



INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,
Psicología y Salud Mental

INCLUSIÓN DEL PENSAMIENTO COMPLEJO EN LAS ACTUACIONES EN SALUD REALIZADAS CON PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES BAJO LA ESTRATEGIA SANOLÓGICA EN EL CONTEXTO DEL “HOSPITAL DÍA”

Lina María Sánchez Piedrahita, Zoraida María Amable Ambrós, Nicolas Arturo Núñez Gómez

Linamaria.sanchez@usco.edu.com

Salud mental, Sanología, Hospital día, Pensamiento complejo.

RESUMEN

“La salud se promueve cuando se facilita un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y medios de descanso y recreación “

Milton Terris

La estrategia sanológica realizada con personas que han presentado alteraciones mentales y asisten al programa “Hospital Día” aportará una perspectiva más integradora de la salud desde el pensamiento complejo desarrollado en Latinoamérica. En la actualidad el carácter reduccionista de las intervenciones en salud mental propias del pensamiento positivista no ha logrado fortalecer la vitalidad de las personas que le permitan regresar a su hábitat natural y desarrollarse en todas las esferas de la vida humana. Esta estrategia sanológica desarrollada en el campo mental aportará a las personas participantes el fortalecimiento de la autorreflexión, la autonomía, y la capacidad de cuidar de su salud. Acudiendo a la capacidad volitiva propia del ser humano.

INCLUSIÓN DEL PENSAMIENTO COMPLEJO EN LAS ACTUACIONES EN SALUD REALIZADAS CON PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES BAJO LA ESTRATEGIA SANOLÓGICA EN EL CONTEXTO DEL “HOSPITAL DÍA”

INTRODUCCION

Con el desarrollo en la Modernidad de un nuevo concepto de fragmentar los saberes sobre la base del pensamiento lineal francamente positivista, se fortalecen las ciencias exactas las cuales producen conocimiento científico a partir de modelos teóricos aplicados, empíricos, cuantificables, por lo general experimentales, que se asientan en los pasos del método científico y en la objetividad como los mecanismos para comprender sus diferentes áreas y percibir el mundo.(1)

Las ciencias exactas son conocidas también como ciencias puras, ciencias duras o ciencias fundamentales, entre las cuales se encuentran las matemáticas, la física, la geología, la computación y la medicina.

Gracias a esta especialización fue que la humanidad desarrollo conceptos como la mecánica de Newton, la electricidad, la teoría de las especies, el microscopio, el telescopio, la física cuántica, los rayos X, la metafísica, la ingeniería genética, el láser, la biotecnología, la resonancia magnética, etc. Importantes avances que han revolucionado el mundo de la medicina y la tecnología.(2)

Los avances en mundo computacional, el internet, la creación de nuevos algoritmos y métodos matemáticos han desarrollado una serie recursos previamente inimaginables, que convierte el conocimiento en universal y accesible a toda la población. Esto produce una gran revolución en el pensamiento científico retando a la comunidad a abordar nuevos problemas que jamás pudieron haberse investigado sin la ayuda de las nuevas tecnologías como tener un dispositivo electrónico en Marte monitoreando el planeta; así como retomar viejos problemas con un nivel de solución muy limitado dado el carácter y naturaleza del fenómeno que se estudia. (3)

En muchos casos, esta nueva forma del pensamiento científico es diametralmente opuesta al pensamiento lineal, pues hay una gran variedad de fenómenos que no pueden ser predecibles a largo plazo como se creía de forma lineal propia del pensamiento positivista, como por ejemplo: el tiempo atmosférico (ciclones, cambios climáticos, huracanes), las crisis de epilepsia, los infartos, los conflictos sociales, epidemias, la esquizofrenia y en general las alteraciones mentales no tienen una explicación causa – efecto única, sino que responde a una serie de variables que complejizan, individualizan y dinamizan ciertas respuestas.(4)(5)(6)

INCLUSIÓN DEL PENSAMIENTO COMPLEJO EN LAS ACTUACIONES EN SALUD REALIZADAS CON PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES BAJO LA ESTRATEGIA SANOLÓGICA EN EL CONTEXTO DEL “HOSPITAL DÍA”

Los modelos en salud desde hace varios siglos se han desarrollado y su accionar se fundamenta en el modelo positivista de la ciencia, el que reduce y dicotomiza los fenómenos y en el caso específico de la salud la valora a través de la enfermedad, la medicina se vuelve una disciplina hegemónica donde solo el médico es portador de la verdad y su única tarea es la curación de la enfermedad.(7)

En Colombia, el modelo es francamente positivista, con la implementación de la ley 100 en diciembre de 1993 (8) el estado teóricamente amplía su cobertura a los sectores más vulnerables de la nación pero también da cabida en términos legales a la privatización y la comercialización de la salud en Colombia, las expectativas de cambio fueron promisorias según varios autores(9)(10), ya que señalaron en la ley los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral y calidad en la atención en salud.

