



**UAI**

**Universidad  
Abierta  
Interamericana**

**Facultad de Ciencias de la Educación y Psicopedagogía**

Trabajo Final de Grado

*Estimulación de las Funciones Cognitivas en Usuarios del Sistema de Salud Mental.*

**Propuesta de intervención en el campo profesional**

Gómez, Alicia

Título a Obtener: Licenciada en Psicopedagogía

Profesora en Psicopedagogía

Carrera: Licenciatura en Psicopedagogía

Diciembre-2021

## **Resumen**

En el presente trabajo se pretendió conocer el estado cognitivo de una población de usuarios del servicio de salud de un hospital, ubicado en la ciudad de Rosario del Tala, provincia de Entre Ríos, con el fin de diseñar un taller dirigido a estimular y recuperar las funciones cognitivas de esta población. Para lograrlo se utilizó un instrumento de evaluación breve, también llamado “Screening de deterioro cognitivo” (O. Pino, G. Guilera, J. E. Rojo, J. Gómez-Benito y S. E. Purdon, 2014) que determina el deterioro cognitivo que presentan los evaluados, derivado de determinadas patologías psiquiátricas. Las áreas evaluadas fueron Aprendizaje verbal inmediato, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento.

Las puntuaciones individuales obtenidas arrojaron puntajes muy por debajo de la media. También se realizaron entrevistas a diversos actores institucionales con el objetivo de profundizar la información vinculada con los usuarios y con la dinámica institucional. Se afirmó entonces que se recolectó información de manera cualitativa y cuantitativa.

La propuesta de intervención resultante tuvo como finalidad brindar a los usuarios de la institución una mejor calidad de vida estimulando las funciones cognitivas para rehabilitarlas y mejorar el funcionamiento óptimo de sus capacidades, teniendo siempre en cuenta sus posibilidades y limitaciones. Se destaca que el abordaje propuesto contempla y se orienta solo a una parte de la población del hospital, ya que algunos usuarios se encuentran demasiado comprometidos debido a sus patologías que no constituyen el centro de abordaje de este estudio; por tal motivo, dicha población constituye una posible muestra para futuras investigaciones.

Esta intervención fue elaborada dentro de los parámetros de la nueva Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, promulgada en el año 2010. Desde la psicopedagogía resulta posible intervenir en dicho tratamiento y ser parte del cumplimiento de los derechos estipulados en la misma.

Palabras Clave: Estimulación Cognitiva- Aprendizaje- Psicopedagogía- Salud Mental – Usuarios.

## **Agradecimientos**

Deseo expresar mi agradecimiento a mis profesoras de tesis, Lic. Natalia Peralta y Lic. Corina Franzen por la dedicación y compromiso demostrado durante el desarrollo del presente trabajo final, la cual no hubiera sido posible sin sus arduas correcciones, sus oportunas sugerencias y su gran calidad humana.

Gracias a Patricia Dimangano y a la universidad por haberme permitido formarme, y en ella a todas las personas que fueron partícipes en ese proceso e hicieron posible la concreción del estudio.

Mi agradecimiento también a todos los que fueron mis compañeros de clase durante todos los niveles de la universidad ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral han aportado en un alto porcentaje a mis ganas de seguir adelante en la carrera profesional.

Por otra parte, agradezco a los diferentes actores institucionales del hospital, quienes abrieron sus puertas con la mejor predisposición para que este trabajo sea posible.

Le doy las gracias a mi familia, porque este nuevo logro, es en gran parte gracias a ellos que depositaron su confianza en mí.

# Índice

**Resumen.....**

**Introducción.....**

**1. Contexto de estudio.....**

1.1 Descripción

1.2 Origen y devenir histórico

1.3 Estructura edilicia

1.4 Modalidad de funcionamiento

1.5 Cultura institucional

1.6 Factores críticos externos e internos

**2. Planteo del problema.....**

2.1 Objetivos

2.2 Diagnóstico

2.3 Preguntas de investigación

**3. Marco de referencia general y específico.....**

## **Capítulo I: Caracterización del Sistema de Salud Mental y sus usuarios.**

1.1. Recorrido histórico. Cambios a través del tiempo en el Sistema de Salud Mental

1.2. Usuarios del Sistema de Salud Mental

1.3. Concepción de Salud Mental desde la Organización Mundial de la Salud

1.4. Salud Mental en Argentina

1.5. Legislaciones Nacionales y Provinciales dentro del área de Salud Mental

1.6. Psicopatología

## **Capítulo II: El rol del psicopedagogo dentro del Sistema de Salud Mental**

2.1 Incumbencias profesionales del psicopedagogo dentro del Sistema de Salud Mental.

2.2 Deterioro cognitivo. Caracterización y abordaje psicopedagógico.

**4. Propuesta de intervención a realizar.....**

**5. Estudio de factibilidad o viabilidad.....**

<b>6. Impacto.....</b>	<b>.....</b>
<b>7. Resultados esperados.....</b>	<b>.....</b>
<b>8. Conclusiones .....</b>	<b>.....</b>
<b>9. Anexos.....</b>	<b>.....</b>
<b>10. Bibliografía.....</b>	<b>.....</b>

## **Introducción**

El presente estudio se enfoca en generar una propuesta de intervención para usuarios del sistema de salud mental. Por tal motivo, resulta pertinente considerar las características del sistema de salud aquí mencionado, así como de sus usuarios, detallando dicha caracterización desde lo teórico. Asimismo, cabe destacar que, debido a la dedicación y el compromiso de diferentes profesionales del área de la salud, conducidos por la “Ética de la Libertad” que se sintieron responsables de ayudar a mejorar, cada día un poco más, la calidad de la salud mental se logró derribar tabúes, así como revertir la exclusión y segregación del usuario.

Continuando con lo antes mencionado se destaca la descripción brindada, en entrevistas, por uno de los trabajadores de la institución seleccionada acerca de que, históricamente, por legislaciones o por espacios no legislados, los sistemas de salud fragmentaron al individuo, separando su cuerpo de sus afectos, cultura, familia e historia. A partir de la promulgación de la nueva ley de salud mental 26.657 promulgada el 2 de diciembre del año 2010, se hace hincapié de manera significativa en la “Desmanicomialización”, la cual propone dignificar la atención de la salud mental transformando el vínculo entre el profesional y el usuario, implementando internaciones cortas en hospitales generales o centros de salud mental, procurando la atención ambulatoria y/o domiciliaria con el fin de recuperar los lazos familiares y sociales. Esta ley también plantea una serie de derechos propios de los usuarios del servicio de salud; asimismo, resulta imprescindible mencionar los derechos que son inherentes a todas las personas sin importar su condición mental, los cuales incluyen a los Derechos Humanos, y dentro de ellos, el “Derecho a la Educación”.

La ley 26.657, antes mencionada, plantea que la salud mental debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de todas las áreas. Desde la psicopedagogía resulta posible intervenir en dicho tratamiento y ser parte del cumplimiento de los derechos estipulados.

La Ley 9.970 del “COLEGIO DE PSICOPEDAGOGOS DE SANTA FE”, promulgada en el año 1986 por la Legislatura de la Provincia de Santa Fe, expresa que “En el ejercicio de su profesión deberán: 1) Preservar, mantener, mejorar y restablecer en niños,

adolescentes y adultos las posibilidades de aprender. 2) Crear condiciones para un mejor aprendizaje individual y/o grupal en las instituciones educativas y de salud, o en las situaciones de aprendizaje general”. A partir de lo antes mencionado, el profesional psicopedagogo dentro de su amplio campo profesional puede intervenir en la estimulación de funciones cognitivas a través del desarrollo de diversas actividades, por tal motivo, se lo considera un profesional idóneo en el abordaje de dichas habilidades a partir del trabajo con usuarios del sistema de salud mental. Teniendo en cuenta también que hacen uso del servicio de salud adolescentes y adultos con patologías específicas y con conflictos por adicciones a diferentes sustancias; muchos de ellos no están escolarizados, motivo por el cual es de suma importancia la intervención psicopedagógica para un acompañamiento y rehabilitación.

A raíz de lo expresado, surge la necesidad de realizar un proyecto pertinente que ofrezca respuestas a las problemáticas detectadas en el Hospital seleccionado, en el que se encuentra interna la población de usuarios, con respecto a los déficits que se observan en relación con su nivel cognitivo y la posibilidad de estimular estas funciones cognitivas con el fin de mejorar su calidad de vida.

En el inicio del trabajo, se detalla el contexto de estudio, es decir, se describen las características de la institución en la cual se pretende llevar a cabo la propuesta de intervención bajo la modalidad de taller.

Más adelante se explica el planteamiento del problema, realizando una descripción del diagnóstico realizado y detallando los resultados, se plantean los objetivos generales y específicos, así como también los interrogantes que motivaron la realización de este trabajo.

Posteriormente se da lugar al marco de referencia, el cual se subdivide en tres capítulos donde se incluyen, desarrollan y relacionan conceptos que permiten dar un encuadre teórico del tema elegido.

Seguidamente se hace referencia a las intervenciones a realizar, donde se detallan los diferentes encuentros orientados a la población elegida y estudiada, teniendo en cuenta la caracterización hallada en el diagnóstico inicial.

Se define el cronograma de trabajo donde se detallan las actividades, recursos humanos y materiales necesarios.

Finalmente se hace referencia al impacto y los resultados esperados a partir de la implementación de la propuesta que se pretende realizar, seguido por los anexos y la referencia bibliográfica.

Esta investigación contribuye al ámbito psicopedagógico ya que en el mismo se han realizado escasas investigaciones relacionadas al tema elegido. Con el auge de la ley de salud mental, promulgada en 2010, se considera importante que la psicopedagogía se involucre como disciplina que también se encarga de la salud mental, además de la educación.

## 1. Contexto de estudio

El presente estudio se llevó a cabo en un Hospital de la ciudad de Rosario del Tala, provincia de Entre Ríos. Se trata de un hospital público ubicado en la zona urbana de dicha ciudad. En el mismo trabajan profesionales psicólogos/as, médicos clínicos, terapeutas ocupacionales, una serie de enfermeros/as, servicio de kinesiología, ordenanzas y personal administrativo.

La institución no cuenta con profesionales psicopedagogos que atiendan al proceso de aprendizaje de los usuarios del sistema y/o estimulen el aspecto cognitivo de manera específica, lo que resulta una oportunidad de intervención teniendo en cuenta este trabajo.

Se encuentran cinco Psicólogos/as, profesionales que tienen a su cargo la atención de pacientes que presentan afecciones psicopatológicas. Tales trabajadores realizan guardias, desempeñando dicha función únicamente frente a situaciones de emergencia, a partir de las cuales son llamados en caso de que algún interno sufra una descompensación o que algún sujeto externo a la institución sea hospitalizado por algún motivo. Generalmente estos externos son los llamados “pacientes judiciales” que se encuentran cumpliendo alguna condena y por determinación de la justicia son hospitalizados bajo la justificación de sufrir alguna psicopatología. También pueden recurrir a la guardia sujetos de la comunidad que hayan intentado un suicidio, que hayan sido recientemente recuperados por una sobredosis o que hayan sufrido una descompensación por otros motivos como brotes psicóticos, ataques de pánico, depresión, entre otros.

Vale aclarar que todos aquellos que llegan a la guardia de esta institución antes deben pasar por el hospital general de la ciudad, es decir, no pueden llegar a la institución sin una derivación previa.

Durante el turno diurno, los profesionales psicólogos se encuentran en el establecimiento, brindando atención externa, es decir atienden a pacientes que no están institucionalizados y que al no poder acudir a terapia de forma privada asisten a dicho hospital de forma gratuita.

La ciudad no cuenta con un Psiquiatra. Por tal motivo, tres veces por semana asisten Psiquiatras de pueblos o ciudades aledañas y también realizan guardias, cuando alguno de

los internos sufre una descompensación el psiquiatra suele dar indicaciones a través de llamadas telefónicas. Los fines de semana y feriados el hospital y la ciudad no cuenta con psiquiatras que puedan asistirlos ante una emergencia. En dichos casos son el médico clínico y el psicólogo de turno quienes se encargan de asistir al paciente.

### **1.1 Origen y devenir histórico**

A partir de las entrevistas realizadas a los diferentes actores institucionales, como así también a ex profesionales que desempeñaron su labor en el hospital se pudo recabar la siguiente información.

La institución fue creada en el año 1937 con el nombre de “Refugio de Alienados”. Este nombre no es arbitrario, sino, más bien, define sus características: un asilo para todos los despojados sociales y marginados en general. Comienza a funcionar con veinte pacientes internados, teniendo capacidad para albergar a cuarenta. El personal participante al momento de la inauguración del hospital se limitaba al médico director, un médico ayudante, una administradora, cuatro enfermeros, una encargada de ropería, dos cocineros y dos peones.

Durante más de diez años el hospital cuenta con un solo pabellón de internación. En el año 1994 se inaugura el pabellón número dos. Un enfermero de aquella época lo recuerda de la siguiente manera: *“El Pabellón N° 2 se habilitó entre los años '49 y '50, y la tarea se simplificó bastante, ya que quedaban con setenta y cinco pacientes en el pabellón 1, y alrededor de cincuenta en el pabellón 2”*.

Hasta la década del '50 fue el único hospital psiquiátrico de la provincia de Entre Ríos, y albergaba solo a usuarios de sexo masculino. Llegó a contar con más de ciento cuarenta personas internadas.

En 1971 es designado el primer psiquiatra del establecimiento y a partir de allí comienza una lucha por la transformación manicomial que, con vaivenes diversos, continúa hasta la actualidad.

## **1.2 Estructura edilicia**

Su estructura edilicia es antigua, aunque en los últimos años se realizaron reformas. Hasta hace aproximadamente cinco años atrás, había pabellones grandes a modo de única sala en donde dormían todos los usuarios juntos. Luego reformaron dicha parte de la institución y lo dividieron en dos sectores, uno para hombres y otro para mujeres. Dentro de cada sector se hicieron subdivisiones que formaron habitaciones para tres o cuatro personas. De esta forma se logró brindar más privacidad y sentido de pertenencia ya que cada uno/a tiene su habitación.

## **1.3 Modalidad de Funcionamiento**

La jornada diaria de los usuarios incluye el intercambio en salones compartidos, siendo estos espacios comunes en los que pueden participar con libertad. Asimismo, se proponen actividades recreativas como jardinería, caminatas a cargo del profesional kinesiólogo, visitas a balnearios. De igual manera, durante el turno vespertino se dictan talleres que incluyen carpintería, música, pintura y dibujo. Algunos/as hacen alfombras con retazos de tela y demás actividades libres que deseen en el momento, con el material concreto que dispongan.

No se cuenta hasta el momento con intervenciones específicas sobre las funciones cognitivas, por parte de ninguno de los profesionales, por lo cual la propuesta que aquí se genera podría resultar de utilidad.

Quienes realizan todas estas actividades son solo un grupo reducido de los usuarios que se encuentran hospitalizados, debido a que algunos se encuentran muy comprometidos por sus patologías. Otro factor influyente es la edad, considerando que hay sujetos que se encuentran hospitalizados hace más de cuarenta años, pasando más de la mitad de su vida allí. Llevar a cabo esta propuesta de intervención podría colaborar en el retraso del deterioro cognitivo que produce, entre muchos otros factores, la vejez.

## **1.4 Cultura institucional**

Siguiendo a Lidia Fernández (1994), es posible afirmar que la institución tiene rasgos de identidad que le son propios. Si bien los distintos tipos de gestión, que han sido parte a lo largo del tiempo, fueron modificando algún aspecto, la institución no pierde su Cultura

Familiar en la cual todos son parte de una pequeña comunidad que se acompaña en el día a día.

