

2014

Representaciones de los terapeutas ocupacionales sobre el ejercicio del rol : en el marco de un nuevo paradigma de salud mental... Ley Nacional N°26657

Cappai, Marianela

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/785>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

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



LEY NACIONAL N° 26657



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
TESIS PRESENTADA PARA ACCEDER AL TITULO DE LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL
MARIANELA CAPPAL . NECOCHEA PCIA. BS AS . ARGENTINA

2014

Directora: María Laura Curien.

Licenciada en Terapia Ocupacional.

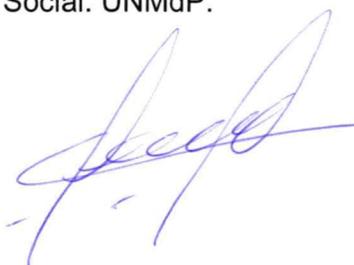


Asesoramiento metodológico:

Asignatura de trabajo final del Departamento Pedagógico de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP.

Tesista: Marianela Cappai

D.N.I.: 32.885.917



Agradecimientos.

A mi mamá: Por ser el gran sostén de mi vida, por enseñarme a perseguir los sueños y por acompañarme incondicionalmente. Gracias por la confianza depositada, por los valores transmitidos y por la oportunidad de construir el futuro desde una carrera universitaria.

A mi papá: Por estar presente siempre desde el recuerdo y ser mi guía espiritual.

A mi hermano: Por ese vínculo que nos hace compañeros y muchas veces hasta cómplices, por saber que siempre estás y puedo contar con vos.

A mis tíos: Sonia y Eduardo por animarme y hacerme sentir que vale esforzarse para alcanzar las metas.

A mis amigas: Elizabeth, Ileana, Luz, Melisa y Luciana por haber transitado conmigo este camino y por haber dejado en mí el recuerdo más lindo de esta etapa de estudiante.

Gracias a cada una de ustedes por los momentos valiosos compartidos.

A la Directora de este estudio: Lic. Laura Curien por su valiosa decisión de asumir tal desafío, por su influencia alentadora, sus acertadas consideraciones y la lectura minuciosa de este trabajo en cada etapa de elaboración.

A quienes tuvieron una participación directa o indirecta en este estudio contribuyendo a hacer posible su concreción.

Muchas gracias!!!!

Índice

Portada.....	1
Dirección y Asesores	2
Agradecimientos.....	3
Índice.....	4
Introducción.....	6
Estado actual de la cuestión.....	11
Capítulo I: <i>El proceso institucional psiquiátrico en Argentina</i>	19
- De un hospital de puertas cerradas a un hospital de puertas abiertas.....	22
Capítulo II: <i>Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico</i> <i>Dr. Domingo Taraborelli</i>	31
- Un recorrido institucional.....	32
Capítulo III: <i>Representaciones Sociales acerca de la Salud Mental</i>	40
- Representaciones que acompañaron a la enfermedad mental en el devenir histórico.....	41
Capítulo IV: <i>Terapia Ocupacional en Salud Mental</i>	51
- Orígenes de la Terapia Ocupacional en Argentina.....	52
- La Terapia Ocupacional como disciplina.....	54
- Una mirada sobre la nueva política de Salud Mental y la Terapia Ocupacional.....	64
Capítulo V: <i>Un acercamiento a la realidad de la práctica</i>	71

<i>Capítulo VI. Aspectos Metodológicos</i>	91
1- Problema de investigación.	92
2- Objetivos del trabajo final.....	93
3- Variable principal de estudio.	94
✓ Definición conceptual de la variable.....	94
✓ Definición operacional de la variable.....	95
4- Dimensionamiento de la variable.....	96
5- Indicadores de análisis.....	98
6- Tipo de estudio de la investigación.....	99
7- Enfoque metodológico.....	99
8- Muestra.....	100
9- Método de selección de la muestra.....	100
10-Criterios de inclusión de la muestra.....	101
11-Criterios de exclusión de la muestra.....	101
12-Población del estudio	101
13-Técnica de recolección de datos.....	102
14-Instrumento de recolección de datos.....	104
15-Análisis de datos: Técnica de análisis.....	106
<i>Capítulo VII Análisis de datos</i>	109
<i>Capítulo VIII Conclusión</i>	119
<i>Bibliografía</i>	124
<i>Anexo I</i>	130
<i>Anexo II</i>	146

Introducción.

Esta investigación se inició 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 Nacional N° 26.657/2010 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013.

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

El propósito del presente trabajo se sustentó en el interés de conocer las representaciones de los Terapistas Ocupacionales del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli sobre la incidencia que tiene, 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, inciden 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. Por ello,

en la presente investigación se abordaron 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*", fue 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*¹ 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.²

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

La Terapia Ocupacional, centra su estudio y su accionar en la *ocupación humana*³ 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. (Polonio López y cols., 2001)

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

² 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.

³ En esta investigación se utiliza el término Ocupación en su sentido etimológico.

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.

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 abordó por esta razón 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.”⁴

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, tuvo como propósito evitar que permanecieran ajenos o neutrales en el nuevo escenario.

⁴ Van Gelderen, A.M. y López Espinosa, G. (1999). *La escuela argentina en transformación*. Buenos Aires: Aula XXI Santillana. (p. 164).

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.⁵
- ✓ Rehabilitación Psiquiátrica. Claves para la recuperación⁶.

Considerando que la interdisciplina es uno de los pilares sobre los que se asienta esta Ley, se procedió 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 que se hubieran hallado resultados positivos al respecto.

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

⁵ Aldisi, G. , Bernstein, J., Moldavsky, D. y Stein, E. (2011). *Aportes a la Psiquiatría Argentina del siglo XXI*. (1ª ed.).Buenos Aires: Asociación de Psiquiatras Argentinos(APSA).

⁶ Gabay, P. M. y Fernández Bruno, M. (2011). *Rehabilitación Psiquiátrica. Claves para la recuperación* .(1ª ed.). Buenos Aires: Polemos.

- Inclusión Social en Salud Mental: *La concepción y el rol de los trabajadores de Salud Mental*⁷.

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.

⁷ Alcova, M. V. , Raimondi, P. y Torado Kicyla, A. (2012). Inclusión Social en Salud Mental: la concepción y el rol de los trabajadores de Salud Mental. *Margen N°64*. [en línea]. Disponible en:<http://www.margen.org/suscri/margen64/Raimondi.pdf>. Fecha de consulta: 10/12/2014.

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*⁸, 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*⁹.

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.

⁸ Figura literaria en retórica que consiste en combinar dos expresiones de significado opuesto en una misma estructura.

⁹ Barrenechea. R. , Obermann, M.F. y Tallarico, M.E. Del incapaz al sujeto de derecho. [en línea]. Disponible en :http://www.proyectoetica.org/.../incapaz_sujeto-derecho-Ley_26657.pdf. Fecha de consulta: 10/12/2014.

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*¹⁰: 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.

¹⁰Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología. Proyecto de extensión: Movimiento Marimbarte: Dispositivo de inclusión por el arte para personas con Padecimiento Mental. [en línea]. Disponible en: <http://www.mdp.edu.ar>. Fecha de consulta: 10/12/2014.

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.

Otro proyecto de extensión, enmarcado también en la Ley Nacional N° 26.657, es *Colectivo Crisálida: Arte + Salud Mental + Intervención Comunitaria*, impulsado por la Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social de la UNMdP. Está destinado a personas con padecimiento psíquico y en situación de vulnerabilidad social, económica y familiar. El abordaje se facilita desde la construcción y el fortalecimiento de redes sociales a partir de la creación de propuestas culturales y artísticas en espacios comunitarios. En el proyecto participan graduados y estudiantes de carreras afines al Arte y a la Salud Mental.

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.

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 me condujo 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. Impulsó el proceso institucional psiquiátrico argentino con un criterio de resocialización, centrado en la filosofía de puertas abiertas. (Aldisi, Bernstein y cols., 2011)
- *Dr. Ramón Carrillo (1906-1956):* 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*"¹¹.

¹¹ Aldisi, G. , Bernstein, J., Moldavsky, D. y Stein, E. (2011) . *Aportes a la Psiquiatría Argentina del siglo XXI*. (1ª ed.).Buenos Aires: Asociación de Psiquiatras Argentinos(APSA).

- *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. Fundador del Primer Servicio de Psiquiatría en un Hospital General. Así nació el Servicio de Psicopatología del Policlínico de Lanús.

Rescatar sus nombres y sus obras de los anales de la historia de la enfermedad mental, me permitió 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. Fue desde sus orígenes una estrategia social para ejercer el control de la locura. (Galende, 1994.)

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".

El modelo manicomial significó el menoscabo de la privacidad, de los derechos individuales y de la singularidad del individuo con enfermedad mental. Instauró como modalidad vincular una **estructura asimétrica de poder**, ejerciéndose un

sometimiento autoritario. (Galende,1994). La diversidad era considerada como inferioridad, invalidante de la existencia del ser diferente.

En Europa, a comienzos de la Edad Contemporánea, surgieron las ideas innovadoras de Pinel y Esquirol que transformaron al asilo mental en hospital como sitio de cuidado y medio terapéutico. Se debió a ambos la primera reacción humanitaria frente a los llamados “dementes”.

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.

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. (Falcone, 2014).

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*"¹².

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 en 1901 y la Colonia Montes de Oca en 1915, en la localidad de Torres, partido de Luján. Como institución psiquiátrica, la colonia se diferenciaba del hospital psiquiátrico. 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. (Fiasché, 2003).

*"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*¹³ *en nuestro país. El objetivo fundamental era mejorar la situación de los internados y generar condiciones de vida dignas para el sujeto con enfermedad mental*"¹⁴.

En 1949, la política sanitaria del Dr. Ramón Carrillo (Ministro de Salud Pública de la Nación) ponía énfasis en una Psiquiatría Preventiva. Esta iniciativa novedosa

¹² Fiasché, A. (2003). *Hacia una Psicopatología de la Pobreza*. Buenos Aires: Editorial Popular Madres Plaza de Mayo. (p. 115).

¹³ 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.

¹⁴ Aldisi, G., Bernstein, J., Moldavsky, D. y Stein, E. (2011) . *Aportes a la Psiquiatría Argentina del siglo XXI*. (1ª ed.). Buenos Aires: Asociación de Psiquiatras Argentinos(APSA). (p. 12).

planteaba los Centros de Psiquiatría Preventiva como un servicio auxiliar de los hospitales mentales, servicio pre-hospitalario, para promover el tratamiento externo de los enfermos mentales. (Chiarveti, 2008).

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.

Lo anteriormente mencionado se vio reflejado en la creación del Instituto Nacional de Salud Mental en 1957. El mismo proponía prevenir las enfermedades neuropsiquiátricas, prestar asistencia integral a los enfermos que padecen este tipo de afecciones, contribuir a su recuperación y rehabilitación social. (Chiarveti, 2008).

