

**UNIVERSIDAD DE PALERMO**  
**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS Y SOCIALES**  
**Licenciatura en Psicología**

**Trabajo Final Integrador**  
**Impacto de los dispositivos terapéuticos Hospital de Noche y Casa de**  
**Medio Camino en pacientes con trastornos mentales**

Profesora Tutora: Natalia Da Silva  
Autor: Verónica Solange Mora

## Índice

1. Introducción .....	1
2. Objetivos.....	2
2.1 Objetivo General .....	2
2.2 Objetivos Específicos.....	2
3. Marco teórico.....	2
3.1 Procesos de cambio institucional.....	3
3.2 Esquizofrenia.....	5
3.2.1 Prevalencia.....	10
3.2.2 Tratamiento.....	10
3.2.2.1 Tratamiento farmacológico.....	11
3.3 Rehabilitación psicosocial.....	12
3.3.1 Dispositivos Hospital de Noche y Casa de Medio Camino.....	16
3.3.1.1 Talleres.....	18
3.3.1.2 Taller de expresión corporal.....	18
3.3.1.3 Taller de convivencia.....	19
3.3.1.4 Taller de huerta.....	20
3.3.2 Terapia de grupo.....	20
3.3.3 Talleres protegidos de rehabilitación en salud mental.....	22
4. Metodología.....	23
4.1 Tipo de estudio y diseño.....	23
4.2 Participantes.....	23
4.3 Instrumentos.....	24
4.4 Procedimiento.....	24
5. Desarrollo.....	25
5.1 Servicios de Rehabilitación.....	25
5.2 Objetivo I: Identificar los recursos que brindan los dispositivos Hospital de Noche y Casa de Medio Camino para la rehabilitación de pacientes con trastornos mentales.....	29
5.2.1 Recursos que brinda Casa de Medio Camino para rehabilitación de pacientes con trastornos mentales .....	29
5.2.2 Recursos que brinda el Hospital de Noche para rehabilitación de pacientes con trastornos mentales .....	34
5.3 Objetivo II: Describir cómo son empleados los recursos de los dispositivos, Hospital de Noche y Casa de Medio Camino, por los residentes para lograr mayor autonomía y poder reincorporarse a la vida comunitaria .....	36
5.4 Objetivo III: Analizar las intervenciones terapéuticas para reforzar lazos y vínculos familiares de los residentes dentro de los dispositivos Hospital de Noche y Casa de Medio Camino .....	42
6. Conclusiones.....	45
7. Referencias Bibliográficas.....	49
Anexos	

## 1. Introducción

El presente Trabajo Final Integrador surge de la práctica profesional que propone la Carrera de Psicología de la Universidad de Palermo. Dicha práctica tuvo lugar durante los meses de Abril y Diciembre de 2014 en un Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario de la Ciudad de Buenos Aires, el cual posee dos dispositivos el Hospital de Noche y la Casa de Medio Camino que pertenecen al mismo servicio rehabilitador.

Ambos dispositivos poseen como objetivo acompañar a los pacientes a rehabilitarse y reinsertarse en la sociedad. El Hospital de Noche se propone brindar tratamiento intensivo psiquiátrico y psicológico de puertas abiertas para la recuperación psico-social de los pacientes. La Casa de Medio Camino es una residencia especializada con respaldo terapéutico y se presenta como un ámbito superador del Hospital de Noche, diseñada para constituirse en el último recurso del proceso de rehabilitación.

Para tomar conocimiento del funcionamiento del Servicio, se presenciaron las actividades diarias que poseen el Hospital de Noche y los talleres que se desarrollan en la Casa de Medio Camino ubicada en el barrio de Flores.

La labor del practicante consistió en brindar apoyo y colaboración al equipo de trabajo dentro de los dispositivos. De esta manera se tomó conocimiento del trabajo que realizan los profesionales dentro del Servicio de Rehabilitación de Hospital de Noche y Casa de Medio Camino, por otro lado se logró entrar en contacto diario con los residentes participando de los talleres que propone el dispositivo, el Taller de Convivencia, el Taller de Expresión Corporal, el Taller de Huerta y las salidas semanales denominadas de extensión cultural.

El trabajo se centrará en la manera que este modelo de rehabilitación psicosocial desempeña un papel importante en la evolución de pacientes que padecen trastornos mentales.

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo General**

Describir el impacto de los dispositivos terapéuticos Hospital de Noche y Casa de Medio Camino en la autonomía, reforzamientos de lazos, vínculos familiares, rehabilitación y reinserción en la sociedad de pacientes con trastornos mentales.

### **2.2. Objetivos Específicos**

Identificar los recursos que brindan los dispositivos Hospital de Noche y Casa de Medio Camino para la rehabilitación de pacientes con trastornos mentales.

Describir cómo son empleados los recursos de los dispositivos, Hospital de Noche y Casa de Medio Camino, por los residentes para lograr mayor autonomía y poder reincorporarse a la vida comunitaria.

Analizar las intervenciones terapéuticas para reforzar lazos y vínculos familiares de los residentes dentro de los dispositivos Hospital de Noche y Casa de Medio Camino.

### **3. Marco teórico**

A continuación serán descriptos aquellos cambios que se produjeron alrededor del mundo respecto a las instituciones dedicadas a la salud mental.

En lo que respecta a la República Argentina, se realizará una articulación con las leyes que garantizan los derechos de los individuos que padecen enfermedades mentales.

Posteriormente, se hará foco en la esquizofrenia y en su tratamiento, dado que los sujetos que conviven en los dispositivos que se describirán luego se encuentran afectados por dicha enfermedad.

Para finalizar, se definirá la rehabilitación psicosocial y los dispositivos que se utilizan para poder lograrla.

#### **3.1 Procesos de cambio institucional**

Hoy en día la atención a los problemas de salud mental se considera una de las principales prioridades en el mundo, el nivel de impacto que provoca tanto para el individuo que lo padece, como para su familia y la sociedad en general, es muy alto, no solo en términos emocionales, sino también en el plano económico por la limitación en el desarrollo de sus capacidades funcionales laborales que los problemas de salud mental traen consigo (Ministerio de Salud, 2003).

La esquizofrenia es considerada un trastorno mental grave, no sólo por las características de los síntomas, sino también a causa de la realidad que percibe el paciente, por lo frágil que es el individuo a las circunstancias de su entorno, que puede poner en peligro su autonomía, afectando directa o indirectamente a diversos ámbitos de su vida. En aquellos pacientes que padecen este trastorno se encuentra alterado el ajuste social, esto puede ser evidenciado en individuos que viven en la comunidad hoy en día, padecen incapacidades severas y muestran signos bajos de niveles de funcionamiento social. Ellos poseen dificultades de adaptación social que se expresan en sus conductas sociales, sin embargo, adquirieron a través de nuevos dispositivos de rehabilitación cierto grado de autonomía que les permite manejar sus propias vidas (Moll & Saeki, 2009).

El deterioro provocado por la enfermedad es el mayor inconveniente que tiene el paciente al ser externado, ya que muchas veces no le permite reinsertarse en la comunidad; sin familiares que los acompañen y con los lazos sociales rotos han perdido su lugar en la sociedad. Para ellos son fundamentales estas instituciones intermedias que les permiten adquirir las destrezas necesarias que le permitan tener autonomía y generar nuevas redes sociales (Gabay, 1999).

La Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires N° 448 garantiza el derecho a la salud mental y hace un llamado a la desinstitucionalización, a la rehabilitación y reinserción social de las personas institucionalizadas. En su artículo 3 establece los derechos humanos específicos de las personas con discapacidades mentales, busca transformar el modelo asilar y promover los servicios comunitarios. El objetivo de la desinstitucionalización es crear nuevos dispositivos, mas eficaces y eficientes para conservar al paciente dentro de su comunidad y no el mero cierre de los hospitales psiquiátricos (Curlee, Connery & Soltys, 2001).

Hacia el año 80 se va construyendo el aparato sanitario y de higiene pública, secular y modelado según los cánones europeos; el mantenimiento y restablecimiento de la salud, incluidos sus componentes mentales, forman parte principal de la organización y el control de la población (Vezzetti, 1985).

En la República Argentina la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, dentro del capítulo VII en su artículo 11, menciona que se encuentra prohibida la creación de nuevas instituciones monovalentes públicas o privadas. Con este proceso se evitarían las internaciones prolongadas ya que la desinstitucionalización logra rehabilitar y resocializar a los pacientes de manera que puedan reintegrarse a su comunidad y que ésta pueda contenerlos, tolerando y acompañando las limitaciones que puedan presentar (Dubin & Fink, 1992).

Saraceno (1995) plantea que, a raíz de los cambios que se han sucedido y la superación

dentro de los Hospitales, han permitido que surjan sistemas alternativos de atención para los pacientes. Como sistema alternativo o complementario de atención se pueden encontrar los dispositivos de tipo Hospital de Noche y Casa de Medio Camino.

Las Casas de Medio Camino pretenden cubrir las necesidades de las personas con trastornos mentales crónicos no solo sanitarias, sino también de vivienda, ocupación, desarrollo personal y sobre todo de integración social y consecuentemente, mejorar su calidad de vida conforme plantea la OMS: la percepción que un individuo tiene de su lugar de existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus expectativas, sus normas, sus inquietudes (Barbotte, Guillemin & Chou, 2001).

Se apunta a las áreas específicas en las cuales los pacientes tienen dificultades para tener un desempeño de roles efectivo y satisfactorio en cuanto a su funcionamiento psicosocial; estas áreas incapacitan a los individuos a desarrollar actividades relacionadas con el manejo del dinero, vínculos de pareja, aspectos ocupacionales y relaciones familiares (Valencia, Rascón y Quiroga, 2006).

La ley Nacional de Salud Mental N° 26657, de la Nación Argentina (2010), regula la protección de los derechos de los individuos que poseen padecimientos mentales. Dicha ley garantiza el derecho a recibir un tratamiento personalizado y entiende a la internación, como medida restrictiva, como último recurso terapéutico si constituyeran un riesgo para sí o para terceros. En el artículo 20 de dicha ley se describe que se entiende como riesgo, una proximidad de daño que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona o de terceros, condicionadas por un padecimiento mental.

El dispositivo psicosocial facilita el proceso de rehabilitación de las personas a fin de mejorar su autonomía. Es fundamental el fortalecimiento de los vínculos familiares ya que favorece el tratamiento del paciente. Se incentiva la búsqueda de vínculos extra-familiares para que se enriquezca la vida del individuo. Son relevantes las actividades comunitarias, fuera del ámbito del dispositivo, a fin de lograr una rehabilitación entendida como el regreso del sujeto a su estado anterior a su hospitalización (Moll & Saeki, 2009).

Se busca que este tipo de dispositivos sean redituables, por lo tanto se incentiva al paciente a realizar ventas de artesanías o productos que fabrican ellos mismos. De esta manera, se crean simultáneamente los *talleres protegidos* de enseñanza de oficios y trabajos, que serían de utilidad para el empleo del paciente cuando sea dado de alta y en el período posterior a la cura (Bellomo, 2011).

El Servicio en el cual se llevó a cabo la práctica, Hospital de Noche y Casa de Medio Camino, alberga pacientes que padecen diferentes trastornos mentales, sin embargo el grupo observado estaba compuesto por sujetos que padecían únicamente esquizofrenia.

### **3.2 Esquizofrenia**

La esquizofrenia corresponde a un desorden descrito en Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder - DSM 5 - (APA, 2013). Según el DSM 5 (APA, 2013), las personas con esquizofrenia poseen un patrón dominante en el cual se incluyen delirios, alucinaciones y lenguaje desorganizado. Este trastorno está presente en diversos contextos, dos o más de estos síntomas se manifiestan durante una significativa parte del tiempo durante al menos un período de un mes.

1) Desde el inicio del trastorno se ven afectados en el paciente uno o más ámbitos en los cuales se desarrolla habitualmente. Su nivel de eficacia es más bajo en su trabajo, se deteriora su cuidado personal y las relaciones interpersonales comienzan a ser más pobres.

2) Durante un mínimo de seis meses persisten los signos del trastorno. Debe existir un mes de síntomas o menos si su tratamiento fue exitoso, que cumplan con síntomas de fase activa (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado y síntomas negativos) puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos, los signos que se manifiestan del trastorno son únicamente síntomas negativos o dos o más de los enumerados anteriormente en forma atenuada.

3) Se descarta el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas debido a que:

- a) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores con los síntomas de fase activa en forma recurrente.
- b) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa pero han estado presentes durante una mínima parte de duración de los periodos activos y residuales de la enfermedad.
- 4) El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga o medicamento) o a otra afección médica.
- 5) Si hubiera existido durante la infancia trastorno del espectro autista o un trastorno de la comunicación, el diagnóstico adicional de esquizofrenia solo se hará si los delirios o alucinaciones son notables, como así también otros síntomas requeridos para la esquizofrenia estuvieran presentes durante un mínimo de un mes, o menos si se trató con éxito.