También es posible observar otro tipo de cultura, la Cultura de negociación la cual se manifiesta en la presencia de documentación y expedientes de por medio que son indispensables para cualquier institución y sobre todo en el sistema de salud. Aunque pueda parecer contradictorio ver estas dos culturas funcionando en paralelo, ello tiene una base lógica. En el interior de la institución y en su día a día, los internos y los trabajadores forman una gran familia que se acompaña a diario y durante años, esta relación está atravesada por sentimientos y afectos. Pero por otro lado es posible encontrar la parte directiva, administrativa y organizacional que debe firmar contratos y acuerdos con las familias y con el estado para tener a cargo a sus pacientes.

### **1.5 Factores críticos internos y externos**

Dentro de los factores críticos favorables, la cantidad reducida de usuarios a la que apunta el taller permitirá mejor abordaje y llegada de este; puede tratarse de una propuesta que no requiera grandes espacios edilicios o recursos y por lo tanto no implicaría un costo para la institución.

Los ciudadanos se muestran empáticos y comprometidos con la institución y sus usuarios. Este factor externo es un apoyo fundamental a la hora de llevar a cabo cualquier tipo de actividad debido a sus donaciones y ayuda económica.

Podría suceder que la cultura familiar y la modalidad de funcionamiento no se adecúen a la estructura y constancia que requiere el taller, considerando esto como un factor crítico negativo.

Otro factor crítico negativo es la falta de personal especializado en el proceso de aprendizaje y rehabilitación cognitiva.

## **2. Planteo del problema**

El tema que aborda este trabajo final refiere a la estimulación cognitiva de usuarios del sistema de salud mental, adultos, que se encuentran internos en un hospital y que presentan diferentes psicopatologías crónicas. El fin del estudio radica en generar una propuesta de intervención a llevar a cabo mediante un taller que propone estimular dichas funciones cognitivas de una población definida en un territorio determinado.

El motivo por el que se dispone esta propuesta es la falta de profesionales Psicopedagogos en la institución y la falta de atención brindada en relación con las funciones cognitivas de los usuarios, dimensión que está presente en la realización de actividades cotidianas y por lo tanto influye en la vida diaria.

Pérez Martínez (2005) asegura que el deterioro cognitivo puede ser ocasionado por el proceso fisiológico del envejecimiento o por otros factores, en el caso de la población de usuarios de la institución elegida, ambos factores antes mencionados pueden ser atribuibles a dicha problemática. Continuando con el mismo autor, el declive intelectual asociado a la edad se suele presentar como un trastorno aparentemente leve de la memoria para hechos recientes, cuyas manifestaciones clínicas varían en un amplio rango, desde los olvidos cotidianos y transitorios meramente subjetivos, hasta un serio trastorno de la capacidad de recordar en la zona fronteriza de la demencia.

Continuando con el autor antes mencionado se puede establecer que la existencia de un cuadro psicopatológico resulta un factor determinante en el deterioro cognitivo, y la falta de estimulación de las funciones cognitivas podría agravar la situación. También debe tenerse en cuenta que muchos de los usuarios que acceden al Sistema de Salud no tuvieron la posibilidad de ser escolarizados, motivo por el cual no están alfabetizados o poseen dificultades en la lectoescritura, habilidad lógico-matemática y razonamiento, lo que impacta en el rendimiento intelectual de dichos sujetos.

Existen múltiples definiciones con respecto al concepto deterioro cognitivo. En un sentido amplio puede definirse como toda alteración de las capacidades mentales superiores, ya sea focal o múltiple. Algunos investigadores lo definen como un síndrome: conjunto de disminuciones de diferentes actitudes intelectuales que pueden asociarse con alteraciones

sensoriales, motrices y de la personalidad, atribuibles a distintas causas patogénicas que incluyen, además de las de naturaleza orgánica, otras de tipo social. (Ávila et al., 2007)

El psicopedagogo se ocupa de prevenir, diagnosticar y tratar aspectos comprometidos del aprendizaje, por lo tanto, es el profesional idóneo para operar de manera individual y grupal, realizando un diagnóstico del grupo sobre el que va a intervenir para proponer un abordaje acorde a las características de aprendizaje de dicho grupo. Las funciones cognitivas participan del aprendizaje, y por ello este estudio aborda ese aspecto de manera específica.

## **2.1 Objetivos**

### Objetivo General

El objetivo general de la propuesta es conocer y caracterizar el estado cognitivo de una determinada población de usuarios del servicio de salud del hospital seleccionado para diseñar un taller de intervención orientado a estimular sus funciones cognitivas.

### Objetivos Específicos

- Evaluar el estado cognitivo de los usuarios.
- Identificar habilidades conservadas y áreas con alteraciones.
- Diseñar un taller de estimulación cognitiva.

## **2.2 Preguntas de Investigación**

- ¿Qué características generales presenta el estado cognitivo de los usuarios que se encuentran internos en el hospital?
- ¿Qué habilidades conservadas y afecciones presenta la población estudiada a nivel cognitivo?
- ¿Es factible la estimulación y potenciación de las habilidades cognitivas de esta población? ¿De qué manera podría intervenir un profesional psicopedagogo?

### **2.3 Diagnóstico**

El instrumento de recolección de datos que se utilizó para realizar la caracterización inicial de la población seleccionada es la prueba SCIP-S (Pino, Guilera, Rojo, Gómez Benito, y Purdon, 2014), una herramienta breve diseñada para evaluar el deterioro cognitivo que presentan los pacientes con patologías psiquiátricas. Se trata de una escala diseñada específicamente para realizar una breve exploración cognitiva a la población con alteraciones de tipo psiquiátrico. Dicha prueba se administró luego de realizar un sondeo y caracterización, se preseleccionó la muestra de acuerdo con determinadas características, entre ellas edad, afección psicopatológica, otros. Es decir, se ubicó en contexto a los sujetos que participarán del taller.

El instrumento cuenta con cinco subpruebas, Aprendizaje Verbal Inmediato (AVI), Memoria de Trabajo (MT), Fluidez Verbal (FV), Aprendizaje Verbal Diferido (AVD) y Velocidad de Procesamiento (VP). Los resultados de la puntuación indican si el rango del sujeto evaluado es “BAJO” o “MUY BAJO”.

Fueron administradas solo tres subpruebas luego de la preselección, se tuvo en cuenta fortalezas y debilidades. Se creyó oportuno evaluar Aprendizaje verbal inmediato (Cuenta con tres ensayos de diez palabras cada uno), Memoria de trabajo (Cuenta con ocho triadas) y Velocidad de procesamiento (Cuenta con seis códigos Morse que deben ser traducidos treinta veces). Las subpruebas “Aprendizaje verbal diferido” y “Fluidez verbal” no fueron administradas ya que el lenguaje de la población seleccionada se encuentra comprometido y sus resultados estarían muy por debajo de lo esperado, motivo por el cual no se creyó oportuno puntuarlo. Sin embargo, en relación con lo antes dicho, las dificultades en el área del lenguaje sí serán consideradas a la hora de diseñar la propuesta de intervención.

Luego de una serie de entrevistas con los diferentes profesionales de la institución y un recorrido por la misma conociendo a los usuarios, se seleccionaron seis sujetos. Un varón de 70 (setenta) años y cinco mujeres de variadas edades que abarcaban los 21 (veintiuno), 29 (veintinueve), 38 (treinta y ocho), 49 (cuarenta y nueve) y 50 (cincuenta). La selección de esta muestra respondió al cumplimiento de determinados criterios, necesarios para participar en la evaluación e intervención, los cuales incluyeron ubicación en tiempo y espacio, capacidad de comprensión y dialogo, cumplimiento de consignas.

Las puntuaciones se distribuyen con una media de 50 y una desviación típica de 10. De este modo una persona con una puntuación =60 se situaría a una desviación típica por encima de la media de su grupo de referencia y una puntuación =40 se situaría a una desviación típica por debajo de la media.

En el SCIP-S las puntuaciones se representan de la siguiente manera:

Puntuación	Rango Cualitativo	Percentil
70-80	Muy alto	98-99
60-69	Alto	85-97
56-60	Medio alto	70-84
45-55	Medio	31-69
40-44	Medio bajo	16-30
30-39	Bajo	3-15
20-29	Muy bajo	1-2

Las puntuaciones esperables se encontrarían dentro de los rangos mencionados en la tabla.

El hombre de 70 años fue el único en reunir las condiciones necesarias para realizar la prueba, dentro de la población masculina. En AVI. logro recordar y repetir tres palabras que le fueron dictadas en los tres ensayos. En MT., repitió de manera correcta una de las ocho triadas que se le dictaron. Por último, en VP. solo pudo reproducir cinco ejemplos de código morse de los 36 que aparecen en la tabla y a ninguno lo reprodujo de forma correcta por lo que su puntuación fue de cero. Teniendo en cuenta los puntajes obtenidos se puede afirmar que este hombre se encuentra en un rango de desempeño cognitivo MUY BAJO.

La mujer de veintiún años obtuvo un puntaje de doce en AVI., un cero en MT. y cero en VP. Tuvo poca predisposición a la hora de llevar a cabo las consignas y manifestó que ella no sabía leer y escribir, por lo tanto, no realizaría ninguna de esas actividades. Un dato

relevante para tener en cuenta es que en la cotidianidad de su vida tiene problemas de conducta y no suele acatar ordenes o seguir consignas. Su rango de desempeño cognitivo es MUY BAJO.

La mujer de veintinueve años fue la que obtuvo el puntaje más bajo de la población evaluada. En las tres áreas su puntuación fue de cero. Mostró muchas dificultades en el lenguaje, no logro interpretar las consignas. Su rango de desempeño cognitivo es MUY BAJO.

La mujer de treinta y ocho años obtuvo una puntuación de catorce en AVI., Tres en MT. y cero en velocidad de procesamiento. Teniendo en cuenta dichos resultados su rango de desempeño cognitivo es MUY BAJO.

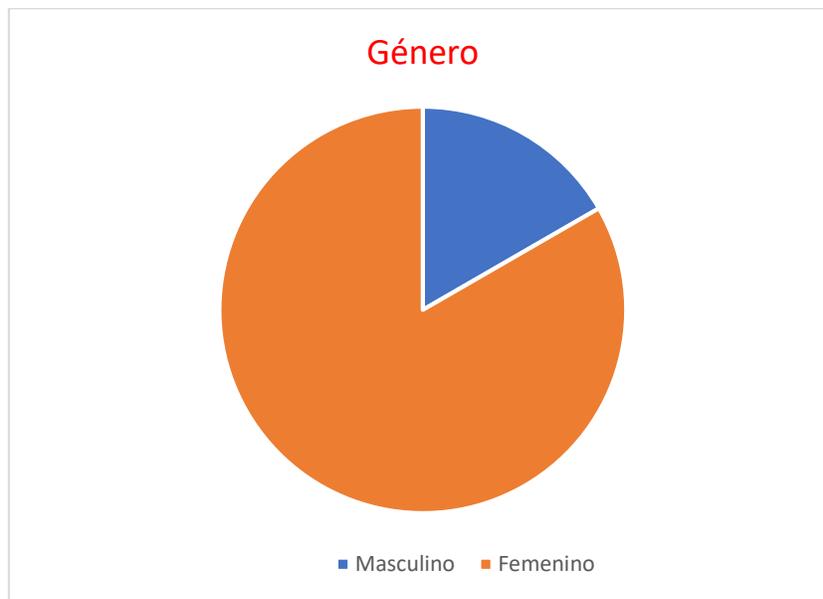
La mujer de cuarenta y siete años obtuvo catorce puntos en AVI. Ocho puntos en MT., es decir, en esta subprueba logró la puntuación máxima. En VP. un cero. Si bien supo desenvolverse bien en las dos primeras subpruebas y obtener puntaje máximo en una de ellas, no fue suficiente y su rango es MUY BAJO.

La última mujer evaluada, de cincuenta y siete años, obtuvo un siete en AVI., dos en MT., y cero en VP. Por lo tanto, su rango es MUY BAJO.

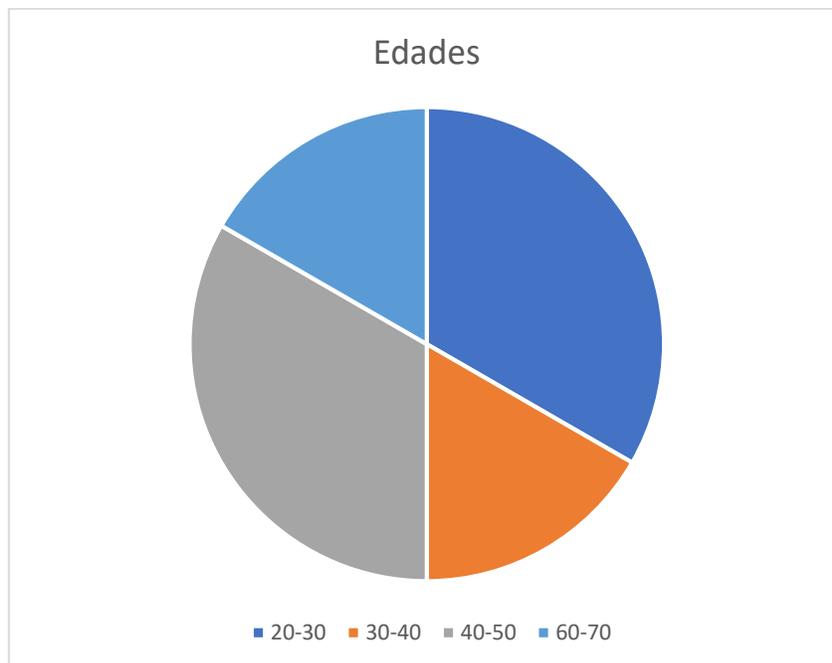
Todos los usuarios evaluados estuvieron muy por debajo del puntaje total esperado. Algunas/os se desarrollaron mejor en un área que en otra, pero ninguno de ellos superó la media o estuvo próximo a hacerlo y todas/os demostraron que el apartado Velocidad de Procesamiento resultaría el más comprometido.

En el área conductual, ninguno se mostró desenvuelto para realizar las pruebas, manifestaron dispersión con dificultades para concentrarse, se frustraban muy fácilmente y no eran capaces de razonar.

Se presenta, a continuación, información relevante para el estudio, mediante el empleo de gráficos y una tabla, lo cual permite visualizar con mayor facilidad lo que se pretende destacar.



El gráfico número 1 (uno) representa el porcentaje de mujeres y hombres que participaron en la evaluación cognitiva que se administró para la posterior propuesta de intervención. Los datos arrojados muestran que existe un mayor índice de mujeres, siendo cinco, en comparación a hombres ya que participo solo uno.



El gráfico número 2 (dos) indica el grupo etario. En la franja de veinte a treinta años se encuentran dos participantes al igual que en la de treinta a cuarenta años, de cuarenta a

cincuenta hay un solo usuario que participo y de sesenta a setenta años también hay un solo participante.