A mediados de esta década, el Servicio Psiquiátrico fue incorporado en el Hospital General, destacándose la obra del Dr. Mauricio Goldemberg 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 (Policlínico de Lanús).

La década del '60, dio apertura a cambios sustanciales. Se promovió el Plan de Salud Mental de 1967 con la incorporación de Comunidades Terapéuticas (**Primer intento de reforma democrática en Salud Mental**). 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.

La influencia política de la dictadura militar, hacia mediados de la década del '70, incidió en la continuidad de los aires de cambio que venían gestándose, los cuales serían retomados con la vuelta a la democracia. Las estrategias que se plantearon para la Salud Mental en la década del '80 contemplaban la integración de las políticas en Salud Mental con las políticas generales de salud; la integración intersectorial; la ampliación de la cobertura, incluyendo acciones de promoción y prevención; la transformación de los grandes hospitales psiquiátricos y el desarrollo conceptual y práctico de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en Salud Mental. (Chiarvetti, 2008).

Se desarrolló además una intensa actividad con las provincias, logrando la organización en cada una de ellas de una conducción de Salud Mental. Fue así como las provincias de Río Negro, Santa Fe y Entre Ríos encararon cambios significativos para la sustitución de los manicomios. Cambios que serían apreciados como propuestas válidas de reforma.

En 1998 se dictó por Resolución un Plan Nacional de Salud Mental que enmarcaba estrategias de *desmanicomialización* mediante la adecuación paulatina de los hospitales psiquiátricos, consolidando otras estrategias alternativas a los mismos.

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

Fue en la segunda mitad del siglo XX que se encauzaron estas nuevas líneas de pensamiento, en pos de la sustitución de los hospitales psiquiátricos por heterogéneos dispositivos alternativos con base en la comunidad. Avanzar hacia

la gradual sustitución de las viejas estructuras asilares para hacer efectiva la innecesariedad de su existencia.

Entre las experiencias pioneras de desmanicomialización más conocidas y consolidadas, se destacó la liderada por Franco Basaglia, en Trieste, Italia. Su movimiento de *desinstitucionalización* funcionó como modelo a imitar en la transformación de la Salud Mental en el resto del mundo.

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.

“La desinstitucionalización es lograr cambios en las subjetividades que permitan que estas personas recuperen capacidades sociales que les permitan vivir en el afuera del hospital”¹⁵.

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.

¹⁵ Galende, E. (2008). Desmanicomialización institucional y Subjetividad. *Revista psicoanalítica*. Vol. XXX, (N° 2/3). (p. 410). Comunicación presentada en conferencia y mesa redonda sobre Desmanicomialización. [en línea]. Disponible en: <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/conferencia-E-Galende.pdf>. Fecha de consulta: 05/12/2014

En nuestro país, la provincia de Río Negro tomó la vanguardia en legislar sobre la desmanicomialización, en 1991. Se legalizó así lo que las prácticas terapéuticas ya habían validado como alternativas de sustitución de los neuropsiquiátricos en la provincia.

La propuesta de innovación rionegrina se asienta en cimientos o “principios”, que a la vez le dan sustento, tales como: rescatar los recursos saludables presentes en las personas; hablar en términos de sufrimiento mental; atender a las crisis mentales en el medio donde se originan, es decir donde la persona vive, trabaja y desarrolla sus días; la socialización de los conocimientos, como una necesidad para reformular la práctica a partir de nuevos protagonistas y de escenarios o situaciones diferentes.

En el tránsito hacia la desmanicomialización, la provincia de Entre Ríos hizo sus avances desde el “sistema de puertas abiertas”, aspirando como meta a la sustitución definitiva de los establecimientos psiquiátricos. La provincia de Santa Fe priorizó la transformación de estas instituciones.

Como lo señaló Emiliano Galende en 2008, en una conferencia sobre Desmanicomialización, los programas de reforma son un cambio que implica desandar no sólo estos establecimientos custodiales, sino generar estrategias que permitan desandar las consecuencias de estas subjetividades institucionalizadas en las personas.

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

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.

“El cambio epistemológico requiere también de cambios en los modos en que construimos el imaginario social, no hay posibilidad de desmanicomialización si la población y la sociedad en su conjunto no acompañan el proceso¹⁶”.

¹⁶ Galende, E. (2008) .Desmanicomialización institucional y Subjetividad. *Revista psicoanalítica*. Vol. XXX. (N° 2/3). (p.413). Comunicación presentada en conferencia y mesa redonda sobre Desmanicomialización. [en línea]. Disponible en: <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/conferencia-E-Galende.pdf>. Fecha de consulta: 05/12/2014.

Capítulo II

Hospital Subzonal Especializado

Neuropsiquiátrico Dr. Domingo

Taraborelli.

Un recorrido institucional.

La institución hospitalaria en la que se centró este estudio de investigación es el Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli de la ciudad de Necochea, de carácter regional y dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 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*¹⁷, se decidió un cambio de destino para el Hospital General Díaz Vélez. Según estudios realizados se detectaban grandes demandas 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.

¹⁷ 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 línea]. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/regiones-sanitarias/>. Fecha de consulta 05/12/2014

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, adecuándolo 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 para entender y naturalizar lo innecesario de su existencia.

Escasas fuentes de información, tanto de la ciudad como del establecimiento, permitieron la recolección de datos sobre los inicios del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli.

En la Argentina de los '60, el modelo de *Comunidad Terapéutica*¹⁸ 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.

¹⁸ 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, Á. (2003). *Hacia una Psicopatología de la Pobreza*. Buenos Aires: Editorial Popular Madres Plaza de Mayo.

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.

Desde sus inicios el Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli fue 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. En diciembre de 2012 se presentó el proyecto de solicitud de apertura de la Residencia de Terapia Ocupacional.

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 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.

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, consideré relevante tomar el concepto con que las definió Moscovici en 1960: como 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, la nueva normativa de Salud Mental hace un reconocimiento 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.

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”¹⁹.

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.

¹⁹ Hooff, P. F., Chaparro, E. y Salvador, H. (2003). *Bioética, Vulnerabilidad y Educación* (Tomo I). VIII Jornadas Argentinas de Bioética. VIII Jornadas Latinoamericanas de Bioética. Mar del Plata: Edición Suárez. (p. 94).

“(...) 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(...)”²⁰

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.

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 y paradigmas de salud.

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.

²⁰ Falicov, E. y Lifszyc, S. (2002). *Sociología*. Buenos Aires: Aique. (p.172).

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*²¹, 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. (Foucault, 1967).

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 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, a la vez que se creía que la navegación ejercía una influencia purificadora sobre estas almas errantes. (Foucault, 1967).

²¹ 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.

La medida de expulsión se convirtió en una costumbre propia de este momento histórico.

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, por cuanto no se abrió sobre un espacio de conocimiento positivo de la enfermedad mental. (Foucault, 1967).

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.

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

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.

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. (Galende,1994).

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.

En el entramado cultural de nuestro tiempo, se expone y se hace manifiesto lo que antes necesitó de ocultamiento. 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. (Galende,1994).

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.

Grimson, en su libro "Sociedad de Locos" de 1972, expresa que 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. 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.

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. 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 las 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.

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 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 en el marco 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.

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, rescaté el decir de Isabelino A. Siede, autor del prólogo del libro: *¿Son o se hacen?*, 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 comedida 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.

... 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. Siede²².

²² 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.

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.

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).

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.

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. (Gabay y Fernández Bruno, 2011). 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. (Polonio López y cols., 2001).

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 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. (Polonio López y cols., 2001). 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.

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. 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.

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.

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. (Willard y Spackman, 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. (Willard y Spackman, 1998).

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.

“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 (...)”²³.

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, debiéndose la entender en relación con el medio ambiente, la nutrición, el trabajo, la ocupación y las condiciones de vida.

²³ Dimauro, M. I. (1995). *Salud Mental y Sociedad*. (1ª ed.). Buenos Aires: El Ateneo. (p.121).

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 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.

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 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. (Aldisi, Bernstein y cols, 2011).

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. (Dimauro, 1995).

“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 buscar refugio en una nueva hospitalización, en procura de una sociedad más simple y más tolerante²⁴”.

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 (...)”²⁵.*

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. (Aldisi, Bernstein y cols., 2011). 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

²⁴ Dimauro, M. I.(1995). *Salud Mental y Sociedad*. (1ª ed.). Buenos Aires: El Ateneo. (p.152).

²⁵ Idem. (p. 98).

caso de las internaciones, pero que a su vez oferta explícitamente cuidado, tratamiento y rehabilitación.

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". (García,1997). Es en el espacio grupal donde se dramatizan espontáneamente los conflictos del ámbito intrapsíquico.

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. (García,1997).

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"*²⁶.

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

²⁶ García, D.(1997). *El Grupo. Métodos y Técnicas Participativas*. Buenos Aires: Espacio. (p.25).

aprendizajes ya que es un espacio que invita a indagar, a investigar la realidad, a ratificar o rectificar modelos aprendidos y a movilizar estructuras personales, pudiendo modificar todo estereotipo que no ayude a crecer. (García,1997).

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. (Polonio López y cols., 2001).

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 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 decirlo 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”*²⁷.

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. (Dimauro,1995). *“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”*²⁸.

²⁷ Freire, P. (1997). *Pedagogía de la Autonomía: Saberes necesarios para la Práctica Educativa*. Madrid: Siglo XXI. (p.113).

²⁸ Dimauro, M. I.(1995). *Salud Mental y Sociedad*. (1ª ed). Buenos Aires: El Ateneo.(p.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 transformación de la Salud Mental en lo concerniente a conceptos teóricos, paradigmas y prácticas de asistencia²⁹.

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*³⁰ como base de toda práctica de asistencia. (Plan Nacional de Salud Mental 2013- 2018. Resolución N° 2177/2013). 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.

²⁹ 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*".

³⁰ El término Salutogénesis fue creado por Aarón Antovsky, médico sociólogo, en las últimas décadas del siglo XX.

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 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. (Aldisi, Bernstein y cols., 2011).

*"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 acceder, dado que el dolor resulta ambiguo e inverificable para los demás"*³¹.

³¹ Aldisi, G., Bernstein, J., Moldavsky, D. y Stein, E. (2011). *Aportes a la Psiquiatría Argentina del siglo XXI*. (1ª ed.). Buenos Aires: Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). (p. 61).

“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”³². 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”³³.*

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.

³² Idem. (p.112).

³³ Idem. (p.114).

Como se mencionó anteriormente, la interdisciplina valida como único diagnóstico el 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*³⁴ 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

³⁴ 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.

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.