Además, el trastorno posee síntomas negativos y positivos. Según Kaplan y Sadok (2008) los síntomas positivos se componen de delirios y alucinaciones:

- a) Las ideas delirantes consisten en pensamientos erróneos, en interpretaciones equivocadas de las experiencias vividas. Predominan las ideas de persecución en las cuales la persona cree ser engañada por otros, siente que lo espían o ridiculizan frente a los demás. Existe un tipo de idea denominada autorreferencial, en el que el individuo cree que todo lo que sucede hace referencia a él, desde una noticia en un periódico hasta una canción. La extrañeza de las ideas dependerá de lo cultural. Siempre que sean incomprensibles o improbables las ideas serán calificadas como extrañas.
- b) Dentro de las alucinaciones predominan las auditivas, éstas se experimentan en forma de voces, conocidas o desconocidas para el sujeto y se diferencian de los pensamientos que posee, produciéndose en un contexto de claridad sensorial.
- c) Los pensamientos desorganizados suelen presentarse como la característica simple más importante de la esquizofrenia. Los mismos se expresan a través del lenguaje del individuo, el cual descarrila hablando de un tema y pasando a otro; cuando se le realiza una pregunta su respuesta no guarda relación con la misma y su discurso está lleno de incoherencias. El síntoma debe ser lo suficientemente grave para deteriorar la efectividad de la comunicación.
- d) El comportamiento gravemente desorganizado puede manifestarse desde un comportamiento infantil hasta agitación impredecible. Este síntoma ocasiona dificultades en la realización de tareas de la vida cotidiana como mantener la higiene u organizar comidas. El sujeto puede vestir de forma poco corriente, estar despeinado, presentar un comportamiento sexual inapropiado o una agitación predecible e inmotivada.
- e) En los comportamientos motores catatónicos se observa una importante disminución de la reactividad al entorno. En algunas ocasiones alcanza el grado de estupor catatónico (grado extremo de falta de atención) o rigidez catatónica (resiste fuerza ejercida para ser movido manteniendo una postura rígida). Posturas catatónicas (adopta posturas extrañas) y agitación catatónica (actividad motora excesiva sin estímulo ni propósito provocador).

Este tipo de síntomas también pueden aparecer en otros trastornos o enfermedades médicas. Los síntomas negativos según Kaplan y Sadok (2008) se dividen en:

- a) Abulia: caracterizada por la incapacidad para iniciar y mantener actividades dirigidas a un fin.
- b) Alogia: es la pobreza del habla, se manifiesta por réplicas breves, vacías y lacónicas. Este síntoma parece tener que ver con la disminución del pensamiento que tienen estos sujetos y esto se refleja en un descenso de la fluidez y la productividad del habla.
- c) Aplanamiento afectivo: se refiere a que su expresividad emocional se encuentra notablemente disminuida, por ejemplo por la falta de respuesta facial y la inmovilidad de la misma; contacto visual pobre y poco lenguaje corporal.

Los síntomas negativos suelen ser difíciles de diagnosticar ya que aparecen con frecuencia, y pueden ser debido a otros factores como efectos secundarios de la medicación, depresión, hipoestimulación ambiental, depresión por consecuencia de síntomas positivos y hasta la desmoralización del paciente.

- d) Síntomas de desorganización: conducta y lenguaje desorganizado y afecto inapropiado.

La Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión - CIE 10 - (OMS, 1995) también se refiere al trastorno de la esquizofrenia, caracterizado por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y las emociones, en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. Puede conservarse la claridad de la conciencia y la capacidad intelectual. Se presentan en el individuo ideas delirantes que lo llevan a actuar de forma bizarra, afectan sus actos y sus pensamientos. Este tipo de ideas no están relacionadas con la cultura del sujeto, ni con su identidad religiosa o política. Es frecuente que el sujeto sienta que tiene poderes sobrehumanos, como por ejemplo capacidades de controlar el mundo exterior. También son frecuentes las alucinaciones, las que son de tipo auditivas consisten en voces que le hablan al sujeto. Estas voces pueden comentar las actividades que el individuo realiza, también puede escuchar discusiones entre ellas. Puede sentir que los sonidos provienen de alguna parte de su cuerpo, por ejemplo creer que sus manos le hablan.

De acuerdo con Fontana (2005), el trastorno comienza entre la adolescencia y el comienzo de la vida adulta, por lo general entre 13 y 28 años de edad. Perjudica considerablemente la participación diaria del individuo en sus actividades sociales que son esenciales para la vida, como el estudio, las relaciones amorosas, la interacción en grupos de amigos, etc.

Existen fases que atraviesa la persona que sufre esquizofrenia, la fase prodrómica, la fase activa y la fase residual. El individuo durante su infancia y adolescencia, puede ser retraído, solitario y callado. La primera fase se sucede antes de la crisis, se producen una serie de síntomas como nerviosismo, tensión, pensamientos desorganizados, dificultad para dormir, pensar que las personas se ríen de él, pérdida de interés en las cosas. En la fase activa se suceden los brotes o crisis, los síntomas serán las alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento. Por último, en la fase residual, la cual no se observa en todos los enfermos, hay un deterioro personal, social y laboral grave (Malla & Norman, 2002).

Materazzi (2004) plantea que la enfermedad repercute en el medio familiar y social, generando y alimentando vínculos que a su vez refuerzan y perpetúan los mecanismos patológicos. Las conductas del individuo generan un efecto y una respuesta en el medio, que a su vez refuerzan a los mecanismos neurobiológicos anómalos. El paciente, luego de un episodio de delirio, alucinaciones y excitación (síntomas positivos), se retrae en forma autista aun más debido a una reacción psíquica de vergüenza, entre otras sensaciones de desagrado que experimenta ante su entorno, motivado por el hecho de haber estado *loco* y haber sido nominado como esquizofrénico.

### **3.2.1 Prevalencia**

En una revisión sistemática de una evidencia científica de 188 estudios publicados entre 1965 y 2002 sobre la prevalencia de la esquizofrenia en 46 países, si bien aparecen variaciones sustanciales entre los distintos lugares, la prevalencia muestra generalmente valores comprendidos entre 4 y 7/1000, dependiendo del tipo de estimación empleado (Saha, Chant, Welham & Grath, 2005).

Según manifiesta la OMS (2014), la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones). La enfermedad comienza a una edad más temprana en los hombres.

### **3.2.2 Tratamiento**

Existen gran variedad de tratamientos para la esquizofrenia; los antipsicóticos que pertenecen al tratamiento farmacológico, actualmente son el principal elemento terapéutico. Así como los tratamientos farmacológicos tratan los desequilibrios bioquímicos, el resto de las estrategias terapéuticas son utilizadas para tratar los aspectos no biológicos como complemento. Se puede afirmar entonces que, la hospitalización en periodos de crisis, la combinación de antipsicóticos y un tratamiento psicosocial tendrán buen pronóstico (Kaplan & Sadock, 2008).



El tratamiento psicoterapéutico de la esquizofrenia, como el de cualquier otro trastorno mental grave, se debe asentar sobre tres pilares fundamentales.

En primer lugar, sobre la denominada teoría del trastorno o de la enfermedad, que debería responder a la pregunta ¿cómo se produce el trastorno?, indicando la especificidad de la producción del mismo. En segundo lugar, sobre la denominada teoría de la cura o teoría del cambio, que debería dar cuenta de los cambios que tendrían que llevarse a cabo para modificar esta patología, teniendo en cuenta la especificidad del cambio que se pretende realizar. Y por último, sobre la denominada teoría de la técnica, que trata de poner en claro cuáles son los instrumentos técnicos más adecuados para poder instrumentar el cambio específico que se pretende conseguir (Méndez & Ingelmo, 2009).

El tratamiento de la enfermedad esquizofrénica requiere de dispositivos asistenciales que incluyan diversos recursos terapéuticos que apunten a las diferentes dimensiones del trastorno (Amenta et al., 2002).

Plantear hoy día tratamientos excluyentes (fármacos o psicoterapia) en la esquizofrenia supone olvidar todo el saber acerca de esta forma de enfermar e imponer una limitación en las posibilidades de salud y bienestar de estos pacientes. En este sentido, los tratamientos combinados (psicofármacos, psicoterapia y técnicas de rehabilitación) constituyen, hoy en día, la indicación terapéutica específica en el abordaje terapéutico de la esquizofrenia (García, Fernández & Alvarez, 2013).

### **3.2.2.1 Tratamiento farmacológico**

Con la aparición de los antipsicóticos, la psicofarmacología permitió un mejor control de los síntomas psicóticos tales como alucinaciones y delirios (King, 1990), hecho que favoreció el traslado de los pacientes de un ambiente institucional hacia un ambiente comunitario.

Según Gelder y López (2004), los fármacos psiquiátricos ayudan a mejorar los problemas y síntomas que una persona padece en su pensamiento, sus sentimientos, su socialización, en el trabajo, el ocio y en el cuidado a sí mismo. En psiquiatría se utilizan seis tipos principales de fármacos y cada uno de ellos se dirige a enfermedades o problemas específicos. Estos tipos son:

1. Neurolépticos o antipsicóticos
2. Estabilizadores del estado de ánimo
3. Antidepresivos
4. Tranquilizantes
5. Hipnóticos – sedantes
6. Estimulantes

Las medicaciones antipsicóticas son útiles en el tratamiento de algunos de los síntomas de la esquizofrenia. No existe diferencia en la eficacia o acción terapéutica de un tipo de antipsicótico frente a otro. Los efectos secundarios constituyen la principal causa de no-seguimiento de las pautas de medicación.

Existen programas de enseñanza y grupos de manejo de la medicación, los cuales son útiles para proporcionar a los pacientes información acerca de los medicamentos y los efectos secundarios; además, su adecuada utilización favorece al buen éxito de la recuperación de habilidades perdidas durante las fases agudas de la enfermedad. Los antipsicóticos controlan los síntomas activos, siendo necesario y complementario que el paciente reciba un tratamiento de rehabilitación de tipo psicosocial. Es importante que la persona deje de tener alucinaciones y delirios, y también que logre construir una nueva rutina diaria similar a la que tenía antes de cursar la enfermedad, pudiendo de esta manera reintegrarse dentro de la sociedad (Gelder & López, 2004).

### **3.3 Rehabilitación psicosocial**

Los pacientes con padecimientos mentales han sido atendidos históricamente en hospitales psiquiátricos en los cuales trabajan en forma conjunta y cotidiana psicólogos, asistentes sociales, médicos clínicos, enfermeros, acompañantes terapéuticos y psiquiatras. El objetivo es proveer el mejor cuidado posible para los pacientes y sus familiares. En la etapa

hospitalaria se comienza con la readaptación del enfermo a los hábitos de convivencia social y actividades que les permitan alcanzar determinados niveles de resocialización (Morazzo, 2013).

Las instituciones asilares han sido, durante un largo periodo histórico, el elemento clave de la estructura de atención a personas con problemas de salud mental. Precisamente aquel que le daba identidad ante la población, prestaba atención a un volumen importante de personas y constituía la base para la formación profesional de un número considerable de profesionales (Saraceno, 1995), pero la amplia experiencia ha demostrado que la hospitalización prolongada en grandes instituciones, con personal escaso, interactúa con el proceso esquizofrénico para producir un síndrome de colapso social más devastador que la enfermedad misma (Corrigan, Buican, McCracken, 1995).

Los profesionales de la salud mental tienen como rutina básica categorizar y diagnosticar las necesidades del enfermo en función de las contingencias, en tanto la organización trata de acoplar una contingencia predeterminada a un programa estándar normalizado a aplicar, cuyo objetivo es el paciente externado para la reinserción social (Morasso, 2013).

La rehabilitación psicosocial se define como un conjunto de estrategias encaminadas a que las personas con problemas psiquiátricos crónicos adquieran y/o recuperen aquellas habilidades que les permitan desenvolverse en un medio social en forma autónoma, con los menos apoyos posibles y con una mejora en su calidad de vida (OMS, 1997).

Para lograr la recuperación es necesaria la intervención, a través de un proceso individualizado, que combine el entrenamiento y el desarrollo de habilidades y que pretende reconvertir, aumentar o mantener la capacidad funcional del individuo (Fernández, Reyes & Rama, 1997).

El modelo de rehabilitación psicosocial se centra en el desarrollo de destrezas de los sujetos a los cuales se le ofrece el apoyo necesario a fin de que lleven una vida productiva y satisfactoria en su comunidad (Levav, 1992).

La rehabilitación está dirigida a brindar recursos médicos, psicológicos y laborales para que las personas que presentan secuelas de alguna enfermedad, en forma de limitaciones estables y permanentes, puedan reducirlas desarrollando nuevas capacidades que les permitan el máximo desempeño autónomo en su medio habitual, tanto doméstico como en el trabajo y en la vida social (Morales Calatayud, 2009).

La rehabilitación ayudará al individuo a recuperar su independencia; la motivación para la autonomía estará influenciada por los valores de toda la vida, y los roles futuros, teniendo en cuenta la situación económica del paciente y los recursos emocionales que son necesarias para que la autonomía sea posible (Dutton, 2007).

Para lograr una rehabilitación psicosocial exitosa es importante que se considere un tratamiento integral, considerando incluir en la misma, al conjunto de personas con quienes el sujeto se relaciona socialmente. Estas personas aportan al individuo ayuda, apoyo, contención y cuidado. Integrando desde el grupo familiar, también vecinos, amigos, compañeros de trabajo o bien aquellos que pertenecen a una iglesia, organismo asistencial o cualquier tipo de institución. Este grupo de personas poseen en sí mismas los recursos para desarrollar soluciones creativas frente a las situaciones difíciles que viven sus miembros (Hirsch, 1979).

A través de un intercambio dinámico entre las personas que acompañan al sujeto en su rehabilitación, se produce un proceso de construcción tanto individual como colectivo donde cada sujeto se enriquece a través de las múltiples relaciones que se llevan a cabo (Dabas, 1996). Se genera una red comunitaria que acompaña al individuo, ésta permite el intercambio de ideas, modos de hacer, permitiendo como estructura que las personas encuentren apoyo y refugio además de recursos (Montero, 2006).

