



| UNR

Facultad de Psicología

Hospital de día “Usuaría(mente)”. Dispositivo de Salud Mental en
H.R. Dr. A.A. de la ciudad de Marcos
Juárez, Pcia. de Córdoba.

Modalidad de presentación: Propuesta de intervención en el Campo Profesional.

Autora: Foresi, Malena.

Legajo: F-5415/1

Docente responsable: Dr. Velzi Diaz, Alberto.

2022

Agradecimientos

El presente trabajo cierra un ciclo de seis años de estudios. Mi camino por la Facultad de Psicología transformó y nutrió profundamente mi manera de percibir mi contexto como también las relaciones humanas y sociales. Ese devenir produjo grandes aprendizajes, los cuales fueron posibles gracias al trayecto por esta institución, como también por los lazos, afectos y personas que fueron de gran relevancia en este camino de formación, funcionando como sostén emocional, desde la ternura. A mis padres, quienes me donaron un formidable mundo de posibilidades y amor inagotable. A mi hermana, que

me acompaña en la cotidianidad, facilitando ciertas situaciones para que sean más amenas. A mi compañero de vida, sostén primordial, por su apoyo constante y confianza en mí, más que yo misma, desde el amor y respeto, el cual me animó a seguir en ciertas instancias. Al Hospital Regional Dr. Abel Ayerza por alojarme en sus consultorios externos y permitirme realizar mis prácticas profesionales. A los profesionales del servicio de Salud Mental de dicha institución por su confianza y por invitarme a recorrer espacios que resultaron de gran importancia para mi último tramo de formación académica, brindándome diversos conocimientos. A todos los docentes que apostaron desde un espacio de construcción y aprendizaje, creando vínculos humanos superando así la asimétrica relación profesor-alumno. Finalmente, este trabajo está dedicado a mi ahijado Renato, para aconsejarle que la educación es uno de los caminos de liberación más importante, y, sobre todo, la calidad humana para construir vínculos, desde el afecto, la ternura y la conciencia social.

Índice

1

Resumen.....	3
Palabras claves.....	3

Denominación del proyecto	4
Hospital Regional Dr. Abel Ayerza.....	5
Descripción y justificación de la propuesta.....	7
<i>Arqueología de la Desmanicomialización</i>	7
<i>Nueva Ley Nacional de Salud Mental y</i>	
<i>Adicciones</i>9	
<i>Promoción de la</i>	
<i>salud</i>11	
<i>Hospitales de</i>	
<i>día</i>13	
<i>Habilidades</i>	
<i>sociales</i>	14
<i>Oficios</i>	1
5	
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos	17
Acciones a realizar, sus plazos tentativos y los recursos materiales y humanos.....	
18 Evaluación general del proyecto	
20 Referencias bibliográficas.....	
22	

Resumen

El presente trabajo adopta la modalidad de propuesta de intervención en el campo profesional. Dicha propuesta se basa en la creación de un Hospital de día que funcione como dispositivo ambulatorio grupal, dirigido a adultos en situación de carencia laboral, soledad y sufrimiento psíquico, desde una perspectiva de promoción de la *Salud Mental* y del lazo social. Se considera trabajar con usuarios que realicen tratamiento ambulatorio en el Hospital Regional Dr. Abel Ayerza, ubicado en la ciudad de Marcos Juárez, Córdoba. La propuesta se fundamenta teóricamente desde la recopilación de material bibliográfico de diversos autores, con aportes en el campo de la *Salud Mental*, junto con el desarrollo de conceptos claves como: *Salud Mental*, *desmanicomialización*, *promoción de la Salud Mental*, etc.

Palabras claves

Salud Mental - promoción de la salud - integración social.

Denominación del proyecto**Hospital de día**

Proyecto de intervención en el campo profesional que propone crear un Hospital de día dentro del Hospital Regional Dr. Abel Ayerza, destinado a usuarios adultos que realicen tratamiento ambulatorio en dicha institución, con el fin de fortalecer los lazos sociales, desarrollar diversos oficios correspondientes a los anhelos propios de los usuarios, fomentando de esta manera la inclusión social, cooperativismo y trabajo comunitario, desde un enfoque de promoción de la *Salud Mental*, proponiendo el mismo a modo de un dispositivo sustitutivo/alternativo.

Hospital Regional Dr. Abel Ayerza

El *Hospital Regional Dr. Abel Ayerza*, nace en el año 1924. El mismo se encuentra ubicado en la Avenida Belgrano 350.

La localidad de Marcos Juárez, en las primeras décadas del siglo XIX era una pujante población que no contaba con un establecimiento sanitario acorde a sus necesidades. La salud se atendía en los consultorios de los médicos, en las farmacias y en los domicilios particulares. Si el caso lo requería, debían trasladar a los enfermos a las ciudades de Córdoba o Rosario con las complicaciones lógicas de la época. De no ser posible, se intercambiaban telegramas con médicos especialistas o se solicitaba la

presencia de uno de ellos.

En julio de 1919, en el salón del teatro de la Sociedad Española, se reunieron un grupo de vecinos para buscar una solución a este problema. Surgió allí la idea de levantar y sostener un Hospital, iniciando la propuesta con la conformación de una comisión provisoria integrada por algunos vecinos.

Para construir el Hospital se contaba con el aporte económico de particulares, que prometieron llevar a cabo la obra, la cual se bautizó con el nombre de "Hospital Dr. Abel Ayerza" en homenaje al destacado médico argentino, fallecido en el año 1918.

En el año 1920 se llamó a licitación para la construcción de la obra, donde se construyeron dos pabellones, una morgue, una cámara séptica, entre otras instalaciones, llegando la inauguración del Hospital el día 1 de junio de 1924. En este acto, se cedió el establecimiento a la Sociedad de Beneficencia de Marcos Juárez. Luego de la inauguración, la Sociedad resolvió nombrar a los médicos locales con carácter de ad honorem, designando como director al Dr. Sanmartino, quien solicitó a la Sociedad de Beneficencia que aceptara brindar servicio gratuito a los enfermos de escasos recursos.

Profesionales reconocidos pasaron por la dirección del Hospital, aportando conocimientos, y junto al personal, trabajaron para mitigar el sufrimiento de las personas que acudieron y siguen acudiendo con el objeto de restablecer su salud.

En el año 1950 por mandato de Asamblea, se gestionó la transferencia a la Provincia, logrando que el Hospital quede a cargo del Ministerio de Salud Pública, confirmando al personal en el puesto en que se desempeñaba.

El *Hospital Dr. Abel Ayerza* se encuentra ubicado estratégicamente en el centro de la ciudad, con accesibilidad a todos los sectores.

Abarca la región del departamento Marcos Juárez, compuesto por más de cien mil (100.000) habitantes, donde más de la mitad no poseen cobertura social, atendiendo la demanda total del mismo.

Cuenta con todos los niveles de atención (1°, 2°, 3° y 4°) y en caso de especialidades más específicas, interactúa en una red de derivación con otros hospitales de Córdoba Capital. Si bien el primer nivel de atención en salud por carta orgánica es responsabilidad de los municipios, el Hospital también cubre esa demanda en interacción con la municipalidad de la ciudad de Marcos Juárez, en distintos programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Se define como un Hospital polivalente que atiende diversas demandas desde el servicio de guardia, unidad de terapia intensiva, clínica médica, junta interdisciplinaria de discapacidad, *Salud Mental*, servicio social, etc.