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 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.*

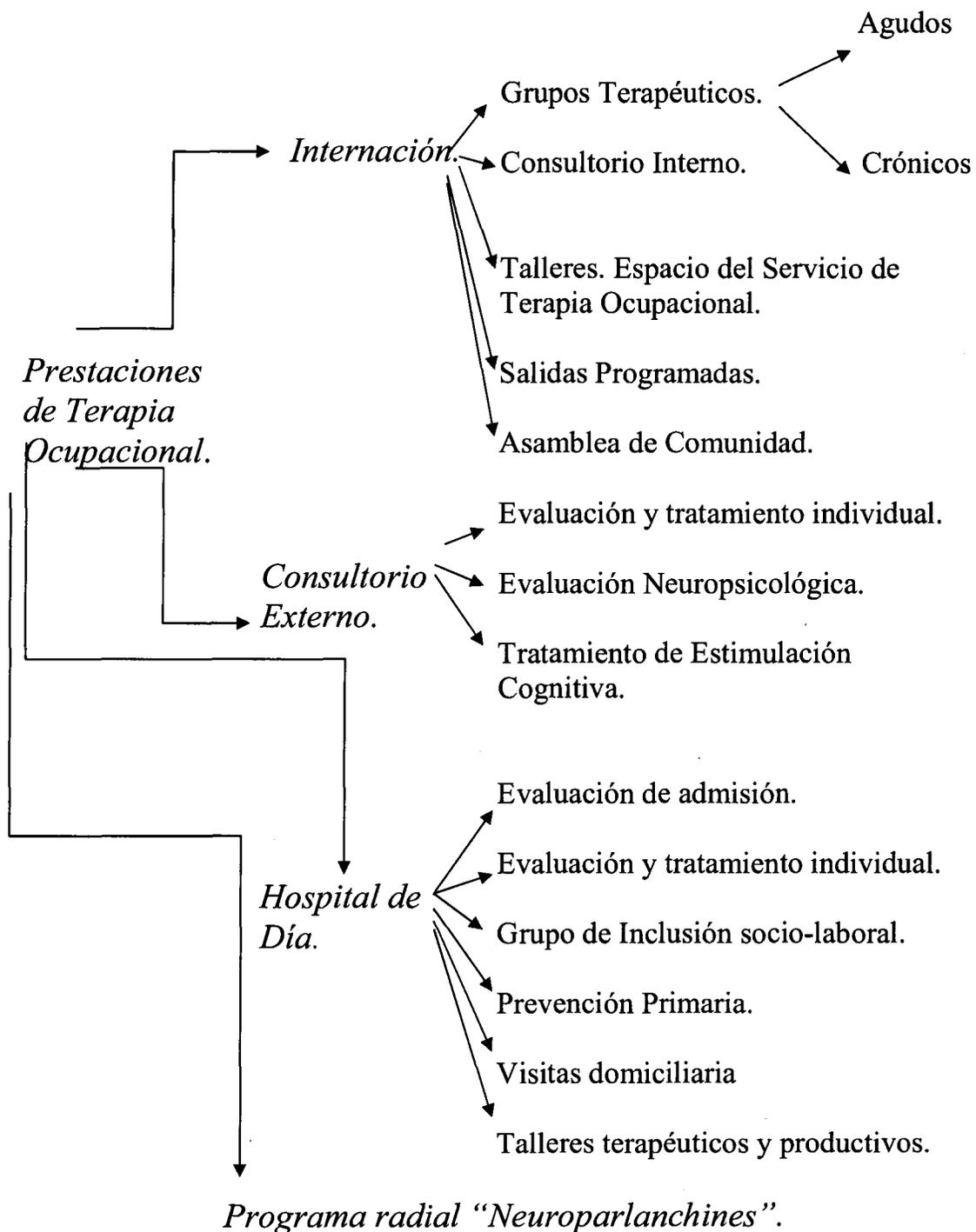
- ✓ *Dos Licenciadas en Terapia Ocupacional: Integrantes de los equipos interdisciplinarios de los Grupos de Pacientes Crónicos. Coordinadoras y co-coordinadoras de los distintos Talleres del Servicio. Asistencia por Consultorio Interno de Pacientes en estado Crónico.*

- ✓ *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.
- 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. El tratamiento está basado en la integración socio-laboral-comunitaria.

1-c) *TALLERES:* Cada espacio de taller se asienta en un encuadre pre-establecido. 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 línea]. Disponible en:<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 Terapeuta 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 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) VISITAS 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.

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. 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.

Los objetivos terapéuticos aspiran a promover y/o estimular las funciones cognitivas para prevenir mayor deterioro y mantener el funcionamiento cognitivo que presentan los pacientes. Se pretende mejorar y/o mantener y/o favorecer la independencia (autonomía) y el desempeño en las actividades de la vida diaria, a la vez que se tiende a favorecer y/o mantener la capacidad de comunicación y la interacción con el otro.

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.

Los objetivos terapéuticos que se persiguen se centran en favorecer la recuperación o adquisición de hábitos básicos de trabajo y habilidades socio- laborales para acceder y manejarse adecuadamente en el ambiente de trabajo, como así también en facilitar el conocimiento sobre las propias destrezas y habilidades y 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 posible 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.

Los objetivos terapéuticos definen la intencionalidad de promover conductas socializantes y de inclusión socio-laboral, conjuntamente con favorecer la recuperación o adquisición de hábitos básicos de trabajo y habilidades socio-laborales para acceder y manejarse adecuadamente en el ambiente de trabajo.

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, le permite acercarse al encuentro con sí mismo y no perder (o recuperar) el derecho a la dignidad.*

Se le ofrece un espacio de reencuentro con la cotidianeidad, 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.

➤ **Actividades Artísticas:**

Los objetivos terapéuticos se orientan a estimular la capacidad creadora, expresiva y artística de los pacientes, a propiciar un espacio lúdico y recreativo, como así también a 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.

- 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:**

Los objetivos terapéuticos formulan la pretensión de estimular y mantener el funcionamiento cognitivo para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Aspiran a incrementar la autonomía e independencia en las actividades de la vida diaria y a dotarlos, en su entrenamiento, de una serie de estrategias y de ayudas con las que puedan compensar su déficits cognitivos. Desde los objetivos propuestos se hace manifiesta la intencionalidad de 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. Lo expuesto les permitirá aprender a utilizar estrategias

atencionales y de memoria para compensar los efectos de las alteraciones cognitivas.

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 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.

- 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.

Capítulo VI

Aspectos Metodológicos.

1- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

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

Se procuró conocer: **¿Cuáles son las representaciones que poseen los Terapistas Ocupacionales del Hospital Subzonal Especializado Neurpsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli de la ciudad de Necochea, sobre el impacto que tiene 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, pretendió explicar que el entendimiento del nuevo escenario terapéutico en Salud Mental y el modo particular con que cada Terapeuta Ocupacional lo vivencia en sus prácticas terapéuticas, se asienta en representaciones. La lectura de la nueva realidad terapéutica, depende de los valores aprehendidos por el Terapeuta Ocupacional, los que organizan su experiencia, sus prácticas y en consecuencia es en función de ellos que comprende y explica la realidad.

2- OBJETIVOS DEL TRABAJO FINAL.

2.A- Objetivo general :

- ✓ Conocer las representaciones de los Terapistas Ocupacionales del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli de la ciudad de Necochea, sobre la incidencia que tiene 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 Terapistas Ocupacionales 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: 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 Terapeuta 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.

3- VARIABLE PRINCIPAL DEL ESTUDIO.

Representaciones de los Terapistas Ocupacionales sobre el ejercicio de su rol profesional, como agentes de la Salud Mental, en el marco de la Ley Nacional N° 26.657.

3-1 Definición conceptual de la variable:

Las representaciones son un proceso de elaboración mental e individual que se presentan como un sistema de valores, ideas y prácticas relativas a situaciones y/o acontecimientos del medio social.

Al ser elaboradas por Terapistas Ocupacionales, sujetos sociales, son complejas construcciones en las cuales tiene importante valor además del propio objeto, Ley Nacional N° 26.657, la experiencia singular de cada profesional, sus interacciones con otros profesionales y los modelos de pensamiento que recibe a través del contexto social.

Las representaciones constituyen, para cada Terapeuta Ocupacional, un instrumento interpretativo de la Ley como realidad que irrumpe en el ejercicio de su rol profesional.

3-2Definición Operacional de la Variable.

La variable *“Representaciones de los Terapistas Ocupacionales sobre el ejercicio de su rol profesional, como agentes de la Salud Mental, en el marco de la Ley Nacional N°26.657,* se definió como: las opiniones del Terapeuta Ocupacional sobre la nueva política de Salud Mental, las modalidades de tratamiento y asistencia que la misma regula y los posibles cambios en el ejercicio del rol profesional. Se incluyeron las valoraciones en el ejercicio del rol en términos de metas profesionales y las expectativas presentes respecto al desempeño de su futuro accionar terapéutico, que en consecuencia se vinculan 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 contribuyó a la elaboración del instrumento de recolección de datos y permitió acotar los aspectos sobre los cuales se indagó en el trabajo de campo.

Se ponen en consideración las dimensiones de la variable a partir de las cuales se elaboraron los indicadores de evaluación pertinentes, los que permitieron la concreción del propósito de la 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.

- ✓ **Percepción del Terapeuta Ocupacional sobre la incidencia de la Ley N° 26.657 en el ejercicio del rol profesional.** Entendida como el acto interpretativo, de carácter cognitivo, que realiza el Terapeuta Ocupacional sobre la información procedente del texto de Ley para comprender su incidencia en el ejercicio del rol profesional.

- ✓ **Proyecciones que el Terapeuta Ocupacional realiza sobre el desempeño de su futuro rol profesional.** Consideradas como las aspiraciones de nuevas perspectivas de los Terapeutas Ocupacionales en el ejercicio del rol, conducentes a metas y objetivos ajustados al modelo de intervención terapéutica que la Ley impulsa.

Las dimensiones planteadas expresaron así tres momentos analíticos de la variable:

- ✦ Representaciones en términos de valoraciones del ejercicio del rol profesional.
- ✦ Representaciones acerca del rol a partir de la implementación de la Ley.
- ✦ Representaciones de desempeño futuro.