Un paso inicial para la construcción de una red será la búsqueda de espacios potencialmente relacionados, actividades generalmente destinadas al ocio que permiten establecer contacto con otras personas (Arranz López, 2010). Las redes sociales funcionan como apoyo emocional, intercambios que implican una actitud emocional positiva, clima de comprensión y simpatía; también funciona como guía o consejero, aclara expectativas y ofrece modelo de

roles (Sluzki, 1996).

Respecto al rol de la familia en la terapia, suele estar relacionado con el seguimiento del programa terapéutico, y también con el manejo de conflictos. El apoyo, la compañía y comprensión es muy importante, toda la información y educación que la familia pueda recibir acerca de la enfermedad les ayudará a saber mejor cómo ayudar al paciente y como acompañarlos en el proceso de reinserción. (Castilla et al., 1998).

Se espera, con este tipo de rehabilitación psicosocial, que el individuo adquiera la autonomía suficiente para poder trabajar, aprender y participar en la comunidad; viviendo de forma plena y productiva a pesar de padecer una enfermedad mental. Autonomía puede entenderse como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por iniciativa propia, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo a las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (Tikanori, 2001).

Para facilitar la autonomía, la integración laboral es una variable esencial del trabajo de rehabilitación en pacientes con enfermedades mentales, necesitan ser orientados para adquirir aquellos hábitos laborales y habilidades sociales que le permiten acceder al mundo laboral (Crespo Hervás, 2007). A través de la rehabilitación psicosocial, se aplicarán técnicas y procedimientos para que el paciente logre adquirir o recuperar habilidades que fueron afectadas por su padecimiento, de manera que logre funcionar de una forma mas efectiva y satisfactoria en la sociedad (Valencia, 1986).

Según Crespo Hervás (2007), la mayoría de las personas con esquizofrenia pueden trabajar, se consideran recomendables empleos poco estresantes y bien estructurados para que le proporcionen un orden diario. Y además le permitan establecer relaciones interpersonales generando un sentimiento de pertenencia.

Otros objetivos sugeridos en los programas de rehabilitación para fomentar la autonomía son: desarrollar y mejorar el cuidado personal, limpieza y organización de sus ropas, aprender a reaccionar ante las situaciones de peligro que se producen dentro del hogar, manejar el dinero correctamente y saber planificar los ingresos, desarrollar las conductas de buena alimentación, así como independencia para comprar, conservar y preparar alimentos (Verdugo et al., 2004).

La recuperación no consiste en la remisión completa de síntomas, ya que la vivencia que los pacientes manifiestan consiste en una experiencia de cambio personal que nada tiene que ver con la sintomatología (Mental Health Comisión, 2003).

Un aspecto importante del tratamiento psicosocial, es el tratamiento farmacológico, ya que los pacientes que padecen esquizofrenia necesitan tomar los medicamentos de por vida para lograr mantenerse estables clínicamente y sin sintomatología psicótica (Lieberman, 1998). Considerando que ésta contribuye a una mejor inclusión social y a la posibilidad de llevar el control sobre la propia vida (Turner-Crowson & Wallcraft, 2002).

### **3.3.1 Dispositivos Hospital de Noche y Casa de Medio Camino**

Hospital de Noche y Casa de Medio Camino integran un servicio de ayuda a la rehabilitación psicosocial del paciente que padece una enfermedad mental. Si bien estos dispositivos se encuentran ubicados en diferentes localidades de la Ciudad de Buenos Aires, ambos complementan el funcionamiento de este servicio del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial (Russo & Yacuzzio, s/f).

El Hospital de Noche no es sólo una sumatoria de procedimientos terapéuticos, sino una estructura multidivisional compleja, para el tratamiento rehabilitador de la salud mental, que pretende ayudar a resolver diversos aspectos de estos padecimientos psicosociales utilizando distintas vías y métodos de abordaje (Quartino, 2004).

El papel de este tipo de establecimientos es muy importante para evaluar las limitaciones de las personas en términos de la repercusión psicológica de aquellas limitaciones, ofreciendo tratamientos para fomentar su cooperación en el proceso de rehabilitación y sus comportamientos adaptativos, evaluar y promover el apoyo familiar y social (Morales Calatayud, 1977).

Este tipo de dispositivos se han replicado a lo largo del mundo liberando al sistema de salud

mental de sus funciones arcaicas, de control social, coacción y segregación (Rotelli, 2014). En Estados Unidos, en 1953 se crean alternativas comunitarias para insertar y retornar a la comunidad a los pacientes y asimismo sostener sistemas de apoyo para aquellos que sufren una enfermedad mental. En Italia en el año 1971 se modifican las instituciones de hospitalización por ambientes terapéuticos abiertos. La experiencia italiana fue exitosa cuando se hizo gradualmente y se desarrollaron simultáneamente servicios comunitarios y hospitalarios (Gabay, 1999).

Así también, en 1945 en Francia se introduce una política psiquiátrica que se organiza en sectores de una misma estructura con un equipo multidisciplinario bajo la dirección de un psiquiatra; otro país influido por la experiencia italiana fue España, allí en 1985 se organizaron unidades en los centros periféricos de atención con equipos profesionales de psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales (Morasso, 2013).

Fue una generación de psiquiatras de Europa quienes plantearon una estrategia, para que el enfermo pueda volver a desarrollar una vida laboral normal después del tratamiento psiquiátrico. De esta manera fue creado el primer Hospital de Día y más tarde se le agrega el Hospital de Noche. Hacia 1985 el Hospital de Día, que algunos prefieren llamar centro de día para liberarse del término hospital, comienza a expandirse por todo Europa, EEUU y Canadá (Bellomo, 2011).

Estas reformas psiquiátricas se proponían disminuir las internaciones en hospitales monovalentes mediante la creación de servicios en la comunidad, logrando un desplazamiento de la intervención terapéutica hacia un contexto social de la persona, la prevención, la rehabilitación, etc. (Rotelli, 2014).

En la Ciudad de Buenos Aires la primera implementación de un Hospital de Día se realizó en el Hospital Moyano en la década del 80. Este programa de reorganización del hospital tuvo como objetivo reducir la población de individuos internados permitiendo resultados terapéuticos más efectivos. Esta reestructuración se fue realizando progresivamente, finalizando en la creación del Hospital de Noche (Bellomo, 2011).

Este proyecto intenta incluirse, con sus prácticas no convencionales, en diferentes ámbitos institucionales públicos y privados y desde este espacio de rehabilitación psicosocial de prevención terciaria, concientizar sobre logros y avances de las intervenciones de los profesionales de la salud mental que permiten evitar, en muchos casos, la internación y en otras, facilitar la consulta ambulatoria precoz y oportuna, por lo que también se trabaja en prevención secundaria y primaria (Quartino, 2004).

La residencia terapéutica, en la cual se realizó la práctica, se encuentra destinada a la rehabilitación y socialización de individuos masculinos de hasta 50 años. Los residentes deben haber sido dados de alta por la institución en el cual habían sido internados. El equipo de profesionales evalúa si el paciente ingresa al dispositivo. Quienes a través de una reunión, confirman que el sujeto se encuentra en condiciones para ingresar al programa. Se lleva a cabo en un principio mediante una reunión con los médicos que lo atendieron hasta el momento, los cuales refieren que el paciente podría participar del servicio de rehabilitación, y luego se realiza una entrevista de admisión con el individuo. La condición para poder ingresar a este programa está dada a través de un contrato terapéutico por un plazo de 90 días firmado por familiares o amigos y por el paciente. El grupo profesional es interdisciplinario y su objetivo es asesorar y orientar la resolución de problemas familiares, laborales, patrimoniales, sociales, etc. Asimismo se efectúa el seguimiento pos alta de ex residentes (Russo & Yacuzzio, s/f).

### **3.3.1.1 Talleres**

Todos los talleres que propone el servicio de rehabilitación son de carácter obligatorio, tanto para los residentes que viven en el Hospital de Noche, como aquellos que están en la Casa de Medio Camino y sobre todo para aquellos que estén atravesando la etapa de pre-admisión.

Tienen como objetivo central ofrecer instrumentos que sean útiles y que sirvan para ser aplicados en ámbitos laborales, comunitarios y en todos los escenarios posibles de la vida. Las herramientas que se les brinda serán imprescindibles para la resocialización de cada uno de ellos. Se espera que sepan aprovecharlas y replicar los modelos para lograr una readaptación a la vida en comunidad.

Se plantea un formato grupal debido a la eficacia de los tratamientos grupales en esta población en particular, personas que padecen de esquizofrenia. Esto ha sido demostrado en diversos estudios tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios (Guimón, 2003).

### **3.3.1.2 Taller de expresión corporal**

Una vez por semana, en el dispositivo Casa de Medio Camino, los residentes asisten a este taller, los participantes deben vestir ropa cómoda y las actividades se realizan sin calzado.

El cuerpo se convierte en una forma de expresión que el individuo emplea en su comunicación habitual pero que puede aprender a utilizar mejor adquiriendo habilidades que le permitan enriquecer su expresividad, creatividad y sensibilidad estética (García Sánchez, Pérez Ordás & Calvo Lluch, 2013).

Storkoe (1994), afirma que la expresión corporal supone tomar conciencia del propio esquema corporal, lograr su progresiva sensibilización y aprender a utilizar el cuerpo plenamente para lograr exteriorización de ideas y sentimientos (Storkoe & Schächter, 1994).

Lo que se busca es trascender la expresión cotidiana. Dicho de otro modo, que cada persona a través del estudio en profundidad de su cuerpo encuentre un lenguaje propio y establezca las bases necesarias para la expresión y comunicación con los demás (Schinca, 2000).

Se puede decir que es una herramienta formativa que contribuye al desarrollo físico, intelectual y afectivo-emocional de la persona (Vicente, Ureña, Gómez & Carrillo, 2010).

Asimismo favorece la interacción e integración social facilitando la liberación de tensiones, canalizando el estrés y ayudando en el desarrollo de la capacidad creativa del individuo (Fructuoso & Gómez, 2001).

El profesional a cargo deberá proponer actividades que supongan esfuerzo y un reto adecuado a las capacidades del grupo. Tendrá que estimular, sugerir, orientar, controlar el riesgo, aportar ideas y ofrecer posibilidades de actuación (Canales, 2009).

### **3.3.1.3 Taller de convivencia**

El taller de convivencia se lleva a cabo una vez por semana en la Casa de Medio Camino. Su objetivo principal es la revisión de las conductas individuales y sociales requeridas en la cotidianeidad. En cada encuentro se registran los nombres de los asistentes en un cuaderno, los temas que se tratan y, al finalizar el mismo, todos firman en él. La expectativa es dinamizar todos los aspectos referidos a las normas de higiene personal y de convivencia.

Se hace permanente hincapié en los aspectos de la limpieza y el mantenimiento del lugar de residencia (Quartino, 2004).

Uno de los principales objetivos planteados fue el de resolver problemas de convivencia de una manera efectiva para evitarlos y crear un ambiente agradable dentro del dispositivo. A lo largo de los talleres se ha observado la mejora del clima dentro del mismo y momentos de correcta resolución de conflictos en los que los residentes han sido capaces de aplicar lo conversado en cada encuentro (Materazzi, 2004).

### **3.3.1.4 Taller de huerta**

A través del programa de Pro Huerta creado por el INTA (Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria) los residentes tienen la posibilidad de aprender a realizar una huerta, y poder cosechar sus propios alimentos.

Una vez por semana se lleva a cabo dentro del Hospital de Noche con el objetivo de mejorar la alimentación, incrementando la disponibilidad, accesibilidad y variedad de alimentos, mediante su autoproducción. También a través de este programa, se busca favorecer la participación y organización de la comunidad, mejorar el ingreso económico y contribuir a que la misma población produzca sus propios alimentos. Promueve la soberanía alimentaria a

través de la organización comunitaria, enseñando cuáles son los recursos necesarios para comenzar una huerta, de qué manera se puede mejorar el suelo, cómo planificar la siembra, cómo pueden producirse las propias semillas, y por último, cómo cuidar la propia producción para obtener un producto adecuado para la ingesta (Cittadini, 2008).

Este programa considera a la inclusión social como un todo, y garantiza a la persona el desarrollo integral, independientemente de sus limitaciones, personales o culturales.

### **3.3.2 Terapia de grupo**

Los residentes del servicio de rehabilitación asisten una vez por semana a terapia grupal, asimismo, cada uno de ellos posee su terapia individual con los profesionales del equipo terapéutico.

Las terapias de grupo pretenden ser un eje fundamental en los programas de tratamientos de los pacientes esquizofrénicos. Su utilización conjunta con terapias individuales y/o familiares, con farmacoterapia y con terapias rehabilitadoras, pueden favorecer sinérgicamente la eficacia de los programas terapéuticos (González de Chávez, 1989/1990).

El formato grupal se recomienda especialmente ya que su naturaleza interpersonal permite a los pacientes compartir estrategias de afrontamiento de los síntomas, contrastar la realidad de sus experiencias de forma directa e indirecta, recibir apoyo y apoyar de manera altruista a los demás, mejorar sus habilidades para relacionarse con los otros y disminuir su sentimiento de aislamiento mediante fenómenos de generalización (Guimón, 2003).

Esta modalidad ofrece la oportunidad de retroalimentación inmediata de los pacientes, y permiten al terapeuta la observación de las respuestas emocionales y conductuales de los pacientes. La característica común de los grupos terapéuticos es la utilidad para reducir el aislamiento social, incrementar el sentido de cohesión y mejorar la calidad de vida (Kaplan & Sadock, 2008).

