OCHENTA (180) días corridos de la sanción de la presente ley, la Autoridad de Aplicación debe realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas, discriminando datos personales, sexo, tiempo de internación, existencia o no de consentimiento, situación judicial, situación social y familiar, y otros datos que considere relevantes. Dicho censo debe reiterarse con una periodicidad máxima de DOS (2) años y se debe promover la participación y colaboración de las jurisdicciones para su realización.

ARTÍCULO 36.- La Autoridad de Aplicación, en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes,



**Ministerio de  
Salud**  
Presidencia de la Nación



**Dirección Nacional de  
Salud Mental y Adicciones**

*"No hay Salud sin Salud Mental: No hay Salud Mental sin Inclusión Social"*

10

así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular de organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

**ARTÍCULO 37.-** La Autoridad de Aplicación, en coordinación con la Superintendencia de Servicios de Salud, debe promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la presente ley, en un plazo no mayor a los NOVENTA (90) días corridos a partir de la sanción de la presente.

## **Capítulo X**

### **Órgano de Revisión**

**ARTÍCULO 38.-** Créase en el ámbito del Ministerio Público de la Defensa el Órgano de Revisión con el objeto de proteger los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud mental.

**ARTÍCULO 39.-** El Órgano de Revisión debe ser multidisciplinario, y estará integrado por representantes del Ministerio de Salud de la Nación, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa, de asociaciones de usuarios y familiares del sistema de salud, de los profesionales y otros trabajadores de la salud y de organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

**ARTÍCULO 40.-** Son funciones del Órgano de Revisión:

- a) Requerir información a las instituciones públicas y privadas que permita evaluar las condiciones en que se realizan los tratamientos;
- b) Supervisar de oficio o por denuncia de particulares las condiciones de internación por razones de salud mental, en el ámbito público y privado;
- c) Evaluar que las internaciones involuntarias se encuentren debidamente justificadas y no se prolonguen más del tiempo mínimo necesario, pudiendo realizar las denuncias pertinentes en caso de irregularidades y eventualmente, apelar las decisiones del juez;
- d) Controlar que las derivaciones que se realizan fuera del ámbito comunitario cumplan con los requisitos y condiciones establecidos en el artículo 30 de la presente ley;
- e) Informar a la Autoridad de Aplicación periódicamente sobre las evaluaciones realizadas y proponer las modificaciones pertinentes;
- f) Requerir la intervención judicial ante situaciones irregulares;
- g) Hacer presentaciones ante el Consejo de la Magistratura o el Organismo que en cada jurisdicción evalúe y sancione la conducta de los jueces en las



situaciones en que hubiera irregularidades;

- h) Realizar recomendaciones a la Autoridad de Aplicación;
- i) Realizar propuestas de modificación a la legislación en salud mental tendientes a garantizar los derechos humanos;
- j) Promover y colaborar para la creación de órganos de revisión en cada una de las jurisdicciones, sosteniendo espacios de intercambio, capacitación y coordinación, a efectos del cumplimiento eficiente de sus funciones;
- k) Controlar el cumplimiento de la presente ley, en particular en lo atinente al resguardo de los derechos humanos de los usuarios del sistema de salud mental;
- l) Velar por el cumplimiento de los derechos de las personas en procesos de declaración de inhabilidad y durante la vigencia de dichas sentencias.

## **Capítulo XI**

### **Convenios de cooperación con las provincias**

ARTÍCULO 41.- El Estado nacional debe promover convenios con las jurisdicciones para garantizar el desarrollo de acciones conjuntas tendientes a implementar los principios expuestos en la presente ley. Dichos convenios incluirán:

- a) Cooperación técnica, económica y financiera de la Nación para la implementación de la presente ley;
- b) Cooperación para la realización de programas de capacitación permanente de los equipos de salud, con participación de las universidades;
- c) Asesoramiento para la creación en cada una de las jurisdicciones de áreas específicas para la aplicación de políticas de salud mental, las que actuarán en coordinación con la Autoridad de Aplicación nacional de la presente ley.

## **Capítulo XII**

### **Disposiciones complementarias**

ARTÍCULO 42.- Incorpórase como artículo 152 ter del Código Civil:

Artículo 152 ter: Las declaraciones judiciales de inhabilitación o incapacidad deberán fundarse en un examen de facultativos conformado por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible.

ARTÍCULO 43.- Sustitúyese el artículo 482 del Código Civil, el que quedará redactado de la siguiente manera:



Ministerio de  
**Salud**  
Presidencia de la Nación



Dirección Nacional de  
**Salud Mental y Adicciones**

*"No hay Salud sin Salud Mental; No hay Salud Mental sin Inclusión Social"*

Artículo 482: No podrá ser privado de su libertad personal el declarado incapaz por causa de enfermedad mental o adicciones, salvo en los casos de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, quien deberá ser debidamente evaluado por un equipo interdisciplinario del servicio asistencial con posterior aprobación y control judicial.

Las autoridades públicas deberán disponer el traslado a un establecimiento de salud para su evaluación a las personas que por padecer enfermedades mentales o adicciones se encuentren en riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la evaluación de un equipo interdisciplinario de salud para las personas que se encuentren afectadas de enfermedades mentales y adicciones, que requieran asistencia en establecimientos adecuados aunque no justifiquen la declaración de incapacidad o inhabilidad.

ARTÍCULO 44.- Derógase la Ley 22.914.

ARTÍCULO 45.- La presente ley es de orden público.

ARTÍCULO 46.- Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.

**DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRÉS, A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE NOVIEMBRE DEL AÑO DOS MIL DIEZ.**



UNIVERSIDAD NACIONAL  
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL  
D. FUNES 3350 – TEL/FAX: 0223- 4752442.

Título: .....

Tesista/s (alumno – profesional) *Cappari* .....

Jurados Titulares: *lic. Curren* .....

*lic. Calderone* .....

*lic. Fernandez U* .....

Fecha de defensa: *9 / 4 / 15* .....

Calificación: *8 (ocho)* .....