Datos encontrados

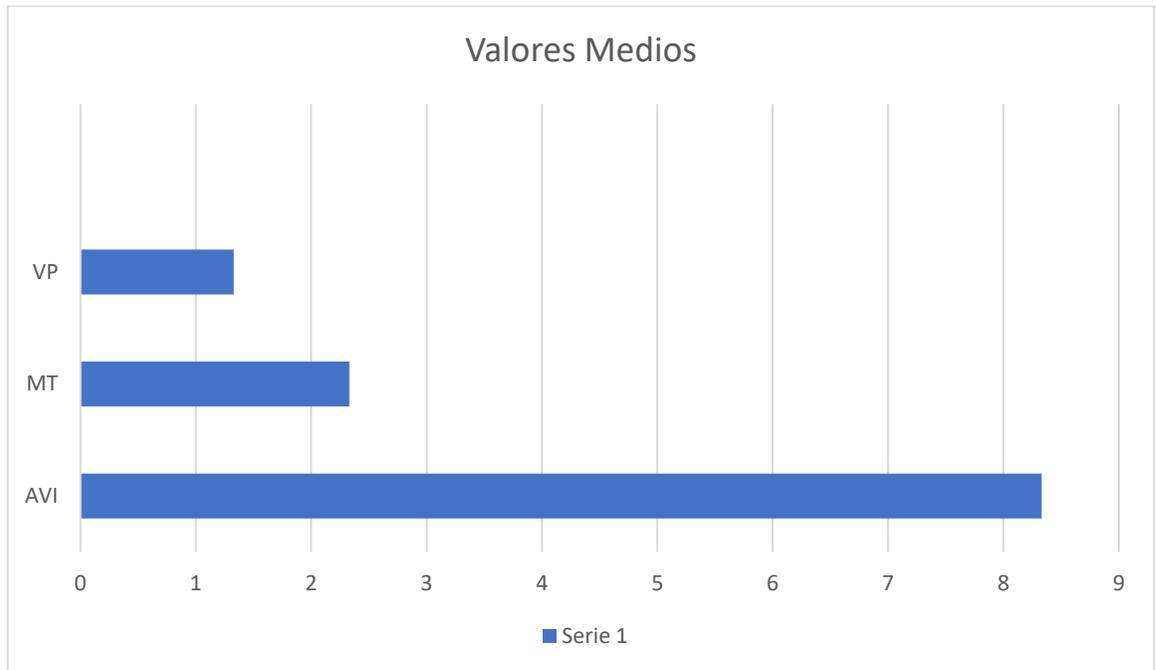
SUJETO EVALUADO	PUNTUACION OBTENIDA POR SUBTEST			EL PUNTAJE RESULTA		
	AVI	MT	VP	INFERIOR AL PROMEDIO	ACORDE AL PROMEDIO	SUPERIOR AL PROMEDIO
EXAMINADO 1	3	1	7	X		
EXAMINADO 2	12	0	0	X		
EXAMINADO 3	0	0	0	X		
EXAMINADO 4	14	3	0	X		
EXAMINADO 5	14	8	1	X		
EXAMINADO 6	7	2	0	X		
MEDIA DE PUNTUACION POR SUBTEST	22,33	19,99	11,60			

Aprendizaje Verbal Inmediato este compuesto por tres ensayos de diez palabras; dos usuarios obtuvieron una puntuación de catorce, uno de doce, otro de siete, otro de tres y un usuario obtuvo una puntuación de cero mostrando muy comprometidos al igual que en las otras dos subpruebas.

Memoria de Trabajo cuenta con ocho series de triadas (series de tres letras); los puntajes fueron variados, solo en dos casos se obtuvo una puntuación de cero, el resto de las puntuaciones variaron entre uno, dos, tres y ocho.

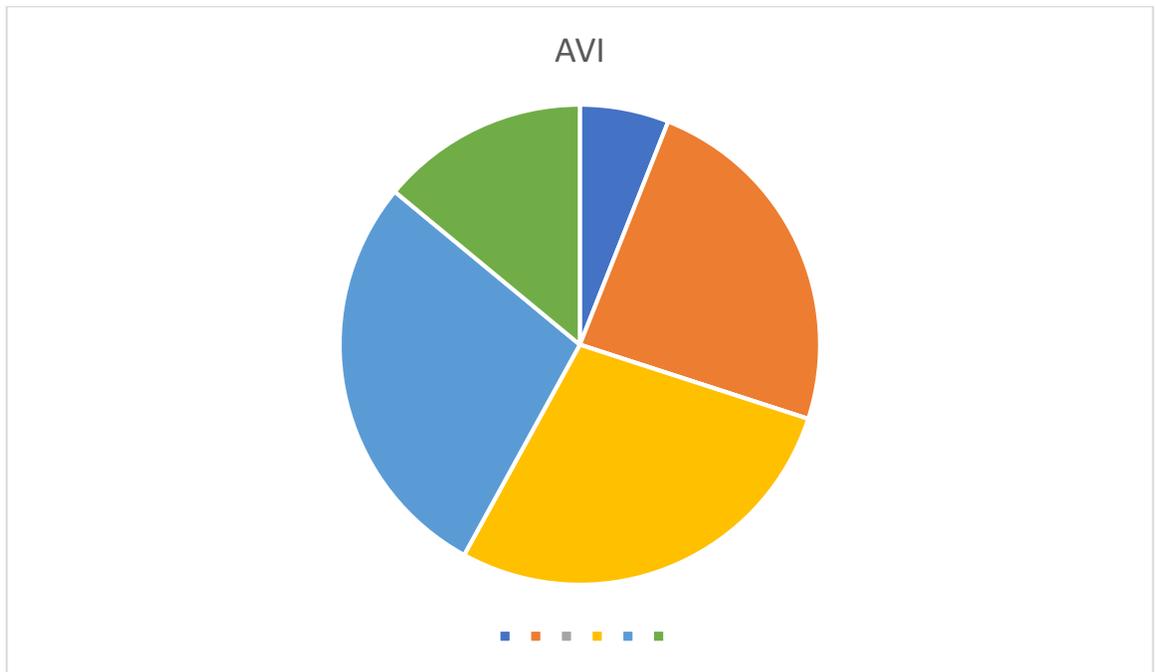
En Velocidad de Procesamiento cuatro pacientes obtuvieron cero, uno obtuvo un uno y solo uno obtuvo un siete; la prueba consta de una tabla de treinta casillas en la cual se debía traducir a código morse las letras que se mostraban en la parte superior.

Se muestran a continuación los valores medios obtenidos en cada una de las pruebas.

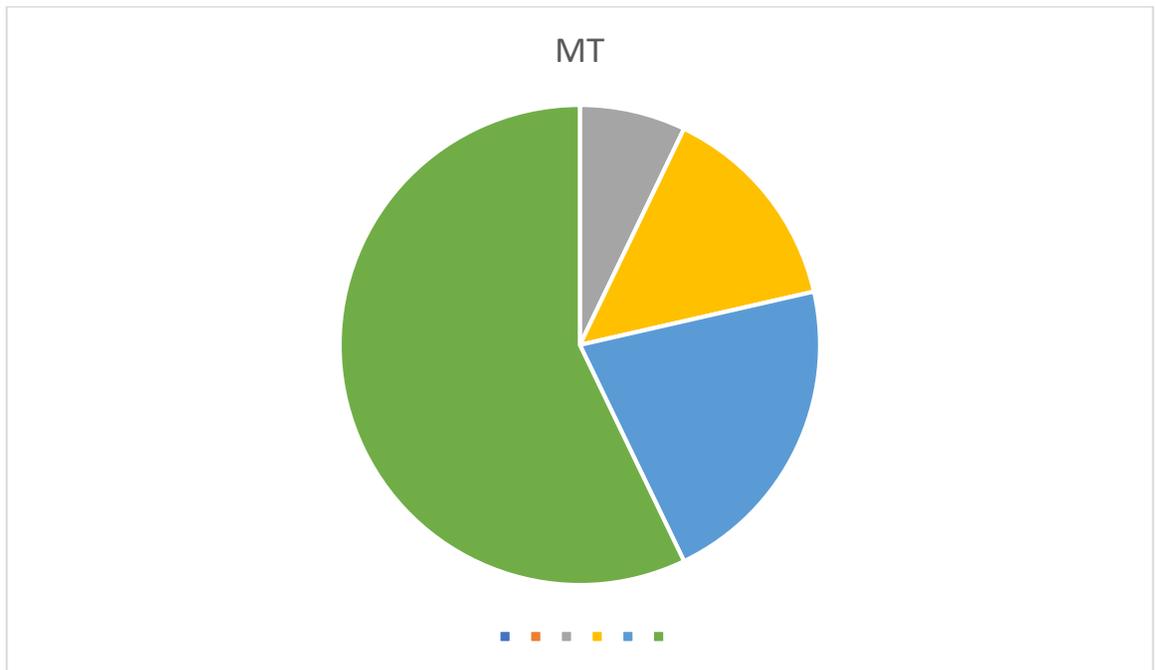


A continuación, se representarán gráficamente las puntuaciones obtenidas en cada subtest aplicado, cada color representa a un examinado.

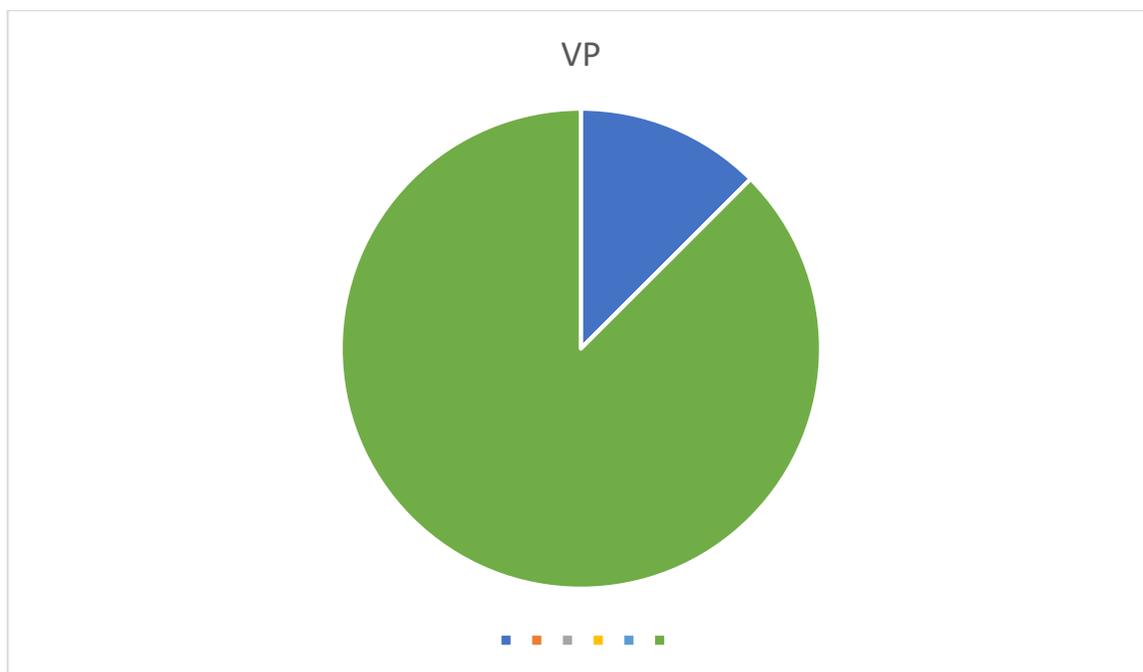
Aprendizaje Verbal Inmediato: esta prueba consta de una puntuación total de “30”; dos pacientes obtuvieron una puntuación de 14 y los demás obtuvieron puntuaciones de 3, 12, 7 y 0.



Memoria de Trabajo: la puntuación total de este subtest es de “18”; los puntajes obtenidos de su aplicación varían entre 1, 2, 3, 8, y dos puntuaciones de 0.



Velocidad de Procesamiento: en esta prueba la puntuación total es de “30”; los puntajes obtenidos variaron entre 1, 7 y cuatro puntuaciones de 0, indicando ser el área mas comprometida en toda la población evaluada.



En entrevistas con el médico clínico de la institución y con un psiquiatra, se obtuvo información que permite llegar a la siguiente conclusión; los antipsicóticos más modernos, llamados atípicos, que suelen utilizarse para el tratamiento de la esquizofrenia, podrían influir en un deterioro cognitivo en estos pacientes cuando son tomados durante un largo periodo de tiempo, y en especial cuando las dosis son elevadas.

El incremento de actividades cognitivas relacionadas con el aprendizaje, la educación emocional y el acompañamiento psicoterapéutico podrían revertir las dosis de los psicofármacos ayudando a los usuarios a estar más presentes en las actividades diarias.

Este diagnóstico inicial constituye el punto de partida para la elaboración de la propuesta de intervención, ya que el proyecto estará orientado de acuerdo con las características del grupo estudiado.

### 3. Marco de referencia general y específico

#### 3.1 CAPÍTULO I: “Caracterización del Sistema de Salud Mental y sus Usuarios”

En este primer capítulo se expondrá una breve reseña acerca del surgimiento de la Psiquiatría, su desenlace y modificaciones a través de la historia hasta llegar a la actualidad.

##### 1.1 Recorrido Histórico. Cambios a través del tiempo en el Sistema de Salud Mental

Ey (1978) en su obra *Tratado de Psiquiatría* afirma lo siguiente:

La Psiquiatría, rama de la ciencia médica cuyo objeto es la "enfermedad mental", ha podido constituirse solamente en la medida en que la noción de enfermedad mental se ha delimitado con suficiente claridad. Durante largo tiempo los "trastornos del espíritu" han sido considerados y lo son aún en ciertas formas de civilización como enfermedades "sobrenaturales". Por otra parte, la medicina, para comprender este aspecto tan desconcertante de la patología, ha debido liberarse de la noción de enfermedad de los órganos y de las funciones antes de considerar la enfermedad mental como una especie bastante singular de enfermedad, capaz de alterar al hombre en su psiquismo, es decir en su "humanidad" o, si se quiere, en su coexistencia con los demás y en la construcción de su Mundo.

En lo que concierne al desprendimiento de las explicaciones "sobrenaturales" de la enfermedad mental, la medicina grecolatina y árabe había considerado ya la manía, la melancolía, la epilepsia, la histeria, el delirio, como "vesanias" de origen natural, y, más tarde, en la Edad Media, muchos teólogos (Santo Tomás) defendieron esta tesis. Pero, en su época y al comienzo del Renacimiento, la "demonología" inspiró los peores excesos (Bodin y el famoso *Malleus Maleficarum*, siglos XV y XVI) y debieron ser vencidas grandes resistencias para hacer aceptar la idea de que las brujas y los poseídos podían sufrir una enfermedad natural. Jean Wier o Weyer (nacido en 1515) se hizo el apóstol de esta cruzada y, poco a poco, con Félix Plater, Paul Zachias, Thomas Willis, D. Sennert, Sydenham, Boerhaave, etcétera, en el curso de los siglos XVI y XVII. la medicina mental conquistó sus derechos de ciudadanía.

En lo que concierne a la otra dificultad, inherente a la naturaleza misma de la enfermedad mental (la de considerarla como una enfermedad, pero no como una enfermedad orgánica pura y simple). han sido y son necesarios aún muchos esfuerzos

para superarla. La patología mental no ha podido constituir su objeto de estudio propio más que precisamente en la medida en que no se confunde con la patología general. Para ello, ha sido necesario que la enfermedad mental aparezca en la sociedad humana, no como una patología de la vida orgánica que amenaza más o menos mortalmente la "vida", sino como una patología de la vida psíquica que amenaza al hombre en su "humanidad". Es esto evidentemente lo que significa la noción de alienación como forma en cierta manera extrema de la enfermedad mental.

Esta idea de una patología natural y en suma orgánica, pero de una enfermedad cuyos efectos son psíquicos, se ha impuesto en el transcurso de los siglos a medida que la civilización occidental ha evolucionado en el sentido de la: libertad individual". Con la Reforma y, más tarde, con la Revolución francesa, el problema de una disminución patológica *del* libre albedrío ha adquirido, en efecto, una exigencia de la que nació ineluctablemente el hecho psiquiátrico. Por ello no es sorprendente el que la Psiquiatría naciera en Francia y en el momento de la Revolución. (p. 52)

Basado en Pinel (1801) y Foucault (1961), en lo que concierne a la otra dificultad, inherente a la naturaleza misma de la enfermedad mental, la de considerarla como una enfermedad, pero no como una enfermedad orgánica pura y simple, han sido y son necesarios aún muchos esfuerzos para superarla. La patología mental no ha podido constituir su objeto de estudio propio más que precisamente en la medida en que no se confunde con la patología general. Para ello, ha sido necesario que la enfermedad mental aparezca en la sociedad humana, no como una patología de la vida orgánica que amenaza más o menos mortalmente la "vida" sino como una patología de la vida psíquica que amenaza al hombre en su "humanidad". Esta idea de una patología natural y orgánica, pero de una enfermedad cuyos efectos son psíquicos, se ha impuesto en el transcurso de los siglos a medida que la civilización occidental ha evolucionado en el sentido de la "libertad individual".