Para el tratamiento de la esquizofrenia se viene usando una variada metodología grupal que incluye, desde las psicoterapias orientadas al insight o investigativas, las relaciones de apoyo, hasta las de comunicación y confrontación, o de convivencia y socialización (Scott & Griffith, 1982).

El contexto grupal permite al paciente una visión más real de su mundo y de sí mismo. Constituye el elemento básico y el soporte del resto de las intervenciones terapéuticas que estos pacientes realizan a lo largo de su proceso de enfermedad (García et al., 2013). Armenta et al. (2002) sostienen que los grupos terapéuticos demuestran mayor acción en aquellas dimensiones clínicas de la esquizofrenia en las cuales los psicofármacos tienen una eficacia más controvertida, es decir, aquellos propios de la sintomatología negativa.

Por otro lado, los pacientes pueden compartir sus estrategias de afrontamiento de los síntomas, contrastando la realidad de sus experiencias y de esta manera brindar y recibir apoyo, disminuyendo el aislamiento y favoreciendo el vínculo con los demás (Gonzalez Torres & Ruiz Parra, 2005).

El grupo ofrece experiencias de socialización, modelos de comportamiento y una transferencia más compartida y menos dependiente del terapeuta lo cual probablemente determine mejores resultados que los obtenidos en la psicoterapia individual (Guimón, 2003).

Siendo estas actividades privadas, no se permite a los pasantes participar de estas reuniones, solo al equipo profesional.

### **3.3.3 Talleres protegidos de rehabilitación en salud mental**

Este dispositivo asistencial, dependiente de la Dirección General de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, brinda un tratamiento psiquiátrico a través de un abordaje interdisciplinario y opera sobre el área de la prevención terciaria. Tiene por objetivo promover la integración sociorelacional y la autonomía personal del paciente con padecimiento mental severo, con la finalidad de lograr su inclusión en la comunidad a través de la recuperación de sus redes sociales propiciando la estabilidad psicopatológica y evitando internaciones (Russo & Yacuzzio, s/f).

Cuenta con ciertos requisitos:

- El paciente debe encontrarse compensado psiquiátricamente
- El paciente debe encontrarse realizando un tratamiento psiquiátrico o psicológico
- El paciente debe ser derivado por el profesional tratante, psiquiatra o psicólogo con breve nota solicitando al servicio, tratamiento el cual se suma al que el paciente ya recibe

Los talleres protegidos no se encuentran incluidos dentro del servicio de rehabilitación que se describe en el presente trabajo, sin embargo todos los pacientes asisten a diario; allí realizan diferentes tipos de actividades terapéuticas las cuales aportan conocimientos de carpintería, pintura, herrería, actividades administrativas, tapicería, imprenta y carpintería de aluminio.

Dentro de la capacitación se propicia el desarrollo de una habilidad y/o destreza específica ligada a la actividad terapéutica asignada (Russo & Yacuzzio, s/f).

La existencia de dispositivos laborales posee el objetivo de disminuir la desventaja y vulnerabilidad psicosocial, mejorar la situación laboral y reinsertar a la población que padece algún tipo de trastorno mental (Rubistein, 1999).

Estas enseñanzas son fundamentales en la vida del paciente que intenta reinsertarse en el ambiente laboral. Al finalizar cada uno de estos talleres el sujeto egresa con nuevos conocimientos sobre oficios, los cuales puede ser el sustento económico de su hogar.

## **4. Metodología**

**4.1 Tipo de estudio y diseño** El estudio realizado es descriptivo y el diseño es no experimental.

### **4.2 Participantes**

Doce residentes del Hospital de Noche quienes conviven allí. Por otro lado, tres que se encuentran en la Casa de Medio Camino. Los residentes son hombres de edad adulta, los mismos padecen enfermedades mentales y ya obtuvieron el alta del hospital para poder ingresar a este dispositivo. En este trabajo se describen situaciones en donde se menciona a los residentes con los nombres cambiados para preservar su identidad. Los mismos son: Ezequiel, Daniel, Álvaro, Luis, Nahuel, Carlos, Martín, Fernando, Hugo, Pablo, Iván, Diego y Alejandro. El resto de los residentes no fueron nombrados, ya que no se describieron las más relevantes, aquellas que permiten el cumplimiento de los objetivos planteados en dicho trabajo.

Luego de realizar una entrevista de admisión con los profesionales, los pacientes firman un contrato terapéutico de admisión y convivencia para ingresar al dispositivo; el mismo posee una duración de tres meses el cual se va renovando en caso de ser necesario.

Equipo de profesionales que trabaja dentro del Servicio Hospital de Noche y Casa de Medio Camino. Este equipo está compuesto por la directora, quien es licenciada en sociología, tres psicólogos y una coordinadora del taller de expresión corporal. Ellos realizan actividades terapéuticas y de la vida cotidiana mediante grupos y talleres con respaldo psicológico individual para cada residente, en horarios matutino, vespertino y nocturno según la necesidad.

También cuentan con el equipo de médicos del servicio de consultorios externos del Hospital.

### **4.3 Instrumentos**

Historias clínicas de los residentes que pertenecen a ambos dispositivos. Se obtuvieron datos relevantes de cada paciente como diagnóstico, edad, composición familiar, momento de aparición de la sintomatología, medicación clínica y psiquiátrica.

Entrevistas semiestructuradas al equipo de profesionales. Las mismas fueron utilizadas para recabar información de los residentes, las intervenciones realizadas y el funcionamiento de los dispositivos. Se describen las partes más relevantes de la entrevista en el anexo.

Observación participante de las actividades que se desarrollan en los dispositivos. Los talleres de convivencia, de expresión corporal, dehuerta orgánica y las salidas.

#### **4.4 Procedimiento**

Se analizaron las historias clínicas de los residentes de ambos dispositivos. Las mismas pertenecen al Hospital, por lo tanto contienen exámenes médicos, evaluaciones psicológicas y el diagnóstico psiquiátrico y psicológico.

Se realizaron entrevistas a los profesionales que se encuentran a cargo del tratamiento de los residentes. Las entrevistas fueron semi – dirigidas, aproximadamente de una hora de duración. También, durante el transcurso de la práctica cuando surgían preguntas respecto al funcionamiento de los dispositivos, el equipo profesional respondía consultas.

Con el fin de describir los objetivos antes mencionados, se asistió durante 9 meses a ambos dispositivos para conocer el funcionamiento diario, a los profesionales, sus actividades cotidianas dentro del Servicio y su dedicación constante. Por otro lado, se participó de forma activa de los talleres que brinda este servicio con el fin de ayudar en la rehabilitación de los residentes que han sido dados de alta en el Hospital.

Respecto a la Casa de Medio Camino, al taller de convivencia se colaboró con los profesionales realizando pequeñas intervenciones. En la Casa también se lleva a cabo el taller de expresión corporal de dos horas de duración cada uno, se llevan a cabo una vez por semana. Se participó propiciando el lugar para el desarrollo de la actividad, desplazando los muebles, preparando la música y cubriendo el piso con mantas. Se ayudaba a los residentes para que realicen movimientos, fomentando el baile y la diversión.

Por otro lado, en el Hospital de Noche se participó del taller de huerta una vez por semana, también de dos horas de duración. La pasante realizó las mismas actividades que los residentes, aprendiendo a preparar el suelo para su siembra, el armado de huerta y su cuidado.

Por último, los viernes por la noche se asistió a las salidas de extensión cultural en donde se visitan museos, teatros, recitales o algún espacio elegido por los residentes. Aquí se acompañaba al residente en el viaje al lugar, en la búsqueda de la entrada y se fomentaba la importancia del ocio en sus vidas.

### **5. Desarrollo**

#### **5.1 Servicios de Rehabilitación**

El servicio de Hospital de Noche cuenta con camas asignadas para cada uno de los residentes, cocina (por lo que deben ocuparse de buscar la comida en el Hospital y prepararla) comedor grande, baños individuales, un salón para las actividades terapéuticas y recreativas, dos consultorios para psicoterapia individual, un espacio para los profesionales, un gran parque y demás comodidades. La puerta de entrada se encuentra ubicada hacia la calle, cada residente cuenta con su juego de llaves que le permite ingresar y salir cuando lo desee dado que ya no están internados. El lugar cuenta con otra puerta de acceso la cual da a un sector del Hospital.

La Casa de Medio Camino, ubicada en otro barrio de la Ciudad de Buenos Aires, consta de dos pisos. En el primer piso se encuentra la cocina, un living en el cual se llevan a cabo los talleres y un consultorio para terapia individual. En su segundo piso cuenta con varias habitaciones con camas, baños, y un lavarropas; a diferencia del otro dispositivo, aquí las personas que residen deben realizar el lavado de las sábanas y de sus ropas.

Durante los primeros días de la práctica, los profesionales consideraron necesario que la pasante conozca en un principio las instalaciones del Hospital en donde se encuentran internados los pacientes. Estas personas una vez que son dados de alta, pasan a formar parte de alguno de los dispositivos.

Al recorrer el Hospital, se puede conocer aquellos lugares que son nombrados por los residentes en todos los talleres, como por ejemplo la cocina principal, allí una vez por semana dos o tres residentes concurren a retirar alimentos para toda la semana y a diario retiran el pan. También existe un sector de artículos de limpieza y aseo personal que son retirados en forma gratuita y semanal. En el sector de la lavandería, mediante una autorización firmada por la directora del servicio, entregan sus sábanas y ropas para ser lavadas por el personal del Hospital.



Los médicos clínicos y psiquiatras que brindan tratamiento a los pacientes pertenecen al Hospital, y si alguno de ellos siente algún tipo de malestar, un compañero lo acompañará a la guardia.

También existe un espacio cultural dentro del Hospital donde pueden expresar de forma artística lo que sienten y piensan. Algunos residentes lo hacen a través de la pintura o de algún tipo de manualidad. Muchos asisten a este espacio. Asimismo, los fines de semana ofrecen un espacio musical para que puedan bailar y divertirse; aquellos que no tienen un programa armado para salir se acercan y socializan con otros pacientes.

Para poder ingresar al dispositivo existe un proceso de admisión que es atravesado por todos aquellos pacientes que se encuentren interesados en recorrer esta experiencia rehabilitadora y que ya obtuvieron el alta médica y profesional.

En un principio los médicos del paciente se contactan con el equipo profesional del servicio para hacerles saber que alguien quiere ingresar al programa, le hacen conocer el estado de salud de esta persona, el diagnóstico y medicación que se le administra. Luego el equipo terapéutico lee y evalúa la historia clínica del sujeto, de esta manera se interioriza sobre los recursos y el interés por parte del postulante, en entrar a formar parte del Servicio rehabilitador.

El siguiente paso será solicitar una entrevista con el individuo, quien deberá cumplir con los criterios que pertenecen a la normativa del Servicio. Los mismos consisten en no haber tenido conductas violentas en los últimos meses, no debe estar cursando enfermedades infectocontagiosas al momento de la admisión y debe tener una edad que permita su posible inclusión en actividades laborales. Del mismo modo, se consideran los antecedentes de adicciones a las drogas, al alcohol o al juego y las personalidades psicópatas como excluyentes de este programa.

En caso que las condiciones estén dadas de forma satisfactoria, se invita al sujeto a participar de los espacios grupales con el fin de que el individuo pueda conocerlos y tener la posibilidad de integración; esta instancia puede durar una semana o quince días según la asistencia. Esto se determina en las reuniones del equipo que se llevan a cabo una vez por semana en el Hospital de Noche.

Si se resuelve su ingreso, comienzan los trámites administrativos para poder obtener la documentación correspondiente del paciente.

El equipo terapéutico toma contacto con la familia, los amigos, el curador o aquella persona que pueda representarlo durante esta instancia y se le explica los pasos a seguir y los objetivos que se plantean. El paciente será informado acerca de las normas de convivencia dentro del Hospital de Noche y al firmar el contrato se incluyen dichas normas, comprometiéndose a su cumplimiento. Si el sujeto está de acuerdo, junto a un familiar o amigo, se procede a la firma de un contrato terapéutico por 90 días con la posibilidad de renovarlo por un período mayor según los progresos del individuo. Se les explica a los familiares que el sujeto debe continuar con el control médico, psicofarmacológico y psicológico. Igualmente, dentro del servicio cuenta con terapia individual una vez por semana. Será el residente quien debe autoadministrarse diariamente su medicación que será proporcionada por el equipo. También se les explica que las actividades son obligatorias y en caso de no poder asistir debe ser comunicado a un profesional del servicio.

Al momento de realizar la pasantía las actividades eran las siguientes:

Grupo terapéutico: A cargo del psicólogo del servicio, una vez por semana por la noche en el Hospital de Noche.

Taller de convivencia: Coordinado por dos psicólogos, una vez por semana por la noche en la Casa de Medio Camino.

Taller de huerta: Coordinado por los profesionales del INTA, una vez por semana por la tarde en el Hospital de Noche.

Taller de expresión corporal: A cargo de una coordinadora y acompañados por una psicóloga del servicio, una vez por semana por la noche en la Casa de Medio Camino.

Salida de extensión cultural: Acompañados por una psicóloga los viernes por la noche.

La mayoría de los pacientes cuentan con algún tipo de pensión por discapacidad. El equipo

asesora a los residentes para que puedan obtenerlo.

En esta época la mayoría de los trámites se inician completando formularios a través de las páginas de Internet, en un principio para obtener un turno y luego continúan en forma personal.