Sin embargo, el panorama es otro después de más de veinte años de implementación; basta por pasar por los servicios de urgencias de nuestras ciudades y ver como el sistema está a punto de colapsar, no hay camas para atender a un sinnúmero de personas que asisten con patologías agudas que requieren atención inmediata de un médico especialista en Salud.

La solución estaría en evitar que las diferentes patologías se desarrollen y se vuelvan crónicas, y aunque existen varias leyes y políticas públicas que fomentan la atención en el primer nivel y la promoción y prevención de la salud, la aplicación de éstas es precaria y casi inexistente en la mayoría del territorio colombiano, en especial la atención en salud mental que es denominada por varios autores como la cenicienta del sistema de salud. (11)(12)

Por otro lado la incomprensión de directivos de Universidades y de los Sistemas de Salud de la importancia del cambio del paradigma en salud, entendiendo al ser humano como un sistema que necesita ser comprendido en no solo la predominante dimensión físico - biológica, sino también, de forma integrada, sistémica y compleja la dimensión psicológica, espiritual, social, ambiental y cultural que a decir de Edgar Morin constituyen la naturaleza humana(13). El replantear el sistema curricular de las Universidades formadoras de personas cuidadoras de la salud, plantea un nuevo reto en donde la Universidad pública tiene que ser protagonista (Gentili, 2011) .

INCLUSIÓN DEL PENSAMIENTO COMPLEJO EN LAS ACTUACIONES EN SALUD REALIZADAS CON PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES BAJO LA ESTRATEGIA SANOLÓGICA EN EL CONTEXTO DEL “HOSPITAL DÍA”

Dentro de los nuevos constructos que se dan apoyados en el pensamiento complejo en Cuba se ha gestado el saber Sanológico, de carácter interdisciplinar, el cual permite ver la salud como un todo, no la dicotomía mente- cuerpo, y asegura que la salud es producto de las conductas de las personas y su relación con el entorno. Luego en su accionar involucra directamente a las personas en su propio diagnóstico y autocuidado de su estado físico y psicológico, buscando cambiar actitudes y patrones de comportamiento alterados, y favorecer un proceso de madurez, desarrollo y bienestar que no es posible con la relación horizontal, paternalista donde las personas son tomadas como sujetos de una intervención que debe acatar y cumplir recetas realizadas por expertos sin lograr su empoderamiento (14) (15).

SALUD MENTAL Y HOSPITAL DIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) explica que “Una buena salud mental permite a las personas desarrollar su potencial, enfrentar las situaciones vitales estresantes, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad”(16), (17). Las enfermedades mentales son la principal causa de discapacidad en el mundo, la depresión es la causa más frecuente, seguidos de trastornos asociados a consumo de sustancias psicoactivas (18), trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia. (19) (20)

La estigmatización que rodean a las enfermedades mentales están extendidas; pese a disponer de tratamientos, existe la creencia que no es posible intervenir los trastornos mentales, o que las personas que los padecen son difíciles, poco inteligentes o incapaces de tomar decisiones. Esa estigmatización puede dar lugar a rechazo, maltrato y aislamiento, lo que conlleva a privar a las personas afectadas de atención médica y apoyo por parte del sistema de salud (21),(11).

Desde 1950(22) (23)(24) (25) la atención en salud mental va dirigida hacia el primer nivel y la desinstitucionalización, creando sistemas abiertos incluidos en la comunidad junto con centros de día zonificados que han respondido parcialmente a la creciente necesidad como en Polonia, Canadá, Inglaterra, España, Estados Unidos y Alemania entre otros (26) (27)(28) (29).

INCLUSIÓN DEL PENSAMIENTO COMPLEJO EN LAS ACTUACIONES EN SALUD REALIZADAS CON PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES BAJO LA ESTRATEGIA SANOLÓGICA EN EL CONTEXTO DEL “HOSPITAL DÍA”

Alazraqui (30) ,refiere que se inició como “experiencia de semi-internación” en la Unión Soviética, que tenía como objetivo evaluar la contención de un centro de atención parcial a personas con enfermedades mentales, evitándose la Institucionalización. El nombre “Hospital de día” fue acuñado en Canadá, por Even Cameron, en el año 1947 y en Inglaterra, J. Brier inaugura la primera un en 1948. En Estados Unidos, los primeros Hospitales de Día se fundaron en la Yale University Clinic (1948) y en la Meningen Clinic (1949). (27)(25) .

En de la revisión bibliografía, los argumentos para des institucionalizar las personas con enfermedades mentales están dados, primero por la revolución farmacológica que permitía mantener los personas estables fuera de las instituciones de larga estancia, asociado fuertemente a la necesidad de contención de los costos y la crisis fiscal de los estados que continua siendo vigente; y por otro lado el argumento más importante para la autora es la humanización del ejercicio de la psiquiatría, haciendo mayor énfasis en los derechos y las preferencias de los personas, evitando los efectos negativos de las estancias prolongadas en instituciones despersonalizadas que no permiten el crecimiento individual (31)(32)(25) (27) (33).