Según Foucault (1961) la Psiquiatría no nacía de los problemas planteados por la libertad, sino de las tensiones a las que la Sociedad somete al individuo al que aliena o, en todo caso, al que encierra para desembarazarse de todos los desviados que ofenden la moral y la razón. Semejante interpretación, históricamente falsa, del nacimiento de la Psiquiatría,

sólo puede llevar a su negación, a la condenación de su necia pretensión de ser una modalidad del saber clínico y de la acción terapéutica.

En 1973, Pinel alzó su voz para pedir un trato humano para los enfermos mentales, e inició una nueva era en la psiquiatría, que se conoce como la era del "tratamiento moral". Antes de Pinel, los enfermos mentales permanecían encerrados junto con los delincuentes, encadenados en celdas estrechas y mal iluminadas, debido a la ideología predominante de la época. Aunque se había superado la concepción demonológica, se consideraba que al perder la razón se perdía la condición humana, y el derecho a un trato generoso. Al llegar como Médico en Jefe del Hospital de Bicêtre, le impresionaron vivamente los gritos, los lamentos y las vociferaciones de los enfermos encadenados, por lo que inició una reforma integral, cuyo primer paso fue abolir la práctica de encadenar a los enfermos agitados. Lo mismo hizo en la Salpêtrière al obtener el mismo nombramiento. Por su ejemplo y su influencia ganó terreno el reconocimiento de que la bondad, la persuasión y el manejo cuidadoso son más efectivos para lidiar con los alienados. Su obra fue continuada por sus alumnos, Esquirol y Ferrus, quienes inspiraron y defendieron la ley que dice que el alienado es incapaz de someterse a las leyes que regulan la conducta de los hombres comunes, por lo que debe beneficiarse de otra legislación que proteja a la sociedad, pero también a su persona y a sus bienes, e intente su curación. (De la Fuente, 2013)

Siguiendo el lineamiento de estos autores, en este movimiento hacia afuera del Hospital, y de la psiquiatría como práctica médica, surge la necesidad de constituir "equipos médico-sociales". El trabajo en terreno de la psiquiatría comunitaria se revela como un ámbito compartido con otras especificidades disciplinares. En paralelo, en Italia, comienza el proceso de "apertura" en Gorizia con Basaglia que reconoce como antecedente la experiencia desarrollada en Inglaterra, a partir de 1942, por Jones. Lo irrecuperable del enfermo mental comienza a cargarse en la cuenta de los efectos de la institucionalización.

En 1937, el National Committee for Mental Hygiene estableció que tenían la intención de alcanzar sus objetivos a través de las siguientes acciones: a) procurando un diagnóstico y un tratamiento precoces; b) desarrollando una hospitalización adecuada; c) estimulando la investigación; d) afianzando la comprensión y el apoyo públicos de las actividades de psiquiatría e higiene mental; e) instruyendo a individuos y grupos en la aplicación personal

de los principios de la higiene mental, y f) cooperando con organismos gubernamentales y privados cuya labor tenga alguna relación con el campo de la higiene mental.

Por lo tanto, el movimiento de higiene mental tuvo inicialmente una naturaleza parapsiquiátrica, dirigiendo sus esfuerzos hacia la mejora de la atención psiquiátrica. La inclusión de actividades preventivas en sus intereses no lo distinguía de la Psiquiatría: el movimiento estaba destinado a maximizar lo que la mayoría de los psiquiatras avanzados de la época aceptaban y proponían en EE. UU. Muchos de estos psiquiatras tenían una orientación psicoanalítica.

Conforme al grupo que lo lanzó, el movimiento de higiene mental estaba centrado, no en el paciente individual, sino en la comunidad en global, y se consideraba a cada miembro de esta comunidad como un individuo cuya salud mental y emocional estaba determinada por factores causales definidos y cuya necesidad imperiosa era la prevención más que la curación. En consecuencia, el Movimiento de Higiene Mental tiene con la Psiquiatría la misma relación que el movimiento de salud pública, del que forma parte, tiene con la Medicina en general. Se trata de una respuesta comunitaria organizada a una necesidad comunitaria reconocida». Por otro lado, también se estableció que «en el momento presente, tanto psiquiatras como higienistas mentales son más conscientes que nunca de que, de hecho, sus objetivos son idénticos y que cada grupo necesita al otro para cumplir con su tarea común». (Bertolote, 2008)

## **1.2 Usuarios del sistema de Salud mental**

Durante más de un milenio los enfermos mentales fueron considerados poseídos por el diablo o por malos espíritus o brujos o maestros de hechicería. La tradición cristiana recoge estas ideas y se propone ahuyentar el demonio que habita en el hombre haciendo que el espíritu impuro se aleje del cuerpo poseído. La teoría de la posesión tuvo diferentes concepciones: algunos consideraban que lo que estaba poseído era el cuerpo y entonces utilizaban el fuego para liberar el espíritu, quemando al insano para su liberación; otros pensaban que la posesión era en el alma y de esa manera realizaban un exorcismo para aliviar ese sufrimiento. La medicina quedó incorporada a los conocimientos de la iglesia y por lo tanto los únicos que pudieron estudiar estos fenómenos fueron los monjes denominados alienistas. (Falcone, 2010)

Continuando con el autor citado, fue mucho el tiempo también que la alineación quedó sometida a la instancia de la Inquisición que controlaba desde lo punitivo la práctica del satanismo, las contraculturas religiosas o la enfermedad mental abarcando todos los sectores socioeconómicos y culturales. La enfermedad representó durante siglos, una de las explicaciones más aceptadas sobre el crimen, bajo la convicción que quién delinquía mostraba externamente su tormento mental proveniente de la insania que lo aquejaba. No en vano, las primeras cárceles se poblaron de epilépticos, locos, tuberculosos, sifilíticos, leprosos.

En el mismo escrito se establece que la primera etapa de cambios fue la iniciada por Pinel y comprendía la higiene, la mejora en la alimentación y el vestido de los internos, instituyendo un tratamiento de humanidad y dulzura. Estos primeros cambios fueron obra de reparación y de justicia elevando a esos olvidados y desposeídos a la categoría de enfermos. Las construcciones pesadas, monumentales, dotadas de gran número de celdas, con altos muros interiores y exteriores fueron objeto de reformas arquitectónicas, evitando el abatimiento del ánimo en que caían los alienados sometidos a una construcción que asemejaba a un convento o una prisión.

Una segunda etapa de cambios comienza a operarse en Inglaterra. Se proscribió el uso de chaleco de fuerza y ligaduras de toda clase, que fueron reemplazadas por medios de suavidad y benevolencia. El griterío y la turbulencia continuos, observados hasta entonces en los asilos, fueron reemplazados por el orden y la calma.

Una tercera época que trajo aparejada la mayor libertad disminuyendo el número de celdas y estableciendo el principio de la vida común. Aumentaron los entretenimientos y la ocupación. Se dio un fuerte impulso al trabajo en el cultivo de la tierra. Estos primeros ensayos fueron hechos en Francia, en Alemania y en Suiza. Se dejan abiertas las puertas, durante el día, se suprime el encierro y se concede permiso a los pacientes para salir del asilo bajo palabra dada por ellos mismos de volver a él. A este método se le da el nombre de Open Door.

### **1.3 Concepción de Salud Mental desde la Organización Mundial de la Salud**

La Organización Mundial de la Salud ha hecho suyo el lema: ‘No hay salud sin salud mental’ (Bertolote, 2008):

En el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946), se estableció que “la salud es un estado de bienestar completo físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedad”, una definición ampliamente valorada ahora. Esta definición claramente holística, destinada a superar las antiguas dicotomías del cuerpo frente a la mente y de lo físico frente a lo psíquico. También es una definición pragmática, en la medida en que incorpora a la Medicina una dimensión social, gradualmente desarrollada en Europa durante el siglo XIX.

Cabe destacar que el término “mental”, en la definición de salud de la OMS (así como físico y social) se refiere a dimensiones de un estado y no a un dominio o disciplina específicos. En consecuencia, conforme a este concepto, resulta incongruente hablar de salud física, salud mental o salud social. Si quisiéramos especificar una dimensión en particular, sería más apropiado utilizar el término bienestar y no salud (por ejemplo, bienestar mental o bienestar social). Este uso negligente de la palabra salud parece haberse iniciado cuando se sustituyó la higiene mental (movimiento social o dominio de actividad) por salud mental (originalmente destinado a un estado y después transformado en un dominio o campo de actividad). (p.114)

#### **1.4 Salud Mental en Argentina**

Las diferentes tendencias desarrolladas en el naciente campo de salud mental (especialmente en EE. UU. Y en Gran Bretaña) fueron recibidas por la psiquiatría en Argentina. A lo largo del año 1957, se producen tres hechos determinantes para reafirmar en nuestro país el “campo de la salud mental”:

1. Se crea el Instituto Nacional de Salud Mental, que reemplaza a la dirección de Establecimientos neuropsiquiátricos y a la dirección de Higiene Mental.
2. Con el antecedente de la carrera de Psicología de la Universidad de Rosario, se inaugura la de la Universidad de Buenos Aires que, en muy pocos años, se transforma en una de las carreras de mayor cantidad de inscriptos.
3. En el policlínico de Lanús se instala uno de los primeros servicios de Psicopatología en un Hospital General. Mauricio Goldenberg gana por concurso el cargo en el mismo

y en pocos años demuestra que las problemáticas de la llamada enfermedad mental se atienden con mayor efectividad fuera de los manicomios.

Estos tres hitos marcan el inicio del campo de Salud Mental, que es un salto cualitativo del campo psiquiátrico por varios motivos:

1. Se termina el manicomio como epicentro institucional. En su lugar, se instauran diferentes abordajes en distintos lugares (desde Servicios de Psicopatología en Hospitales Generales hasta el trabajo comunitario).
2. Del Psiquiatra y los “auxiliares de psiquiatría”, el trabajo pasa a realizarse con equipos interdisciplinarios.

No hay una teoría única para dar cuenta de la enfermedad mental (lo que hoy denominamos padecimiento subjetivo). Tampoco una sola disciplina puede trabajar aislada en problemáticas de salud mental, ya que el padecimiento está producido por un entrelazamiento de lo orgánico, lo psíquico y lo social. (Vainer, Cohen et al., 2019, p. 34).

Argentina siguió las vicisitudes que experimentaron la mayoría de los países europeos por la misma época. Hacia mediados del s. XVIII, la aldea colonial tenía un hospital llamado San Martín. En un rancho anexo al Hospital, llamado vulgarmente El Loquero, se alojaba a los enfermos mentales. El “San Martín” era sólo una modestísima enfermería con alrededor de docena y media de camas y un número exiguo de médicos con mayor buena voluntad que aptitud. Dicho nosocomio lo conducían padres jesuitas, hasta que en 1748 arribaron de España seis curas Betlehemitas. (Falcone, 2010)

En síntesis, según el autor citado se destacan dos momentos:

1. Énfasis en el estudio anatómo-patológico como causa del síntoma y la presencia de una nosografía teórica que clasificara a los enfermos mentales. El médico que encarnará la problemática médica y social asignará valor terapéutico al aislamiento y la reclusión en los Asilos. La asistencia es eminentemente paliativa y sólo pretende remediar los sufrimientos inmediatos de la miseria sin investigar las causas.

2. Se abre un nuevo período, donde las viejas estructuras manicomiales, fundadas en prejuicios anatómo-patológicos, resultan absurdas, anacrónicas e insuficientes.

Se proponen las nuevas condiciones:

- Investigar las causas y tratar al enfermo en el mismo lugar donde se ha generado su trastorno, de ser posible no desarraigarlo de su núcleo familiar, internarlo sólo en caso extremo. Respetar la creencia de que el aislamiento incrementa la enajenación.

- Desplazar el gran peso de la asistencia psiquiátrica de los manicomios a los hospitales generales. Inaugurar las prácticas asistenciales abiertas y la formación de nuevos profesionales (asistentes sociales, visitadoras de Higiene).

- Profundizar las prácticas de profilaxis o prevención y avanzar en la formación de grupos asistenciales de carácter multidisciplinario conformado por médicos, psicólogos, antropólogos, sociólogos, enfermeros, asistentes sociales. Abordar la enfermedad mental como un sistema complejo y al hombre como una totalidad con variables sociales e individuales. Generar el ambiente propicio para el trabajo multidisciplinario de grupos, abordaje familiar e institucional.

### **1.5 Legislaciones Nacionales y Provinciales dentro del área de Salud Mental**

El campo de la salud mental se ha caracterizado en las últimas dos décadas por una impronta que ha dejado una serie de discursos e instrumentos legislativos que exhortan a los países miembros de los principales organismos internacionales en materia de salud (por ejemplo, OPS/OMS), a realizar reformas sustantivas en las políticas y organización de los sistemas de atención para las problemáticas en salud mental. Entre las recomendaciones es posible vislumbrar –al menos- dos componentes esenciales: por una parte, un cambio de paradigma en la organización de la atención, que promueve el abordaje comunitario en detrimento de las internaciones en instituciones monovalentes; por otro lado, el énfasis en el reconocimiento y defensa de los derechos humanos y civiles de las personas con sufrimiento psíquico.

En la Argentina, a partir (y como consecuencia) de la última recuperación democrática en la década del '80 se retomó la discusión sobre las reformas de los servicios de atención en salud mental y la producción de leyes que las avalaran. Desde la década del '90 hasta la actualidad fueron surgiendo una serie de legislaciones provinciales y nacionales que buscaron orientar la organización de los servicios de salud desde la priorización del Primer Nivel de Atención y desde una base de tipo

comunitario, buscando reformar o, en algunos casos, eliminar el hospital neuropsiquiátrico, reemplazándolo progresivamente por dispositivos ambulatorios e internación en hospitales generales. En este contexto, las provincias de Santa Fe y de Río Negro fueron las precursoras de legislaciones específicas en salud mental y transformación de la organización del sistema de atención. (Ernestina, 2013, 132)

Continuando con el mismo autor, la sanción de la Ley nacional de salud mental N° 26.657 a fines del año 2010 constituye un importante avance en materia regulatoria en el campo de la salud mental argentino. Hasta entonces, la situación legislativa en nuestro país se ha caracterizado por la coexistencia heterogénea de algunas pocas jurisdicciones con legislación, algunas otras con proyectos legislativos y una gran parte de las provincias sin ningún tipo de regulación jurisdiccional específica. En igual sentido, la Ley N° 26.657 permitiría superar algunas contradicciones en materia legislativa referentes al ejercicio de las profesiones vinculadas al campo de la salud mental, incumbencias profesionales e internaciones psiquiátricas.

Si bien la nueva Ley N° 26.657 reubica en el centro de la escena la discusión sobre los cuidados de la salud mental, no obstante, la viabilidad de su aplicación enfrenta una serie de desafíos. Entre ellos, se destacan la puja entre distintos actores en base a intereses corporativos diferenciales; la formación de los actuales y futuros profesionales de la salud mental; las características infraestructurales y organizativas de los servicios de salud mental, en particular los referentes a los hospitales generales.

Desde hace algunas décadas enfatizan el cambio de paradigma en la organización de los servicios de salud mental y el respeto por los derechos humanos, como también las libertades fundamentales. Respecto a este último punto, es el Estado el que debe garantizar el cumplimiento de los derechos y reparar las violaciones que contra ellos se ejecuten. La nueva Ley de Salud Mental 26.657 plantea el abordaje interdisciplinario, hasta el momento no hay data de que en ese equipo existan profesionales de la Psicopedagogía realizando un aporte, el fortalecimiento de las habilidades cognitivas y/o el reparo de dificultades en el área es fundamental para una mayor recuperación. Con este trabajo se busca que el profesional Psicopedagogo pueda y deba ser parte de dicho cambio de paradigma realizando un aporte frente a las “libertades fundamentales” que antes se mencionan.