En ambos dispositivos existe lo que se ha denominado pozo, allí una vez por mes hacen su aporte todos los integrantes de entre \$ 20 y \$ 35; el objetivo es reservar un dinero para las compras extra del mes. Un encargado es quien lleva la cuenta junto con los tickets de las compras. También ese dinero se utiliza para ayudar a algún compañero que tenga una emergencia y no cuente con el dinero suficiente. Luego, éste dinero se repone al pozo.

Desde hace años los residentes son acompañados por alguna mascota.

Al momento de realizar la práctica había dos perros. Los cuidados y atenciones que demandan los animales reducen el tiempo de ocio, hacen que las personas se sientan más útiles y generan una estrecha relación entre el individuo y el animal, intercambiando emociones y cariño. Estimulan el contacto físico y la comunicación, ya que se los podía ver hablando y jugando con ellos dentro de la casa.

Cuando aquellos residentes que encontraron trabajo y una vivienda egresan del Servicio, el programa les propone un seguimiento del mismo. De esta manera siguen acercándose para su terapia individual una vez por semana. Varios ex - residentes asisten a algunos de los talleres y, a aquellos que utilizan la cocina o la computadora (que posee acceso a Internet) se les solicita que concurren al taller de convivencia, ya que están compartiendo el espacio y en repetidas oportunidades se produjeron inconvenientes con los residentes por el no mantenimiento de la limpieza del lugar.

## **5.2 Objetivo I: Identificar los recursos que brinda el dispositivo Hospital de Noche y Casa de Medio Camino para la rehabilitación de pacientes con trastornos mentales**

Ambos dispositivos cuentan con actividades diarias que son obligatorias para todos aquellos que deciden ingresar al programa de rehabilitación.

### **5.2.1 Recursos que brinda Casa de Medio Camino para rehabilitación de pacientes con trastornos mentales**

A continuación se describirán situaciones vividas dentro del dispositivo, para identificar de esta manera aquellos recursos que ofrece el Servicio de Casa de Medio Camino.

El taller de convivencia se centra en la preparación para una vida en comunidad en la cual pueden existir conflictos entre compañeros debido a la higiene, el orden y diferencias de opinión. Durante los encuentros se fomenta la cooperación, la tolerancia, la responsabilidad, la solidaridad, etc.

Es habitual que una vez por semana escriban en un cuadro los nombres de los residentes que realizan las tareas de elaboración de alimentos por día y horario (de lunes a viernes). Los sujetos dividen el trabajo en parejas y cocinan para todos.

En una reunión de convivencia, Daniel explicó que se había producido un conflicto con Fernando, ya que la semana anterior habían acordado que los días lunes ambos cocinarían juntos para el resto de los compañeros que conviven en el Hospital de Noche, pero Fernando no asistió a cocinar con él. Cuando se dispusieron a llamarlo a su celular, Fernando no respondía el llamado. Cuando llegó Fernando al Hospital de Noche argumentó que ya había comido y se fue a dormir la siesta. En respuesta al planteo de Daniel, Fernando respondió: *“yo soy el único que consiguió laburo, ustedes son todos unos vagos, yo trabajo y estoy cansado, tengo que pasarle plata a mis hijas y encima les tengo que cocinar a ustedes, ¿quién te crees que sos?”*

Los profesionales psicólogos piden al grupo que opine sobre lo sucedido y planteen soluciones al conflicto posibilitando de esta manera que ellos utilicen este recurso comunicativo verbal que les brinda el taller.

Tal como plantea Materazzi (2004), la esquizofrenia repercute en el medio social reaccionando y generando vínculos que a su vez refuerzan mecanismos patológicos, la

persona se puede retraer imposibilitándole la comunicación con los demás, en esa ocasión, los residentes pudieron verbalizar su malestar con Fernando de una forma clara y ordenada. En respuesta, Fernando pudo manifestar que su cansancio debía a su nuevo trabajo. A diario se levantaba a las 5 de la mañana para asistir al taller protegido luego, por la tarde, trabajaba en el lavadero de autos y por la noche asistía a los talleres obligatorios del servicio. Su objetivo era poder ganar un poco más de dinero para poder ayudar a mantener a sus dos hijas, y lograr dejar pronto el dispositivo, en estos programas de rehabilitación se promueve la planificación sobre los ingresos, los gastos y los tiempos que demandan las actividades diarias (Verdugo, et al., 2004). Fernando les pidió perdón a sus compañeros por no realizar la tarea explicándoles que ese lunes al mediodía se encontraba muy cansado y se fue a acostar, pero llorando les dijo que realmente quisiera haber podido cocinar. Aquellos que estaban sentados a su lado, le palmearon su espalda mientras lloraba y lo consolaron. Este conflicto se solucionó dejando afuera a Fernando de la grilla de cocina hasta que lograra estabilizarse.

Los psicólogos remarcaron la importancia de dialogar con el grupo, de exponer en este espacio aquello que les molesta del otro. Tal como señala Levav (1992) la rehabilitación psicosocial está centrada en el desarrollo de las destrezas de los sujetos, a los cuales se le ofrece el apoyo necesario para que puedan llevar una vida productiva y satisfactoria en su comunidad. En este caso, si Fernando hubiese hablado con anterioridad, se hubiese evitado el conflicto y gracias a que pudieron manifestar su descontento con Fernando, se resolvió el tema de la cocina.

Otro recurso que utilizan los residentes es el taller de expresión corporal. Participan de este taller, cuyo objetivo es estimular al residente a que adquiera más movilidad en su cuerpo y pueda encontrar satisfacción al escuchar la música. A su vez trabaja la socialización, el compartir el espacio, los objetos, la actividad y de esta manera adquirir seguridad de sí mismo por medio de la afirmación corporal (Schinca, 2000). Minutos antes del inicio del taller, el cual se lleva a cabo en la Casa de Medio Camino, comienzan a llegar al lugar los residentes que viven en el otro dispositivo. Entre todos sacan la mesa y las sillas que se encuentran en el living, despliegan telas y sábanas en el suelo, se descalzan y esperan que llegue la coordinadora del taller, la psicóloga y la pasante.

Se observó a Hugo, quien asiste por primera vez a este taller. La actividad se inicia cuando la coordinadora comienza con música suave y se puede observar que Hugo solo se mece de un lado al otro pero no logra despegar los brazos del cuerpo; tiene los puños cerrados, la expresión de su cara es rígida y mantiene los ojos bien abiertos. Uno de sus compañeros le pregunta por qué no se ha sacado la campera pero Hugo no responde. Con el transcurso de los minutos se puede observar que el residente transpira pero no se quita su vestimenta y, de a poco, se va moviendo flexionando sus rodillas hacia arriba. De acuerdo al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2013), en pacientes psicóticos se observa una importante disminución de reactividad al entorno mediante comportamientos motores catatónicos, como en el caso de Hugo. Los talleres de expresión corporal permiten que el individuo pueda tomar conciencia de su propio esquema corporal logrando una gradual sensibilización, utilizando el cuerpo para lograr exteriorizar sus ideas y sentimientos (Storkoe, 1994).

En las siguientes reuniones del taller puede verse a Hugo más relajado; cuando llega se saca su abrigo.

Se observa que su expresión ya no es rígida y sus manos ya no están en forma de puño. Este taller le permitió a Hugo favorecer la integración corporal facilitando la liberación de tensiones y canalizando el estrés (Fructuoso & Gómez, 2001).

Otro ejemplo que se pudo observar es del residente Iván, el cual permanentemente resoplaba y se limpiaba su boca ya que poseía un manierismo típico de la enfermedad. Según Davis (2010), el lenguaje de los gestos se utiliza de manera inconsciente y se capta también sin la intervención de la conciencia. La coordinadora en varias oportunidades le remarcó que tratara de relajarse al menos durante el transcurso del taller. En un principio se observó que en el momento del relax Iván ya no resoplaba, y en los encuentros posteriores mientras bailaba no

se tocaba su boca. Este logro fue señalado por un compañero mientras bajaban las escaleras del lugar al finalizar el taller.

Cómo plantea Davis (2010), las personas que consiguen controlar su lenguaje corporal, son capaces de cruzar muchas barreras defensivas y establecer muchas relaciones sociales.

Según la información obtenida de la lectura de la historia clínica, el residente Pablo padece alucinaciones auditivas las cuales no logran disminuir con la medicación. Durante este taller manifiesta que no quiere bailar música de salsa ya que las voces le dicen que los demás se ríen de él *“porque parece un ridículo”*. Según Kaplan y Sadok (2008), las alucinaciones auditivas predominan sobre el resto.

La coordinadora realizó una intervención en la cual repartió pañuelos de colores a todos los asistentes del taller (inclusive a la pasante), y que ubicados en forma de ronda con música de salsa de fondo, debían pasar al centro del círculo y realizar un baile por algunos segundos. Las actividades del taller de expresión corporal estimulan, orientan y aportan ideas (Canales, 2009).

En esta oportunidad, cuando le tocó al turno a la pasante decidió realizar movimientos graciosos, los cuales fueron bien recibidos por el residente Pablo que se sentía ridículo bailando y les dijo a todos los residentes y a la pasante: *“ahora mis voces se ríen de vos también”*.

Otra experiencia compartida dentro del taller de expresión corporal fue una noche lluviosa en la cual varios residentes llegaron muy nerviosos a la Casa de Medio Camino porque habían presenciado un robo y se encontraban muy conmocionados con la situación que los tocó vivir. Fue necesario utilizar parte del tiempo para escucharlos relatar lo sucedido. La psicóloga los invitó a sentarse en forma de ronda sobre las mantas que se utilizan habitualmente para caminar descalzos durante el taller para que todos pudieran escuchar lo que había acontecido. Los cuatro residentes que fueron testigos de esta situación, describieron su salida del Hospital de Noche aproximadamente a las 19:30hs., dijeron que los focos de la calle en donde debían tomar el colectivo no estaban funcionando, por lo tanto, un sector de la cuadra estaba muy oscuro. Daniel explicaba *“de repente sentimos un ruido muy fuerte del motor de un auto, dobló en la esquina y frenó cerca nuestro, se bajaron dos tipos y apuntaron a las personas que se encontraban en la parada de nuestro mismo colectivo pero de la vereda de enfrente, el que va para el otro lado...y ahí nomás le empezaron a sacar celulares, carteras, bolsos, tiraban las cosas de la gente por toda la vereda”* en ese momento lo interrumpe Carlos y agrega *“después dispararon, contá cuando dispararon”*. Daniel habla siempre de forma muy pausada, inclusive al relatar lo sucedido. Daniel continúa *“había un adolescente que no quería entregar su mochila, forcejeaba con uno de los chorros hasta que se soltó y empezó a correr para la esquina, ahí nomás uno de ellos sacó un chumbo y disparó varias veces para el lugar en donde se había escapado el chico...por suerte no le dio..., después se subieron al auto y se rajaron”*. Toda la casa estaba en silencio escuchando lo sucedido.

Enseguida la coordinadora propone que empiecen a caminar para poder liberar las tensiones; de a poco se van parando y comienzan a mover los brazos en forma de círculo. La situación fue muy movilizadora y como plantea Storke (1994), era el momento propicio para utilizar al cuerpo plenamente y exteriorizar los sentimientos.

Los objetivos más significativos del taller de expresión corporal según Chaiklin (1977) y Levy (1992), son aumentar la conciencia de las interacciones con el otro, lograr el reconocimiento de los patrones de movimiento que cada uno realiza y desarrollar nuevas experiencias corporales, entre otras cosas.

Dentro del taller se brindaron herramientas con la finalidad de disminuir el estrés, por medio de respiraciones conscientes, de visualizaciones las cuales siempre fueron guiadas por la coordinadora del taller, asimismo la aplicación de técnicas que promueven el bienestar, el cuidado de uno mismo y del otro, provocando, en aquel que lo practica, una actitud positiva frente a la problemática de la vida cotidiana. Pudo observarse en el transcurso de los días un progreso positivo en los residentes que participan del taller, sus posturas corporales se volvieron más relajadas y creativas.

### **5.2.2 Recursos que brinda el Hospital de Noche para rehabilitación de pacientes con trastornos mentales**

A continuación se relatan ciertas situaciones compartidas que reflejan los recursos que tiene el Hospital de Noche comenzando con el Taller de Huerta.

El Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA) ofrece una actividad denominada Pro Huerta, a la cual iniciaron dentro del Hospital de Noche una huerta orgánica. Para poder dar inicio a esta actividad los profesionales del servicio debieron conseguir los elementos necesarios, como palas, maderas para armar cercos, una manguera, etc.

Los residentes durante el taller aprenden a producir sus propios alimentos, a tener una alimentación más sana y de esta manera pueden economizar gastos. Los primeros días el grupo del INTA se encargó de explicar de qué se trata una huerta orgánica y la importancia del cuidado de la misma.

Durante la explicación algunos residentes se mostraban interesados, hacían preguntas e inclusive alguno de ellos poseía algún tipo de huerta en sus antiguas casas. En cambio, otros residentes observaban sus relojes, se mostraban impacientes frente a la explicación y no se interesaban por la charla.

Con este programa se promueve la participación comunitaria en la producción de alimentos, mejorar la alimentación, mejorar los ingresos y se plantea como una nueva forma de integrarse a un mercado de economía social.