En América Latina, la desinstitucionalización de personas con enfermedades mentales se inició en el cono sur (34); En Argentina, la sala de Internación en el Hospital Evita, de Lanús,(7) fue la primera que tuvo un hospital general en América Latina. En Rio Negro se implementó un programa con atención exclusivamente ambulatoria y se cerraron numerosas estructuras manicomiales (35). El primer hospital de día se funda en La Habana (Cuba). Luego, en Porto Alegre (Brasil) y en el Hospital Borda. Todos ellos en la década de 1960.(36)

Luego lentamente los demás países de América Latina han fomentado la creación de hospitales días como alternativas importantes de tratamiento de la enfermedad mental (37) (12); Sin embargo continúan siendo insuficientes para la demanda en salud mental, ya que en los últimos informes de la OMS entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento; y los que reciben tratamiento lo hacen en dispositivos son de baja calidad (12). Toda esta desatención perpetua la enfermedad y fomenta el sobreuso de los servicios de Urgencias psiquiátricas y la reinternación en estancias de pacientes agudos (38)(39).

INCLUSIÓN DEL PENSAMIENTO COMPLEJO EN LAS ACTUACIONES EN SALUD REALIZADAS CON PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES BAJO LA ESTRATEGIA SANOLÓGICA EN EL CONTEXTO DEL “HOSPITAL DÍA”

En Colombia al igual que en el resto de América Latina el camino ha sido difícil, según Urrego Mendoza y colaboradores, aunque en 1960 se creó la Sección de Higiene de Salud Mental en el Ministerio de Salud Pública (40), tan solo en los años setenta se empezó a visibilizarse, siendo la prestación del servicio asociada a la capacidad económica de las personas, o a Asilos manicomiales.

El Ministerio de Salud ha realizado tres diagnósticos en Salud mental, e primero en 1973, el segundo en 1993 y el tercero en el 2003, todos han dado a conocer las necesidades básicas de capacidad instalada insatisfechas y la carencia en la atención a personas que viven en lugares alejados y en condiciones de pobreza(41) (42) Además el último estudio reporto que el 40% de los colombianos ha tenido alguna vez una alteración mental(43)(44).

Con la implementación de la ley 100 en diciembre de 1993 (8) en donde el estado teóricamente amplía su cobertura a los sectores más vulnerables de la nación privilegió la atención en los programas de “Hospital Día”, y en 1998 se formuló la Política Nacional de Salud Mental, mediante la resolución 2358 (45), que tomó el concepto de salud de la OMS como eje, dando una aproximación biopsicosocial de la salud como “... un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”(46) (43)(47). Luego en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021(43)(9)(48), en la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental, y para dar más elemento de exactitud y cobertura se expidió de la Ley nacional de Salud Mental (Ley1616/2013) (10).

La ejecución de esta ley fue casi imposible pues las expectativas eran grandes y el sistema de salud tenía muchas falencias entre ellas la gran autonomía que le dio el estado a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) las cuales tenían poca receptividad e interés en la ejecución de la ley en el capítulo de salud mental, lo que impidió la correcta prestación del servicio. Las deficiencias en la atención en salud mental obligaron en la década del 90 a que numerosas personas recurrieran a las tutelas para procurar una atención integral.

Se destaca la Sentencia No. T-013 de enero 17 de 1995, en la que la Corte Constitucional reitera que el derecho a la salud es fundamental por ser conexo a la vida. Y desde entonces se han sancionado numerosas tutelas que la salud mental de los colombianos(40)(49)(41)(39)(9)(50).

INCLUSIÓN DEL PENSAMIENTO COMPLEJO EN LAS ACTUACIONES EN SALUD REALIZADAS CON PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES BAJO LA ESTRATEGIA SANOLÓGICA EN EL CONTEXTO DEL “HOSPITAL DÍA”

Los “Hospitales Día” que se iniciaron como centros de albergue y acompañamiento(51); con el transcurso del tiempo fueron optimizando la atención e introduciendo otras disciplinas que fortalecían las habilidades instrumentales, sociales y emocionales de las personas(52) logrando una aceptación de las personas con alteraciones mentales en la sociedad y buscando como objetivo final la reinserción social(53) (29) (54) .

En el mundo la transformación del hospital día ha ido de la mano con la evolución del concepto de salud en las diferentes naciones de los servicios de atención médica, fortalecidos en atenciones domiciliarias y centradas en la comunidad con pequeños hospitales de día cercanos a las poblaciones que resuelven de forma puntual las necesidades de grupos focales con patologías específicas como personas con trastornos de la alimentación, trastornos de personalidad,(27) consumo de sustancias psicoactivas, niños con alteraciones del comportamiento y la cognición, población geriátrica, personas con enfermedades oncológicas, en fin, esta modalidad de atención en salud es funcional para diferentes padecimientos y su orientación va dada por el diagnóstico y la planificación terapéutica que incluye las intervenciones farmacológicas, sociales y psicológicas y cuidado de enfermería(27) (55)(56)(57)(58).