Además de su función específica en salud, cumple una función social en donde contiene demandas sociales como alojamiento para la tercera edad, y en casos específicos, para usuarios de *Salud Mental* con contingencias y carencias sociales, habitacionales, nutricionales, etc. Es decir, aloja todas las demandas sociales en materia de salud pública.

Existe un servicio de *Salud Mental* dentro del organigrama del Hospital, el cual, años anteriores formaba parte del municipio, ya que era un apéndice de la Colonia Alborada de la ciudad de Bell Ville.

Luego de una disposición del Gobierno y con el advenimiento de la democracia, se reorganizó el sector de *Salud Mental* y las políticas de internación y externación de los Hospitales psiquiátricos. De este modo, el servicio pasó a ser dependencia del *Hospital*

5

Regional Dr. Abel Ayerza, es decir, pasó a formar parte de un Hospital General como centro de *Salud Mental*. En el mismo se inició un equipo de *Salud Mental* formado por dos psiquiatras, una psicóloga y dos administrativas. Se realizaban unidades psiquiátricas móviles, visitaban escuelas rurales y de la ciudad para atender a los estudiantes, entre otras intervenciones.

En la actualidad, el equipo de *Salud Mental* está conformado por tres psicólogas,

una trabajadora social y dos psiquiatras. Son diversas las instancias de abordaje de la demanda, comenzando por un comité de admisión, conformado por un psiquiatra, una psicóloga y una trabajadora social, el cual funciona a modo de primer contacto con el sujeto que demanda tratamiento psicológico, psiquiátrico, incluso el pedido de medicamentos. Desde allí se deriva a la especialización/es que requiera el mismo.

También se encuentra el espacio clínico, el cual ofrece un tratamiento con el usuario de modo singular y particular.

Como novedad, algunos años atrás, dentro del equipo de *Salud Mental* se creó un taller iniciado y pensado por una usuaria que salía de su internación psiquiátrica dentro del hospicio. El taller se compone por usuarios con tratamiento ambulatorio dentro del Hospital como dispositivo que apunta a la sustitución de internaciones prolongadas.

A partir del año 2010, con la implementación de la *Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones* N.º 26.657 de la República Argentina, la dinámica de trabajo del área de *Salud Mental* se ha adaptado al cumplimiento de la misma, y trajo aparejado como consecuencia que se puedan resolver las demandas espontáneas de las distintas patologías de *Salud Mental* y en los casos evaluados por los profesionales, se realiza la derivación a un Hospital Psiquiátrico. Estas derivaciones por criterio de internación, han disminuido notablemente desde la implementación de la ya mencionada ley teniendo un fuerte compromiso con la desmanicomialización y no institucionalización de los pacientes.

Además, el área de *Salud Mental* interactúa constantemente con la justicia por las demandas que solicita la misma. Los profesionales encargados de valorarlas pueden ser tanto el profesional a cargo del área de *Salud Mental* del Hospital, como también el/la psiquiatra o psicóloga que se encuentre en el turno de guardias.

Dichas guardias se realizan con médico psiquiatra o médico de guardia y psicólogo, tal lo establece la *Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones* N.º 26657 de la República Argentina vigente.

Descripción y justificación de la propuesta

La propuesta de intervención en el campo profesional que aquí se propone, consta

de la creación de un Hospital de día que adopte la estructura de un dispositivo ambulatorio grupal, dirigido a adultos en situación de carencia laboral, soledad y sufrimiento psíquico, desde una perspectiva preventiva, de promoción de la *Salud Mental* y del lazo social.

Se dirige a usuarios de *Salud Mental* entre treinta (30) y sesenta (60) años que realicen tratamiento ambulatorio en el Hospital Regional Dr. Abel Ayerza. No obstante, será de ingreso libre para aquellas personas que quieran participar, siendo de carácter necesario que, al mismo tiempo, mantengan tratamiento terapéutico en dicha institución.

Los grupos no se dividirán por género, ya que el dispositivo adopta como base el concepto de igualdad. Esto se refiere a que existirá un trato idéntico en lo que respecta a todos los géneros que se encuentren presentes en el desarrollo del mismo, promoviendo la ausencia de cualquier tipo de discriminación. La base en la igualdad permite una distribución equitativa de las actividades a realizar, lo cual fomenta un cambio social y respeto hacia la diversidad de género.

Se planea trabajar de manera interdisciplinaria con una psicóloga, una trabajadora social, un psiquiatra, talleristas y un máximo aproximado de veinte (20) participantes. El espacio físico a utilizar es el salón de Consultorios Externos del Hospital, ya que en el mismo se encuentran los consultorios de *Salud Mental* y su sala de espera. Se proyecta llevarlo a cabo de lunes a viernes por la tarde.

Este Hospital de día se piensa como un dispositivo intermedio para abordar el padecimiento psíquico, en donde los usuarios realicen oficios correspondientes a sus propios anhelos. Algunas de las actividades que se ofrecen como principales son: la construcción de una huerta comunitaria en el predio del Hospital, costura y carpintería.

En este punto, es necesario hacer mención a la actual *Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones* N.º 26.657, en tanto es uno de los pilares en los que se sostiene y de donde se nutre la presente propuesta. Esto es así porque la mencionada ley opera como marco legal que regula las intervenciones en *Salud Mental* desde una postura novedosa, produciendo una ruptura con las relaciones de fuerza que existían en el interior del campo de *Salud Mental*, posicionándose desde un nuevo paradigma que promueve menos encierro y más apertura al trabajo en y con la comunidad. Reconoce los derechos fundamentales de las personas usuarias de los servicios de *Salud Mental*, planteando como ejes centrales la desmanicomialización, inclusión comunitaria, creación de dispositivos alternativos como hospitales de día, como también la participación activa de los usuarios. Esta Ley entonces, es el sustento teórico y legal que fundamenta y avala la propuesta de intervención del presente trabajo, la cual será desarrollada en uno de los apartados siguientes.

La actual *Ley Nacional de Salud Mental*, incluye en sus letras la definición de 'padecimiento mental', perteneciendo a una concepción dentro de la *Salud Mental*, el cual está determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. Es decir, siguiendo esta posición, la *Salud Mental* está relacionada con la otorgación de los Derechos Humanos y sociales de toda persona humana.

La trabajadora Social Marianela Marzullo (2020) considera que: "desde una dimensión profesional motiva a construir espacios donde el colectivo profesional pueda diseñar y gestionar políticas públicas en materia de *Salud Mental*" (Marzullo, 2020, p.10).

Arqueología de la Desmanicomialización

Se toma aquí a la idea de arqueología como método que apunta a desentrañar la formación histórica del concepto de desmanicomialización, siendo uno de los significantes que representa la esencia del presente trabajo, aparejado a la perspectiva de Derechos Humanos que se intenta plasmar en el mismo.

Scheurich y Bell (1994) mencionan el concepto de arqueología como un método que intenta ir tras las condiciones de posibilidad de una formación histórica determinada, realizando un análisis histórico de la formación de discursos y las formas de sujeción del sujeto a tales discursos. Foucault sostiene que “la arqueología sería la metodología apropiada para el análisis de las discursividades locales (...)” (Scheurich y Bell, 1994, p.849).

Es necesario plantear la arqueología en base a una historia que se sostiene en el olvido, se sostiene enterrada y resulta de profunda necesidad desenterrar. Por lo tanto, se recurre a comentar la historia de dicha manicomialización en Argentina de los últimos doscientos (200) años. ¿Por qué retomarla? Justamente con la intención de comentar los procesos institucionalizadores para no repetirlos, y para no hacerlo, es necesario conocer nuestra historia. Reconocer cómo se ha gestado la idea del encierro, así como también la idea de la peligrosidad.