Se presenció una conversación entre dos residentes donde Álvaro criticaba a Ezequiel porque no se interesaba en el taller y le explicaba la importancia que tenía para él: *“vos no entendés nada, yo nunca hice una huerta y acá vienen ellos (refiriéndose al grupo de profesionales del INTA) y nos explican cómo armar esto que después cuando estemos afuera lo vamos a hacer en nuestras casas y no vamos a tener que comprar algunas verduras”*. A pesar de su argumento, Ezequiel responde: *“a mi no me interesa, no me importa”*. Como manifiesta Fisher y Kielhofer (1995), la salud se apoya y mantiene cuando las personas son capaces de involucrarse en ocupaciones o actividades que desean o que son necesarias para su casa, lugar de trabajo o en situaciones de la vida comunitaria.

Luego en el grupo de convivencia se habló de lo sucedido y se planteó la importancia de elaborar los propios alimentos. Sin embargo, Ezequiel manifestaba que para él era más fácil ir a la cocina y pedirlos dado que se los daban gratis porque él nunca tiene ganas de hacer nada. Según Kaplan y

Sadok (2008) uno de los síntomas negativos de la enfermedad es la abulia, la misma provoca que el sujeto sea incapaz de iniciar y mantener actividades dirigidas a un fin, el residente no lograba involucrarse en las actividades diarias requeridas.

Fueron sus propios compañeros quienes señalaron su error, demostrándole que el objetivo del dispositivo era aprender a hacer las cosas solos, y que no sea otro el que les de las cosas, porque la comida es gratuita por un tiempo y luego deberán comprarlas.

En esta oportunidad fue Daniel, quien levantando la voz, le gritó a Ezequiel: *“vos haces muy mal en no interesarte, lo que cosechamos lo podemos vender y comprarnos cosas, inclusive a los familiares de los pacientes que ingresan al hospital”*. Como Daniel se estaba enojando demasiado fue necesaria la intervención de los psicólogos para que se replanteara por qué le estaba gritando a Ezequiel de esa manera, pensara si realmente era necesario, y que explicara qué le estaba sucediendo.

Para poder comenzar la huerta fue necesario el trabajo en grupo; el parque con el que cuenta el Hospital de Noche tenía el pasto muy alto y había mucha basura que tiran algunos internados que se encuentran en los pisos más altos del Hospital. Durante los primeros encuentros limpiaron bien el terreno y rastrillaron el suelo de manera que sea propicio para el sembrado.

También aprendieron como marcar canteros con estaca e hilo, armar zanjas y desmenuzar tierra utilizando diferentes técnicas con las palas.

Un par de meses más tarde tuvieron roedores y hormigas que intentaban arruinar la huerta. Y

algunos expresaban sus ideas para poder darles solución.

Es importante que aprendan a reaccionar frente a situaciones que se producen dentro de un hogar (Verdugo et al., 2004). En un principio se solicitó ayuda al personal del Hospital encargados de fumigar, pero quizás esto arruinaría sus plantas. Mientras esperaban a la semana siguiente para hablarlo con los coordinadores del taller de huerta, los residentes compraron trampas para ratas con la plata del pozo. Lamentablemente, estas no fueron suficientes y las ratas comenzaron a invadir la cocina. El personal de fumigación se encargó de la cocina, y los coordinadores del taller les enseñaron que, colocar un poco de queso con cal o yeso en la periferia de la huerta, sería la solución para no tener más roedores. Respecto a las hormigas, les explicaron cómo realizar un preparado con arroz que permitiría que se alejen definitivamente. Esos días estuvieron bastante preocupados, pero podía observarse cómo actuaban en conjunto intentando solucionar este inconveniente, algo fundamental para obtener como experiencia dentro del servicio y poder utilizarlo el día de mañana cuando deban resolver algo similar fuera del Servicio.

### **5.3 Objetivo II: Describir cómo son empleados los recursos de los dispositivos, Hospital de Noche y Casa de Medio Camino, por los residentes para lograr mayor autonomía y poder reincorporarse a la vida comunitaria.**

El proceso de rehabilitación de los sujetos que asisten a los dispositivos Hospital de Noche y Casa de Medio Camino produce un fortalecimiento de la confianza en sí mismos a fin de que puedan realizar actividades en forma autónoma una vez que logren egresar del programa psicosocial.

Luego de permanecer años internados dentro del Hospital, las personas pierden capacidades que necesitan adquirir nuevamente; una de ellas es cocinar. Dentro de ambos dispositivos cuentan con los elementos de cocina necesarios para poder prepararse ellos mismos su comida, asimismo, cuentan con los ingredientes para preparar lo que deseen; una vez por semana deben acercarse a la cocina principal del hospital, ubicada a pocos metros del Hospital de Noche y retirar carnes, verduras, leche, etc. Los residentes van aprendiendo a elaborar su almuerzo y cena. Cuando se encontraban internados recibían la comida y no debían asear los platos, aquí en cambio, son los encargados de la limpieza y del orden de todo el lugar.

Dos residentes del Hospital de Noche se han definido como fanáticos de la cocina, y juntos utilizan la computadora, la cual posee acceso a Internet, para buscar recetas y agasajar a sus compañeros con platos novedosos.

Durante el mes de Junio con motivo del mundial de fútbol ambos amasaban pizzas para comer mientras miraban los partidos de argentina, invitaban a aquellos que viven en la Casa de Medio Camino, al equipo de profesionales, inclusive a algunos de los ex residentes, para pasar un momento ameno todos juntos. En una oportunidad, minutos antes de comenzar el partido un ex residente Nahuel, se acercó a la directora del Servicio, le pidió hablar con ella, el le dijo: *“quisiera decirle algo... usted no sabe lo importante que fue estar acá con ustedes, hoy pensaba en el mundial anterior yo andaba con los vagos por ahí, vivía en la calle, no tomaba la medicación y ahora míreme, tengo trabajo, vivo solo en una pensión, tengo nuevos amigos del dispositivo que me invitan a comer pizza...gracias, muchas gracias”*. Realmente fue muy emocionante presenciar esas declaraciones de parte de Nahuel, y más emocionante fue escuchar a la directora del dispositivo decirle que todo fue gracias a él, a cómo decidió superarse, a ser constante para poder rehabilitarse y poder empezar una vida nueva fuera del Servicio.

Otro factor relevante para la autonomía de los residentes, es la medicación que reciben a diario durante la internación. Dentro del Servicio los residentes son los responsables de auto administrársela, son ellos los que deciden cuidar su salud.

El tipo de medicación y la dosis adecuada varían de una persona a otra, en función de sus características, el tipo de síntomas que manifiesta, los efectos adversos que pueda tener la medicación.

Para lograr un buen funcionamiento del tratamiento, es fundamental que el individuo tome la medicación tal y como ha sido prescripta por sus médicos, sin abandonarla ni cambiar la

dosis. (Kaplan & Sadok, 2008). Es ideal la buena comunicación con el médico a fin de informar bien los síntomas que se padecen, o de las dificultades que pueden observarse. Al mismo tiempo, es necesario que se le comunique al paciente los efectos adversos que éstos pueden producir, incorporando así a la persona afectada a la búsqueda del tratamiento óptimo.

Una vez por semana una psicóloga del equipo de profesionales se encarga de la preparación de su medicación clínica y psiquiátrica. La misma es entregada en un sobre, el cual lleva escrito el contenido del mismo. Cada residente debe controlar aquello que recibe y detallar por escrito, en su historia clínica, la recepción de sus medicamentos.

Un domingo por la mañana un residente se comunicó telefónicamente con la psicóloga D, del equipo de profesionales, para avisarle que en la Casa de Medio Camino, el residente Luis estaba en el balcón arrojando toda su ropa hacia la vereda. Mientras lo hacía le gritaba a la gente que pasaba por la calle, por otro lado ya había arrojado un pollo por la ventana que conecta a un patio interno que posee el lugar. Según lo relatado por la psicóloga, mientras viajaba hacia la Casa de Medio, recibió un llamado del residente Luis el cual le dijo *“hola, tiré un pollo por la ventana, chau”*. Luego de unos días de internación, se conocieron las razones de su descompensación. El residente asistía a una iglesia en la cual el pastor le aconsejaba que debiera dejar la medicación porque Jesús es la mejor medicina. Lamentablemente Luis no tomaba sus remedios y fue internado nuevamente. Lo sucedido se habló dentro del grupo de convivencia y los profesionales remarcaron la importancia de tomar su medicina, asimismo, destacaron la actitud del residente que logró resolver la situación con calma, llamando a una ambulancia y dando aviso a la psicóloga.

El psicólogo propuso terminar antes la reunión para poder sacar entre todos el pollo que había sido arrojado por la ventana, quedó sobre un pequeño techo en el pulmón del edificio. El vecino le prestó a un residente una caña de pescar, y risas de por medio, encintaron tenedores en la punta de la caña para poder pinchar el pollo y subirlo.

El tratamiento psicofarmacológico es primordial para que el paciente esté estabilizado. Unas semanas antes el residente Luis había planteado en el taller de convivencia que él sentía que sus compañeros hablaban mal de él y lo miraban mal. Enfrentó a un compañero diciéndole *“vos no me dejás entrar a tu habitación, poner el armario trabando la puerta para que yo no pase, estás en contra mío, igual que todos ustedes”*, su compañero respondió *“yo pongo el armario porque vos me venís a mirar cuando estoy durmiendo”*.

Estas actitudes alertaron al equipo terapéutico, dando indicios de que él residente no se encontraba bien, estaba atravesando una fase prodrómica (Malla & Norman). Hasta el momento nadie en el grupo había manifestado algún tipo de descontento con el residente Luis. Semanas más tarde sufre la descompensación por haber abandonado la medicación.

Cada uno de los residentes tiene una copia de las llaves del lugar en el que reside (Hospital de Noche o de Casa de Medio Camino). Se los considera los dueños y responsables del cuidado de la vivienda, por lo tanto deben hacerse cargo de cuidar las llaves. Esto les da la pauta de que tienen la libertad de entrar y salir cuando deseen remarcando la diferencia con el Hospital en donde estaban internados. Como esboza Quartino (2004), es una residencia planteada como instancia institucional de convivencia asistida a puertas abiertas.

La mayoría de los residentes observados poseen un certificado de discapacidad que les permite viajar de forma gratuita en los medios de transporte. El equipo de profesionales hacía hincapié en la importancia de viajar, en un principio acompañado y luego solo, para volver a moverse en la ciudad y que les sirva en el futuro al salir del dispositivo. En ocasiones, aquellos que poseen un certificado que les permita ir con acompañante, desde el Servicio se los incentiva a que sean solidarios con aquellos compañeros que no cuentan con tal beneficio y puedan realizar salidas juntos sin tener que depender del gasto del pasaje.

Las salidas culturales que proponen los dispositivos les permiten relacionarse con otras personas y moverse en otro ámbito. La generación de estos espacios culturales se constituye como eje organizador a fin de lograr escenarios más inclusivos e integradores a través de la recuperación de las tramas sociales.

En una oportunidad, luego de una votación, el grupo decidió que sería interesante que la

salida cultural se llevara a cabo en el cine Gaumont, donde en esta ocasión proyectaban una película independiente sobre la vida de Diego

Maradona. Se pudo conocer, a través de la lectura de la historia clínica del residente Alejandro, que este padece alucinaciones auditivas. El mismo, durante la función hablaba en voz alta, y discutía solo. Las personas que se encontraban en la sala comenzaron a quejarse y a pedirle que hiciera silencio; la psicóloga que acompañaba al grupo decidió salir con él fuera del lugar. En la puerta del lugar habló con el residente y Alejandro le comentó que las voces otra vez se burlaban de él. Se le pidió al residente que tenga en cuenta que se encontraba en un lugar público y que en el cine no se puede hablar en voz alta, ya que allí se encuentran todos en silencio escuchando la película. Minutos más tarde regresaron y pudieron continuar observando la filmación sin ningún inconveniente. Como plantean Gelder y López (2004), es esencial que el individuo deje de tener alucinaciones y delirios a fin de que pueda construir una nueva rutina diaria similar a la que tenía antes de su enfermedad, pudiendo así, integrarse dentro de la sociedad.

A la semana siguiente, varios residentes quisieron hablar de este acontecimiento en el taller de convivencia. Fue Carlos quien comenzó a hablar *“yo quiero decir algo, el otro día en la salida cuando fuimos al cine, éste (señalando a Alejandro) no paraba de hablar solo y molestaba a todos”*, en ese instante interrumpe Daniel *“hey che, no le digas así pobre, Alejandro tiene que tratar de controlarse, nada más”*, responde Carlos *“bueno que se controle, pero no nos deja ni mirar una película tranquilos”*. El residente Alejandro les contó que en ciertas ocasiones escucha voces que lo burlan y él se enoja y les responde, y que muchas veces no se da cuenta que está en lugares públicos.

Con el trascurso de los días, y con su terapia individual este residente pudo controlar su impulso de responder en voz alta a aquellas voces que siente que le hablan burlándose de él. Con respecto a la cuestión laboral se disponen de los espacios para asesorar y orientar a los residentes en la elaboración de su curriculum. Dentro del dispositivo Hospital de Noche cuentan con computadoras e impresoras que les permiten realizar búsquedas de ofertas laborales. Mediante este esquema el equipo interdisciplinario resocializador trata de lograr que el individuo, en forma progresiva, adquiera recursos que le permitan incluirse activa y eficazmente en el ámbito social. Las personas afectadas con enfermedades mentales necesitan reinserirse socialmente, pero al encontrarse con un medio comunitario hostil, se traduce en sujetos escasamente calificados, no aceptados, estigmatizados o con notables desventajas. Dentro del Servicio tres residentes sufrieron el aprovechamiento, de parte de un empleador, que conocía que habían estado internados dentro del Hospital, esta persona los contrataba para trabajar en su lavadero de autos, pero el sueldo era inferior que el resto de sus compañeros. Cansado de estos abusos, el residente Martín decidió renunciar. Con colaboración de la pasante creó una cuenta de correo electrónico, armó un curriculum vital, y comenzó una nueva búsqueda laboral con apoyo de la licenciada D. Tuvo la oportunidad de asistir a varias entrevistas laborales, para diferente tipo de trabajos, hasta que finalmente dos meses más tarde, de su renuncia al lavadero, consiguió un trabajo como encargado de un edificio ubicado en Capital Federal. Estaría a prueba unos meses. El requisito para cumplir esta labor consistía en vestir traje y corbata, el mismo lo suministraba la empresa que lo contrató. Pero existía un inconveniente, Martín no sabía hacer el nudo de la corbata, ni planchar su camisa. Esto fue planteado por parte de él, como un obstáculo, pero no dudo en pedir ayuda a sus compañeros, y enseguida Daniel, quien debido a su antigua profesión vestía trajes a diario, se encargó de enseñarle como hacerse el nudo de la corbata.