La evolución del “Hospital Día” en psiquiatría fue dada por la revolución de las neurociencias, la psicofarmacología y las diferentes posturas psicoterapéuticas que dependiendo de la gravedad del trastorno mental implican un abordaje terapéutico específico y muy bien diseñado por un equipo multidisciplinario, que trabaja en función de del bienestar de las personas.(59)(57). El equipo determina si se centra en terapias individuales de crecimiento y mejoría en el desempeño de sus actividades cotidianas, o en la terapia grupal y la comunicación asertiva, otros fomentarán actividades manuales y el logro de habilidades instrumentales para su inclusión social

La autora concuerda con Alazraqui (30), afirmando más allá de la contención de los costos de la institucionalización la bondad de estos programas está dada en la disminución de los potenciales efectos negativos que puede implicar la institucionalización como son: la cronificación, el hospitalismo. las infecciones nosocomiales, la depresión y la pérdida de los vínculos socio-familiares de las personas.

INCLUSIÓN DEL PENSAMIENTO COMPLEJO EN LAS ACTUACIONES EN SALUD REALIZADAS CON PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES BAJO LA ESTRATEGIA SANOLÓGICA EN EL CONTEXTO DEL “HOSPITAL DÍA”

Varios autores entre ellos Taube, psiquiatra canadiense afirman que se necesitan mejores y más afinadas herramientas para evaluar y monitorear el compromiso de las personas que asisten al “Hospital Día”, como son la adaptación al medio ambiente y el tratamiento ofrecido, la asertividad de los planes individuales de atención al paciente y los avances obtenidos que deben apuntar a la recuperación y reincorporación a la sociedad (28)(27)(60) (61).

SANOLOGIA COMO ACCIONAR EN EL HOSPITAL DIA

En los años 80 del siglo XX, Jorge Aldereguía Henriques, médico salubrista Cubano, propuso el término Sanologia, para denominar la fusión entre *Sano* y *logía*, con un significado etimológico, el tratado de lo Sano(62). término inexistente en el idioma castellano hasta entonces.

La palabra *Sano*, viene del latín *sanus*, quiere decir fuerte, entero, bueno. La Real Academia de la Lengua, define lo sano como “Adjetivo, que goza de perfecta salud, que es bueno para la salud, Libre de error o vicio, recto, saludable moral o psicológicamente, o adjetivo, seguro, sin riesgo. El desarrollo biológico humano está cimentado en la salud, pero el mismo cambio producido por los años de vida, implica desgaste natural del cuerpo, que conlleva al apareamiento de la enfermedad propias de la vejez, basta sólo pensar en la pérdida de la agudeza visual o auditiva. De esta manera la Sanologia pretende el cuidado, fomento y promoción de la salud, sin olvidar la prevención, curación y disminución del impacto de enfermedades, el dolor y el sufrimiento; implicando el manejo de los factores antropológicos, sociales, culturales y humanos(62).

Esto va de la mano con la construcción individual como cita el Dr. Bolívar en el libro El profesar formar-nos (63): “El cultivo de sí mismo a manera de autoformación será el proceso exclusivamente interior y espiritual mediante el cual el hombre se puede elevar a su verdadera condición humana, logrando a través de la formación una emancipación intelectual que, por lo general, también incluye dimensiones estéticas y morales”; condición muy favorable para el proceso de realizan las personas con alteraciones mentales que están redescubriendo su mundo, reinventándose, buscando herramientas para continuar con su cotidianidad y que asisten a “Hospital día” buscando explicaciones y respuestas a su condición de salud, así como alternativas que le orienten en su buen vivir.(64)

INCLUSIÓN DEL PENSAMIENTO COMPLEJO EN LAS ACTUACIONES EN SALUD REALIZADAS CON PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES BAJO LA ESTRATEGIA SANOLÓGICA EN EL CONTEXTO DEL “HOSPITAL DÍA”

Los principios metodológicos básicos de la estrategia sanológica se adecuan a esta necesidad, y son enumerados como:

- El fomento de la salud y formas de vida sanas se realiza desde la perspectiva sistémica y compleja de las dimensiones de la naturaleza humana.
- La construcción o la producción de cambios que se dan en espacios de reflexión y diálogo, en los que la participación del otro, con su dignidad, creencias y comportamientos en salud son esenciales.
- Los promotores sanológicos: son facilitadores del proceso de cambio y se incluyen en el mismo, con el fin de ser ejemplo de lo que transmiten.
- Las acciones que se realizan en la estrategia sanológica son personales, grupales y comunitarias, fundamentalmente educativas y no medicalizadas. Sino encaminadas a promulgar una dialéctica clínica de lo sano, es decir incentivar a que la comunidad realice cuestionamientos en torno a sus hábitos en salud y como los puede mejorar sus estilos de vida para propiciarse bienestar.
- En los espacios sanológicos se presta atención a los principios de la Bioética, fundamentalmente a los que contribuyen a visualizar la salud como valor relevante en la vida, entre ellos, la responsabilidad individual, la autonomía, la beneficencia, la justicia, la solidaridad , la cooperación, el consentimiento, privacidad y confidencialidad ,la promoción de salud, entre otros.(9) (65)

Los momentos operacionales de la estrategia sanológica son cuatro, a saber:

- Primer Momento: Autorreflexiones
- Segundo Momento: Sano - Clínico
- Tercer Momento: Presunción de la Salud
- Cuarto Momento: Ruta de Salud

El primer momento en el accionar de la estrategia sanológica inicia con la reflexión sobre el concepto de salud y la percepción de la misma, una dependiente de la otra.

INCLUSIÓN DEL PENSAMIENTO COMPLEJO EN LAS ACTUACIONES EN SALUD REALIZADAS CON PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES BAJO LA ESTRATEGIA SANOLÓGICA EN EL CONTEXTO DEL “HOSPITAL DÍA”

En gran medida este hecho trae por consecuencias el comportamiento que frente a la salud y a la enfermedad posean las personas, familias y comunidades, que puede estar relacionado con la cultura en salud formada en su proceso de socialización.

La autoevaluación contenida en el proceso reflexivo, representa la respuesta del comportamiento en las áreas principales que se definen en el estilo de vida, según las dimensiones humanas, en las que se dialoga y se aprende su significado y comportamiento. Es decir en este espacio de autorreflexión se introducen aspectos que conllevan a la transmisión de información, lo que es tarea básica de la educación en salud. Y que es básica para lograr el empoderamiento de las personas con alteraciones mentales que ya están en proceso de recuperación y que reconocen junto a su familia sus alteraciones y las posibles actuaciones que le llevaron a enfermar.

Las áreas que se han determinado como esenciales son:

- Las relaciones interpersonales con la familia y grupos a los que se pertenece
- La Alimentación
- La actividad y ejercicio físico
- La Toxicidad
- Sueño
- Estrés
- Satisfacción con la labor que realiza
- Tipo de personalidad
- Esfera Sexual
- Recreación
- Proyecto de vida
- Hábitos higiénico sanitarios

INCLUSIÓN DEL PENSAMIENTO COMPLEJO EN LAS ACTUACIONES EN SALUD REALIZADAS CON PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES BAJO LA ESTRATEGIA SANOLÓGICA EN EL CONTEXTO DEL “HOSPITAL DÍA”

Las técnicas y procedimientos para lograr la información aproximada al estilo de vida, pueden variar acorde a la cultura y condiciones del contexto que se trate, pero deben establecerse sobre la base de los principios metodológicos antes mencionados. En el caso del Grupo Sanología del CESBH desde 1992 fue seleccionado y adaptado, en cada contexto y espacio específico de acción el cuestionario evaluativo denominado “FANTÁSTICO” diseñado por la Asociación Canadiense del Cáncer, con el cual se han obtenido buenas y útiles aproximaciones sobre estilo de vida, en el marco de la entrevista dialogada y en profundidad realizada a personas y familias.

El segundo momento del enfoque es el Sano – Clínico el cual es la conjugación de los elementos clínicos a nivel semiológico, tecnológico y de laboratorio permiten afinar el diagnóstico físico y biológico, pero también redimensiona el accionar en salud pues se enfoca desde la perspectiva de vida y salud, debe involucrar varias disciplinas y transitar por ellas de modo que sea transdisciplinar, integrativo, explicativo y multidimensional. Su acción rectora de curación trasciende a la promoción y fortalecimiento de la salud, y cambia la relación médico- paciente a la de persona – persona que trabajan en favor del bienestar humano. Es decir pasa de un carácter explicativo a un carácter lo humanista.

El tercer momento denominado Presunción de la salud, se aproxima a la enunciación de un estado de salud, en un periodo determinado, el cual es el resultado de un proceso de diálogo sanólogo – persona y que no excluye a la enfermedad como fenómeno interactuante con la salud.

Se definen cuatro niveles de salud con presencia o ausencia de enfermedad: Bajo, medio, alto y pleno. Estos niveles sirven de base para la percepción del cambio producido en el accionar sanológico, por lo que son dinámicos y únicos e irrepetibles para cada persona.

Se le ha llamado a la conjunción de los tres momentos precedentes Perfil Sanológico.