En Argentina, el primer manicomio creado fue dirigido a mujeres, llamado Hospital Municipal Neuropsiquiátrico Braulio Aurelio Moyano. El mismo surge con el objetivo de encerrar a las mujeres enajenadas que circulaban por la vía pública, como también para otorgarles cierta libertad a aquellas que se encontraban encarceladas.

En el año 1863 se inauguró el Hospital Borda, el cual estaba dirigido a hombres. Las condiciones de hacinamiento y encierro eran muy similares a las instituciones penitenciarias donde antes permanecían los internos. Se comenzaba a denotar la cura como eje central, acompañado de una arraigada connotación moral, regulación y régimen de la conducta. Al incrementarse el número de internaciones, se vio de suma necesidad implementar una serie de ampliaciones realizadas por los mismos internos.

Algunos años más tarde, comenzó a gestarse un movimiento que impactaría en las instituciones mentales del país. Dicho movimiento fue llamado higienismo. El higienismo fue un movimiento de carácter psiquiátrico que tuvo emergencia en nuestro país entre los años 1935 y 1945, proponiendo diversas medidas de prevención para aquellos que se consideraban desadaptados psíquicamente interviniendo con prácticas eugenésicas para combatir la degeneración mental. Este movimiento estableció la importancia del diagnóstico precoz.

Queda vinculada entonces, la temática de la *Salud Mental* al movimiento higienista. Se puede decir que el sistema manicomial opera sobre cierta concepción histórica de la locura, asociada desde cierto momento histórico a la figura del loco, inmigrante o bien todo aquel que presente características que no se adecuan a la norma social de una época y sobre la cual debe ejercerse control, clasificación y sometimiento. Dicho control se encuentra anclado en el encierro, en los tratamientos a puertas cerradas, con el objetivo de proteger a la sociedad de todo aquello que no funciona, que no anda. Esta lógica se encuentra históricamente inscripta en la ideología higienista y sanitarista que representa una nueva etapa en la lucha contra la ‘barbarie’.

Durante finales del siglo XIX en la Argentina, la medicina general que aplicaba su saber sobre el cuerpo de las personas empieza a intervenir como medicina legal para dar cuenta con su saber especializado, sobre el cuerpo social e individual, como también sobre las conductas de los sujetos. Cuando las pasiones y el libre albedrío actúan en contra del orden social, la locura comienza a ser objeto de intervención para la medicina, donde se necesitaba de una especificidad para distinguir entre el loco y el criminal, entre el sujeto que simula y el que padece una enfermedad mental posible de diagnosticar. Es así como se va conformando la condición de ‘enfermedad mental’. La idea de ‘peligrosidad’ se fue gestando como elemento perturbador del orden social y como tal debería ser detectada para operar sobre la misma. El aumento de la población en el país, las corrientes de inmigrantes y su impacto tanto en la conformación social, la estructura económica y sobre el desarrollo de la cultura misma, alimentaron una moralización que aún en la actualidad, opera sobre la penalización. (Vezzetti, 1980)

En los últimos doscientos (200) años, se fue construyendo un campo de saber

alrededor de la locura y de los comportamientos más extravagantes y bizarros, sumándose la contemplación de las problemáticas de consumo, y de cualquier comportamiento que

8

transgrede la norma. Es así como la locura comienza a posicionarse como un elemento propio de la anormalidad.

Las instituciones hospitalarias no existieron desde siempre, y no acogían pacientes de este tipo. De modo que, en la anterioridad a estos últimos doscientos (200) años, las personas que tenían estas problemáticas debían acercarse a centros de caridad que los alojaban y protegían. Estos lugares cumplían el rol que más adelante se les atribuye a las instituciones de salud.

A diferencia de lo que ocurre en la actualidad, en las instituciones monovalentes se ha intentado realizar cambios en las prácticas para aportar al mejoramiento de las condiciones de internación, externación y circulación de los pacientes por el sistema de salud. Estas acciones son de vital importancia, pero no suficientes, por lo que se considera de mayor validez hablar de un Sistema manicomial, en lugar de referir a un manicomio. (Galende, 2008)

Siguiendo esta lógica de pensamiento, la noción de institución en *Salud Mental* ha cambiado lo suficiente como para poder pensar una estrategia de intervención como lo es un Hospital de día, basado en coordenadas que plantean modos de intervención sustentados en un marco teórico desde la Salud Mental Comunitaria.

Se propone pensar este Hospital de día como una institución formadora de subjetividad. En este sentido, el médico y psicoanalista Emiliano Galende, la define como: "Una institución es una formadora de subjetividad en ese sentido, en que construye significados, valores y regula comportamientos, ajusta las posibilidades de comprensión mutua, de entendimiento entre las personas que forman parte de la misma" (*Ob. Cit.* p.397). Dicho Hospital tiene como objetivo insertarse en la comunidad trazando esas subjetividades, alojando cada una de ellas particularmente dentro de lo comunitario. Esto a su vez, posibilita una huella en la subjetividad desde lo creativo.

En esta modalidad, al dejar de concebir al manicomio como lugar exclusivo de depósito del enfermo y postulando la cura como objetivo a alcanzar, se abre la propuesta a otros espacios, como también se descentraliza la responsabilidad sanitaria, es decir, cada uno de los usuarios, desde su lugar y compromiso, con sus saberes, puede contribuir al trabajo terapéutico. Lo importante es reconocer la capacidad de cada uno de los usuarios, desde el respeto y valoración de sus saberes, para coordinarlos dentro de una tarea común.

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones

En nuestro país, la *Nueva Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones*, sancionada el día diez (10) del mes de diciembre del año 2010, y reglamentada el día dieciocho (18) del mes de marzo del año 2013, propone la desmanicomialización y desinstitucionalización de usuarios de la *Salud Mental*, buscando caminos de acción para construir dispositivos intermedios basados en principios de cooperativismo y solidaridad, promoviendo el ejercicio de derechos de los usuarios y amparando la economía social mediante la producción de bienes.

Como se hace mención en las Pautas para la Organización y Funcionamiento de Dispositivos de *Salud Mental* (2019), los dispositivos intermedios "Funcionan en el punto de encuentro entre el mundo de la salud y el mundo del trabajo, la producción y la economía, haciendo evidente la importancia de la articulación intersectorial" (p.42).

En la actual Ley se consideran algunas cuestiones previas como: centrar la atención

en el concepto de *Salud Mental* y ya no en el concepto de enfermedad, como así también romper con el supuesto o representación de *peligrosidad* y comenzar a hablar de riesgo cierto e inminente.

“ARTICULO 20.- Entiéndese por riesgo cierto e inminente a aquella contingencia o proximidad de un daño que ya es conocido como verdadero, seguro e indubitable que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros” (Ley N.º 26.657, 2013).