Por otro lado, el residente Alejandro, se ofreció a plancharle las camisas los primeros días así él podía observar como se hace.

Tres meses más tarde, el residente Martín, le anunció a sus compañeros que su empleador lo contrató en forma permanente y que en pocos días iba a dejar el dispositivo Casa de Medio Camino para irse a vivir a una pensión cerca de la casa de su prima. La noticia fue recibida con alegría de parte de todos sus compañeros.

Ezequiel, en los meses que estuvo dentro del dispositivo, expresaba constantemente sus ganas de hacer nada, y solo se mostraba interesado en la fotografía y en escribir cuentos. Le



gustaba ir al parque y fotografiar a las personas. En una oportunidad, les planteó a los profesionales que quería imprimir sus cuentos y venderlos en el parque. Alentado por sus compañeros, utilizando la impresora con la que cuenta el Servicio, el residente armó pequeños libritos que contenían sus textos. Aquí el residente toma decisiones personales por iniciativa propia adquiriendo cierta autonomía (Tikanori, 2001).

Se lo podía ver entusiasmado en el transcurso de los días porque la gente se interesaba en ellos y los compraba. Se mostraba mucho más animado, participaba más a menudo de las actividades domésticas de las cuales antes protestaba al hacerlas y ahora ya no. A través de estos dispositivos de rehabilitación adquirió cierto grado de autonomía que antes no demostraba (Moll & Saeki, 2009). Meses más tarde, la madre de Ezequiel le regaló una cámara fotográfica profesional, asistía a los talleres de expresión corporal con su cámara y fotografiaba a los asistentes.

Un día Ezequiel llegó muy animado al dispositivo, les contó a sus compañeros: *“¿se acuerdan que en la plaza me hice un amigo fotógrafo?”*

*Bueno su asistente ya no va a trabajar con él y me preguntó si quería acompañarlo a un casamiento este sábado, y voy a estar como a prueba y si él considera que voy bien me va a pagar. Yo tendría que sacar algunas fotos, ayudarlo a él a sacar las principales y ayudarlo con el traslado de las cosas”*

Esto permitió a Ezequiel una nueva salida laboral, los fines de semana asistía a fiestas y tomaba fotografías. Y en la semana continuaba con la venta de los cuadernillos de cuentos. Se pudo observar como se dio en el residente un proceso de construcción individual como colectivo, que logró enriquecerlo a través de múltiples relaciones (Dabas, 1996).

#### **5.4 Objetivo III: Analizar las intervenciones terapéuticas para reforzar lazos y vínculos familiares de los residentes dentro de los dispositivos Hospital de Noche y Casa de Medio Camino.**

Un punto importante del trabajo del Servicio es superar los límites de la institución, estableciendo lazos sociales fuera de la misma. Cuando el paciente se encuentra internado no le es posible mantener un vínculo cercano con su familia si los mismos no se acercan a la institución para verlo.

El equipo profesional debe estar en contacto con algún familiar del residente que ingresa al programa. El contacto más estrecho con la familia asegura una colaboración más confiable y cordial, y abre un espacio para intervenciones destinadas a mejorar la relación y la comunicación entre los distintos miembros de ella. En repetidas oportunidades la familia se aleja del enfermo por desconocimiento de lo que le está sucediendo, por miedo o por conflictos.

Dentro del dispositivo se transmite a los residentes cómo influye el apoyo familiar en la rehabilitación psicosocial, se les sugiere que se reúnan con sus familiares los fines de semana, que los llamen y que no pierdan el contacto con aquellos que viven lejos de la Capital Federal. El rol de la familia en la terapia suele estar relacionado con el seguimiento del programa terapéutico (Castilla et al., 1998).

Dentro del dispositivo el residente Daniel, quien estuvo en el Servicio durante dos años, se lo consideraba preparado para dejar el lugar. Su mejor amigo colaboró con la gestión de los trámites necesarios para que pueda obtener su jubilación, pero le faltaba solucionar el tema del lugar en donde vivir.

Se incentiva la búsqueda de vínculos extra-familiares en los residentes, ya que enriquece la vida del individuo (Moll & Saeki, 2009). Daniel heredó junto a su hermano una vivienda ubicada en Santa Teresita. El residente hace varios años que no se comunica con su hermano, están peleados desde la muerte de su madre. El equipo de profesionales ha considerado que debe ponerse en contacto con su hermano, ya que necesita un lugar en donde vivir y el 50% de esa casa le corresponde. Es importante tener en cuenta que la familia, los amigos y los vecinos hacen parte de los lazos que conforman las redes primarias. Ellos son la base primordial de la recuperación de una persona en proceso de rehabilitación, puesto que constantemente influye en el ámbito emocional y social de un individuo que está en un

nuevo proceso de adaptación.

Un mes más tarde, el residente Daniel, iniciaba los trámites de sucesión con su hermano para poder vender la casa que pertenecía a su familia, y adquirir una casa pequeña para él. La relación con su hermano fue mejorando de a poco y Daniel lo comentaba en el grupo *“mi hermano me dice que soy otra persona, que ahora se puede conversar conmigo, me invitó a cenar el viernes, así que después de la salida con ustedes me voy a la casa de él, justo juega Racing espero que quiera ver el partido conmigo”*. Como plantea Dabas (1996), este intercambio dinámico entre las personas acompañan al sujeto en su rehabilitación.

El residente Daniel, logró con la ayuda de su hermano, su amigo y su hijo poder comprar una propiedad. En el momento que los compañeros supieron la noticia, decidieron comprarle una torta para despedirlo del programa, utilizando el fondo común de dinero. En el festejo de despedida

Daniel les dijo a sus compañeros *“gracias a todas las personas del equipo y a todos ustedes, lo único que puedo decirles es que sigan luchando, porque se puede salir adelante, hoy puedo irme gracias al apoyo de todos mis compañeros, ya que aprendí muchas cosas de ustedes”*

A menudo, durante el taller de convivencia, se les suele preguntar a los residentes sobre sus actividades de los fines de semana. Se les sugiere que visiten a familiares y amigos, ya que, como plantea Arón (1991), el contacto con los otros permite contrarrestar sentimientos de soledad, favoreciendo la reorientación a nuevos intereses, la creación y desarrollo de nuevas motivaciones. En una ocasión todos los residentes lograron compartir su fin de semana con familiares y amigos, el primero en hablar fue Diego *“yo quiero contarles algo muy importante que me ha sucedido, por primera vez, mi hijo me dejó con mis dos nietitos solo, ellos tenían un casamiento el sábado por la noche y me pidió que los cuide, así que fui a la casa de mi hijo en Palermo a la tardecita, y mientras él y su mujer se preparaban, yo les contaba a mis nietos de 3 y 6 años que íbamos a cenar juntos, a jugar y después a dormir”*. En ese momento, Diego se saca los lentes y algunas lágrimas comienzan a caer por sus mejillas, muy emocionado le pide perdón a sus compañeros. Luego de unos segundos de silencio el residente A pide un aplauso para Diego, y entre risas todos comienzan a aplaudirlo. Continúa Diego *“gracias a todos, me siento muy querido por mi familia, y por ustedes también que durante todo este tiempo se han convertido en mi segunda familia”*.

En aquel encuentro el residente Álvaro quiso compartir su experiencia vivida el fin de semana anterior *“yo estuve con mi hermana, capaz que algunos no saben pero ella me va a dejar construir detrás de su casa, porque tiene un terreno grande, así que el sábado fuimos a comprar los materiales y el domingo con mi cuñado ya empezamos a hacer algo, con unas palas sacamos el pasto, armamos unas zanjas y preparamos la base y bueno...voy a tener mi casita, chiquita pero va a ser mía, una habitación, cocina y un baño”*. Puede observarse, según lo expuesto por Moll y Saeki (2009), cómo influye el fortalecimiento de los vínculos familiares en la reinserción social del residente

## **6. Conclusiones**

El presente trabajo surgió tras haber realizado las Prácticas de Habilitación Profesional en un Hospital Psicoasistencial Interdisciplinario de la Ciudad de Buenos Aires.

Se describió el funcionamiento de ambos dispositivos, Hospital de Noche y Casa de Medio Camino, que componen el Servicio rehabilitador.

La elección de la pasantía orientada al ámbito comunitario, tuvo además un interés personal, el propósito de mejorar y adquirir nuevos conocimientos en esta área.

Fue la práctica profesional, la cual brindó en su mayoría la información requerida para el desarrollo teórico y el cumplimiento de los objetivos, además de las múltiples experiencias y a la observación participante constante en las variadas situaciones llevadas a cabo dentro y fuera de los dispositivos. Es para resaltar, que presenciar y participar en procesos de rehabilitación ayudaron a tener mucha más claridad sobre el funcionamiento de este tipo de

servicios, lo que permitió adquirir conocimientos en la metodología de trabajo para cada caso y herramientas claves para su futura aplicación.

Los objetivos de este trabajo han sido verificados. Para poder cumplirlos, se realizó la lectura de las historias clínicas de los residentes que habitaban ambos dispositivos en el momento de la práctica. Asimismo, se participó de las actividades y talleres que propone el Servicio a diario. Y por último, se entrevistó a los profesionales que conforman el equipo del servicio de rehabilitación.

Se pudieron identificar aquellos recursos que brinda el Servicio en ambos dispositivos, los cuales son de carácter obligatorio y semanal. Las actividades son grupales debido a la eficacia que estas tienen en pacientes que padecen esquizofrenia (Guimón, 2003).

Asimismo, se describieron las herramientas que se aportan a la vida de los sujetos que los realizan. Se destacaron los acontecimientos principales que demuestran cómo los residentes utilizaron los recursos que ofrece el Servicio, logrando con el tiempo adquirir mayor autonomía e insertarse en la sociedad.

Fueron adquiriendo nuevas responsabilidades y habilidades que se pierden luego de años de internación. Los residentes logran adquirir autonomía lidiando con situaciones y tomando decisiones sobre su vida cotidiana, desde lo más simple, como hacerse cargo de la llave de la vivienda, lo complejo de utilizar los medios de transporte, realizar trámites administrativos para obtener su pensión, manejar su propia plata y cocinan a diario, estas experiencias permiten que el individuo tenga confianza en sí mismo y pueda reinsertarse en la comunidad. También se detallaron las actividades corporales que funcionan como una forma de liberación de tensiones y de estrés, logrando que se exterioricen ideas y sentimientos (Storkoe & Schächter, 1994).

A través de la exposición de historias de los residentes, que surgieron de la observación participante de la pasante, se pueden ver aquellas intervenciones que permitieron a los individuos busquen el apoyo, necesario para su rehabilitación, en sus familias y amigos. Afianzando lazos perdidos debido a los años de internación y generando nuevas amistades que colaboran con la reinserción del residente. Durante el período observado, varios residentes lograron dejar el Servicio luego de haber empezado a trabajar, ellos funcionaron como ejemplo para aquellos que permanecían todavía en el lugar, y los incentivaba a seguir adelante.

Se considera a este tipo de dispositivos un gran medio para lograr espacios más inclusivos e integradores, partiendo desde el trabajo que constituye un eje organizador en la vida del enfermo; el proceso de rehabilitación es facilitado logrando mejorar la autonomía del sujeto (Moll & Saeki, 2009). Este modelo de residencias se ubica en contraposición a la exclusión que genera el modelo hospitalario, ya que promueve una mejor calidad de vida para el paciente, logrando que se integre en la sociedad, permitiendo reducir la vulnerabilidad de la persona, reforzando su adaptación y funcionamiento social. Se ha logrado a través de los cambios que se han sucedido a través de los años, generando sistemas alternativos de atención para pacientes con padecimientos mentales (Saraceno, 1995).

Es notable el impacto que produce el dispositivo en la vida de la persona que ingresa al mismo. Se pudo observar cómo a través de las herramientas que le brinda la residencia terapéutica, el individuo que ha permanecido internado en el hospital psiquiátrico por algún padecimiento mental, logra adquirir autonomía, tener su vivienda propia y su trabajo. Respecto a su entorno, pudo verse que logran recomponer vínculos familiares y sociales que habían sido afectados por su enfermedad, logrando la creación de nuevas redes sociales que funcionan como apoyo emocional generando emociones positivas en el individuo (Slunzki, 1996). Este tipo de dispositivos logran evitar que los pacientes que son dados de alta en el hospital al poco tiempo sean internados nuevamente a causas de recaídas (Quartino, 2004).

El presente trabajo posee ciertas limitaciones, ya que la población observada es reducida a individuos del sexo masculino y que padecen un trastorno mental en común, esquizofrenia.