El último momento del enfoque es la llamada Ruta de Salud en la que se produce un proceso de negociación sanólogo – persona (familia - comunidad) teniendo en cuenta las áreas de sanoacción, determinadas por un balance armónico entre fortalezas, debilidades de la persona y las oportunidades y amenazas que se den en el contexto en el cual se desarrolla.

INCLUSIÓN DEL PENSAMIENTO COMPLEJO EN LAS ACTUACIONES EN SALUD REALIZADAS CON PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES BAJO LA ESTRATEGIA SANOLÓGICA EN EL CONTEXTO DEL “HOSPITAL DÍA”

Una vez priorizadas las áreas a accionar se establecen los objetivos a alcanzar en pos de mejorar el estado de salud y de padecer alguna enfermedad, como poder controlarla desde ese cambio. Es decir, curar en salud.

Las acciones integradas del llamado espacio sanológico son personales, grupales y comunitarias tiene como objetivo discernir sobre las actuaciones que conducen a la salud según las experiencias individuales y colectivas, acudiendo al saber popular y alas experiencias asertivas que reportan los integrantes del grupales y uel se conforman compromisos, las que pueden contribuir a cultivar una vida sana en comunidad.

Para ello, dentro del espacio sanológico se requiere de sinceridad, humildad, amabilidad, regularidad y confidencialidad, todo lo que ha de conducir a mejorar en salud y también como personas, como dijo Martí formar una comunidad sana y robusta con dignidad y honra.

CONCLUSION

La Sanologia se orienta a proteger y promover la salud de las personas desde la perspectiva del potencial vital, fortalece la vitalidad positiva en el proceso de enfermedad. Cuenta con un marco educativo-cultural que se apoya a las familias, las escuelas, los grupos sociales y los medios masivos de comunicación (15) (66). Situación que favorece el empoderamiento de las personas que han tenido alteraciones mentales y que están en un proceso de reinención de sus propios constructos de vida, aceptando su enfermedad, pero también construyendo un nuevo amanecer.

BIBLIOGRAFIA

1. Dussel E. Europa, Modernidad y Eurocentrismo. Rev Cult Teológica ISSN 0104-0529 2317-4307. 2016;
2. Bauman Z. Vida de consumo. Primera edición electrónica. 2007.
3. Hernández EO. Complejidad, nuevo paradigma en la salud. :37–42. Available from: [http://www.unimed-consulting.es/docs/Complejidad nuevo paradigma en salud.pdf%5Cnhttp://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/complejidad/26_eloy.pdf](http://www.unimed-consulting.es/docs/Complejidad_nuevo_paradigma_en_salud.pdf%5Cnhttp://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/complejidad/26_eloy.pdf)

INCLUSIÓN DEL PENSAMIENTO COMPLEJO EN LAS ACTUACIONES EN SALUD REALIZADAS CON PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES BAJO LA ESTRATEGIA SANOLÓGICA EN EL CONTEXTO DEL “HOSPITAL DÍA”

4. DeLisi LE. Pursuit of the “truth” about mental illness: The significance of findings in neuropsychiatric research, and lessons from the past. *Dialogues Clin Neurosci.* 2014;16(4):447–50.
5. Varoglu E. Neurotransmitter receptor genotypes associated with mental and behavioral disorders. 2017;14:327–38.
6. Miller GE, Chen E, Zhou ES. If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychol Bull* [Internet]. 2007;133(1):25–45. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0033-2909.133.1.25>
7. Stolkiner A, Ardila S. Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social / salud colectiva latinoamericanas. *Rev Argentina Psiquiatr.* 2012;2012:1–30.
8. EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 Del 93. D Of No 41148 23 diciembre 1993. 1993;01(Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones).
9. Arango-dávila CA, Carlos J, Fernández R, Moreno M. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en Colombia y la formación en psiquiatría. 2008;37(4):538–63.
10. Sánchez JA, Castro LC, Pedraza J, Verbel M. La Ley De Salud Mental Colombiana En El Contexto Lationoamericano:Una Apuesta Por El Respeto a Los Derechos Humanos. *Cart Comunitaria.* 2016;24:40–8.
11. Luz Ángela Rojas-bernal, Guillermo Alonso Castaño-pérez Restrepo- DP. Salud mental en Colombia . Un análisis crítico Mental health in Colombia . A critical analysis. *Salud Ment en Colomb Un análisis crítico Ment.* 2018;32(2)(2):129–140.
12. Kohn R, Levav I, Caldas De Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, et al. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. Vol. 18, *Public Health.* 2005.
13. González MS. Edgar Morin . Complejidad y sujeto Director : 1999;488.
14. Beltrán MC, Freyre M-A, Hernández-Guzmán L. El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *El Inventar depresión beck Su validez en población Adolesc.* 2012;30(1):5–13.