9

El concepto de ‘peligrosidad’ es influido por la antropología criminal, la cual produjo una serie de desplazamientos que contribuyeron a la construcción de la noción de individuo peligroso: los locos, los enfermos, los anormales. Se plantea como fundamental determinar el nivel de peligro que constituye el individuo para la sociedad, remarcando la función del castigo como un mecanismo de defensa, diferenciando entre peligrosos definitivos y aquellos que por medio de un tratamiento pueden dejar de serlo. (Vezzetti, 1980)

Dicho esto, es necesario traer a colación nuevamente la *Ley de Salud Mental*, ya que 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. La misma aporta una novedosa concepción respecto a los padecimientos mentales, como también una forma más amplia y compleja de entender la salud en general y a la *Salud Mental* en particular desde una perspectiva de Derechos Humanos. Se produce así una ruptura con la lógica manicomial, proponiendo nuevos caminos de abordaje y de acción, lo cual implica: la creación de dispositivos intermedios, trabajos desde equipos interdisciplinarios, y una nueva forma de nombrar el sufrimiento psíquico, alejándose de estereotipos y estigmatizaciones.

Se proponen también formas ambulatorias e integradas junto a la sociedad, trabajando sobre la producción social de padecimiento subjetivo en las esferas de la vida cotidiana y en actividades de promoción de la salud. Se incorpora la conceptualización de ciudadanía de derechos como componente de práctica preventiva, de modo que se reconozca la complejidad de la problemática.

Como mencionan las psicólogas Gerlero y Ausburguer (2010), en nuestro país se registran distinguidas y renombradas experiencias que tienden a la transformación del sistema manicomial en un modelo de atención comunitaria de los padecimientos mentales.

En la provincia de Río Negro, se denota un progreso tanto teórico como práctico, el cual se remite a un perfil de base comunitaria. Esta provincia fue precursora al sancionar, en el año 1991, la Ley N° 2.440, la cual otorga un marco legal al abandono del modelo anterior que consideraba peligrosos a los individuos con padecimiento mental, condenándolos al encierro. Así es como comienza un proceso de desmanicomialización dirigido a atender la dimensión subjetiva de los usuarios, dando lugar a su palabra en tanto sujeto de derechos, empatizando con el padecimiento mental, promoviendo que, en un futuro, los mismos se reintegren socialmente, sin ser apartados en hospitales psiquiátricos ni encerrados en instituciones.

Actualmente, la nueva *Ley de Salud Mental y Adicciones (Ob. Cit.)*, retoma ciertos artículos que son relevantes para la construcción de la presente propuesta de intervención, como, por ejemplo, en el Artículo 5 se estipula que no se permite la presunción de incapacidad o riesgo de daño a partir de la existencia de diagnósticos en lo que respecta al área de *Salud Mental*. Esto quiere decir que se apela a una evaluación interdisciplinaria para realizar deducciones, entendiendo la particularidad y contexto de cada situación. Ya no se asocia el diagnóstico en *Salud Mental* como elemento de peligrosidad

Dicha propuesta de intervención se plantea desde un enfoque interdisciplinario que surge ante la demanda social, ya que la misma se compone por profesionales de distintas áreas que son pertinentes para el abordaje de la misma. Esta orientación interdisciplinaria

puede favorecer la integración social, la cual implica que se realice desde la especificidad de cada disciplina, es decir, que, en su articulación, cada una es importante en el desempeño de su función individual pero no independientemente.

Respecto a las internaciones, al ser un recurso terapéutico de carácter restrictivo, se emplearán únicamente cuando el usuario lo consienta y si aportan beneficios terapéuticos superiores a las demás intervenciones comunitarias, sociales o realizables en su entorno familiar. Las mismas deberán ser lo más breve posible, supeditadas a criterios terapéuticos interdisciplinarios y realizadas en hospitales generales. Las internaciones de carácter involuntario serán un recurso terapéutico excepcional en aquellas situaciones donde se ven imposibilitados los abordajes ambulatorios, las cuales se podrán realizar exclusivamente cuando, por criterio del equipo de salud, se considere que existe un riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. Entre otras claves, además, la Ley prohíbe la creación de nuevos

10

manicomios y exige el cierre de los existentes y su reemplazo por una red de dispositivos sustitutivos a la internación.

La actual Ley y sus artículos son el fundamento y sustento legal de la presente propuesta de intervención, la cual comprende objetivos referidos al fortalecimiento de los lazos sociales a partir de la creación de diversos talleres y habilidades sociales. Resulta imprescindible entonces, la atención ambulatoria fuera del ámbito de internación, como también el desarrollo de dispositivos que alberguen un amplio crisol en la atención de la *Salud Mental*, en las acciones de inclusión social y laboral, promoviendo el reforzamiento de los lazos sociales, el mantenimiento de vínculos con los afectos y allegados, como también con el entorno laboral y social.

Promoción de la salud

La presente propuesta de intervención está sostenida en un marco de promoción de la salud, la cual es definida en la Carta de Ottawa (1986) como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud” (p.1). Actualmente la Organización Mundial de la Salud, conserva esta postura.

El Doctor Floreal Ferrara (1985) conceptualiza a la salud como aquella que supone una búsqueda incesante, una apelación constante a la solución de los conflictos que plantea la existencia. En lo que respecta a la enfermedad la considera como una ‘adaptación completa’, en cuanto equivale a la renuncia a la creación individual y social y al enfrentamiento de nuevos conflictos. No es el conflicto lo que define lo patológico, sino que es el bloqueo de los conflictos y la imposibilidad de resolverlos lo que certifica la idea de enfermedad. La salud se encuentra ligada entonces, a la idea de acción frente al conflicto, acción que conlleva a la transformación de la realidad.

La Licenciada Graciela Zaldúa (1998), introduce una nueva forma de pensar el concepto de salud, el cual lo propone como un proceso dinámico, singular y colectivo de la salud-enfermedad-cuidado. Se trata de incorporar la producción de subjetividades al proceso de salud-enfermedad-cuidado, entendiendo a la Salud Mental desde un enfoque de subjetividad. En el centro de este debate aparecen los Derechos Humanos y la capacidad colectiva exigiendo los mismos, promoviendo procesos de subjetivación.

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

curativas” (Stolkiner, 2008, p.58).

En nuestro país, a mediados de la década del '40, primando un contexto mundial de posguerra, el gobierno peronista entra en auge y los obreros y el sector popular comienzan a movilizarse y a luchar por sus derechos, mejoras salariales, laborales y de salud. Este periodo es muy importante ya que en el marco de la gestión peronista encabezada por el ex presidente

Juan Domingo Perón, se crea el Ministerio de Salud Pública, siendo su primer ministro el Doctor Ramón Carrillo. El reconocido médico logró erradicar diversas patologías, creó más de doscientos (200) hospitales y policlínicos gratuitos. Es en ese periodo que hubo un fuerte desarrollo en la medicina social, preventiva y sanitaria. Consecuentemente, el derecho a la salud aparece por primera vez en la Constitución Nacional en el año 1949, servicio que actualmente todos tenemos derecho de acceder. (Cóceres, 2007)

La actual *Ley Nacional de Salud Mental*, dispone un marco legal que permite la implementación de ciertas prácticas que se insertan en la comunidad. Es menester que exista un marco que sostenga las prácticas de prevención y promoción de la Salud Mental Comunitaria. (Bang, 2013)

11

En este escrito se piensa a la promoción de la salud desde su objetivo de mejora de las condiciones de vida de los usuarios de *Salud Mental*, en tanto dichas condiciones sean dignas y apropiadas. La promoción de la salud se orienta hacia la transformación de los procesos individuales de toma de decisiones que dejan a los usuarios en una posición activa.

Por lo tanto, se entiende a la *Salud Mental* en la promoción de la salud como una expresión colectiva y concreta que involucra seres humanos en relación a otros, a objetos y al ambiente, y específicamente con las instituciones de *Salud Mental*.