Para futuras investigaciones se podría realizar, el mismo tipo de trabajo, observando otros dispositivos de rehabilitación psicosocial, que cuenten con

población femenina y con otro padecimiento mental, para de esta manera conocer el impacto que tienen los dispositivos de rehabilitación psicosocial en sus vidas.

Por otro lado, resultaría interesante la aplicación de Mindfulness en los talleres del dispositivo, esto es una práctica meditativa que significa conciencia plena, y consiste en prestar atención a pensamientos, sensaciones y emociones. Se han obtenido grandes beneficios en pacientes que padecen esquizofrenia (Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra & Gangadhar, 2007). Con Mindfulness no se pretende la eliminación de los síntomas psicóticos, sino aliviar ciertos comportamientos que produce la enfermedad. El modelo que propone Chadwick et al. (2005) consiste en enseñarles a los pacientes a realizar una respiración que les permite meditar, el objetivo es darse cuenta de aquellas experiencias que son displacenteras para el sujeto, y que intenten dejarlas ir, sin enjuiciarlas, ni juzgarlas, sin aferrarse a ellas, ni luchar. De esta manera, toman conciencia de las voces intrusivas, de sus alucinaciones y logran recuperar la sensación de poder o empoderamiento mediante la aceptación.

Cabe resaltar la buena predisposición del equipo terapéutico a cargo del Servicio, la cooperación que existe entre ellos y la preocupación constante por el bienestar de todos los residentes.

Desde el punto de vista crítico y constructivo, lo que se observó, fueron algunas actividades aplicadas de forma sistemática y repetitiva. Podría ser interesante modificarlas para observar futuros cambios.

Hubiera sido conveniente que se creen nuevos talleres para que las actividades no se vuelvan rutinarias para los residentes. Asimismo, se les podría pedir que sean ellos quienes sugieran nuevas actividades para desarrollar dentro del Servicio.

En lo referente a la experiencia personal dentro del Servicio, no hubo inconvenientes, siempre se tuvo en cuenta la colaboración de la pasante, y se le brindó toda la información suficiente para que pueda tomar conocimiento del funcionamiento de los dispositivos y del Hospital. Los acontecimientos relevantes que se sucedían durante las horas que la pasante no asistía al Servicio, eran comunicados por los psicólogos minutos antes de cada taller.

Logrando que se integre a la práctica, de la actividad obligatoria, con la información completa. Respecto a la documentación personal de los residentes y a las historias clínicas, no hubo ningún tipo de restricciones. Fue un aporte imprescindible conocer la problemática de cada uno de los residentes.

A lo largo del desarrollo bibliográfico consultado, como libros, revistas científicas e Internet, se encuentran descripciones sobre el trastorno de esquizofrenia, pero no se incluyen ejemplos de cómo eran utilizados los recursos de este tipo de residencias rehabilitadoras con este tipo de pacientes.

Se considera relevante el aporte personal de este trabajo, cuyo objetivo es realizar una articulación entre la bibliografía específica sobre esquizofrenia y el modo de actuación de dichos dispositivos precursores en rehabilitación psicosocial. Siendo el aporte personal la integración de ambos, completando de esta manera una visión general sobre el trabajo que se realiza con estos pacientes.

Para mejorar la salud mental de la población que padece trastornos mentales de este tipo, se considera necesario que se repliquen estos dispositivos. No todos los pacientes que obtienen el alta en hospitales psiquiátricos logran ingresar a estas residencias rehabilitadoras debido a la dimensión de las mismas, provocando en esos casos, que sean internados nuevamente.

## 7. Referencias Bibliográficas

Amenta, M., Campi, M., Goldchluk, A. Postare, F., Hamuy, E., Villar, V. (2002). Cambio psíquico en pacientes esquizofrénicos en tratamiento grupal.

*Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*, 13, 291-300.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing, Washington.

Arón, A. (1991). *Familia y Redes Sociales*. En: Terapia Sistémica y Contexto Social. Anales Terceras Jornadas Chilenas de Terapia Familiar.

Arranz López, S. (2010). Estrategias para la diversificación de la red personal de personas drogodependientes en proceso de reinserción. *REDES. Revista Hispana para el análisis de redes sociales*, 18, 7. Recuperado de [http://revista-redes.rediris.es/html-vol18/vol18\\_7.htm](http://revista-redes.rediris.es/html-vol18/vol18_7.htm)

Barbotte, DE., Guillemin, F., Chou, N., & LorhandicapGroup (2001). Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (11), 1047-1055.

Bellomo, L. (2011). *La Rehabilitación Psiquiátrica en la Argentina. Una crónica del tema a través de la historia hasta la actualidad*. Buenos Aires. Akadia.

Burns, T., & Raftery, J. (1991). *Cost of schizophrenia in a random –uzed trial of home based treatment*. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 407 – 410. Canales, I. (2009). *La Mirada y el tacto en la expresión corporal*. Apunts. Educación Física y Deportes, 98, 33-39.

Castilla, A., López, M., Chavarría, V., Sanjuán, M., Canut, P., Martínez, M., Martínez, J.M., Cáceres, J.L. (1998). La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 18, (68), 621-642.

Chadwick, P., Taylor, K.N., y Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 351-359.

Cittadini, R. (2008). *Programa Pro Huerta*. Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria. Recuperado de <http://inta.gov.ar/unidades/999777>

Corrigan, PW., Buican, B., McCracken, S. (1995). *The Needs and Resources Assessment for severely mentally ill adults*. *Psychiatric*, 46, 504-505.

Crespo Hervás, M.D. (2007). Rehabilitación y psicoeducación en la esquizofrenia. Pág. 33. En: *Las esquizofrenias. Sus hechos y valores clínicos y terapéuticos*. Elserier, Masson, Madrid.

Curlee, M., Connery, J., Soltys, SM. (2001). Towards local care: a statewide model for desinstitutionalization and psychosocial rehabilitation. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation Skills*, 5, (2).

Dabas, E. (1996). *Red de redes: las prácticas de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires. Paidós.

Davis, F. (2010). *La comunicación no verbal*. Madrid: Alianza Editorial.

- Dubin, WR. & Fink, PJ. (1992). Effects of stigma on psychiatric treatment, en Fink, PJ. Y Tasman, A. (Eds.), *Stigma and mental illness*, American Psychiatric Press, Washington.
- Duraiswamy, G., Thirthalli, J., Nagendra, H.R., y Gangadhar, B. N. (2007). Yoga therapy as an add-on treatment in the Management of patients with schizophrenia- a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 116, 226-232.
- Dutton, R. (2007). *Fundamentos teóricos y filosóficos actuales de la terapia ocupacional*. Buenos Aires. Paidós.
- Organización Mundial de la Salud (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. (CIE-10)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Nota descriptiva. Esquizofrenia. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- Fernández, J., Reyes, M., Rama, J. (1997). *La Rehabilitación Psicosocial en Hospitales psiquiátricos*. Madrid, España. Ediciones Pirámide.
- Fisher, A. & Kielhofner, G. (1995). *Skill in occupation performance*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Fontana, AM. (2005). *Manual de clínica em psiquiatria*. São Paulo: Atheneu.
- Fructuoso, C., & Gómez, C. (2001). *La danza como elemento educativo en el adolescente*.
- Apunts. Educación Física y Deportes, 66, 31-37.
- Gabay, P. (1999). Rehabilitación y reinserción social en Salud Mental: Perspectivas internacionales. *Vertex. Revista de Psiquiatría*, 10, 101- 104.
- García, M., Fernández, J., Álvarez, A. (2013). Propuesta de un enfoque dinámico grupal para el tratamiento combinado de los trastornos esquizofrénicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33 (117), 289-300. doi: 10.4321/S0211-57352013000200005
- Gelder, M. & López J. (2004). *Tratado de psiquiatría*. Tomo I. Ars Médica.
- González de Chávez, M. (1989). *Terapias combinadas y programas integrados en el tratamiento de las psicosis esquizofrénicas*. AEN (ed). El qué hacer en salud mental. Las Palmas, 112-123.
- González de Chávez, M. (1990). *La atención al paciente psicótico: los programas integrados y sus condiciones de aplicabilidad*. Seminario: La rehabilitación del paciente mental crónico en la comunidad. UIMP. Sevilla.
- Guimón, J. (2003). *Manual de terapias de grupo*. Editorial Biblioteca Nueva. España.
- Hirsch, B. (1979). Psychological Dimensions of Social Networks: A Multimethod Analysis. *American Journal of Community Psychology*, 7, (3), 263-277.
- Kaplan & Sadock (2008): *Sinopsis de psiquiatría*. 10ma ed. Madrid: Wolters Kluwer.
- King. D.J. (1990). The effect of neuroleptics on cognitive and psychomotor function. *British*

*Journal of Psychiatry*, 157, 799-811.

Liberman, R (1994). Biobehavioral therapy: Interactions between pharmacotherapy and behaviour therapy in schizophrenia. En *Outcome and Innovation in Psychological Treatment of Schizophrenia*, de Wykes

T, Tarrier N, Lewis S, Edit. Wiley, Chichester. 179-199.

Levav, I (1992). *Temas de salud mental en la comunidad*. Washington, D.C. EUA.

Malla, AK. & Norman, R.M.G. (2002). *Early intervention in schizophrenia and related disorders*. Munksgaard. Oxford.

Materazzi, M. (2004). *Salud Mental. Enfoque Transdisciplinario*. Buenos Aires. Salerno.

Méndez, J.A. & Ingelmo, J. (2009). *La psicoterapia psicoanalítica desde la perspectiva del enfoque modular-transformacional. Introducción a la obra de Hugo Bleichmar*. Madrid: Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica.

Ministerio de Salud de la República Argentina (2000). *Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Nº 448*. Buenos Aires. Argentina.

Ministerio de Salud de la República Argentina (2003). *Anales de Salud Mental: Órgano oficial del instituto especializado de salud mental, número especial dedicado al estudio epidemiológico en Salud Mental en la sierra peruana 2003, 19, 1 y 2* ISSN-1023, 25-31.

Ministerio de Salud de la República Argentina (2013). *Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657*. Buenos Aires. Argentina.

Moll, MF. & Saeki, T. (2009). Social life of people with diagnosis of schizophrenia, attended at a psychosocial care center. *Revista Latinoamericana*. Emfermagem, 17, 995-1000.

Montero, M. (2006). *Hacer para transformar*. Buenos Aires. Paidós.

Morales Calatayud, F. (1977). *Psicología aplicada a la rehabilitación, en selección de lecturas de psicología*.

Morales Calatayud, F. (2009). *Introducción a la psicología de la salud*. Primera edición. C.A.B.A. Editorial Koyatún.

Morasso, A. (2013). Gestión de modelos de externación de adultos con alteraciones mentales y el impacto en la desinstitutionalización en Argentina. *Revista Visión de Futuro*, 17, (2).

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*. Madrid. IMSERSO, 11.

Organización Mundial de la Salud (2014). *Nota descriptiva Nro 397*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>

Quartino, M. (2004). *Programa de Hospital de Noche*. En *Salud Mental. Enfoque Transdisciplinario*. Buenos Aires. Salerno.

Rotelli, F. (2014). *Vivir sin manicomios. La experiencia de Trieste*. Buenos Aires. Editorial

Topia.

Rubinstein, S. (1999). *Microemprendimiento productivo en Tercera Edad*, en libro *Terapia Ocupacional, Trabajo y Comunidad*. Serie 3, Buenos Aires, Ed. Coloa.

Russo, G. Yacuzzio, A. (s.f.). *Guía de procedimientos. Lineamientos para la orientación y actuación clínico comunitario*. Recuperado de [http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/s\\_mental/archivos/guias/taller es\\_rehabilitacion.pdf](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/s_mental/archivos/guias/taller_es_rehabilitacion.pdf)

Saha S., Chand., Welham J., Mcgrath JR., (2005). *A systematic review of the prevalence of schizophrenia*. Plos Med.

Saraceno, B. (1995). *La fine dell' intrattenimiento. Manuale de rehabilitazione psiquitrica*. Milano: Etas Libri.

Schinka, M. (2000). *Expresión corporal. Técnica y expresión del movimiento*. Barcelona. Praxis.

Scott, D. & Griffith, M. (1982). *The evaluation of group therapy in the treatment of schizophrenia*. Small Group Behaviour, 13 ,415- 422.

Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica*. España. Gedisa.

Storkoe, P. (1994). *El proceso de la creación del arte*. Buenos Aires. Almagesto.

Storkoe, P., & Schächter, A. (1994). *La Expresión corporal*. Barcelona. Paidós.

Tikanori, R. (2001). *Contractualidad y rehabilitación psicosocial*. En Pitta A. *Rehabilitación psicosocial en Brasil*. San Pablo: Hucitec.

Valencia, M. (1986). *Formulación de principios de tratamiento y rehabilitación del paciente psicótico*. *Revista Mexicana de Psicología*, 3, 37-43.

Valencia, M., Rascón, G., Quiroga, H. (2003). *Aportaciones de la investigación respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia*. *Salud Mental*, 26, (5).

Verdugo, M.A., Martín, M. López, D. & Gómez, A. (2004). *Aplicación de un programa de habilidades de autonomía personal y sociales para mejorar la calidad de vida y autodeterminación de personas con enfermedad mental grave*. *Revista Rehabilitación psicosocial*. 2. 47-55.

Vezzetti, H. (1985) *La locura en la Argentina*. Paidós.

Vicente, G., Ureña, N., Gómez, M, & Carrillo, J. (2010). *La danza en el ámbito educativo*. *Retos. Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 17, 42-45.