INCLUSIÓN DEL PENSAMIENTO COMPLEJO EN LAS ACTUACIONES EN SALUD REALIZADAS CON PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES BAJO LA ESTRATEGIA SANOLÓGICA EN EL CONTEXTO DEL “HOSPITAL DÍA”

15. Amable Ambrós Z, Peña Gácita M, Garrido Amable G, Cabrera Matamoros R. Salud y Sanología en Médicas de Familia Dra. La Habana; 2008.
16. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020. 2014;
17. Organización Mundial de la Salud. Atlas de Salud Mental 2014. J Chem Inf Model. 2013;53(9):1689–99.
18. Organización Mundial de la Salud. Invertir en: Salud mental. Book [Internet]. 2004;52. Available from: http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
19. OMS. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales , neurológicos y por abuso de sustancias. MhGAP. 2008;
20. Mental S, Federaci L, Mental S, Mental S. Jóvenes y salud mental en un. 2018;
21. Castrillo BF. Interfase epistemológica entre Salud y Reproducción Social. Rev Psicol Segunda época [Internet]. 2008;23–32. Available from: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/4-300-4599cgs.pdf
22. Weiterbildung CME, Fortbildung Z. Tagesklinische Behandlung in der Psychiatrie. 2010;355–65.
23. Posgrado EDE. Universidad peruana unión. 2017;
24. Pedersen PB, Kolstad A. De-institutionalisation and trans-institutionalisation - changing trends of inpatient care in Norwegian mental health institutions 1950-2007. Int J Ment Health Syst. 2009;3.
25. Chow WS, Priebe S. Understanding psychiatric institutionalization: A conceptual review. BMC Psychiatry. 2013;13.
26. Lisiecka-Bielanowicz M, Biechowska D, Cianciara D. Functioning of the various forms of mental health care in Poland in the years 2010-2013. Organizational, economic and financial analysis. Psychiatr Pol [Internet]. 2018;52(1):143–56. Available from: http://www.psychiatriapolska.pl/143_156-_lb.html
27. Taube-schiff M, Psych C, Mehak A, Marangos S, Kalim A, Ungar T. Advancing Care Within an Adult Mental Health Day Hospital : Program Re-Design and Evaluation.

INCLUSIÓN DEL PENSAMIENTO COMPLEJO EN LAS ACTUACIONES EN SALUD REALIZADAS CON PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES BAJO LA ESTRATEGIA SANOLÓGICA EN EL CONTEXTO DEL “HOSPITAL DÍA”

28. Taube-Schiff M, El Morr C, Counsell A, Mehak A, Gollan J. The Checklist of Unit Behaviours (CUB): Validation within a Canadian outpatient day hospital programme. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2018;25(4):217–27.
29. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Carmen Fernández Alonso M del, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria [Internet].* 2018;50(Supl 1):83–108. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30364-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30364-0)
30. Hugo, Alazraqui F. Historia de la Psiquiatría: el caso del dispositivo de Hospital de Día 1. *Rev Científica.* 2017;22:32–47.
31. Mainetti JA. Código De Núremberg. *Etica Médica.* 1947;1:2.
32. Humanidades D De, Apartado B, España P. Universidad de Navarra Centro de Documentación de Bioética Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013;1–8.
33. Funk M. Salud mental y desarrollo: poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. 2010. 1-108 p.
34. Arnaldo F, Miranda N De. Extinção de um serviço psiquiátrico intermediário e as repercursões na atenção à saúde mental. 2011;10(7):578–84.
35. Sacristán C. La locura se topa con el manicomio . Una historia por contar. *Cuicuiló.* 2009;45(1):163–88.
36. Latinoamericano B, Plantas C De. *La Columna.* 2007;6.
37. Giraldo LFG, Zuluaga CG. Metodología para la deliberación en el modelo bioético personalista con fundamentación en la virtud. *Rev Lasallista Investig.* 2014;11(1):203–15.
38. Rodríguez Á, Rihuete MI. Valoración de la sobrecarga del cuidador principal. 2009;5. Available from: <http://congreso2009.seeo.org/pages/comunicaciones/ponencias/156.pdf>
39. Chaskel R, Gaviria SL, Espinel Z, Taborda E, Vanegas R, Shultz JM. Mental health in Colombia. *BJPsych Int [Internet].* 2015;12(4):95–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29093873> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC5618872>

INCLUSIÓN DEL PENSAMIENTO COMPLEJO EN LAS ACTUACIONES EN SALUD REALIZADAS CON PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES BAJO LA ESTRATEGIA SANOLÓGICA EN EL CONTEXTO DEL “HOSPITAL DÍA”