Existen 9 jurisdicciones (8 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) con legislación en salud mental: Salta (ley 6.302/84)<sup>6</sup> ; Río Negro (ley 2.440/91, modificada por ley 3.575/02); Santa Fe (10772/91); Entre Ríos (ley 8.806/94); San Juan (ley 6.976/02); San Luis (536/06); Chubut (ley 5845/09); Córdoba (ley 9.848/2010) y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (ley 448/00). Otras tres provincias disponen de anteproyectos de ley en salud mental: Buenos Aires, Mendoza y Catamarca. Por el contrario, el resto de las provincias carecen de leyes y anteproyectos. (Ernestina, 2013)

En el mismo escrito reseñado se explica que en el año de sanción de las legislaciones mencionadas pueden ser separadas en diferentes periodos históricos.

Por una parte, las primeras leyes sancionadas en la década del '90 - como es el caso de Santa Fe, Río Negro y Entre Ríos- en un contexto de aplicación de políticas neoliberales; pero también en un momento de surgimiento de instrumentos internacionales (Declaración de Caracas, 1990; los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, 1991) que propulsaban una reforma del sistema de atención en salud mental y la defensa de los derechos humanos de los pacientes. No obstante, la cercanía temporal entre estas tres legislaciones y los procesos de reforma en dichas provincias han tenido un recorrido diferente.

Si bien Entre Ríos contaba a su favor con una experiencia novedosa de intento de creación de una Comunidad Terapéutica a fines de la década del '60, no sólo no parecería haber progresado la reforma, sino que la experiencia se tornaría nuevamente más cercana a la institución monovalente de internación.

Por su parte Santa Fe, es la que evidencia con mayor claridad los riesgos de reforma en un contexto de aplicación de políticas de “ajuste y retiro del Estado”. Los propios protagonistas del movimiento de reforma de la institución neuropsiquiátrica reconocen que la situación fue utilizada para el cierre definitivo de servicios, eliminación de camas que no fueron reemplazadas por otras alternativas terapéuticas- y reducción de fuentes de trabajo.

Río Negro ha constituido hasta el presente la reforma más reconocida de nuestro país por proceder al cierre de su única institución monovalente en salud mental en la ciudad de Allen en el año 1988; tres años antes de la sanción de la Ley 2440 de “Promoción Sanitaria y Social de las Personas que Padecen Sufrimiento Mental”. Desde la perspectiva de Hugo

Cohen (2019), uno de los principales mentores de la reforma, el ciclo se inicia con las acciones de humanización del hospital neuropsiquiátrico de Allen, una vez recuperado el periodo democrático.

## **1.6 Psicopatología**

La Psicopatología es la rama de la Psicología que se ocupa del estudio de las manifestaciones psíquicas anormales. Este concepto es de suma importancia considerando que esta investigación trabajara con diversas psicopatologías que luego se abordaran dese la Psicopedagogía.

La autora Cortesse (2004) menciona en su investigación una serie de definiciones. En primer lugar, asegura que la psicopatología no trata de cualquier sufrimiento sino del sufrimiento del alma, o, más modernamente del sufrimiento psíquico. No nos interesará, entonces, un sufrimiento puramente físico como puede ser un dolor de muelas, salvo que este sufrimiento tenga repercusiones en el psiquismo y se convierte, además en un sufrimiento mental. El sufrimiento Físico y Psíquico son diferentes.

En segundo lugar, la Psicopatología no trata de cualquier sufrimiento psíquico, sino solamente de aquel que está vinculado con alguna forma de enfermedad o trastorno mental.

En tercer lugar, y por último menciona que se debe discernir qué quiere decir exactamente “saber acerca del sufrimiento” de un ser humano. Básicamente esto significa tres cosas: “saber que sufre”, “saber qué sufre”, y “saber por qué sufre. Prácticamente, estos tres saberes sobre el sufrimiento vienen a cubrir todo el campo de la psicopatología.

Continuando con la misma autora “saber acerca del sufrimiento” significa: conocer sus signos objetivos, identificar la vivencia asociada al sufrimiento, e indagar en sus causas. Es decir, indagar sobre el acontecer psíquico realmente consciente y saber cómo experimentan los seres humanos, conocer la dimensión de las realidades anímicas y no solo el vivenciar de los hombres, sino también las condiciones y causas de las que depende, las relaciones en las que está las maneras como se expresa objetivamente.

Marietan (2005), hace referencia a los conceptos de Salud-Enfermedad,

Para los griegos la enfermedad también era de origen divino, pero la impureza ya no era moral sino física. Por lo tanto, tratable con baños purificadores.

Esto fue un salto conceptual enorme, ya que, si la enfermedad era causada por los dioses y significaba una impureza del alma, el hombre no tenía acceso a ella, es decir, no podía ser curado por otros hombres, sino solo por el perdón de un dios. Pero si la impureza estaba en lo físico (asunto de los hombres), un hombre que conociera las leyes de la naturaleza (*physis*) podía curar a otro. (pp. 20-21)

Según el autor citado el concepto de enfermedad deriva de tres ideas básicas: *intrínseca* (generada por un *desequilibrio* interno del individuo), *extrínseca* (generada *fuera* del individuo, y éste la incorpora) y *mixta* (el individuo presenta una *predisposición* que lo sensibiliza a ciertos agentes externos). Esto es llamado trípede del concepto de enfermedad.

A partir de la lectura de los diferentes autores mencionados hasta el momento se puede concluir que, dada la naturaleza polisémica y la imprecisión del concepto de salud mental, éste puede entenderse mejor desde una perspectiva histórica. Lo que, en la actualidad, se entiende por “salud mental” encuentra sus orígenes en el desarrollo de la salud pública, en la Psiquiatría clínica y en otras ramas del conocimiento.

La Psicopedagogía es considerada en el ámbito de la salud y la educación. En el área de salud puede afirmarse que se desenvuelve en sistemas de atención para las problemáticas en salud mental. En este trabajo se pretende poner énfasis en el reconocimiento y defensa de los derechos humanos y civiles de las personas con sufrimiento psíquico que ha afectado de algún modo el Área Cognitiva, implicando dificultades en el habla, la memoria, la atención y demás dispositivos de cognición.

## **3.2 CAPITULO II: “El Rol del Psicopedagogo dentro del Sistema de Salud Mental”**

### **2.1 Deterioro cognitivo. Caracterización y abordaje Psicopedagógico**

Según la OMS (2001) el término estimulación cognitiva hace referencia a todas aquellas actividades dirigidas a mejorar el rendimiento cognitivo general o alguno de sus procesos y componentes (por ejemplo, la atención, la memoria, el lenguaje, las funciones ejecutivas o el cálculo), ya sea en sujetos sanos como en pacientes con algún tipo de lesión en el sistema nervioso central. Ahora bien, en algunos contextos se usa el término rehabilitación, que va más allá e implica el restablecimiento de la situación de los pacientes al grado de funcionamiento más alto posible en el ámbito físico, psicológico y de adaptación social. Esto incluye emplear todos los medios posibles para reducir el impacto de las condiciones que son discapacitantes y para permitir a los pacientes alcanzar un nivel óptimo de integración social.

En la actualidad el deterioro cognitivo persiste como un concepto mal delimitado y poco consensado, que refleja una disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial. Presupone un nivel cognitivo superior al actual, un declive o merma respecto al nivel de funcionamiento previo, una pérdida parcial o global de las capacidades previamente adquiridas, lo que no siempre resulta demostrable. (Pérez Martínez, 2005)

Continuando con el mismo autor los estudios de prevalencia de los trastornos de memoria asociados con la edad no se han intentado hasta fechas relativamente recientes, probablemente debido a la incertidumbre de no contar con criterios diagnósticos inequívocos e instrumentos validados. La frecuencia de los trastornos cognitivos varía según las clasificaciones y criterios diagnósticos utilizados en los diferentes estudios.

Cuando el deterioro cognitivo repercute significativamente en las actividades funcionales de la vida cotidiana, probablemente estemos ante un síndrome demencial (deterioro cognitivo orgánico o patológico o con demencia establecida). Solo una correcta valoración clínica indicará en qué lugar del continuum cognitivo- funcional: normalidad - deterioro o trastorno cognitivo leve - demencia se sitúa un paciente. A menudo, solo el

seguimiento clínico confirmará si estamos frente a una situación estable o, por el contrario, progresa a demencia.

Además del envejecimiento, otras causas frecuentes de deterioro cognitivo son las enfermedades psiquiátricas, los eventos o enfermedades cerebrovasculares, y las enfermedades sistémicas y degenerativas como la demencia y el Parkinson. Entre los síntomas y/o signos de sospecha de deterioro cognitivo se pueden citar las pérdidas de memoria (se olvidan citas, nombres, números telefónicos, etc.), la desorientación en tiempo y lugar (se olvidan fechas y ocurren pérdidas en sitios perfectamente conocidos), aparecen problemas de pensamiento abstracto ( la persona olvida el significado del dinero, muestra dificultades en evaluar semejanzas y en interpretar refranes), son notorios los problemas de lenguaje (se olvidan y sustituyen palabras, hay dificultades para encontrar la palabra apropiada en una conversación), la pobreza de juicio es característica (vestidos inadecuados), con frecuencia se pierden cosas o se colocan en lugares inapropiados, se producen cambios inesperados y frecuentes del estado de ánimo y de conducta (desinhibición, repetición de preguntas y actos, reacciones agresivas y violentas, manifestaciones sexuales inapropiadas, familiaridad con extraños, etc.), son comunes los cambios de personalidad ( hay acentuación de rasgos previos, se vuelven suspicaces, temerosos, parecen como "ausentes", "raros", "extraños", etc.), se evidencia la pérdida de la iniciativa (se muestran pasivos y necesitan ser estimulados constantemente), así como también se acentúan las dificultades en la realización de las tareas familiares.(Pérez Martínez, 2005)

Pérez Martínez (2005) establece que ante la sospecha o historia clínica individual de deterioro cognitivo es necesario:

1. Su confirmación, consultar con un familiar o persona allegada (informador fidedigno), pues se debe intentar discernir hasta qué punto el aparente problema cognitivo-funcional no se debe a una limitación física del paciente (problemas de visión, audición, etc.), a un nivel cultural bajo (retraso mental, analfabetismo), o a una falta de atención e interés en el contexto de un trastorno depresivo o ansioso. El tratamiento del informador a solas puede facilitar la información necesaria en los casos que se detecte negación de los síntomas, hostilidad o suspicacia en el paciente, o queden datos por esclarecer. En la mayoría de los pacientes con deterioro cognitivo patológico la demanda de atención especializada inicial suele establecerse a través del familiar o persona allegada que se ha percatado del déficit,

debido a la escasa percepción de enfermedad del paciente. Por tanto, si el motivo de consulta está relacionado con dicho déficit, el enfermo suele acudir acompañado. En los casos en que la demanda sea expresada por el paciente, es más probable que se trate de un trastorno depresivo o ansioso, pues si fuera una demencia, sería muy incipiente, que es cuando puede existir cierta conciencia de enfermedad. En cualquier caso, se hace necesario un seguimiento clínico.

2. Resultará además obligatorio realizar una correcta valoración del estado mental del paciente, que incluirá la evaluación de las capacidades cognitivas (memoria, orientación, lenguaje, etc.) y de la función ejecutiva (capacidad de juicio y abstracción), así como la valoración de su estado emocional o afectivo. Se valorará conjuntamente el estado funcional del paciente, que abarcará la personalidad y su conducta.

3. Tener en cuenta si ha habido pérdida parcial o global de capacidades previamente adquiridas, y valorar su repercusión en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), estas últimas suele estar preservadas en las fases iniciales de demencia.

Retomando la conceptualización de deterioro cognitivo, por el mismo se entiende la disminución mantenida en el rendimiento de las funciones intelectuales o cognitivas desde un nivel previo más elevado. Las causas del deterioro cognitivo pueden ser múltiples: demencias degenerativas, depresión, enfermedades cerebrovasculares, alcoholismo, daño cerebral traumático, cambios pos neuroquirúrgicos, etc.; aunque, sin duda, las demencias degenerativas son la principal causa de deterioro cognitivo en la población de mayores. (Llanero Luque, Montejo Carrasco, Montenegro Peña, Fernández Blázquez, Ruiz Sánchez de León, 2010)

Es Screening de Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (Pino, Ó. Guilera, G. Gómez, J. Rojo, J. Vallejo, J. Purdon, S., 2006) establece que la Esquizofrenia y el Trastorno Bipolar tienen funciones cognitivas implicadas, estas son, Atención, Memoria, Funciones Ejecutivas y Velocidad de Procesamiento.

Los déficits neurológicos de los pacientes psiquiátricos se producen en diferente grado de afectación en función del tipo de trastorno y del grado de cronicidad, por lo que no todos los pacientes, incluso con un mismo trastorno tienen

las mismas funciones afectadas o en igual grado. A continuación, se describen brevemente las funciones cognitivas más relevantes y más exploradas en los pacientes psiquiátricos:

**Atención:** La atención es un estado neurocognitivo cerebral de preparación que precede a la percepción y a la acción. La atención focaliza selectivamente nuestra conciencia para filtrar el constante flujo de la información sensorial, resolver la competencia entre los estímulos para su procesamiento en paralelo y reclutar y activar las zonas cerebrales para temporizar las respuestas apropiadas. La atención es difícilmente definible como un concepto unitario debido a su complejidad.

**Memoria:** Una definición genérica y ampliamente aceptada del término afirma que la memoria hace referencia a un conjunto de sistemas que permiten adquirir, retener (temporal o permanentemente) y recuperar información y conocimientos. En la literatura sobre el tema pueden encontrarse diferentes esquemas de clasificación de la memoria. Los psicólogos cognitivos, basándose en hallazgos empíricos, proponen la existencia de la memoria a corto plazo y de la memoria a largo plazo.

La memoria a corto plazo se caracteriza por tener una capacidad (7 unidades de información aproximadamente) y persistencia (entre 15 y 30 segundos) limitadas, mientras que la memoria a largo plazo puede mantener la información desde unos pocos minutos hasta varias décadas y su capacidad es muy amplia. La información está codificada semánticamente o por asociación. Atendiendo a las bases biológicas que subyacen a esta función, la memoria a largo plazo puede subdividirse en memoria declarativa (explícita o relacional) y en memoria procedimental (implícita o no-declarativa). La primera hace referencia a la más mediatizada por las estructuras hipocámpicas y del lóbulo temporal medial. A su vez esta también puede dividirse en memoria episódica (retiene información en un tiempo-espacial) y memoria semántica (incluye los significados de las palabras y la relación entre ellas). Por otra parte, la memoria procedimental tendría una base neuroanatómica subcortical y cerebelosa y se subdividirá en habilidades y hábitos, condicionamiento y memoria implícita para las destrezas automáticas, entre otras.

Funciones ejecutivas: Existen numerosas clasificaciones y descripciones de las funciones ejecutivas. Siguiendo a Lezak (2004), se pueden resumir en cuatro elementos: a) volición, que se centra en la capacidad para la conducta intencional ; b) planificación, que implica la identificación y organización de los pasos y elementos necesarios para conseguir un objetivo; c) acción orientada a un propósito, que se refiere a la puesta en marcha de las acciones necesarias para pasar de una intención o plan a una actividad productiva; y d) ejecución efectiva, que incluye el proceso de llevar a cabo dichas acciones, controlándolas, autocorrigiéndolas y regulándolas. (p.p. 29-30)

Velocidad de Procesamiento: Se define como la rapidez de respuesta en tareas que requieren procesamiento cognitivo, que incluye velocidad de procesamiento y de respuesta motora. Existen numerosos paradigmas y formas de evaluarlas; las más sencillas se referirían a las que pretenden medir el tiempo de reacción clásico, por ejemplo, ante la aparición de un estímulo. También se incluirían tareas que requieren proceso mental con diferentes tareas de decisión. Estas segundas requerirían un componente mayor de funcionamiento ejecutivo. Por último, también entrarían en esta función cognitiva las tareas que requieren psicomotricidad fina. (p. 31)

Siguiendo con los mismos autores que antes se mencionaban, a la hora de caracterizar el Deterioro Cognitivo Leve (DCL), la mayoría de los autores coinciden en señalar que, generalmente, la memoria es la función más alterada, a la que se pueden unir otras alteraciones, como la del lenguaje, las funciones ejecutivas, la atención/concentración o las funciones visuoespaciales. Así, se suele hablar de DCL amnésico o no amnésico, según si la memoria está afectada o no, o hablar de DCL mono o multidominio, según se vea afectada una o más funciones cognitivas. Se admite, como normal general, que los pacientes con DCL deben conservar la capacidad funcional para las actividades de la vida diaria.