5- INDICADORES DE ANÁLISIS:

Variable	Dimensiones	Indicadores de análisis.	Preguntas de investigación.
Representaciones de los Terapistas Ocupacionales sobre el ejercicio de su rol profesional, como agentes de la Salud Mental, en el marco de la Ley Nacional N° 26.657.	A. Valoraciones del ejercicio del rol profesional. 	Metas valoradas en el ejercicio del rol profesional.	¿Cuáles son las metas profesionales sobre las que construye cotidianamente el proceso de atención a personas con padecimiento mental?
	B. Percepciones del Terapeuta Ocupacional sobre la incidencia de la Ley N° 26.657 en el ejercicio del rol profesional. 	1.Opinión del Terapeuta Ocupacional sobre las nuevas modalidades de tratamiento y asistencia reguladas en la Ley.	¿Cuál es su posicionamiento, como agente de salud, respecto a la Ley como instrumento orientador del abordaje y tratamiento del padecimiento mental?
		2.Percepción de cambios favorables operados en ejercicio del rol profesional a partir de la Ley.	¿Qué cambios favorables estima, se introducen con la nueva normativa, en la cotidianeidad de sus prácticas?
		3.Percepción de dificultades en el ejercicio del rol desde la vigencia de la normativa.	En su hacer profesional, ¿qué dificultades percibe desde la implementación de la Ley?
	C. Proyecciones que el Terapeuta Ocupacional realiza sobre el desempeño de su futuro rol profesional. 	1. Perspectivas de desarrollo en el futuro desempeño del rol profesional.	Dentro del universo cambiante que plasma la Ley, ¿qué perspectivas futuras vislumbra en relación a su rol?
		2. Desafíos respecto del desempeño futuro del rol profesional.	Desde la Ley y desde la realidad en que desarrolla sus prácticas terapéuticas, ¿qué aspectos se tornan en futuros desafíos para el ejercicio de su rol?

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 pretendió a través de este estudio, indagar y describir las representaciones de los Terapistas Ocupacionales sobre la incidencia de la normativa en el ejercicio de las prácticas terapéuticas.

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

7-ENFOQUE METODOLÓGICO.

Enfoque de investigación. Cualitativo.

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

Se aspiró a conocer las representaciones que los Terapistas Ocupacionales 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 estuvo constituida por cuatro 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 adoptó para la selección de la muestra correspondió al tipo de diseño *no probabilístico por conveniencia*. Las unidades de análisis estuvieron conformadas por Terapistas Ocupacionales, de sexo femenino, que integran la planta funcional del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli. Los sujetos fueron seleccionados según los siguientes criterios:

➤ *Significatividad del contexto.*

La selección de los sujetos muestrales se hizo 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, fueron 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.

No se consideraron en el presente estudio criterios de exclusión por tratarse de una muestra pequeña.

12-POBLACIÓN DEL ESTUDIO.

Terapeutas Ocupacionales 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 seleccionó como instrumento de recolección de datos la *entrevista en profundidad*. Atendiendo a que se pretendió conocer las representaciones que tienen las Terapistas Ocupacionales sobre el impacto de la Ley Nacional N° 26.657 en su ejercicio profesional, se consideró dicho instrumento significativo porque permitió interrogar con mayor detenimiento y contribuyó al entendimiento del modo en que cada una de ellas interpreta el nuevo escenario terapéutico.

Se optó por una entrevista administrada en forma individual. Si bien se procuró mantener el orden y la redacción de las preguntas, se consideró la posibilidad de flexibilizar las mismas para dinamizar la entrevista. Posibilitar readaptaciones o reajustes a medida que el entrevistado va avanzando en sus respuestas, contribuye a atender aspectos nuevos o imprevistos que merecen ser ampliados.

Las entrevistas fueron 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 permitió recoger por escrito la información concreta, relevante y significativa para su análisis.

La introducción al campo para el relevamiento de los datos estuvo mediada por la intervención de la Jefa del Servicio de Terapia Ocupacional, quien determinó la unidad de lugar dentro de la institución para la realización de las entrevistas, como también facilitó la disposición horaria para la inserción del instrumento en la secuencia de acciones cotidianas de Terapia Ocupacional.

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

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

Se pretendió a través de la formulación de interrogantes, conocer las representaciones de los Terapeutas 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 cuáles son sus proyecciones sobre el desempeño de su futuro rol, en el marco de una nueva realidad terapéutica.

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

Previo al inicio de la entrevista se informó a cada entrevistado sobre el interés de la investigación, los objetivos perseguidos y las temáticas a abordar. En esta oportunidad, se dieron 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 Terapeuta Ocupacional sobre el ejercicio del rol,
en el marco de un nuevo Paradigma de Salud Mental.*

I- ✦ Valoración del ejercicio profesional.

1. Valoración de la praxis.

II- ✦ Rol del Terapeuta Ocupacional en el marco de la Ley N° 26.657.

1. Connotaciones que el Terapeuta Ocupacional otorga a las modalidades de tratamiento y asistencia introducidas por la Ley.
2. Nuevos rasgos resignificativos del rol.
3. Identificación de obstáculos en el hacer profesional a partir de la vigencia de la Ley.

III- ✦ Proyecciones del desempeño futuro del rol profesional.

1. Aspiraciones de desarrollo, nuevos desafíos en el rol profesional.
2. Desafíos en el desempeño futuro del rol.

15-ANÁLISIS DE DATOS: Técnica de análisis.

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

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

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

Para consignar los aportes de los Terapistas Ocupacionales, se detalla cada eje con la dimensión de la variable, indicadores de análisis y pregunta vinculante.

Eje temático N° I: ✨ Valoraciones del ejercicio profesional.

Este eje se vio objetivado en la dimensión A de la variable: **valoraciones del ejercicio del rol profesional**, y en su correspondiente indicador de análisis:

- *Metas valoradas en el ejercicio del rol profesional.* El presente indicador fue valorado en interrogante n° 1.

Eje temático N° II: ✨ El rol del Terapeuta Ocupacional en el marco de la Ley N° 26.657.

Este eje tomó en consideración la dimensión B de la variable: **Percepciones del Terapeuta Ocupacional sobre la incidencia de la Ley en el ejercicio de su rol profesional** con sus correspondientes indicadores de análisis.

- *Opinión del Terapeuta Ocupacional sobre las nuevas modalidades de tratamiento y asistencia reguladas por la Ley.* Los datos se recogieron de la respuesta al interrogante n° 2.

- *Percepción de cambios favorables operados en el ejercicio del rol profesional a partir de la vigencia de la Ley.* La información relevante y significativa se extrajo de las emisiones de criterios y consideraciones que dieron respuesta al interrogante n° 3

- *Percepción de dificultades en el ejercicio del rol desde la vigencia de la normativa.* Las expresiones personales consideradas resultaron de la respuesta recibida en interrogante n° 4

Eje temático N° III: ✨ Proyecciones del desempeño futuro del rol profesional.

Este eje se objetivizó en la dimensión C de variable: **Proyecciones que el Terapeuta Ocupacional realiza sobre el desempeño de su futuro rol profesional**, y en sus respectivos indicadores de análisis.

- *Perspectivas de desarrollo en el futuro desempeño del rol profesional.* Las aspiraciones de nuevas perspectivas se hicieron explícitas a través del interrogante n° 5.

- *Desafíos respecto del desempeño futuro del rol profesional.* Las consideraciones de los profesionales resultaron del interrogante n° 6.

Capítulo VII

Análisis de datos.

De la lectura de información recogida en entrevista sobre la indagación pretendida: ✨ “Valoraciones del ejercicio profesional” y del cotejo de respuestas al interrogante n° 1, las entrevistadas consideraron como metas profesionales: acompañar el proceso de adaptación a la institución estimulando la socialización con los pares y profesionales tratantes; reforzar y/o crear pautas y hábitos de conducta que le permitan al paciente desempeñarse efectivamente en su entorno; reforzar las actividades de la vida diaria y actividades instrumentales en función del proyecto de vida del paciente; brindar asistencia para contribuir desde el rol a reducir el tiempo de las internaciones; generar espacios de intercambio con la comunidad; promover la inclusión socio laboral y comunitaria; brindar asistencia de rehabilitación de funciones cognitivas en casos requeridos a fin de optimizar el proyecto vital del paciente.

Dando paso al análisis de la información pertinente a: ✨ “El rol del Terapeuta Ocupacional en el marco de la Ley N° 26.657,” de las expresiones procedentes del interrogante n° 2, surgieron valoraciones positivas en relación a conceptos teóricos, paradigmas y prácticas de asistencia. Las entrevistadas opinaron que se abre la dimensión de una mirada distinta respecto de la enfermedad mental. *“(…) valoro positivamente su paradigma de Derechos Humanos, estoy convencida de que tiene que ser así. Por fin se mira al paciente desde ese lugar y se valora que es una persona con padecimiento mental”. “Estoy totalmente de acuerdo con incluir al paciente como parte del tratamiento”.*

En la apertura del diálogo, exteriorizaron el valor de un posicionamiento en términos de *capacidad* para la consideración del individuo que padece. Dijeron que ya es tiempo de dejar atrás términos como *insania* e *incapacidad* para hacer mención a la enfermedad mental. *"(...) es necesario empezar a eliminar barreras, dejar de hablar del loco, del enfermo mental, es empezar a hablar con otra terminología que conlleve a otro tipo de aceptación (...)".* Avalaron la necesidad de ampliar el horizonte de la enfermedad mental, bajo la explícita afirmación de que la demanda hospitalaria ha trascendido a las clásicas patologías de asistencia por la aparición de nuevos emergentes sociales. Se transcriben argumentaciones al respecto:

"Años atrás se relacionaba o se circunscribía la Salud Mental a ciertas patologías como Psicosis, Esquizofrenia y Cuadros Maniaco-depresivos como las patologías de mayor demanda. Hoy en día esto ha cambiado, en la práctica se evidencian cuadros sin rotular, crisis, episodios, con un aumento notable de asistencia por adicciones".

En la continuidad de expresiones sobre el mismo interrogante, las profesionales dieron cuenta de un reconocimiento hacia la mirada interdisciplinaria. Para ellas: *"(...) todos los profesionales son parte del proceso terapéutico en igualdad de condiciones (...)". "Algunos profesionales que no eran primordiales, como el Terapeuta Ocupacional, pasan a ser reconocidos como un eslabón terapéutico necesario para el tratamiento de un paciente". "Coincido plenamente con el abordaje a través del equipo interdisciplinario, como esencial para la asistencia, en igualdad de condiciones desde cada profesión".*

Se recogió además, que las aspiraciones de cambio no deberían circunscribirse únicamente a las instituciones de Salud Mental y a sus profesionales, sino que necesitan encarnarse en los distintos ámbitos con los que el individuo se vincula. *“Esta intención transformadora sólo está vinculada al accionar del profesional que trabaja en Salud Mental. Sería importante que el programa de Ley se divulgue en los otros ámbitos en los que el individuo se vincula e integra (...)”*. Es en la dimensión social donde evidenciaron una ardua tarea para la aceptación, porque según manifestaron: *“la transformación que esta ley pretende no puede pensarse en forma aislada, no puede desvincularse del contexto social y la mirada social porque estamos en una sociedad que juzga y estigma cada vez más”*. *“Como profesionales podemos aspirar terapéuticamente a la integración del paciente y a prepararlo para afrontar su cotidianeidad, pero es la sociedad la que dará cumplimiento o no a toda acción que pretenda ser inclusiva”*. *“Tiene que haber programas que trabajen la mirada del afuera y no sólo la mirada del profesional”*. El día a día les muestra que en el ámbito primario del paciente radica la mayor resistencia, tanto en la aceptación del padecimiento como en su acompañamiento. *“En la práctica es posible evidenciar que quienes más cuestionan el sostenimiento de la persona en el hogar son sus familiares”*.