La *Salud Mental*, no solo compromete la experiencia interna de ese usuario, sino también, una experiencia grupal con base desde lo comunitario.

Se considera también, que la promoción de la salud tiene como objetivo la modificación de las condiciones de vida de los usuarios, en tanto dichas condiciones sean dignas y adecuadas.

Pensar la *Salud Mental* desde esta perspectiva, invita a la construcción de una identidad, una forma de sentir, pensar y comunicar dentro de la comunidad. La *Salud Mental* incluye relaciones con las personas como también con las instituciones.

La *Salud Mental* incluye entonces, los aspectos corpóreos, físicos, emocionales, cognitivos, sociales y espirituales. Siendo dichos aspectos, contemplados dentro de un espacio donde transcurre la vida, ya sea la familia, sus afectos, el trabajo, el descanso y la recreación. En consonancia, puede decirse que: “la *Salud Mental* compromete tanto una experiencia interna y subjetiva como una experiencia de grupo” (Restrepo Espinosa, 2006, p.190).

La Carta de Ottawa ha significado un hito en el desarrollo de la salud, pensado desde una visión más integrada. Promueve a su vez, el desarrollo de profesionales y dispositivos que promulguen condiciones más sanas, dignas y de mayor equidad y justicia social. En relación a esto, Restrepo Espinosa (2006), argumenta que: ““(…) somos testigos de un nuevo concepto de salud, que se ubica más allá de la ausencia de enfermedad y que obliga a pensar en la salud como bienestar y desarrollo humano y calidad de vida” (p.186).

Como se comentó en los apartados anteriores, el campo de prácticas en *Salud Mental* ha respondido históricamente al modelo manicomial, pero con el pasar de los años, y los cambios sociopolíticos, se fue generando una apertura de los sistemas de atención con incorporación de acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Es importante destacar que se entiende en el presente trabajo, a la promoción en Salud Mental Comunitaria desde una perspectiva de salud integral y no normativa. Se

considera que las prácticas de promoción de la Salud Mental Comunitaria, son las que promueven y propician la modificación de los lazos sociales y comunitarios, volviéndolos más solidarios y constructivos. Cada sujeto es entonces activo en su singularidad, pero también forma parte de una comunidad. Entonces, la intervención genera condiciones propicias para la toma de decisiones autónomas y conjunta sobre el proceso de salud enfermedad-cuidados.

Para Bang (2013), se destacan tres componentes esenciales que funcionan como fortalezas en la promoción de la Salud Mental Comunitaria: participación activa de la comunidad, transformación de lazos comunitarios hacia vínculos solidarios y constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades.

Es fundamental que las prácticas de promoción generen condiciones para un desarrollo de pensamiento creativo, crítico y dirigido a la acción. Esta postura se rige bajo la idea de que: "(...) una comunidad con un pensamiento creativo, compartido colectivamente se encuentra en mejores condiciones de ser actores de transformación de sus propias realidades, lo que se considera como indicador de Salud Mental Comunitaria" (Bang, 2013, p.118).

Lo más idóneo sería que a pesar de las dificultades y resistencias varias, de avance en un camino de acción que potencie la creatividad, la comunidad y solidaridad. Por lo que, la propuesta del Hospital de día funciona como una estrategia de promoción de la Salud Mental Comunitaria, en tanto se orienta a la generación de procesos participativos que potencian la creatividad colectiva y que multiplican las redes de contención comunitaria.

12

Consecuentemente, Bang postula que las acciones comunitarias se presentan como una vía facilitadora para la transformación hacia una comunidad más inclusiva. Siendo pensado el abordaje comunitario, como el origen de grandes oportunidades y fortalezas, trabajando no exclusivamente con usuarios de la *Salud Mental*, sino incluyendo a la comunidad en un abordaje de problemáticas psicosociales, cuyo resultado es una *clínica ampliada*. "El proceso de creación artística colectiva posee características óptimas para el seguimiento de los objetivos de la estrategia de promoción de salud mental comunitaria" (Bang, 2013, p.116).

El Hospital de día, tendrá base en los fundamentos de la promoción de la salud al proponer como objetivos específicos el fomento de habilidades sociales e interpersonales junto con el fortalecimiento de lazos sociales y comunitarios. El mismo promueve una inserción en la comunidad a partir del ámbito laboral y al proponer talleres sociales. Al ser un tipo de dispositivo receptivo con las demandas de los usuarios, favorece a incrementar la autonomía de los mismos, quienes podrán expresar sus necesidades en un espacio de devoluciones.

Se enmarca dentro de un dispositivo terapéutico compuesto por profesionales de la *Salud Mental*, donde se puede pesquisar cualquier índice patológico para prevenir su evolución. Correlativamente, como dispositivo intermedio previene las internaciones prolongadas, salvo en ocasiones que así se amerite.

Hospitales de día

Teniendo en cuenta lo trabajado en los párrafos anteriores, existe un movimiento de desmanicomialización, el cual es descrito por el Colectivo de Arte y Expresión en Romero (2008) como una manera de volver digna la atención en *Salud Mental* transformando los vínculos que se construyen entre los profesionales y los usuarios que se encuentran en internaciones. Se intentan acotar los tiempos prolongados que caracterizan a las internaciones psiquiátricas, sustituyéndolas por tramos más cortos y en hospitales generales o centros de *Salud Mental*, procurando la atención ambulatoria, como así también, recuperar

lazos sociales y familiares.

Un testimonio muy valioso que se ha recolectado de la ciudad de Rosario, es el del Centro Cultural Gomecito, el cual se convirtió en un dispositivo sustitutivo a la lógica manicomial, a pesar de anteriormente formar parte del Hospital de Salud Mental Dr. Agudo Ávila. Esto nos habla de que, para fomentar la promoción de la salud, se buscan nuevos espacios y modelos operantes para el tratamiento de la *Salud Mental*.

La Psicóloga Julieta Morandi (2020), profesional perteneciente al Centro Cultural expresa que desde hace mucho tiempo trabajan para disponer un sujeto diferente dentro del campo de la *Salud Mental*, alejándose de la concepción de sujeto caracterizado por su condición de peligrosidad y abriendo la propuesta a lo diverso.

El hospital psiquiátrico tal como es conocido, comprende una propuesta unívoca que propone para todos los usuarios lo mismo, es por eso que se despliega la posibilidad de la diversidad, marcado por los deseos singulares de cada uno.

Siguiendo la lógica que plantea la psicóloga Morandi, Cohen invita a pensar una transformación del modelo tradicional en *Salud Mental*:

“Se trata aquí de cambiar el modelo tradicional de terapéutica de salud mental, que podría definirse como un modelo de asistencia institucional, para sustituirlo por un modelo de salud mental comunitaria, que busca como resultado último la reinserción completa del sufriente mental en la sociedad” (Cohen, 1995, p.67).