Teniendo en cuenta las conceptualizaciones teóricas abordadas hasta el momento, es de suma importancia considerarlas dentro de esta investigación para la elaboración de un proyecto exitoso. Para abordar el deterioro cognitivo es importante conocer su caracterización y los procesos que intervienen en el mismo.

## **2.2 Incumbencias Profesionales del Psicopedagogo dentro del Sistema de Salud Mental**

El Ministerio de Cultura y Educación establece las incumbencias del profesional Psicopedagogo y cita una serie de características para tener en cuenta. Afirma que el Psicopedagogo debe:

- Asesorar con respecto a la caracterización del proceso de aprendizaje, sus perturbaciones y/o anomalías para favorecer las condiciones óptimas del mismo en el ser humano, a lo largo de todas sus etapas evolutivas en forma individual y grupal, en el ámbito de la educación y de la salud mental.
- Realizar acciones que posibiliten la detección de las perturbaciones y/o anomalías en el proceso de aprendizaje.
- Explorar las características psicoevolutivas del sujeto en situación de aprendizaje.
- Participar en la dinámica de las relaciones de la comunidad educativa, a fin de favorecer procesos de integración y cambio.
- Orientar respecto de las adecuaciones metodológicas acordes con las características bio-psico-socioculturales de individuos y grupos.
- Realizar procesos de orientación educacional, vocacional-ocupacional en las modalidades individual y grupal.
- Realizar diagnósticos de los aspectos preservados y perturbados comprometidos en el proceso de aprendizaje, para efectuar pronósticos de evolución.
- Implementar sobre la base del diagnóstico, estrategias específicas -tratamiento, orientación, derivación- destinadas a promover procesos armónicos de aprendizaje.
- Participar en equipos interdisciplinarios responsables de la elaboración, dirección, ejecución y evaluación de planes, programas y proyectos en las áreas de educación y salud.

De dichas incumbencias se pueden destacar, para la propuesta de intervención que se pretende plantear, trabajar a favor de procesos de integración y cambio, efectuar pronósticos de evolución en el proceso de aprendizaje y llevar adelante programas y proyectos no solo en áreas de educación sino también en salud mental.

En términos prácticos, para los Psicopedagogos, se trata de abordar integralmente el conjunto de sentimientos, emociones, conocimientos, actitudes, expectativas, que se conjugan en los aprendizajes. Claramente es un modelo que se corresponde con la complejidad y sus consecuencias de incertidumbre, de interrelaciones de variables personales y contextuales recíprocas sujeto-contexto, sin poner el acento en alguno de los dos polos de la relación, sino en el “entre”.

Se trata de una mirada que valora la intersubjetividad, la interacción-transacción, la flexibilidad en los procesos de comprensión y los contextos en los que se produce la conducta. Muy lejos de la simplicidad y de las concepciones reduccionistas, de los modelos intrapsíquicos o de las disciplinas tomadas aisladamente. (Baeza, 2005, p.2)

La misma autora hace la siguiente reflexión:

La Psicopedagogía, es una ciencia claramente transversal, que se ocupa del aprendizaje humano en cada contexto y cada una de las franjas etarias donde éste se desarrolla, sistemática o asistemáticamente. Como disciplina científica con pleno derecho, inserta ya en todo tipo de organizaciones, colabora con su diseño inteligente y el pleno desarrollo de los procesos de aprendizaje, individuales y organizacionales que allí se den.

En los últimos años, los Psicopedago@s se movieron desde la atención casi exclusiva de los llamados trastornos de aprendizaje, hacia otros espacios sociales, y, con una clara tendencia a la prevención o detección e intervención temprana frente a posibles disfunciones, y al hacer frente -reflexivamente- a los vertiginosos cambios que nos desafían cotidianamente (el cambio del cambio del cambio del cambio ya casi un cambio de cuarto orden), de la mano de la mutación vertiginosa socio técnica, que también desafía a todo el sistema educativo. Muy cercanos a la idea de una educación expandida en el sentido que la educación se da siempre, en todo momento y en todo lugar. (p.4)

Existe cierta tendencia a equiparar el concepto de rehabilitación neuropsicológica con el de estimulación cognitiva. Sin embargo, el concepto de rehabilitación neuropsicológica es más amplio e incluye diferentes tipos de intervención, que se pueden encuadrar en cuatro grandes grupos: rehabilitación cognitiva (que implica también estimulación cognitiva),

modificación de la conducta, intervención con familias y readaptación vocacional o profesional. (Lubrini, Muñoz Marron, Periañez Morales, Ríos Lago, 2009)

Por lo que se refiere a la atención primaria, se encontraron agrupada las actuaciones y los servicios que tienen como objetivo ayudar a las personas a mejorar su bienestar y su calidad de vida. Aquí se podría incluir la intervención que llevan a cabo los profesionales que trabajan en los servicios sociales. Toda persona tiene necesidades que se han de cubrir de la manera mas apropiada. Para responder a estas necesidades se articulan las diferentes intervenciones en el ámbito de los servicios sociales que tienen como objetivo ayudar a resolver los problemas de las personas y a mejorar la calidad de vida. Según las funciones que se hayan de desarrollar se encuentran los servicios sociales de atención primaria o de base y los servicios sociales especializados. Los primeros constituyen el punto mas cercano al usuario y se dirigen a toda la población en general, mientras que los segundos están destinados a personas con alguna problemática específica.

Con la finalidad de conseguir estos objetivos, los servicios sociales de atención primaria o de base se estructuran en equipos multiprofesionales (trabajadores sociales, educadores sociales, psicólogos, pedagogos, psicopedagogos, abogados, sociólogos, trabajadores familiares. etc) y su ámbito de actuación es un área, distribuida en zonas según la programación de cada administración componente. Estos equipos realizan tareas de detección de necesidades sociales de un territorio y articulan los recursos e intervenciones necesarias para el desarrollo personal y comunitario.

Para llevar a cabo la orientación psicopedagógica en los servicios sociales de atención primaria, se combinan los diferentes modelos de orientación, aunque predomina el modelo de servicios que funciona por programas, ya que elaboran programas específicos, muchos, con una intencionalidad preventiva. Algunos de estos programas grupales vienen diseñados por la administración estatal o autonómica y otros se diseñan a nivel local.

En cuanto al modelo clínico, debemos destacar que es muy utilizado en los servicios sociales y puede tener varios objetivos, de diagnóstico, seguimiento, apoyo, etc. (Filella Guiu, 2004, p. 94)

Filella Guiu (2004), antes mencionada, hace referencia a Personas con Disminución Psíquica y afirma lo siguiente:

La intervención con personas con disminución psíquica viene marcada por el grado de disminución que guíara el tipo de orientación a realizar y se basa sobre todo en la elaboración de programas individuales de tratamiento específicos para cada usuario (programas individuales de rehabilitación) y programas grupales generales para todo el colectivo. En estos programas podemos distinguir cinco áreas de intervención: salud, equilibrio emocional, autonomía personal, capacidad de actuación y autonomía social e interrelaciones. A partir de estas pautas que enmarcan la intervención, se encuentran programas grupales para la mejora de la salud, (sexualidad, tabaquismo, alcoholemia), Educativos (seguridad vial, habilidades sócales, cursos de formación, etc.), Tiempo libre (tiempo libre, deportes, fiestas, etc.). La entrevista es un recurso mas utilizado con las familias que con los usuarios y el modelo de consulta, básicamente colaborativa, se lleva a cabo por los psicólogos, pedagogos y psicopedagogos hacia el resto de personal que trabaja en la institución o servicio: educadores, monitores, etc. (p. 95)

Recapitulando la información de este capítulo se puede decir que se le llama cognición, o función cognitiva a la habilidad de aprender y recordar información, organizar, planear y resolver problemas, concentrarse, mantener y distribuir la atención, entender y emplear el lenguaje, reconocer y percibir correctamente el ambiente, y realizar cálculos, entre otras funciones. La Psicopedagogía está continuamente comprometida en la búsqueda de nuevos estándares medioambientales para la salud mental y el desarrollo de las habilidades, dentro de las prácticas de educación-aprendizaje y salud mental.

La estimulación cognitiva busca alcanzar y mantener las habilidades intelectuales, atención, memoria, praxias, funciones ejecutivas, cálculo, conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de preservar su autonomía. Este es otro motivo por el cual el rol del profesional Psicopedagogo juega un rol fundamental en el proyecto que aquí se plantea.

Para concluir, es oportuno mencionar que hasta la fecha no se conocen investigaciones y/o propuestas de intervención que aborden el accionar Psicopedagógico dentro de instituciones psiquiátricas y con usuarios del sistema de salud mental, por lo tanto, con toda la fundamentación teórica descrita en los capítulos I y II se pretendió relacionar la Psicopedagogía con la psiquiatría y los padecimientos de los usuarios seleccionados con el fin de contextualizar la propuesta de intervención con modalidad de taller que aquí se desarrolla.

#### **4. Propuesta de intervención a realizar**

Ander Egg (1971) plantea en que consiste el taller desde un punto de vista pedagógico:

Taller es una palabra que sirve para indicar un lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado. Aplicado a la pedagogía, el alcance es el mismo: se trata de una forma de enseñar y, sobre todo de aprender, mediante la realización de “algo”, que se lleva a cabo conjuntamente. Es un aprender haciendo en grupo. Este es el aspecto sustancial del taller. Pero es un modo de hacer que tiene ciertas características que le son propias y que se apoyan en determinados supuestos y principios. (p. 10)

La propuesta de intervención generada a partir de este trabajo tiene como finalidad brindar a los usuarios del servicio de salud del hospital seleccionado nuevas posibilidades para una mejor calidad de vida a través de la estimulación de las funciones cognitivas. Se considera fundamental la atención y prevención de la degeneración cognitiva implementando una serie de actividades específicas.

Este taller, se orienta a una parte de la población del hospital; por tal motivo, se pretende que el personal encargado del cuidado y atención de los usuarios seleccione a todos aquellos que estén en condiciones de ser sometidos a un instrumento de evaluación cognitiva. Dicha evaluación inicial permitirá observar el deterioro cognitivo que presentan los pacientes con patologías psiquiátricas.

Adicionalmente a la estimulación de funciones cognitivas, la propuesta de intervención pretende favorecer el desenvolvimiento social y laboral de los usuarios. Se busca que puedan estar integrados e incluidos en la sociedad, llevando una vida acorde a la

comunidad en la que participan, teniendo en cuenta siempre sus limitaciones y potencialidades.

En este proyecto se pretende mejorar la calidad de vida de los usuarios residentes de la institución a través de la estimulación y recuperación de funciones cognitivas. Dichas funciones pueden encontrarse deterioradas o no haber sido adquiridas debido a las diferentes psicopatologías que la población presenta.

Las actividades se basarán en el fortalecimiento de los Dispositivos Básicos del Aprendizaje; Memoria, Atención, Sensopercepción, Habitación. De igual manera se tendrá en cuenta el Aprendizaje Verbal Inmediato, Fluidez Verbal, Memoria de trabajo, Velocidad de Procesamiento y Aprendizaje Verbal Diferido, que resultan aspectos evaluados al momento del diagnóstico.

El taller está propuesto a través de una modalidad grupal, pero considerando que ningún sujeto es igual a otro y que todos presentan fortalezas y debilidades diferentes, se tendrá una mirada subjetiva con una especial atención a quienes lo necesiten.

En principio se programa un taller que consta de dos encuentros mensuales, con frecuencia quincenal durante tres meses en un primer módulo de abordaje. Cada encuentro tendrá una duración de una hora y media. Luego sería correspondiente realizar una reevaluación para una posterior planificación de dos módulos adicionales.

La duración no será mayor a una hora y media y cada actividad será breve, no se propondrán demasiadas actividades en un mismo encuentro debido a que los participantes del grupo tienden a distraerse fácilmente. Se hará hincapié en actividades con material concreto, se trabajará mediante el diálogo y la escucha, así como también con actividades que impliquen la movilidad y el cuerpo.

Las actividades que impliquen lectura y escritura tendrán una segunda opción de realización con el mismo objetivo, considerando que algunos usuarios no saben leer y escribir.

Se trabajará con material concreto, este los ayudara a pensar incitando la imaginación y la creación, también ejercitaran la manipulación y la construcción propiciando la elaboración de relaciones operatorias y el enriquecimiento del vocabulario.

Por último, pero no menos importante, se plantean actividades que los usuarios realmente puedan disfrutar para que se sientan motivados y comprometidos con el taller.

## 5. Estudio de factibilidad o viabilidad

Actividad	Duración	Objetivos	Recursos
<b>1ER ENCUENTRO</b>			
<b>“El juego de la botella” (presentación)</b>	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descubrir aspectos de la personalidad.</li> <li>• Fomentar la autoestima.</li> <li>• Conocer la riqueza de fortalezas de los miembros del grupo.</li> <li>• Fomentar la escucha activa entre los integrantes del grupo.</li> </ul>	Sillas, Botella plástica con agua.
<b>“Nos vamos de viaje”</b>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compartir intereses y prioridades de los usuarios.</li> </ul>	Papel y lápiz.
<b>“¡Recordemos!”</b>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular la memoria de corto plazo y largo plazo.</li> </ul>	Ninguno.
<b>“Miremos los detalles”</b>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover el desarrollo de la memoria, atención y la sensopercepción.</li> </ul>	Fotografía.

<b>2DO ENCUENTRO</b>			
<b>“Estamos de celebración”</b>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercitar de la memoria.</li> </ul>	Tarjetas.

<b>“Preste atención”</b>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ejercitar la atención, memoria y reconocimiento.</li> </ul>	Hojas impresas, Lápices de colores.
<b>“El alimento y su sabor”</b>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar sabores y poder relacionarlos.</li> </ul>	Hojas con imágenes.
<b>“Las figuras”</b>	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenar el sistema de coordenadas.</li> </ul>	Figuras impresas en papel, Cinta scotch.

### 3ER ENCUENTRO

<b>“1,2,3 ¡Ahora!”</b>	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ejercitar la memoria, la interpretación y la capacidad de imitación.</li> <li>Trabajar la motricidad gruesa.</li> </ul>	Ninguno.
<b>“Lo que yo veo es...”</b>	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entrenar memoria y atención.</li> </ul>	Imagen.
<b>“Creando mi historia”</b>	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar la capacidad de creación e interpretación.</li> </ul>	Papel, lápiz y goma de borrar.

### 4TO ENCUENTRO:

<b>“Simón dice”</b>	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Que los participantes logren dar y recibir una orden.</li> <li>• Que logren comprender y respetar las consignas.</li> <li>• Ejecutar las praxias.</li> </ul>	Ninguno.
<b>“Los opuestos”</b>	25 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el significado de cada palabra y su opuesto.</li> </ul>	Tabla impresa, Lápiz.
<b>“La historia de Ana”</b>	35 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorecer la imaginación de los lectores.</li> <li>• Ejercitar memoria y atención.</li> </ul>	Ninguno.