“Hay mucho trabajo por delante en el ámbito familiar, en la concientización sobre la necesidad de circunscribir la internación a un tiempo reducido. La práctica evidencia muchas veces la imposibilidad familiar para hacerse cargo del paciente o bien acompañarlo en su tratamiento”.

Señalaron como aspecto relevante, en la implementación de la Ley, la falta de claridad y la insuficiencia de acompañamiento efectivo por parte de las autoridades, en este caso provinciales, para garantizar las condiciones y recursos facilitadores de la instrumentación de acciones conducentes al cambio pretendido. Las profesionales cuestionaron la coherencia en la relación existente entre el discurso de la Ley, las líneas político-estratégicas y la concretización de las acciones. Argumentaron que: *“La Ley es buena en sus conceptos y aspiraciones pero faltan limar un montón de cuestiones, por ejemplo: cómo se va a hacer este cambio; si existen los medios para arbitrar todos estos cambios que se pretenden, si los profesionales estamos formados y si los dispositivos están preparados. Esto también es un tema importante”. “(...) el estado no está garantizando la concreción de los dispositivos alternativos a los que la ley hace referencia”. “(...) no hay recursos para acompañar la implementación de la Ley. No hay autoridades estatales que se hagan cargo de firmar los contratos de alquiler para el funcionamiento de estos dispositivos como las Casas de Pre Alta”. “Hay baches para la concreción de las acciones que trascienden lo institucional, baches que otros organismos deberán sortear para el cumplimiento de la normativa”.*

“(...) tenemos y recibimos pacientes, que además de su cuadro de salud, no tienen familia, ni sostén económico, situación que incide y hasta dificulta su externación”.

“Se supone que debería haber planes que otorguen ingresos económicos suficientes, pero los planes que actualmente existen y proveen al paciente de recursos, son insuficientes para su sostenimiento”. “Mis dudas radican en el camino de implementación, porque por más que se planifique, estamos muy lejos

de concretar las acciones previstas. La cotidianeidad de la práctica y los impedimentos de diversa índole, que trascienden el espacio hospitalario, se convierten en obstáculos que no pueden superarse sin la intervención del estado”.

Con espontaneidad, en la situación comunicacional del interrogante n° 3, hicieron alusión a que todo proceso de cambio que conlleva una intencionalidad de mejora, deviene en una reflexión y redefinición de las prácticas. *“Este cambio de paradigma hace que vuelva a redefinir mi rol, a reubicarme con mis saberes en algún lugar”. “Debemos reubicar el rol en función de la demanda asistencial”.*

“La Ley nos invita a repensar, si se quiere, nuestras prácticas”. “Esto nos lleva indiscutiblemente a generar cambios, a reorganizarnos, a replantearnos”.

Continuando con la enunciación de cambios favorables que se introducen con la Ley, refirieron que por la modalidad de abordaje de las prácticas terapéuticas a nivel hospitalario, enmarcadas en el modelo de Comunidad Terapéutica, la labor interdisciplinaria es habitual. Sostuvieron que la Ley vino a enfatizar el accionar interdisciplinario como única modalidad de abordaje y tratamiento y a valorizar y revitalizar el rol del Terapeuta Ocupacional desde una activa participación en todo el proceso de atención del paciente. Es en esta prescripción de la Ley donde radica para las entrevistadas la trascendencia de la disciplina y las nuevas incumbencias de su rol. Lo expuesto puede validarse en las siguientes expresiones recogidas: *“(…) posibilidad que brinda la normativa de participar y avalar una internación o un alta. Acción que hace muy poco realicé por primera vez en mi extensa trayectoria institucional”. “Una mayor identidad profesional y en consecuencia de ello una mayor participación en todo el proceso de asistencia. Si bien en los diferentes grupos ya se trabajaba en forma interdisciplinaria, nuestro*

rol cobra mayor valor y esto deviene en la necesidad de optimizar algunos servicios como por ejemplo Consultorio Externo (...). "(...) impulsa a que debamos proveer una mayor oferta de este servicio e innovemos desde el rol en Atención Primaria del padecimiento". "(...) el rol del Terapeuta Ocupacional cobra identidad al trascender hacia el logro de la inclusión social (...)"

Prosiguiendo con el análisis sobre cambios favorables, se plasma lo que oportunamente expresaron: *" La Ley, para algunos legaliza acciones, para otros nos propone un cambio o nos da lineamientos para nuestro quehacer futuro". "Más allá que nos exija formación, nos permite el pensar nuestro trabajo fuera del ámbito hospitalario, salir de las paredes que nos limitan o que quizás nos enmarcan con lo instituido. El trabajo comunitario desde lo preventivo es un enfoque que no se está abordando y es fundamental"*

Rescataron además, el impulso que la normativa da a la Atención Primaria de la Salud Mental. Justificaron diciendo: *"(...) de algún modo nuestra profesión, en este hospital, puede innovar al respecto"*

Las respuestas al interrogante n° 4 afirmaron que la demanda de asistencia hospitalaria en Adicciones se ha ido acrecentando paulatinamente. Expresaron que la inclusión de esta temática dentro de las políticas y planes de acción de Salud Mental, las moviliza en una reflexión de formación insuficiente para intervenir desde el rol profesional en la problemática. *"Una gran dificultad es la falta de capacitación en algunos emergentes que se presentan, por ejemplo las Adicciones. Es mucha la demanda que este hospital tiene (...)"*. Si bien existen capacitaciones, éstas no son enriquecedoras por cuanto no realizan aportes concretos para la orientación del tratamiento. *Es importante tomar conciencia de la*

necesaria capacitación". "(...) *no me considero lo suficientemente capacitada en Adicciones*". Argumentaron que independientemente de que cada profesional puede capacitarse en forma individual, tienen que existir espacios grupales de formación a nivel institución.

Plantearon además, que si bien la normativa orienta hacia un trabajo articulado en redes interinstitucionales, en la realidad cotidiana se presentan controversias al respecto. Ejemplificaron que algunos servicios de la comunidad no aceptan pacientes adictos con medicación, lo que obstaculiza la labor profesional. *"Cuando pensamos en la posibilidad de derivar a un paciente adicto a una granja para optimizar su tratamiento, ésta no recibe pacientes medicados con psicofármacos (...)". "No se trabaja en red porque algunas instituciones de la comunidad no tienen apertura hacia esta modalidad de trabajo"*.

Continuando con la enunciación de dificultades, se detectó la necesidad de incorporar algunos conocimientos legales que los resguarden como profesionales. Según dichos: *"Como profesional del grupo de pacientes agudos, tengo que reconocer la importancia que tienen ciertos aspectos legales que forman parte del proceso de internación del paciente y que están presentes en el texto de la Ley". "Cada caso es único en su tratamiento y en el seguimiento legal que su situación demanda y no podemos desconocer los mismos"*. De lo dialogado surgió que los informes escritos y evaluaciones, que son parte del hacer profesional, cobran importancia relevante y significativa en lo inherente a la salud y tratamiento del paciente, convirtiéndose en valiosos registros de las intervenciones asistenciales.

Otro aspecto que es percibido, a nivel institucional, como desfavorable para el fortalecimiento de las prácticas y del rol, es la insuficiencia de espacios de diálogo para debatir y consensuar acuerdos sobre la nueva modalidad de abordaje.

De los datos obtenidos referentes a:  “Proyecciones del desempeño futuro del rol profesional”, se recogió entre las perspectivas futuras, explicitadas en interrogante n° 5, la oportunidad que brinda la Ley para instalar en el colectivo social el accionar terapéutico de la disciplina y el rol del Terapeuta Ocupacional. Al parecer de quienes opinaron, es en la inclusión socio laboral y comunitaria del paciente y en la Asistencia en Prevención Primaria del padecimiento mental en el ámbito de la comunidad, donde se halla el punto de partida para resocializar la disciplina y el rol profesional en este campo. *“Si la intención es promover la inclusión del paciente en dispositivos con base en la comunidad, es allí donde nuestra profesión podrá aspirar a un mayor reconocimiento social. Hoy en día todavía hay gente que no sabe qué es la Terapia Ocupacional”. Esta es la oportunidad para salir del consultorio y de la institución. “(...) trascender el ámbito hospitalario a través de Campañas de Atención Primaria del padecimiento en la comunidad, en las salitas”.*

Otra perspectiva destacable aludió a un pleno reconocimiento de las capacidades del Terapeuta Ocupacional por parte de otros agentes de la Salud Mental.

En respuesta a interrogante n° 6, consideraron como desafío para la práctica: superar la resistencia y el orden institucional; la competencia profesional para actuar conforme a las necesidades terapéuticas con la mayor idoneidad posible; el reconocimiento de falencias para la construcción de un nuevo perfil terapéutico en

la cotidianeidad institucional; la apertura de espacios institucionales para consensuar acuerdos a nivel hospitalario y del Servicio de Terapia Ocupacional conducentes a optimizar los abordajes y la búsqueda de alternativas de asistencia que den una nueva impronta a la disciplina en la institución. *“El desafío es la formación, ser competente en el trabajo con el paciente, y también debemos formarnos en los nuevos dispositivos que esta ley contempla”. “El gran desafío del Terapeuta Ocupacional es la apertura socio-laboral, la inclusión de Atención Primaria de la Salud en nuestra disciplina a nivel institucional y una mayor oferta de Consultorio Externo de Terapia Ocupacional”. “Ampliar la mirada, dejar de circunscribirla al espacio del Taller. Ampliar el campo de intervención desde las demandas que trae el paciente y que competen a la profesión. Un rol más comprometido con el proyecto de vida del paciente, con su historia”. “(...) superar la resistencia y el orden institucional. Optimizar el seguimiento de los paciente a través del trabajo con las familias. La proyección del rol fuera del hospital en el acompañamiento del paciente”. “(...) romper las barreras que parecieran impuestas en el imaginario del rol”.*

Capítulo VIII

Conclusión.

La adopción o construcción de determinados modelos, enfoques o concepciones sobre la enfermedad mental, tiene su correlato en las políticas de Salud Mental y en los efectos sociales e institucionales que generan tales perspectivas y prácticas.