Dentro de este nuevo modelo terapéutico, el mismo autor menciona algunos puntos a tener en cuenta, como por ejemplo: incluir a la familia dentro de este abordaje, proponer un enfoque promocional, comunitario y de trabajo en equipo, valorar sus aspectos sanos, trabajar

13

con el paciente y su entorno, dirigir el trabajo a una integración del sujeto cumpliendo un papel activo, las internaciones son preferentemente domiciliarias; si se requiere internación hospitalaria, se trata de que ésta sea breve y se realiza en la sala general de los hospitales generales, se potencian habilidades y capacidades, se apunta a la rehabilitación laboral en empresas sociales, se trata sobre los derechos y necesidades de las personas gestionando y procurando su satisfacción y se promueve la horizontalización de los vínculos. (*Ob. Cit.*)

La presente y desarrollada propuesta de intervención en el campo profesional, adopta la forma de Hospital de día el cual ofrece un diferenciado tratamiento en relación a otras instituciones, ya que se considera como apertura hacia lo comunitario, intentando reproducir en el interior del mismo una micro sociedad con sentido terapéutico. (Iuorno, 2004)

El médico psicoanalista Emiliano Galende (2008), considera algunos puntos necesarios al momento de construir una estrategia comunitaria, utilizados como ejes cardinales para la construcción del Hospital de día. Estos son:

- Estrategia sobre la organización de los servicios;
- Estrategia sobre los recursos humanos;
- Estrategia presupuestaria;
- Estrategias para la reforma legal y los derechos humanos;
- Estrategias sobre el sistema de registro que deben llevar los servicios; •

Estrategias para la relación con la comunidad y su participación en el sistema de salud.

Tanto como estos puntos que provee el autor, también se contemplan ciertos requisitos para que el usuario pueda acceder a dicho dispositivo, como, por ejemplo, la disposición de los días y la carga horaria, lo cual permitirá una referencia de ciertas distancias y tiempos.

Esto remite fundamentalmente al concepto de accesibilidad, el cual implica un

borramiento de las barreras tanto económicas, geográficas, socioculturales, de organizaciones o género en relación a la atención de la salud. (Comes, 2000)

Alicia Stolkiner aporta con gran claridad que: “La accesibilidad se define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios” (Stolkiner, 2006, p.10). “Este vínculo surge de una combinación entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Comes, 2000, p.10). Se considera entonces al Hospital de día “*Usuaría(mente)*” como un dispositivo, en tanto: “Un dispositivo sería un complejo haz de relaciones entre instituciones, sistemas de normas, formas de comportamiento, procesos económicos, sociales, técnicos (...) producen sujetos que como tales quedan sujetos a determinados efectos de saber/poder” (García Fanlo, 2011, p.3).

Habilidades sociales

Una de las claves sumamente relevantes a la hora del cambio de modelo en *Salud Mental*, está referido a las habilidades sociales.

Se ha demostrado que las habilidades sociales son importantes para promover la inclusión social, afianzar el lazo social, desde una perspectiva participativa, integral y comunitaria. Las mismas son un objetivo específico de este trabajo integrador final. Puede decirse que:

“Las habilidades sociales son aquellos comportamientos eficaces en situaciones de interacción social. Las habilidades sociales son un arte de relacionarse con las personas y el mundo que le rodea. Son conductas adecuadas para conseguir un objetivo ante situaciones sociales específicas” (Blanco, 2019).

Para abordarlas, se trae a mención una experiencia realizada en el Hospital Borda, ubicado en la ciudad de Buenos Aires:

14

“El contexto en el que se desarrollan los talleres está lejos de ser el de un “encuadre terapéutico” en el sentido convencional que se le otorga a la expresión. Ello no significa que los talleres no adopten un encuadre particular, y en este sentido observamos que sus integrantes no participan en su “rol” o lugar de enfermos, sino que lo hacen desde su interés y deseo personal por desarrollar una actividad artística, y ésta es la actitud que se espera de cada participante” (Sy, 2013, p.151).

Estos talleres habilitan que el usuario pueda correrse del rol y lugar de enfermo, lo cual posibilita que, de ese modo, comience a manifestar sus deseos como sujeto. Es decir, los efectos terapéuticos que se pueden generar a partir del desarrollo de talleres sociales, derivan de la posibilidad de intervenir mediante la propia corporalidad de los usuarios, lo que coloquialmente se nombra como: poner el cuerpo.

Dentro de dicha experiencia se ha encontrado que los talleres habilitan tanto un espacio de fortalecimiento físico y recuperación, como también una transformación en un espacio adecuado donde afirmar lo propio, lo biográfico y la emergencia de diversos anhelos, mediante la expresión corporal.

Otro efecto terapéutico que ofrecen las habilidades sociales, es que permiten descubrir nuevas sensaciones, vivencias, comportamientos y deseos, reforzando lazos y creando vínculos mediante la promoción de la interacción social.

Se alude a este espacio terapéutico como un lugar de trabajo donde exista una producción comunitaria dentro de un marco creativo y participativo.

Oficios

“Espacios para palabras todavía no pronunciadas” (Percia, 2004, p.104).

La propuesta de producción de oficios, se crea a partir de una carencia visible entre los usuarios de *Salud Mental*, a su vez participantes del Taller que ofrece el Servicio de *Salud Mental* del Hospital Regional Dr. Abel Ayerza.

Los mismos no cuentan con sus necesidades básicas cubiertas, poniéndose de relieve ciertas falencias que impactan en su subjetividad, en su día a día.

A modo de justificación de la propuesta, el psiquiatra Jorge Pablo Yakoncick (2022), profesional a cargo del servicio de Salud Mental del Hospital Regional Dr. Abel Ayerza, relata su experiencia en el barrio de Gracia, ubicado en la ciudad de Barcelona, donde funciona un centro integral privado de Salud Mental Comunitaria. El mismo cuenta con internaciones, consultorios externos, talleres, casas de medio camino, y a la vez, con una lavandería y resto bar, lugares donde los usuarios pueden aprender ciertos oficios. Este centro tiene convenios con escuelas de oficios, permitiendo que los usuarios puedan asistir cuando se considera que están en condiciones óptimas para desarrollarlos. El alta se otorga en el momento en que consiguen trabajo en la ciudad.

Dicho esto, es pertinente considerar que fomentar la creación de oficios con usuarios de la *Salud Mental*, favorece a la integración social, provee identidad y desarrollo integral de los mismos de manera emancipadora, como una herramienta social que habilita nuevos espacios y modos de participación.

Se trae a mención un proyecto de huerta autogestiva con el fin de promover educación ambiental, la cual es utilizada como herramienta para favorecer la inclusión social e interacción con el medio ambiente de niños y adolescentes en situaciones de vulnerabilidad y riesgo social.

La psicóloga Fabiana Naimann y el psicólogo Juan José Calzetta comentan que:

“El trabajo realizado produjo efectos positivos tanto a nivel intersubjetivo como intrasubjetivo. (...) fomentó la curiosidad, la creatividad, el trabajo en equipo, la

15

responsabilidad, la confianza en sí mismo, la autoestima, la autocrítica y el pensamiento crítico. Se espera que los participantes del proyecto puedan continuar con la experiencia de manera autogestiva. Como los efectos de la experiencia fueron más allá de lo previsto en los objetivos iniciales y, como se señaló más arriba, la huerta urbana aparece en primera instancia como un instrumento útil para la implementación de políticas de salud” (Naimann y Calzetta, 2013, p.110).

A su vez, los autores continúan agregando que el trabajo en la huerta urbana, permite la participación que incentiva y fomenta el trabajo activo, es decir, no alienado, el cual resulta promotor de salud.

Es evidente que el trabajo comunitario, a partir de la realización de oficios, resulta terapéutico en tanto encuentra un nuevo espacio social para los usuarios, funcionando en distintas alternativas para la inclusión social, inserción laboral, fortalecimiento del lazo social, interacción con otros pares y significativos para un desarrollo saludable de lo que a la subjetividad respecta. Es por este motivo que resulta de gran importancia incorporar dispositivos intermedios que habiliten la creación y ejecución de oficios dentro de un hospital general, alojando la demanda de un gran grupo de usuarios de la *Salud Mental*.