### **5TO ENCUENTRO:**

<b>“El tesoro escondido” (búsqueda)</b>	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interpretar consignas.</li> <li>• Seguir pistas.</li> <li>• Trabajar la atención y comprensión.</li> </ul>	Papeles con palabras escritas. Papel en blanco. Lápiz.
<b>“El tesoro escondido” (armado)</b>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar el razonamiento.</li> </ul>	Papeles con palabras escritas. Papel en blanco.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer relaciones entre las palabras para armar la oración.</li> </ul>	Lápiz.
<b>“Vamos por el tesoro”</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular las, praxias.</li> </ul>	Ninguno.
<b>“Verdadero o Falso”</b>	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercitar la atención.</li> </ul>	Ninguno.

<b>6TO ENCUENTRO:</b>			
<b>“Encuentre el intruso”</b>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar que palabra no pertenece al grupo.</li> <li>• Establecer relaciones.</li> <li>• Establecer analogías.</li> </ul>	Grilla de palabras impresa, lápiz.
<b>“Se lo que es”</b>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar objetos y para qué sirven.</li> </ul>	Ninguno
<b>“Nos vamos al supermercado”</b>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la autonomía y la organización.</li> </ul>	Papel y Lápiz.
<b>“Refresquemos la memoria”</b>	30 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer la ubicación temporoespacial.</li> <li>• Ejercitar la memoria.</li> </ul>	Ninguno.

## Plan de actividad por encuentros

### 1er Encuentro-presentación

Luego de los encuentros que se tuvieron con los usuarios de la institución, en la etapa diagnóstica, se pudo observar una gran necesidad de dialogar. Es por eso que el dialogo y la escucha son temáticas que se tomaran como punto de partida para llevar a cabo las propuestas.

**Duración del encuentro:**90 minutos.

**Actividad Numero 1:** “El Juego de la botella”

Objetivos:

- Descubrir aspectos de la personalidad.
- Fomentar la autoestima.
- Conocer la riqueza de fortalezas de los miembros del grupo.
- Fomentar la escucha activa entre los integrantes del grupo.

Duración: 30 minutos.

Consigna: Se les pedirá a los participantes que se ubiquen en una ronda, en el suelo haremos girar una botella y a quien le toque la parte de la tapa se presentara brevemente. Giraremos la botella hasta que hayan participado todos.

Recursos: Sillas para todos y una botella plástica llena de agua.

**Actividad Numero 2:** “Nos vamos de viaje”

Objetivos:

- Compartir intereses y prioridades de los usuarios.

Duración: 20 minutos.

Consigna: Los usuarios deberán escribir en un papel una lista de ocho cosas que llevarían en una maleta si se fueran de viaje. Quienes no sepan escribir podrán decirlo de forma oral.

Recursos: Papel y lápiz.

### **Actividad Número 3: “¡Recordemos!”**

#### Objetivos:

- Estimular la memoria de corto plazo y largo plazo.

Duración: 20 minutos.

Consigna: Los participantes deberán responder a dos preguntas. ¿Qué hice el día de ayer? Y, de lo que hice ayer ¿Qué fue lo que más me gusto?

Recursos: Ninguno.

### **Actividad Número 4: “Miremos los detalles”**

#### Objetivos:

- Promover el desarrollo de la memoria, atención y la sensopercepción.

Duración: 20 minutos.

Consigna: Se les presentara a los participantes una fotografía y ellos deberán decir que ven en esa imagen. Recursos: Fotografía.

## **2do Encuentro-**

**Duración del encuentro:**90 minutos.

### **Actividad Número 1: “Estamos de celebración”**

#### Objetivos:

- Ejercitar la memoria.

Duración: 20 minutos.

Consigna: Se presentarán una serie de fechas celebres y los participantes deberán decir, brevemente, que se celebra en esas fechas y si ellos las festejan.

14 de febrero
25 de mayo
9 de julio
24 de diciembre
31 de diciembre

Recursos: tarjetas con las fechas.

### **Actividad Número 2: “Preste atención”**

Objetivos:

- Ejercitar la atención, la memoria y el reconocimiento.

Duración: 20 minutos.

Consigna: Marque con una cruz cada vez que aparezca el Símbolo . Se les otorgara una tabla con diferentes símbolos y deberán hacer una cruz sobre el rombo cada vez que este aparezca.

Recursos: Hojas impresas y lápices de colores.

### **Actividad Número 3: “El alimento y su sabor”**

Objetivos:

- Identificar sabores y poder relacionarlos.

Duración: 20 minutos.

Consigna: Relacione cada alimento con su respectivo sabor. Se les presentarán imágenes con una serie de alimentos y deberán decir cuál es su sabor.

Torta	Agrio
Café	Picante
Limón	Dulce
Pimienta	Salado
Sal	Amargo

Recursos: Hojas con imágenes.

#### **Actividad Numero 4:** “Las figuras”

Objetivos:

- Entrenar el sistema de coordenadas.

Duración: 30 minutos.

Consigna: Se pegarán en la pared las imágenes de figuras y se hará una serie de preguntas.



¿Cuántas flechas hay en la anterior secuencia de figuras?

¿Qué figura hay a la derecha del triángulo?

¿Qué figura se encuentra entre dos flechas?

¿Qué figura está a la derecha de la flecha hacia arriba?

¿Qué figura está a la izquierda de la flecha hacia abajo?

¿Qué figura está entre el círculo y el rombo?

Recursos: Figuras impresas en papel, Cinta scotch.

**Duración:** 90 minutos.

**Actividad Numero 1:** “1,2,3 ¡Ahora!”

Objetivos:

- Ejercitar la memoria, la interpretación y la capacidad de imitación.
- Trabajar la motricidad gruesa.

Duración: 30 minutos.

Consigna: La actividad consiste en proponer una acción y decir ¡1,2,3 Ahora! en ese momento todos deberán quedarse quietos por 10 segundos, quien se mueva pierde. Ej.: *Deberán pararse en un solo pie y levantar las manos, “1,2,3 ¡Ahora!”*

Recursos: Ninguno.

**Actividad Numero 2:** “Lo que yo veo es...”

Objetivos:

- Entrenar memoria y atención.

Duración: 30 minutos

Consigna: Se les presentará una imagen y cada uno deberá decir que es lo que ve según su punto de vista.

Recursos: Imagen.

**Actividad Número 3:** “Creando mi historia”

Objetivos:

- Desarrollar la capacidad de creación e interpretación.

Duración: 30 minutos.

Consigna: En base a la imagen con la que se trabajó en la actividad anterior, los participantes deberán crear su propia historia. Si no logran hacerlo con la imagen propuesta podrán inventar una historia libremente. Quienes no sepan escribir pueden pensar una historia y luego compartirla con el grupo de forma oral.

Recursos: Papel, Lápiz y Goma de borrar

#### 4to Encuentro-

**Duración: 90 minutos**

**Actividad Número 1: “Simón dice”**

Objetivos:

- Que los participantes logren dar y recibir órdenes.
- Que logren respetar y comprender las consignas.
- Ejecutar las praxias.

Duración: 30 minutos.

Consigna: Comenzando con la frase “Simón dice”, deberán dar la orden para que los demás realicen una acción. Ej.: *Simón dice que bailen.*

Recursos: Ninguno.

**Actividad Numero 2: “Los opuestos”**

Objetivos:

- Identificar el significado de cada palabra y su opuesto.

Duración: 25 minutos.

Consigna: *Una cada palabra con su opuesto.* Se les dará una lista de palabras y otra con sus opuestos, deberán unirlos con flechas.

Verano	Chau
Amar	Difícil
Fácil	Invierno
Hola	Odiar

Recursos: Lápiz, tabla con palabras impresa.

### **Actividad Número 3: “La historia de Ana”**

Objetivos:

- Favorecer la imaginación de los lectores.
- Ejercitar memoria y atención.

Duración: 35 minutos.

Consigna: *Escuchen con atención la siguiente historia y respondan las preguntas.* La tallerista leerá la historia en voz alta de forma pausada y clara. Luego se harán preguntas sobre el texto que los participantes deberán responder. Si es necesario se volverá a leer la historia.

Ana es una mujer de 50 años que nació en Buenos Aires. Lleva trabajando en su propio restaurante 25 años. Se encarga de las compras y de supervisar los menús. Siempre está pendiente de que todo esté en orden. Está casada con Marcos desde hace 30 años y tienen dos hijos: Miguel y Susana. Su hijo le ayuda en el restaurante porque quiere continuar con el negocio, mientras que Susana ha preferido dedicarse a la enseñanza y es profesora de inglés en un instituto.

*¿Dónde nació Ana?*

*¿Está casada?*

*¿A qué se dedica?*

*¿Tiene Hijos? ¿Cuantos?*

*¿Cómo se llaman?*

Recursos: Ninguno.

## 5to Encuentro-

**Duración: 90 minutos**

**Actividad Número 1:** “El tesoro escondido (búsqueda)”

Objetivos:

- Interpretar Consignas.
- Seguir pistas.
- Trabajar la atención y comprensión.

Duración: 30 minutos

Consigna: *Busquen las diferentes pistas que le dirán donde se esconde el tesoro. Los participantes tendrán que ir de un punto a otro para encontrar las distintas pistas escondidas por el organizador. Esas pistas serán las diferentes piezas de una frase. Al unirlas, permitirán encontrar el lugar donde se oculta el tesoro.*

Recursos: Papeles con palabras escritas, Papel en blanco, Lápiz.

**Actividad Número 2:** “El tesoro escondido (armado)”

Objetivos:

- Desarrollar el razonamiento.
- Establecer relaciones entre las palabras para armar la oración.

Duración: 20 minutos

Consigna: *Deberán unir las palabras encontradas para armar una oración que tenga sentido.*

Recursos: Papeles con palabras escritas, Papel en blanco, Lápiz.

**Actividad Número 3:** “Vamos por el tesoro”

Objetivos:

- Descubrir el tesoro.

Duración: 10 minutos

Consigna: *Deberán ir al lugar que indicaron las pistas y recoger el tesoro.*

Recursos: Ninguno.

**Actividad Número 4:** “Verdadero o Falso”

Objetivos:

- Ejercitar la atención.

Duración: 30 minutos

Consigna: *Escuche las siguientes oraciones e indique si son verdaderas o falsas. En caso de ser falsas justifique la respuesta.*

- a) El desayuno es por la noche.
- b)  $2 + 2$  es igual a 4.
- c) La cama debe tenderse antes de acostarse.
- d) En invierno hace mucho calor.
- e) Los zapatos se guardan en la heladera.
- f) Él se te hace con agua caliente.
- g) La persona que vive al lado de mi casa es mi vecino.
- h) Se debe dormir debajo de la cama.
- i) A mi no me gusta el chocolate.

Recursos: Ninguno.

## 6to Encuentro-

**Duración: 90 minutos**

### **Actividad Número 1:**

Objetivos:

- Identificar que palabra no pertenece al grupo.
- Establecer relaciones.
- Establecer analogías.

Duración: 20 minutos

Consigna: *¿Qué palabra es la que no encaja con los demás? ¿Por qué?*

Deberán tachar la palabra que no corresponda. A quienes no sepan leer, se le leerá cada grupo de palabras.

Verde	Bosque	Amarillo	Rojo	Negro
Pato	Caballo	Perro	Camión	Gallina
Carmen	María	Antonio	José	Birome
Argentina	Brasil	Auto	Chile	Paraguay
Casa	Sopa	Arroz	Fideos	Lentejas

Recursos: Grilla de palabras impresa, lápiz.

### **Actividad Número 2: “Se lo que es”**

Objetivos:

- Identificar objetos y para qué sirven.

Duración: 20 minutos

Consigna: *Explique todo lo que sepa de los siguientes términos.*

Habrán un término-objeto para cada participante y algunos extras en caso de que sea necesario.

- a) Casa.
- b) Auto.
- c) Heladera.
- d) Escuela.
- e) Televisor.
- f) Ropero.
- g) Mesa.
- h) Lavarropas.

Recursos: Ninguno.

**Actividad Número 3:** “Nos vamos al Supermercado”

Objetivos:

- Fomentar la autonomía y la organización.

Duración: 20 minutos

Consigna: *Ordene del 1 al 8 lo que compraría para llevar a casa.*

Quienes no sepan escribir o no lo deseen podrán decirlo de forma oral.

Recursos: Papel y lápiz.

**Actividad Número 4:** “¡Refresquemos la memoria!”

Objetivos:

- Establecer la ubicación temporoespacial.
- Ejercitar la memoria.

Duración: 30 minutos

Consigna: *Intente contestar las siguientes preguntas.*

- a) ¿Cuál es la estación del año en la que hace más frío?
- b) ¿Cuál es la capital de Argentina?
- c) ¿En que mes se celebra pascua?
- d) ¿Cuántos días tiene la semana? ¿Puede nombrarlos en orden?
- e) ¿Cuántas horas tiene un día?
- f) ¿Cómo se llama el profesional que pinta las paredes?
- g) ¿Cuál es la tercera letra del abecedario?
- h) ¿En qué País vive usted? ¿En qué ciudad vive usted?
- i) ¿Sabe aproximadamente que hora es en este momento?

Recursos: Ninguno.

## **6. Impacto**

Con la implementación del taller se pretende rehabilitar y estimular las funciones cognitivas de los usuarios del sistema de salud mental, que se encuentran internos en la institución elegida, con el fin de mejorar su autonomía y su calidad de vida. Se espera que a largo plazo las actividades aquí planteadas mediante la propuesta de intervención logren una reinserción en el terreno educativo.

Además, se busca concientizar sobre el alcance del rol Psicopedagógico en los distintos ámbitos del sistema de salud y por sobre todo en salud mental. Es de suma importancia incluir al Psicopedagogo en hospitales ya que actúa como encargado de diseñar e implantar planes de actuación para mejorar la calidad de la enseñanza en las aulas hospitalarias.

Por otro lado, se espera que el taller se centre en el estudio de los usuarios como personas en situación de aprendizaje, independientemente de su edad, sexo, género y Psicopatología. Se busca evaluar, diagnosticar y ayudar a quienes tienen más dificultades en el proceso de aprendizaje.

## **7. Resultados esperados**

Con la aplicación de este taller, se pretende, en primer lugar, conocer el estado cognitivo de la población de usuarios seleccionados para participar. El diagnóstico que se obtuvo sirvió como referencia para hacer dicha selección.

Se espera, que, a través de la propuesta de intervención, se mantenga o perfeccione el funcionamiento cognitivo en general, a través de ejercicios de memoria, percepción, atención, concentración, lenguaje y funciones ejecutivas como la resolución de problemas, planificación, razonamiento y control.

Sobre este punto, la implicancia del taller de estimulación cognitiva busca mejorar la calidad de vida de los usuarios, estimular el cerebro ayudando a mantener las habilidades cognitivas, preservar su funcionalidad y, por ende, beneficiar la vida diaria de las personas. Así también, retrasar la evolución de enfermedades disminuyendo el riesgo de desarrollar Alzheimer y de llegar a las etapas de mayor gravedad.

Y, por último, se espera la integración del profesional Psicopedagogo en el equipo interdisciplinario de la institución con el fin de estimular aspectos cognitivos realizando una gimnasia mental, en la que a través de actividades verbales, escritas y manipulativas se mantengan o mejoren las capacidades cognitivas propiamente dichas, las capacidades funcionales, así como la conducta y afectividad.

## 8. Conclusiones

Históricamente se considero a la enfermedad mental como motivo de vergüenza, represión y castigo, encerrando y alienando a todos aquellos que padecían algún sufrimiento mental. Luego de una serie de investigaciones y revoluciones que fueron de la mano de estudiosos del tema se logro darle otro enfoque y otra mirada a la salud mental.

Términos como “Manicomios”, “Loqueros” entre otros fueron reemplazados por Instituciones Psiquiátricas. Al día de la fecha, con la implementación de la Nueva Ley de Salud Mental N°. 26.657 se sugiere nombrar a la institución como “Hospitales” o “Clinicas”, también “Institución o Centro de salud mental”.