La Ley Nacional N° 26.657/2010 se presenta como una propuesta innovadora. Todo nuevo escenario es siempre complejo, para entenderlo es preciso profundizar en los significados que lo explican y explorar en las interpretaciones de los profesionales involucrados.

La circulación de la palabra, a través de la apertura de un espacio de expresión, fue la clave para alcanzar el propósito de esta investigación. Facilitó dilucidar las representaciones de cada Terapeuta Ocupacional del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo Taraborelli sobre el nuevo abordaje de la Salud Mental y su incidencia en el ejercicio cotidiano del rol.

Desentrañar los vínculos que los profesionales establecen con la Ley, reveló acuerdos y desacuerdos hacia sus prescripciones. Comparten el reconocimiento de los Derechos Humanos y Sociales de las personas con padecimiento mental, la presunción de capacidad del paciente a tratar como punto de partida de toda acción terapéutica. Validan el reforzamiento, restitución y promoción de los lazos sociales porque sostienen que la dignidad es un valor esencial al cual no se accede sólo por recibir un trato digno, sino que se alcanza en el encuentro del paciente con sus ocupaciones, con sus roles y con su trabajo. La dignidad se halla en el retorno a su proyecto individual de vida.

La discrepancia desde el rol hacia la Ley, se focaliza en los aspectos instrumentales para la concreción de los lineamientos asistenciales que trascienden el ámbito institucional. Visualizan gestiones gubernamentales insuficientes para la efectivización de los dispositivos alternativos que se plasman.

Desde la realidad en que cada Terapeuta Ocupacional desarrolla su accionar terapéutico perciben, a través de la Ley, una oportunidad para la reflexión y redefinición de las prácticas, una posibilidad de interrogarse sobre el alcance y el significado de lo que se hace.

Consideran que los nuevos rasgos significativos del rol, a nivel hospitalario, se hallan en la promoción de la Atención Primaria de la Salud Mental y en la inclusión socio-laboral-comunitaria.

La Ley valida la modalidad de intervención que venía utilizándose en este hospital monovalente. A través del equipo interdisciplinario se enfatiza la ampliación de visiones disciplinares y se instauran oportunidades de trascendencia desde la propuesta de una tarea en común. Es aquí donde se instalan para las Terapeutas Ocupacionales las improntas que revalorizan la identidad de la disciplina y de su hacer.

Una dificultad percibida en el accionar desde el rol y explicitada en conjunto, identifica como problema la limitada formación profesional para el abordaje y tratamiento de las Adicciones. En consecuencia, demandan como prioritaria la apertura de tiempos y espacios de capacitación grupal, a nivel hospitalario, con aportes concretos para el fortalecimiento y desarrollo de las competencias profesionales.

En la conformación de sólidos equipos de trabajo y en el accionar mancomunado y sostenido en redes interinstitucionales, divisan el potencial para la optimización del tratamiento de las Adicciones y de otros emergentes. En la situación actual, lo expuesto es una camino a construir y a transitar.

Las aspiraciones de desarrollo futuro se centran en asumir formas cambiantes en el ejercicio del rol, en la búsqueda de alternativas de mejora a partir de repensar lo conocido en forma nueva. Trascender con el accionar terapéutico el ámbito hospitalario, en la proyección de la incumbencia profesional en la inclusión socio-laboral-comunitaria y en la Atención Primaria de la Salud Mental en la comunidad.

Para las entrevistadas, se torna en desafío futuro la construcción de un perfil profesional ajustado a las crecientes necesidades y demandas de asistencia. Entienden que es a través de una autoreflexión crítica de las propias intervenciones que pueden definir las propias necesidades de formación o capacitación, conducentes al logro de mejores resultados en su hacer.

La reconstitución y/o resignificación del rol en la institución, a través de una imagen profesional que trascienda hacia nuevos campos de intervención se presenta como una meta a alcanzar.

Una propuesta que pretenda ser transformadora de la Salud Mental, no puede prescindir del conocimiento sobre la institución y la identidad del trabajo de cada agente de salud. Es en ese conocimiento donde podrán hallarse las claves sobre el deseo y la potencialidad de los profesionales para un cambio, porque es lo que ellos y la institución ofrezcan en el tratamiento y rehabilitación de la Salud Mental lo que marcará el cambio, no la fuerza de la Ley o su poder de autoridad.

En el contexto de un proceso de transformación que aspire a ser exitoso, la actitud que asuma cada agente de salud involucrado, será un indicador significativo que proyecte una disposición y una intención de acción.

Tener la voluntad de apoderarse de las oportunidades moviliza a asumir compromisos, a enlazar acciones con otros para alcanzar propósitos comunes.

Bibliografía.

Textos consultados:

- ❖ Aldisi, G., Bernstein, J., Moldavsky, D. y Stein, E. (2011). *Aportes a la Psiquiatría Argentina del Siglo XXI*. (1ª ed.). Buenos Aires: Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA).
- ❖ Aznar, A. y González Catanón, D. (2008). *¿ Son o se hacen?. El campo de la discapacidad intelectual estudiado a través de recorridos múltiples*. Buenos Aires-México: Noveduc.
- ❖ Cosmelli Ibañez, J. (1962). *Historia Moderna y Contemporánea*. (8ª ed.). Buenos Aires: Troquel.
- ❖ De Souza Minayo, M.C. (1997). El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en Salud. Universidad Nacional de Mar del Plata. Departamento Pedagógico de Licenciatura en Terapia Ocupacional. Material correspondiente a asignatura Taller de Trabajo Final.
- ❖ Dimauro, M.I. (1995). *Salud Mental y Sociedad*. (1ª ed.). Buenos Aires: El Ateneo.
- ❖ Drago, A.L. (1984). *Historia Antigua y Medieval*. (1ª ed.). Buenos Aires: Stella.
- ❖ Durante Molina, P., Noya Arnaiz, B. y Moruno Mirales, P. (2000). *Terapia Ocupacional en salud mental: 23 casos clínicos comentados*. Barcelona: Masson.
- ❖ Eco, H. (1994). *Cómo hacer una tesis*. España: Gedisa.

- ❖ Falicov, E. y Lifszyc, S. (2002). *Sociología*. Buenos Aires: Aique.
- ❖ Fiasché, A. (2003). *Hacia una Psicopatología de la Pobreza*. Buenos Aires: Editorial Popular Madres Plaza de Mayo.
- ❖ Fisché, A. Políticas de Salud Mental. En: *Políticas en Salud Mental*. Universidad Nacional de Mar del Plata. Departamento Pedagógico de la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Material correspondiente a asignatura Terapia Ocupacional en Salud Mental.
- ❖ Finkelsztejn, C., García de Amusquibar, A. M. y Matusevich, D. (2009). *Manual de Psiquiatría Clínica*. Buenos Aires: del Hospital Ediciones.
- ❖ Foucault, M. (1967). *La historia de la Locura en la Época Clásica*. (Tomo I.). México: Fondo de Cultura Económica.
- ❖ Freire, P. (1997). *Pedagogía del oprimido. Saberes necesarios para la Práctica Educativa*. Madrid: Siglo XXI.
- ❖ Gabay, P.M. y Fernández Bruno, M. (2011). *Rehabilitación Psiquiátrica. Claves para la recuperación*. (1ª ed.). Buenos Aires: Polemos.
- ❖ Galende, E. (1994). *Políticas de la Salud Mental. Modernidad, individuación y manicomios*. Buenos Aires: Lugar.
- ❖ Galende, E. (1998). *De un horizonte incierto*. Buenos Aires: Paidós.
- ❖ García, D. (1997). *El grupo. Métodos y Técnicas participativas*. Buenos Aires: Espacio.
- ❖ Gómez, R. (2004). *Investigación Social*. Buenos Aires: Lugar.
- ❖ Grimson, W.R. (1972). *Sociedad de locos. Experiencia y violencia en un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- ❖ Hooft, P.F., Chaparro, E. y Salvador, H. (2003). *Bioética, Vulnerabilidad y Educación*. (Tomo I). Mar del Plata: Edición Suárez.
- ❖ Millan, J.R. (1964). *Compendio de Historia Universal*. Buenos Aires: Kapelusz.
- ❖ Moise, C. (1998). *Prevención y Psicoanálisis*. (1ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- ❖ Paganizzi, L. (1991). *Terapia Ocupacional: del hecho al dicho*. Buenos Aires: Psicoterapias Integradas.
- ❖ Paganizzi, L. (1997). *Actividad. Lenguaje particular*. (1ª ed.). Buenos Aires: Talleres Gráficos Edigraf.
- ❖ Polonio López, B., Durante Molina, P. y Noya Arnaiz, B. (2001). *Conceptos fundamentales de Terapia Ocupacional*. Madrid: Médica Panamericana.
- ❖ Valles, M.S. (1999). *Técnicas Cualitativas de Investigación Social*. Madrid: Proyecto Editorial. Síntesis Sociología.
- ❖ Van Gelderen, A.M. y López Espinosa, G. (1996). *La escuela argentina en transformación*. Buenos Aires: Aula XXI Santillana.
- ❖ Willard y Spackman.(1998). *Terapia Ocupacional*. (8ª ed.). Madrid: Panamericana.
- ❖ Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. (2010). *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Boletín Oficial N° 32041/10.
- ❖ Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. (2013). *Decreto Reglamentario N° 603/ 2013*. Boletín Oficial N° 32649/13.

- ❖ Poder Ejecutivo Argentino. (1983). *Ley N° 22.914/ 83. Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos*. Boletín Oficial N° 25261/ 83.

Sitios web consultados:

- ❖ <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: *Del incapaz al sujeto de derecho*.
- ❖ <http://www.mdp.edu.ar>: Proyecto de Extensión- Facultad de Psicología 2014. Movimiento Marimbarte.
- ❖ Ingenieros, J. (1920). *La Locura en Argentina*. Buenos Aires. Cooperativa Limitada. [en línea].
<http://www.ms.gba.ar/sitios/regionsanitaria6/files/.../MedicinaSanitaria2.pdf>:
- ❖ Falcone, R. Breve historia de las instituciones psiquiátricas en Argentina. [en línea]. <http://23118psi.uba.ar/academica/.../historia2/.../FalconeHistorialnsti.pdf>:
- ❖ <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a26.pdf>: Galende, E. *Modernidad y Modelos de Asistencia en Salud Mental*. II Jornadas A.P.S- A.R.H.R.G. [en línea].
<http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a26.pdf>:
- ❖ <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/primera%20parte.htm>: *El movimiento de la higiene mental y los orígenes de la Liga de Higiene Mental. (1ª parte).*

- ❖ Galende, E.(2008). “Desmanicomialización institucional y Subjetividad”. *Revista Psicoanalítica. Vol.XXX. (N° 2/3).* Conferencia y Mesa redonda sobre Desmanicomialización. [en línea]. <http://www.apdeba.org/wp-content/uploads/conferencia-E-Galende.pdf>.