Objetivo general

- Organizar e implementar un Hospital de día en el Hospital Regional Dr. Abel Ayerza, en la ciudad de Marcos Juárez, provincia de Córdoba.

Objetivos específicos

- Ampliar la oferta terapéutica en el Hospital.
- Promover herramientas y recursos para fomentar habilidades y conocimientos de oficios.
- Impulsar la práctica y el conocimiento de oficios para propiciar la integración socio laboral.

Acciones a realizar, sus plazos tentativos y los recursos materiales y humanos

Objetivo general	Objetivos específicos	Acciones	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Agosto	Sept	Oct	Nov
Organizar e implementar un Hospital de día	Ampliar la oferta terapéutica en el Hospital.	Selección de talleristas, personal y del espacio.	X	X							

en el Hospital Regional Dr. Abel Ayerza, en la ciudad de Marcos Juárez, provincia de Córdoba.		Programación y organización de talleres de oficios.	X	X		X		X		X		
		Difusión vía formal del proyecto y las distintas actividades en la ciudad.		X		X		X		X		
	Promover herramientas y recursos para fomentar habilidades y conocimientos de oficios.		Creación de talleres de habilidades sociales.	X	X		X		X		X	
			Creación y trabajo de huerta orgánica comunitaria, taller de carpintería y costura.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
			Realización de reuniones semanales con los profesionales.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Impulsar la práctica y el conocimiento de oficios para propiciar la integración socio laboral.												

RECURSOS MATERIALES

- Consultorios externos.
- Predio del hospital.
- Mesas y sillas.
- Cocina.
- Baños.
- Herramientas para el trabajo de huerta. •
- Herramientas para el trabajo de carpintería. •
- Herramientas para el trabajo de costura.

RECURSOS HUMANOS

- Una psicóloga como coordinadora. •
Un/a asistente social.
- Un/a psiquiatra.
- Dos (2) grupos de diez (10) usuarios. •
Talleristas y personal.

Evaluación general del proyecto

Esta propuesta de intervención en el campo profesional propone un Hospital de día, que funcione como un dispositivo de promoción de la Salud Mental.

La propuesta es que se alojen aproximadamente veinte (20) usuarios los cuales concurrirán en el formato propuesto que responde a un Hospital de día. Se espera que los mismos establezcan contacto con la realidad social, promoviendo la construcción de un espacio de reflexión que dé lugar a la integración social, al desarrollo de la socialización, a la inclusión, participación, capacitación y a la inserción laboral, brindando un ámbito de contención y alojando las demandas de los usuarios desde lo terapéutico.

La modalidad de trabajo que se selecciona dentro de estos talleres de oficios se

basa en una estrategia de producción grupal, priorizando la mejora de las habilidades sociales y promoviendo el trabajo en equipo, donde todo se dialogue.

Los talleres tienen como fin último la integración social, por lo tanto, una vez que los usuarios hayan aprendido determinadas habilidades en los oficios que respectan, se organizarán artesanalmente vías de inserción socio-laboral, pensadas desde una perspectiva de aporte a la comunidad.

Para el registro y la recepción de los usuarios, es fundamental llevar un conteo y una planilla de información sobre los mismos. Esto posibilita que, cuando uno de los usuarios no pueda proceder al taller, los profesionales cuenten con herramientas o vías alternas para comunicarse con él.

A pesar de la duración anual de los talleres, se privilegiarán actividades cortas con una duración máxima de dos (2) encuentros. Esta decisión administrativa está relacionada con el hecho de que, durante el trayecto del año, nuevos participantes podrán sumarse a los talleres. Así se evitará que los nuevos ingresantes se sientan desconcertados o no entiendan la actividad. Por el contrario, cada taller es un nuevo comienzo, una nueva oportunidad de recomenzar.

Los recursos a utilizar en los talleres de oficios serán diversos y variados en cuanto a su incumbencia práctica y de implementación de los mismos. En relación a los trabajos de carpintería, los recursos materiales a utilizar serán: maderas, pallets, cinta métrica, escuadra, martillo, serrucho, juego de destornilladores, tornillos, clavos, cincel, limas, gafas de seguridad, mesa y banco de trabajo, lápices, lijas, entre otros. En lo que respecta a la huerta comunitaria, los recursos materiales a utilizar serán: guantes, cañas, palas, rastrillos, tijera de podar, regadera, manguera, semillas, compost, plantines, entre otros. Y en cuanto a los trabajos de costura, los recursos materiales a utilizar serán: máquina de coser, cinta métrica, tijeras, reglas, alfileres, dedos, lápices, gomas de borrar, agujas de coser, hilo de coser e hilvanar, papel manteca, tizas, telas, cierres, mesa y banco de trabajo, entre otros.

Para evaluar la evolución de los talleres y el cumplimiento de los objetivos mencionados anteriormente, se propone la siguiente forma de análisis cualitativo: Se realizarán reuniones cada un mes con todo el equipo, con el fin de corroborar la asistencia del personal profesional y de los usuarios. Las mismas serían espacios de retrabajo de lo sucedido en los talleres. También se llevarán a cabo reuniones periódicas con el resto del equipo del servicio de *Salud Mental* a fin de evaluar en ellos la incidencia de la participación en los talleres en el marco de sus estrategias terapéuticas. Un ausentismo muy marcado de parte de los usuarios, nos estaría indicando que hay determinadas dificultades en la motivación, y, por ende, viéndose obstaculizado el fomento social, siendo uno de los objetivos específicos del presente trabajo. Por el contrario, un nivel alto de presentismo sería un buen pronóstico a futuro para la inclusión social. Otra de las formas en las cuales se evaluará la efectividad de los talleres, será a través de entrevistas grupales de satisfacción, las cuales se realizarán una vez al mes y en las cuales se abordarán las temáticas como la satisfacción del usuario dentro del taller, su creación y desarrollo de vínculos sociales, los cambios que existen a nivel de habilidades e inclusión social. Dentro de estas reuniones grupales, existirá también el lugar para que los usuarios

20

demanden, en donde se abrirá un espacio de escucha de sugerencias. Es de gran relevancia esta instancia para que la persona se involucre en su propio desarrollo personal. Las áreas de talleres de oficios se evaluarán, por un lado, a través de muestras abiertas al público para que cada uno de los usuarios demuestre la habilidad particular que aprendió en el oficio. Esto permite que sus redes de contención y afectos puedan asistir, como también público en general, demás asistentes, etc.

Por otra parte, cada tres (3) meses se realizarán entrevistas semi dirigidas individuales con el fin de indagar el proyecto de vida laboral de cada usuario.

Todas estas instancias de evaluación, serán realizadas por los profesionales que

conforman el equipo del servicio de *Salud Mental*, apostando a un trabajo interdisciplinario, en tanto se lo piensa conformado por múltiples profesionales trabajando de forma integral, en un ideal de supervisión mutua, de comunicación constante y toma de decisiones conjuntas. Las mismas serán de gran utilidad para lograr alcanzar los objetivos plasmados y brindar un mejor servicio a los usuarios.