Surgieron leyes que se implementaron y modificaron con el correr de los años. Hoy la nueva Ley de Salud Mental N.º 26.657, que rige en la Republica Argentina, establece una serie de normativas y dentro de ellas, tal vez la mas importante, el movimiento conocido como “Desmanicomializacion”, el que pretende eliminar los centros de internación para Usuarios con diversas Psicopatologías, también mal llamados “Manicomios”. Otras jergas hacían referencia a las personas con padecimientos mentales como “Locos” y mas adelante como “Pacientes”, hoy se sugiere el término “Usuarios del sistema de salud mental”, “Usuarios del sistema de salud” o simplemente “Usuarios”.

La finalidad de esta nueva jerga fue eliminar el termino “mental” y no hacer una diferenciación tan marcada entre Salud y Salud mental con el fin de integrarlos.

Uno de los objetivos de la Desmanicomializacion fue la reinserción social de los Usuarios. Esta, es una tarea dificultosa debido a que durante décadas se llevaron a cabo los procesos de internación y como todo “proceso de cambio” lleva su tiempo de aplicación. Algunos de los Usuarios que residen en la institución están muy comprometidos con sus Psicopatologías y también presentan otro tipo de dificultades que les impide la autonomía y la independencia, un claro ejemplo es la vejez o limitaciones físicas.

Para reemplazar los conocidos Centros de Internación para Usuarios del Sistema de Salud Mental o Instituciones Psiquiátricas la Nueva Ley de Salud Mental N°. 26.657, propuso la implementación de “Centros de Días” o “Casas de medio camino” que

funcionan como una instancia intermedia entre la internación hospitalaria y la reincorporación de la vida cotidiana del usuario. Pero ante el fracaso de algunos de estos métodos, se llegó a la conclusión de que el sistema debía preparar a los Usuarios para la vida autónoma.

Es por esto, que la propuesta de intervención llevada a cabo mediante la modalidad de taller en este trabajo fue de suma importancia porque uno de los resultados esperados era lograr la autonomía en los usuarios.

A partir de la aplicación de este taller, se pretendió desde un primer momento seleccionar a un grupo de la población total de usuarios para realizar un diagnóstico acerca de cuáles son las Funciones Cognitivas en las que presentan fortalezas y en cuales presentan debilidades. Los puntajes resultaron ser más bajos de lo esperado, hubo una gran cantidad de puntuaciones 0 (cero) y otras muy por debajo de la media esperada.

Luego de analizar detalladamente las subpruebas aplicadas del Screening de Deterioro Cognitivo SCIP-S (2006), se observó que las funciones cognitivas de los participantes estaban muy deterioradas, la falta de estimulación cognitiva fue muy significativa.

Partiendo de los resultados obtenidos se creó el taller propuesto, considerando las limitaciones y posibilidades de cada uno de los Usuarios que participan del mismo.

En conclusión, si bien la Psicopedagogía dentro de la internación hospitalaria con Usuarios de salud mental no es una disciplina reconocida ni tampoco investigada, resulta ser muy amplio y significativo el trabajo que el profesional Psicopedagogo puede realizar en la institución. Abarca, además, todas las áreas de la Psicopedagogía clínica como lo son las Entrevistas previas con pacientes y personal a cargo, el Diagnostico y el Tratamiento.

## 9. Anexos

### Entrevistas

Entrevistado/a: Psicóloga. Directora de la Institución

Fecha y lugar: 26/10/2020. Rosario del Tala

- ¿Cuánto tiempo ha trabajado en la institución? ¿Qué función ejerce o ejerció en la misma?
- ¿En qué año se fundó? ¿Cómo fueron sus comienzos?
- ¿Quién fue la figura fundadora? ¿Con que objetivo se creó la institución?
- ¿Qué cambios se hicieron con la promulgación de la nueva ley de salud mental 26.657?
- ¿Para cuantos usuarios hay capacidad en la institución? ¿Cuántos hay ingresados en este momento?
- ¿Qué consideraciones se tienen en cuenta a la hora de ingresar un usuario?
- ¿Qué patologías se encuentran? ¿Cuáles predominan?
- ¿Cómo es la dinámica institucional con respecto a lo individual y lo colectivo en el día a día?
- Teniendo en cuenta que las normas configuran la trama de vínculos en la que cada sujeto se identifica con los otros y con el grupo ¿Cuáles son las normas que conducen la institución?
- ¿Qué parámetros determinan que no se puede lograr cambios con un usuario?
- ¿Qué es una casa de medio camino? ¿Se implementa en esta institución? Si así fuera, ¿De qué manera?
- ¿Cree que la hospitalización de una persona afecte la plenitud de su vida? Si así fuera ¿De qué manera?
- ¿Con qué recursos humanos cuenta la institución?
- Dentro de los aspectos cognitivos podemos mencionar aprendizaje verbal inmediato y diferido, memoria de trabajo, fluidez verbal y velocidad de procesamiento, además de un índice general de ejecución global. ¿Qué opina acerca de la estimulación de las funciones cognitivas en los usuarios? ¿Qué aspectos cognitivos cree que están más

afectados? Y ¿Qué disciplina/profesional cree adecuada para encargarse de la Estimulación Cognitiva?

- ¿Cree usted que la conexión entre lo educativo y lo sanitario (en relación a salud mental) es la adecuada? ¿Qué opina acerca de la educación/escolarización de los usuarios.

Entrevistados/as: Psicóloga. Profesional de la institución.

Terapeuta Ocupacional. Profesional de la institución.

Médico Psiquiatra. Ex director de la institución.

Fecha y lugar: 26/10/2020. Rosario del Tala

- ¿Cuánto tiempo ha trabajado en la institución? ¿Qué función ejerce o ejerció?
- ¿Qué cambios se hicieron con la promulgación de la nueva ley de salud mental 26.657?
- ¿Qué es una casa de medio camino? ¿Qué opina sobre la misma?
- Dentro de los aspectos cognitivos podemos mencionar aprendizaje verbal inmediato y diferido, memoria de trabajo, fluidez verbal y velocidad de procesamiento, además de un índice general de ejecución global. ¿Qué opina acerca de la estimulación de las funciones cognitivas en los usuarios? ¿Qué aspectos cognitivos cree que están más afectados? Y ¿Qué disciplina/profesional cree que se puede encargar de la Estimulación Cognitiva?
- ¿Cree usted que la conexión entre lo educativo y lo sanitario (en relación salud mental) es la adecuada? ¿Qué opina acerca de la educación/escolarización de los usuarios?
- ¿Qué parámetros determinan que no se pueden lograr cambios con un usuario?
- ¿Cree que la hospitalización de una persona afecte la plenitud de su vida? Si así fuera ¿De qué manera?
- ¿Ve factible un trabajo conjunto entre su área y la estimulación de las funciones cognitivas?
- ¿Qué es una casa de medio camino? ¿Se implementa en esta institución? Si así fuera, ¿De qué manera?

- ¿Cree que la hospitalización de una persona afecte a la plenitud de su vida? Si así fuera, ¿De qué manera?

Entrevistado/a: Médica Psiquiatra. Profesional externa a la institución.

Lugar y Fecha: 24/9/2020. Rosario

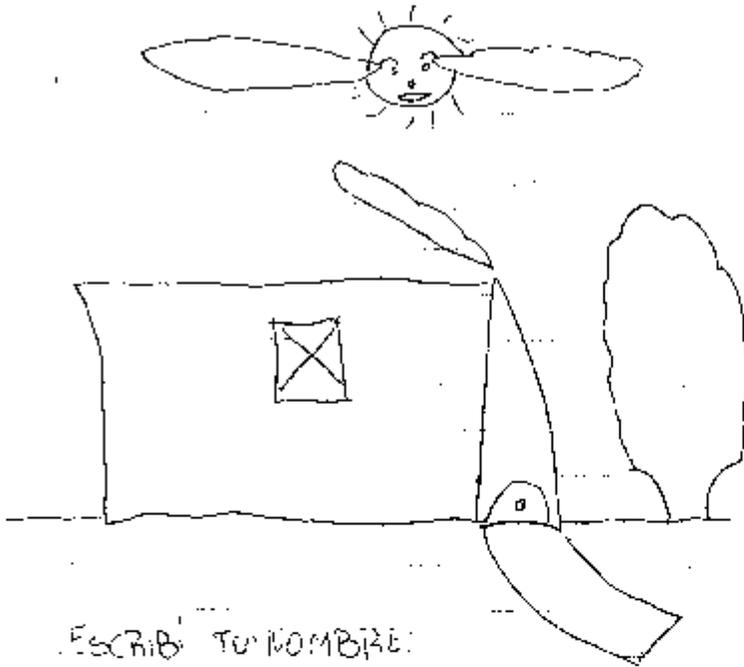
- ¿Ha trabajado en alguna institución del área de Salud Mental? Si así fuera, ¿Qué función cumplió allí? ¿Durante cuánto tiempo?
- ¿Cómo eran los tratamientos cuando usted se encontraba trabajando en la misma? ¿Qué se incluía en los mismos?
- ¿Qué cambios se hicieron con la promulgación de la nueva ley de salud mental 26.657?
- ¿Qué es una casa de medio camino? ¿Qué opina sobre la misma? ¿Conoce alguna en la ciudad de Rosario?
- ¿Cree usted que la conexión entre lo educativo y lo sanitario (en relación con salud mental) es la adecuada? ¿Qué opina acerca de la educación/escolarización de los usuarios?
- ¿Qué parámetros determinan que no se pueden lograr cambios con un usuario?
- ¿Cree que la hospitalización de una persona afecte la plenitud de su vida? Si así fuera ¿De qué manera?
- Dentro de los aspectos cognitivos podemos mencionar aprendizaje verbal inmediato y diferido, memoria de trabajo, fluidez verbal y velocidad de procesamiento, además de un índice general de ejecución global. ¿Qué opina acerca de la estimulación de las funciones cognitivas en los usuarios? ¿Qué aspectos cognitivos cree que están más afectados? Y ¿Qué disciplina/profesional cree que se puede encargar de la Estimulación Cognitiva?

El siguiente material fue producido por los Usuarios de la institución en una de las visitas.



ESCRIBE TU NOMBRE:

JANA 40



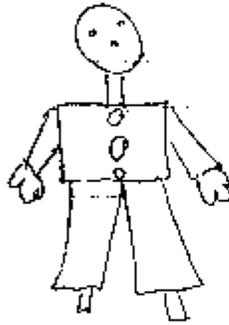
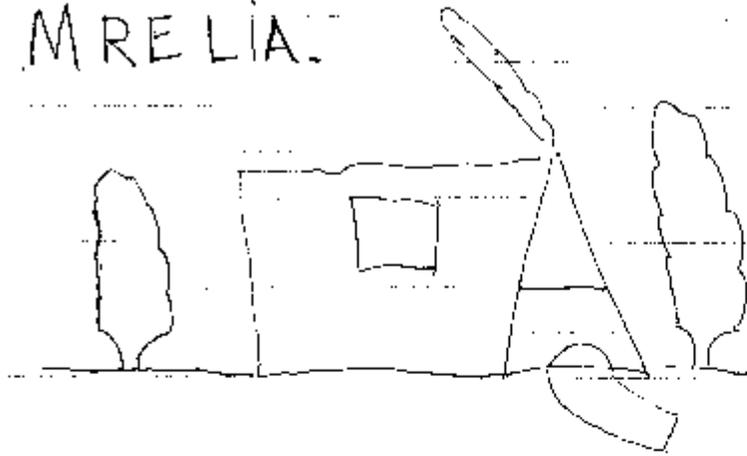
ESCRIBI TU NOMBRE:

MARIA MARIA

ESCRIBI TU NOMBRE

MARIA ELENA

MRE LIA



## 10. Bibliografía

Alemanni, G, Areco, A. E., Barrionuevo, H., Bejarano, R. F., Bertorello, E., Bertran, G. F., Brain, A., Broide, E., Broide, J., Buhlman, S., Calabrese, A., Caputo, M., Del Carpio, S., Chamse, S., Cohen, H., Da Silva, N., Demasi, A., Fantin, J. C., Fotia, G. D., Gonzalez, V. (2019). *El fin del manicomio*. Noveduc Libros.

Ander-Egg, E. (1991). *Taller una Alternativa de Renovación Pedagógica*.

Baeza, S. (2005). Nuevos desafíos hoy... "Hacia las mejores prácticas del mañana". *Contextos de educación, Volumen (19)*, 1-7

Bertolote, J. (2008). *Raíces del concepto de salud mental*. WorldPsychiatry.

Boletín de la Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo - Salud mental: nueva comprensión, nueva esperanza*. Organización Mundial de la Salud.

[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566704/pdf/0042\\_9686\\_79\\_11\\_1085.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2566704/pdf/0042_9686_79_11_1085.pdf)

Cortese, E. (2004). *Manual de Psicopatología y Psiquiatría*. Nobuko.

De la fuente, R. (2013). Pinel, su tiempo y su obra. *Salud Mental. Centro de información y documentación científica, Volumen (13)*, 2-7  
<http://repositorio.inprf.gob.mx/handle/123456789/5550>

Ernestina, R. (2013). Legislación argentina en salud mental: convergencias y divergencias en torno a las reformas en salud mental. *Revista Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador, Volumen (32)*, 130-144  
<https://racimo.usal.edu.ar/4631/1/1999-6987-1-PB.pdf>

Ey, H. (1978) *Tratado de Psiquiatría*. Masson.

Falcone, R. (2010) Breve historia de las instituciones psiquiátricas en Argentina. Del Hospital cerrado al Hospital abierto. *Alcmeon, Volumen (2)*, 187-194  
[http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion\\_adicional/obligatorias/034\\_historia\\_2/Archivos/inv/Falcone\\_HistoriaInstit.pdf](http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_HistoriaInstit.pdf)

Fernandez Bruno, M., y Gabay P. M. (2003). *Trastornos Neurocognitivos en la Esquizofrenia. Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves*. Polemos.

Fernandez, L. (1994). *Las Instituciones Educativas*. Paidós.

Fillela Guiu, G., (2004). La orientación Psicopedagógica en el contexto no formal. *innovación educativa, Volumen (14)*, 91-109

Foucault, M. (1961) *Historia de la locura en la época clásica*. Pantheon Books.

Llanero Luque, M., Montejo Carrasco, P., Montenegro Peña, M., Fernández Blázquez, M.A., Ruiz Sánchez de León, J.M. (2010). Resultados de la estimulación cognitiva grupal en el deterioro cognitivo leve: estudio preliminar. *Alzheimer. Real Invest Demenc., Volumen (46)*, 15-23. [https://www.researchgate.net/profile/Miguel\\_Fernandez-](https://www.researchgate.net/profile/Miguel_Fernandez-)

[Blazquez/publication/266271796\\_Resultados\\_de\\_la\\_estimulacion\\_cognitiva\\_grupal\\_en\\_el\\_deterioro\\_cognitivo\\_leve\\_estudio\\_preliminar/links/544f95230cf2bca5ce92a7e4.pdf](http://Blazquez/publication/266271796_Resultados_de_la_estimulacion_cognitiva_grupal_en_el_deterioro_cognitivo_leve_estudio_preliminar/links/544f95230cf2bca5ce92a7e4.pdf)

Lubrini, G., Muñoz Marron, E., Periañez Morales, J., Ríos Lago, M. (2011). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. UOC.

Marietán, H. (2005). *Curso de Semiología Psiquiátrica*. Ananké.

Perez Martinez, V. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Scielo, Volumen* (21), 1-2.  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252005000100017&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252005000100017&script=sci_arttext&tlng=pt)

Pino, Ó. Guilera, G. Gómez, J. Rojo, J. Vallejo, J. Purdon, S. (2006). *Escala breve para evaluar el deterioro cognitivo en pacientes psiquiátricos*. Psicothema.

Recuperado de la Ley nacional de salud mental N° 26.657. (02-12-2010).  
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>