- ❖ Chiarveti, S. (2008). La reforma en Salud Mental en Argentina: una asignatura pendiente. *Revista Argentina de Clínica psicológica, Vol. XVII, (N° 2).* [en línea]. [http:// www.redalyc.org/pdf/2819/281921780012.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921780012.pdf)

- ❖ [http:// www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libros_5a8.pdf](http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libros_5a8.pdf). Cierre de Manicomios en Río Negro. Una alternativa en Salud Mental.

ANEXO I

Entrevistas de investigación.

Entrevista N° 1

- *¿Cuáles son las metas profesionales sobre las que construye cotidianamente el proceso de atención a personas con padecimiento mental?*

Mi rol de Terapeuta Ocupacional se centra puntualmente en el trabajo con pacientes agudos. Mi meta es contribuir a que el tiempo de las internaciones sea el menor posible, sobre todo porque el paciente se empieza a sentir más cómodo en el hospital que en el afuera, ya que es allí donde no puede afrontar determinadas situaciones personales.

Otra meta es acompañar al paciente a que pueda retomar sus ocupaciones, su estudio, su trabajo, lo que se evalúa en la singularidad de cada caso. Esto sería, brindar sostén en lo laboral y social como Terapeuta Ocupacional y acompañar al paciente en la búsqueda de distintas opciones de inserción en la comunidad.

- *¿Cuál es su posicionamiento, como agente de salud, respecto a la Ley como instrumento organizador del abordaje y tratamiento del padecimiento mental?*

Estoy de acuerdo con algunos aspectos de la Ley, pero considero que no están plenamente dadas las condiciones en el afuera para su cumplimiento.

Coincido plenamente con el abordaje a través del equipo interdisciplinario, como esencial para la asistencia, en igualdad de condiciones desde cada profesión.

Es muy positivo que esta política deje de hablar de enfermedad mental y pase a mencionarse el concepto de *padecimiento mental*. Creo que es un cambio

esperado, principalmente porque la demanda hoy ha cambiado. Años atrás se relacionaba o se circunscribía la Salud Mental a ciertas patologías como Psicosis, Esquizofrenia y Cuadros Maniaco-depresivos como las patologías de mayor demanda. Hoy en día esto ha cambiado, en la práctica se evidencian cuadros sin rotular, crisis, episodios, con un aumento notable de asistencia por adicciones.

La normativa menciona la internación como último recurso terapéutico y por el menor tiempo posible, pero la realidad muestra que en muchos casos existen otros factores, familiares, económicos y sociales que dificultan esto. Hay mucho trabajo por delante en el ámbito familiar, en la concientización sobre la necesidad de circunscribir la internación a un tiempo reducido. La práctica evidencia muchas veces la imposibilidad familiar para hacerse cargo del paciente o bien acompañarlo en su tratamiento. También tenemos y recibimos pacientes, que además de su cuadro de salud, no tienen familia, ni sostén económico, situación que incide y hasta dificulta su externación.

Considero que falta claridad. Se piensa en la creación de otros dispositivos, pero el estado no está garantizando la concreción de los dispositivos alternativos a los que la Ley hace referencia. La realidad muestra que no hay recursos para acompañar la implementación de la Ley. No hay autoridades estatales que se hagan cargo de firmar los contratos de alquiler para el funcionamiento de estos dispositivos como las Casas de Pre-Alta. Hay baches para la concreción de las acciones que trascienden lo institucional, baches que otros organismos deberán sortear para el cumplimiento de la normativa.

Es difícil pensar en todo lo que la Ley pretende, porque si consideramos la inclusión social del paciente y su asistencia en otros dispositivos, yo me pregunto: ¿cómo el paciente se sostendría económicamente en ellos?. Se supone que debería haber planes que otorguen ingresos económicos suficientes, pero los planes que actualmente existen y proveen al paciente de recursos, son insuficientes para su sostenimiento.

Hoy por hoy, no estoy de acuerdo con el cierre de los hospitales monovalentes. Ojalá el día de mañana no fuera necesario que existieran.

-¿Qué cambios favorables estima, se introducen con la nueva normativa, en la cotidianeidad de sus prácticas?.

Principalmente una mayor identidad profesional y en consecuencia de ello una mayor participación en todo el proceso de asistencia. Si bien en los diferentes grupos ya se trabajaba en forma interdisciplinaria, nuestro rol cobra mayor valor, y esto deviene en la necesidad de optimizar algunos servicios como Consultorio Externo de Terapia Ocupacional, ya sea acompañando desde el rol el alta de un paciente o bien sosteniéndolo para evitar una nueva internación. Actualmente se trabaja en forma reducida por Consultorio Externo. Esta normativa impulsa a que debamos proveer una mayor oferta de este servicio e innovemos desde el rol en Atención Primaria del Padecimiento.

Otro cambio en nuestro rol y en nuestro accionar es la posibilidad que brinda la normativa de participar y avalar una internación o un alta. Acción que hace muy poco realicé por primera vez en mi extensa trayectoria profesional.

-En su hacer profesional, ¿qué dificultades percibe desde la implementación de la Ley?.

Me preocupa que la nueva normativa incluye las Adicciones en el ámbito de la Salud Mental y no me considero lo suficientemente capacitada en Adicciones. Si bien individualmente se puede adquirir capacitación, hay que formarse grupalmente para su abordaje.

En esta temática no hay suficiente acompañamiento de parte de otras instituciones de la comunidad. Cuando pensamos en la posibilidad de derivar a un paciente adicto a una granja, para optimizar su tratamiento, ésta no recibe pacientes medicados con psicofármacos, lo que en consecuencia obstaculiza la labor terapéutica.

Otra dificultad se halla en que no se trabaja en red porque algunas instituciones de la comunidad no tienen apertura hacia esta modalidad de trabajo.

Como profesional del grupo de pacientes agudos, tengo que reconocer la importancia que tienen ciertos aspectos legales que forman parte del proceso de internación del paciente y que están presentes en el texto de la Ley. Cada caso es único en su tratamiento y en el seguimiento legal que su situación demande y no podemos desconocer los mismos.

-Dentro del universo cambiante que plasma la Ley, ¿qué perspectivas futuras vislumbra en relación a su rol?

Una mayor reivindicación de la disciplina, un mayor reconocimiento de nuestra formación y capacidades y obtención de mayores logros desde el desempeño del rol. Otra perspectiva es trascender con nuestra intervención el ámbito hospitalario, a través de Campañas de Atención Primaria en Salud Mental en la comunidad y en las salitas.

-Desde la Ley y desde la realidad en que desarrolla sus prácticas terapéuticas, ¿qué aspectos se tornan en futuros desafíos para el ejercicio de su rol?

Un desafío es poder demostrar mayores resultados en las intervenciones que realizo desde el rol. Cambiar la imagen de la función del Terapeuta en el imaginario institucional, demostrando que se hacen actividades con sentido, dando muestras del hacer y del para qué de ese hacer.

Entrevista N° 2

-¿Cuáles son las metas profesionales sobre las que construye cotidianamente el proceso de atención a personas con padecimiento mental?

Las metas de trabajo se ajustan a cada paciente y a la situación en la que se encuentra, si está en agudo o en crónico. Particularmente con el paciente de agudos se trabaja en el proceso de adaptación al hospital, estimulando la socialización con los pares y profesionales tratantes. Con el paciente crónico la meta profesional es promover la inclusión socio-laboral y comunitaria.

-¿Cuál es su posicionamiento, como agente de salud, respecto a la Ley como instrumento organizador del abordaje y tratamiento del padecimiento mental?

Considero que hay ambivalencia en lo que la Ley se propone en cuanto al padecimiento mental. Particularmente valoro positivamente su paradigma de Derechos Humanos, estoy convencida de que tiene que ser así. Por fin se mira al paciente desde ese lugar y se valora que es una persona con padecimiento mental. Considerar al paciente como un sujeto de derecho, esto es lo más positivo que tiene la Ley.

En los talleres, los pacientes a veces preguntan: ¿por qué me contienen?; ¿por qué estoy acá?. Muchos por qué en torno a su Salud Mental. El paciente tiene derecho a saber que tiene derecho a elegir. Hay baches desde la normativa en su acompañamiento y baches hospitalarios porque no todos los profesionales hacen este reconocimiento. Por ejemplo hay pacientes crónicos que preguntan ¿por qué están internados?, ¿será porque nadie se los dijo?. ¿Por qué no explicarle qué dice su historia clínica?.

Me parece de suma importancia el abordaje interdisciplinario y la inclusión social del paciente, pero no se puede olvidar que estamos en una sociedad que estigmatiza cada vez más. Esta intención transformadora sólo está vinculada al accionar del profesional que trabaja en Salud Mental. Sería importante que el programa de Ley se divulgue en los otros ámbitos en los que el individuo se vincula e integra, no es solo el trabajo del profesional con el paciente para promover la inclusión. La transformación que esta ley pretende no puede pensarse en forma aislada, no puede desvincularse del contexto social y la mirada social porque estamos en una sociedad que juzga y estigma cada vez más. Como profesionales podemos aspirar terapéuticamente a la integración del paciente y a prepararlo para afrontar su cotidianeidad, pero es la sociedad la que dará cumplimiento efectivo o no a toda acción que pretenda ser inclusiva. Tiene que haber programas que trabajen la mirada del afuera y no solo la mirada del profesional.

-¿Qué cambios favorables estima, se introducen con la nueva normativa, en la cotidianeidad de sus prácticas?

La Ley nos invita a repensar si se quiere nuestras prácticas. Soy una convencida que día a día debemos preguntarnos qué se está haciendo, qué se quiere hacer y si hay concordancia. Ello nos lleva indiscutiblemente a generar cambios, reorganizarnos y replantearnos. La Ley, para algunos, legaliza acciones, para otros, nos propone un cambio o nos da lineamientos para nuestro quehacer futuro. Más allá que nos exija formación, nos permite el pensar nuestro trabajo

fuera del ámbito hospitalario, salir de las paredes que nos limitan o quizás nos enmarcan en lo instituido. El trabajo comunitario desde lo preventivo es un enfoque que no se está abordando en el hospital y es fundamental. Este es otro cambio positivo. También lo es el trabajo sumamente necesario en equipos interdisciplinarios y en red.

-¿En su hacer profesional, ¿qué dificultades percibe desde la implementación de la Ley?