Referencias bibliográficas

- Almeida, V. Chidichimo, M. Coll, L. Orpinel, F. Pochettino, C. & Valdano, L. (2019). ¿Qué abrir para cerrar el manicomio? Lo sustitutivo. Los protagonistas, sus voces y perspectivas. *ATE Rosario. Noticias*. Recuperado el día 01, de diciembre, de 2021, de la base de datos de <https://www.aterosario.org.ar/que-abrir-para-cerrar-el-manicomio-lo-sustitutivo-los>

[protagonistas-sus-voces-y-perspectivas.html](#)

- Abreo Ortiz, A. (2011). El 'gran método' de Foucault: Una arqueología-genealógica y una genealogía-arqueológica. *Revista PAPELES*, ISSN 0123-0670, Volumen 3 (No. 6) pp. 77-85. Recuperado el día 01, de diciembre, de 2021, de la base de datos de <https://revistas.uan.edu.co/index.php/papeles/article/view/282>
 - Bang, C. (2013). Estrategias comunitarias en promoción de la salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas en *Psicoperspectivas* 13 (2) 109. Recuperado el día 24, de marzo, de 2022, de la base de datos <http://www.psicoperspectivas.cl>. UBA Conicet.
 - Barone, V & Perez Diez, M. (2020). *Salud mental avances y retrocesos*. Recuperado el día 24, de marzo, de 2022, de la base de datos de <https://aadih.org.ar/get/monografias/MONOGRAFIA%20ARQUITECTURA%20Y%20SALUD%20MENTAL.pdf?fbclid=IwAR2SKiWEpP6OFzEmF9yhnQEBdzwWROK00xnmMJ16pKnko eCtWpYy2GzHz0g>
 - Blanco, E. (2019). ¿Qué son las habilidades sociales? Tipos y para qué sirven. *PERSUM Clínica de Psicoterapia y Personalidad* Recuperado el día 01, de diciembre, de 2021, de la base de datos de https://psicologosoviedo.com/especialidades/ansiedad/habilidades_sociales/
 - Carozo, A. (2016). *Intervenir en el manicomio*. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de la República, Montevideo, Uruguay.
 - Cóceres O.P. (2007). *Sistema de Salud y Condiciones de vida*. Facultad de Psicología UNR: Ficha de la cátedra.
 - Cohen, H. & Natella, G. (1995). *Trabajar en Salud Mental* La desmanicomialización en Río Negro. Buenos Aires: Lugar.
 - Colectivo de Arte y Expresión en Romero. (2008). ¿Qué es la desmanicomialización? *Arte y locura*. Recuperado el día 01, de diciembre, de 2021, de la base de datos de <http://arteylocura.blogspot.com/2008/03/que-es-la-desmanicomilaizacion-en-la.html>
 - Comes, Y. (2000). *Accesibilidad: una revisión conceptual*. Buenos Aires: Facultad Psicología, UBA.
 - Cruz Souza, F. (1999). *Psicología comunitaria*. Buenos Aires: Lumen- Humanitas. • Czeresnia, D. & Machado de Freitas, C. Org. (2008). *Promoción de la Salud y Prevención de enfermedades* (Edición - 1°). Buenos Aires: Lugar Ed.
 - Ferrara, F. (1985). *Conceptualización del campo de la Salud*. (Edición - 1°). Buenos Aires: Catálogos.
 - Foucault, M (1996). *La evolución de la noción de individuo peligroso en la psiquiatría legal*. Buenos Aires: Altamira.
 - Galende, E. (2008). Desmanicomialización institucional y subjetiva. *Psicoanálisis*, Vol. XXX (N° 3/3). pp. 395-427. Recuperado el día 01, de diciembre, de 2021, de la base de datos de <http://www.psicooanalisisapdeba.org/wpcontent/uploads/2018/07/Conferencia-E.-Galende.pdf>
 - Galende, E. (2008). *La política de Salud Mental*. Buenos Aires: Lugar Ed. • Garcia Fanlo, L. (2011). ¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze y Agamben. *A Parte Rei Revista de Filosofía*. Recuperado el día 01, de diciembre, de 2021, de la base de datos de <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/fanlo74.pdf>
 - Gerlero, S. & Augsburguer, A. C. (2012). *El análisis de las Políticas y Planes de Salud Mental*. Rosario: Laborde.
 - Iuorno, R. (2004). *En el Hospital...* Editorial Catálogos. Primera Edición.
- 22
- Marzullo, M. (2020). *Salud Mental, estrategias comunitarias y derechos. A la luz de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657*. Trabajo final de grado. Instituto Académico Pedagógico de Ciencias Sociales, Universidad de Villa María.
 - Mirta Mauro, Romina Solitario, Yamila Comes & Pamela Garbus (2011). *La construcción del*

concepto de Accesibilidad en los Sistemas de Salud. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

- Moya, S. (2020). *Crear, Jugar, (re) inventarse: la experiencia del Centro Cultural El Gomecito en el proceso de la desmanicomialización*. Tesina. Recuperado el día 01, de diciembre, de 2021, de la base de datos de <https://rephip.unr.edu.ar/bitstream/handle/2133/19369/SILVIA%20MOYA%20TESINA.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Naiman, F. & Calzetta, J. (2013). Huerta urbana y salud mental: sus efectos en la subjetividad de niños y adolescentes. Recuperado el día 01, de diciembre, de 2021, de la base de datos de <https://www.aacademica.org/000-054/299.pdf>
- Ovejero Bernal, A. (1990). Las habilidades sociales y su entrenamiento; un enfoque necesariamente psicosocial. *Psicothema*, vol. 2, (n.º 2) pp. 93-112. Recuperado el día 01, de diciembre, de 2021, de la base de datos de <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7046/6910>
- Dirección de Salud Mental y Adicciones. (2019). *Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de salud mental*. Recuperado el día 01, de diciembre, de 2021, de la base de datos de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/pautas-organizacion-funcionamiento-salud-mental-2019.pdf>
- Percia, M. (2004). *Deliberar la psicosis*. (Edición - 1º). Buenos Aires: Lugar Editorial S.A. • Restrepo Espinosa, María Helena. (2006). Promoción de la salud mental: un marco para la formación y para la acción. *Revista Ciencias de la Salud*, vol. 4, núm. Esp, octubre, 2006, pp. 86-193. Recuperado el día 01, de diciembre, de 2021, de la base de datos de <https://www.redalyc.org/pdf/562/56209920.pdf>
- Stolkiner, A. y Ardila Gómez, S. (2008). *Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la Medicina Social/Salud Colectiva*. Buenos Aires: Vertex, Rev Arg de Psiq.
- Stolkiner, A. Solitario, R. y otras (2006). *El Concepto de Accesibilidad: La Perspectiva Relacional Entre Población y Servicios*. F. Psic. U.B.A.: Anuario de Invest. XIV • Sy, A. (2013). La observación participante como técnica privilegiada en el acceso a la ritualización de prácticas en torno a la salud: A propósito de la propuesta del frente de artistas del Borda. *Cent. Estud. Interdiscip. Etnolingüíst. Antropol. Sociocult.* (no.26). Recuperado el día 01, de diciembre, de 2021, de la base de datos de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-45082013000200008&lang=es
- Vezzetti, H. (1983). *“Locura y crimen” en La locura en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós. • Vezzetti, H. (1983). *Penalidad y Moralización. Para una historia de la locura y la psicología en la Argentina*. Buenos Aires: Paidós.
- Zaldúa, G. (1998). El campo de la salud colectiva: deudas, deseos y demandas. La exigibilidad de derecho a la salud “Algunas consideraciones sobre”. Buenos Aires: Psicología UBA.