La dificultad mayor está en las políticas de Salud Mental, que si bien tienden al cumplimiento de la Ley, aún hay muchas falencias y éstas repercuten en nuestro quehacer, por ejemplo: escasa formación de los profesionales en Adicciones, escasa formación en la Ley sobre el nuevo paradigma comunitario,

Hay vestigios del modelo anterior en la institución en general. Como Terapeuta Ocupacional veo que el paciente no puede decidir cuándo se quiere bañar, qué ropa se quiere poner. Cómo puede reorganizarse o reordenarse la institución en función del poder decidir del paciente en algunas cuestiones o aspectos. ¿Tomar decisiones es desorganizar a otro?. Esto es en lo primero que se debe reflexionar. Hay resistencia en la institución, pero nosotras, las Terapistas Ocupacionales, nos quedamos en esa aceptación al orden impuesto hospitalariamente. Nos quedamos con ese sometimiento al orden y en consecuencia no fomentamos ni entrenamos en la autonomía y no generamos en el paciente la toma de decisiones.

-Dentro del universo cambiante que plasma la Ley, ¿qué perspectivas futuras vislumbra en relación a su rol?.

Que nuestra práctica trascienda esta institución.

-Desde la Ley y desde la realidad en que desarrolla sus prácticas terapéuticas, ¿qué aspectos se tornan en futuros desafíos para el ejercicio de su rol?

El desafío es la formación, ser competente en el trabajo con el paciente y también debemos formarnos en los nuevos dispositivos que esta Ley contempla.

Un futuro desafío que repercute y mucho en nuestro quehacer es superar la resistencia institucional. Optimizar el seguimiento del paciente en el trabajo con las familias. Que la labor del Terapeuta Ocupacional no se circunscriba únicamente al ámbito hospitalario, sino que trascienda hacia el exterior, hacia la comunidad. La proyección del rol fuera del hospital en el acompañamiento del paciente. El gran desafío es romper las barreras que parecieran impuestas en el imaginario del rol.

Entrevista N° 3

-¿Cuáles son las metas profesionales sobre las que construye cotidianamente el proceso de atención a personas con padecimiento mental?

En la modalidad de Taller, lo fundamental es crear hábitos permanentemente. Crear hábitos de trabajo, ya sea la responsabilidad en el cumplimiento del horario del Taller o en la respuesta a la disposición del lugar de trabajo diario. Mi meta es crear hábitos de diversa índole, siempre transpolando el accionar de la vida diaria. Con el grupo de pacientes crónicos, las metas cambian en relación a cada paciente. Enfatizo en promover las actividades instrumentales, como el manejo del dinero, transporte y el acompañamiento para conseguir un trabajo.

-¿Cuál es su posicionamiento, como agente de salud, respecto a la Ley como instrumento organizador del abordaje y tratamiento del padecimiento mental?

Me parece que la Ley es positiva. En términos generales, es necesario empezar a eliminar barreras, dejar de hablar del loco, del enfermo mental, es empezar a hablar con otra terminología que conlleve a otro tipo de aceptación de quien tiene un padecimiento mental. Es muy valioso dejar de hablar de insania y de incapacidad y utilizar el término capacidad.

Considero que una parte de la sociedad, la franja etaria más joven, tiene otro nivel de apertura. En cambio, otra parte de la sociedad adopta un posicionamiento cerrado ante los cambios que se pretenden. En la práctica es posible evidenciar que quienes más cuestionan el sostenimiento de la persona en el hogar son sus familiares. Hay que empezar a trabajar más en la sociedad para el cambio que se pretende. Mayor concientización y divulgación, porque los dispositivos alternativos

que esta Ley señala también están sometidos a la visión de la comunidad en la que se insertan.

Mis dudas hacia la Ley radican en el camino de implementación, porque por más que se planifique, estamos muy lejos de concretar las acciones previstas. La cotidianeidad de la práctica y los impedimentos de diversa índole, que trascienden el espacio hospitalario, se convierten en obstáculos que no pueden superarse sin la intervención del estado.

La Ley es positiva como política de Salud Mental por su apertura social, por su reconocimiento hacia el abordaje grupal, es decir interdisciplinario, para el tratamiento. Pero considero que donde más hay que trabajar es en la apertura social.

-¿Qué cambios favorables estima, se introducen con la nueva normativa, en la cotidianeidad de sus prácticas?

Si bien el abordaje y tratamiento en esta institución ya se daba en el marco de un equipo interdisciplinario, el rol del Terapeuta Ocupacional cobra mayor identidad al trascender hacia el logro de la inclusión social y laboral efectiva del paciente en la comunidad, por medio del desarrollo y fortalecimiento de las Actividades de la Vida Diaria y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

-¿En su hacer profesional, ¿qué dificultades percibe desde la implementación de la Ley?

Una gran dificultad es la falta de capacitación en algunos emergentes que se presentan, por ejemplo las Adicciones. Es mucha la demanda que este hospital tiene en esta problemática. Si bien existen capacitaciones, éstas no son enriquecedoras por cuanto no realizan aportes concretos para la orientación del tratamiento. Es importante tomar conciencia de la necesaria capacitación. Se ve poco el verdadero trabajo en equipo, dificultad ésta que se va a ir superando.

-Dentro del universo cambiante que plasma la Ley, ¿qué perspectivas futuras vislumbra en relación a su rol?

Un mayor reconocimiento institucional de la profesión y nuestro rol.

-Desde la Ley y desde la realidad en que desarrolla sus prácticas terapéuticas, ¿qué aspectos se tornan en futuros desafíos para el ejercicio de su rol?

El gran desafío del Terapeuta Ocupacional es la apertura socio-laboral, la inclusión de Atención Primaria de la Salud en nuestra disciplina, a nivel institucional, y una mayor oferta de Consultorio Externo de Terapia Ocupacional.

Entrevista N° 4

-¿Cuáles son las metas profesionales sobre las que construye cotidianamente el proceso de atención a personas con padecimiento mental?

Promover la Inclusión Socio-Comunitaria, reforzar las Actividades de la Vida Diaria y las Actividades Instrumentales, siempre en función del proyecto de vida del paciente. En Consultorio Externo, mi meta profesional es rehabilitar funciones cognitivas en los casos requeridos.

-¿Cuál es su posicionamiento, como agente de salud, respecto a la Ley como instrumento organizador del abordaje y tratamiento del padecimiento mental?.

Tengo sentimientos encontrados con la Ley. En algunas cuestiones me parece muy buena, como en la salida a la comunidad, el abordaje del paciente en forma holística e interdisciplinaria en donde todos los profesionales son parte del proceso terapéutico en igualdad de condiciones. Algunos profesionales que no eran primordiales, como el Terapeuta Ocupacional, pasan a ser reconocidos como un eslabón terapéutico necesario para el tratamiento de un paciente. También estoy totalmente de acuerdo en incluir al paciente como parte de su tratamiento.

Considero que la gente no está preparada para estar en un hospital general con un paciente de Salud Mental. Creo que la Ley es muy buena en sus conceptos y aspiraciones pero falta limar un montón de cuestiones, por ejemplo: cómo se va a hacer este cambio, si existen los medios para arbitrar todos estos cambios que se pretenden, si los profesionales estamos formados y si los dispositivos están preparados. Esto también es un tema importante.

-¿Qué cambios favorables estima, se introducen con la nueva normativa, en la cotidianeidad de sus prácticas?

Estimo que al haber una Ley que regula esta modalidad de abordaje, van a darse las herramientas para trabajar la Prevención Primaria y la Inclusión Social. Hoy por hoy no hay herramientas. Se supone que si hay conexión intersectorial: municipios, provincia y nación y todos trabajamos con la Ley, va a ser más fácil que el paciente se incluya en la sociedad, laboralmente y en educación.

Un cambio positivo es la existencia de una normativa que promueve la Atención Primaria de la Salud Mental, y que de algún modo nuestra profesión, en este hospital, puede innovar en este campo.

Este cambio de paradigma hizo que vuelva a redefinir mi rol, a reubicarme con mis saberes en algún lugar. Debemos reubicar el rol en función de la demanda asistencial.

-¿En su hacer profesional, ¿qué dificultades percibe desde la implementación de la Ley?

La falta de consenso para unificar criterios de trabajo con el paciente, la escasez de recursos económicos, la insuficiencia de recursos humanos para hacer el seguimiento del paciente en el afuera y la dificultad para optimizar estos recursos a través de capacitaciones.

-Dentro del universo cambiante que plasma la Ley, ¿qué perspectivas futuras vislumbra en relación a su rol?.

A nivel hospitalario, un mayor reconocimiento de la profesión desde la rehabilitación.

Considero que si la intención es promover la inclusión en dispositivos con base en la comunidad, es allí donde nuestra profesión podrá aspirar a un mayor reconocimiento social. Hoy en día todavía hay gente que no sabe qué es la Terapia Ocupacional. Estoy convencida que el reconocimiento social que tenga el paciente también lo va a tener nuestra profesión. Esta normativa es el punto de partida para ello, pero será la acción individual, el aspirar de cada profesional el que haga efectivo este reconocimiento. Ésta es la oportunidad para salir del consultorio y de la institución.

-Desde la Ley y desde la realidad en que desarrolla sus prácticas terapéuticas, ¿qué aspectos se tornan en futuros desafíos para el ejercicio de su rol?

Ampliar la mirada, dejar de circunscribirla al espacio del Taller. Tenemos que ampliar el campo de intervención desde las demandas que trae el paciente y que competen a la profesión. Construir un rol más comprometido con el proyecto de vida del paciente, con su historia.

ANEXO II

Ley Nacional de Salud Mental
N° 26.657/2010.

Ley Nacional de Salud Mental - 26657

SALUD PÚBLICA - Ley 26.657

Derecho a la Protección de la Salud Mental.

Disposiciones complementarias. Derógase la

Ley N° 22.914.

Reglamentada por Decreto 603/2013

Capítulo I. Derechos y garantías

ARTICULO 1° — 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.

ARTICULO 2° — 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

ARTICULO 3° — 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 prevalecientes en la comunidad donde vive la persona;
- c) Elección o identidad sexual;
- d) La mera existencia de antecedentes de tratamiento u hospitalización.

ARTICULO 4° — 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.

ARTICULO 5° — 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.

ARTICULO 6° — 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.

ARTICULO 7° — 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 inmodificable;
- 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

ARTICULO 8° — 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.

ARTICULO 9° — 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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

ARTICULO 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

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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 mediare 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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

ARTICULO 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.

Capítulo IX. Autoridad de Aplicación

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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, 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.

ARTICULO 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

ARTICULO 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.

ARTICULO 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.

ARTICULO 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

ARTICULO 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

ARTICULO 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.

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

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.

ARTICULO 44. — Derógase la Ley 22.914.

ARTICULO 45. — La presente ley es de orden público.

ARTICULO 46. — Comuníquese al Poder Ejecutivo nacional.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA
.....

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

Jurados Titulares Lic CURIEN
Lic CALDERON
Lic FERNANDEZ U

Fecha de defensa: 9.4.15

Calificac 8 (ocho)