40. Urrego-mendoza ZC, Herazo-acevedo E. La insoportable levedad de la política nacional de salud mental para Colombia : reflexiones a propósito de la propuesta de ajuste en 2014 * The Unbearable Lightness of the National Mental Health Policy in Colombia : Reflections on the 2014 Amendment Propo. 2018;(34).
41. Mendoza ZU. Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2007;XXXVI(2):307–19. Available from: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=80636210>
42. De Colombia R. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL República de Colombia FUNDACIÓN FES-SOCIAL LINEAMIENTOS DE POLITICA DE SALUD MENTAL PARA COLOMBIA Ministerio de la Protección Social. :1–37.
43. Ardón Centeno N, Cubillos Novella A. La salud mental: una mirada desde suevolución en la normatividad colombiana: 1960-2012 TT - Mental health: an insight on its evolution in Colombian law: 1960-2012 TT - Saúde mental: um olhar desde a suaevolução na normatividade colombiana: 1960-2012. Rev gerenc políticas salud [Internet]. 2012;11(23):12–38. Available from: http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol11_n_23/dossier_1.pdf
44. Palacio CA. Mental health situation in Colombia. International Journal of Psychological Research. 2018;
45. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 2358 DE 1998, Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. República Colomb D Of [Internet]. 1998;43338(43):61. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_2358_DE_1998.pdf
46. Moreno GA. Altemeyer & Hunsberger (1992). Authoritarianism, Religious Fundamentalism, Quest, and Prejudice.pdf. 2008;
47. OMS. Constituci ó n de la o rga ni za ci ó n m un d i al de la s al u d 1. Doc basicos. 1995;
48. Morales L, Social DES, Salud EN. Revista colombiana de psiquiatría. 2003;XXXII:13–20.
49. Clarivel MPL. Administración de servicios de salud mental en colombia. 2012;1–15. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7602/1/luzclarivelmoica Peña.2012.pdf>

INCLUSIÓN DEL PENSAMIENTO COMPLEJO EN LAS ACTUACIONES EN SALUD REALIZADAS CON PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES BAJO LA ESTRATEGIA SANOLÓGICA EN EL CONTEXTO DEL “HOSPITAL DÍA”

50. Almeida JC de. Implementación de políticas y planes de Salud Mental en América Latina. Rev Psiquiatr Uruguay [Internet]. 2007;71(2):111–6. Available from: http://spu.org.uy/revista/dic2007/03_asm.pdf
51. Nieminen I, Kaunonen M. Mental health service users' experiences of an education intervention based on a European Union project: A comparison between nine European countries. Int J Ment Health Nurs [Internet]. 2018; Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/inm.12501>
52. Ramírez R SA, Colina Matiz S. Papel del fonoaudiólogo en el área de salud mental: una experiencia profesional en el Hospital Militar Central Roll of the phonoaudiologist in the area of mental health: a professional experience in the Central Military Hospital. RevFacMed. 2009;17(1):26–33.
53. Horne S, Hay K, Watson S, Anderson KN. An evaluation of sleep disturbance on in-patient psychiatric units in the UK. 2018;193–7.
54. Gil EDJ. Elisabet de Jaime Gil.
55. Martín Martínez MA, Zaragoza Gaynor GA, Martínez Fernández C, Gobbo Montoya M, García-Vicuña R. Barriers to and facilitators of implementing quality standards in Hospital Day Care Units in Rheumatology: Qualitative approach to the VALORA study. Reumatol Clin. 2018;14(4):196–201.
56. Horvitz-lennon M, Normand ST, Ph D, Gaccione P, Frank RG, Ph D. Reviews and Overviews Partial Versus Full Hospitalization for Adults in Psychiatric Distress : A Systematic Review of the Published Literature (1957 – 1997). 2001;(May):676–85.
57. Díaz-coronado JC, Rodríguez-ariza DE, Quintero-betancur M. Follow up to a multipurpose hospital day care model in Medellin city Seguimiento a un modelo de atención de hospital día polivalente en la ciudad de Medellín. 2018;
58. Romero a EF, M MCQ, Uricoechea CS, Pasto Cardona L, Casals Caus P, Barroso De Fuenmayor E, et al. Cambios cognoscitivos en la enfermedad mental de pacientes que asisten al Programa de Hospital Día del Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle Cognitive changes in mentally ill patients who attend the Day Hospital Program of the Hospital Psiquiátric. Medigraphic. 2008;4(9):113–21.
59. Bister MD. The concept of chronicity in action: everyday classification practices and the shaping of mental health care. Sociol Heal Illn. 2018;40(1):38–52.

INCLUSIÓN DEL PENSAMIENTO COMPLEJO EN LAS ACTUACIONES EN SALUD REALIZADAS CON PERSONAS CON ALTERACIONES MENTALES BAJO LA ESTRATEGIA SANOLÓGICA EN EL CONTEXTO DEL “HOSPITAL DÍA”

60. Salcedo S, Fernando J. Diagnóstico y medicación : la práctica médica en el Hospital Psiquiátrico del. 2017;
61. Correa Urquiza, M.; Silva, Thomas J.; Belloc, Márcio M.; Martinez Hernaex A. SALUD MENTAL , POLÍTICAS GLOBALES Y NARRATIVAS LOCALES Correa Urquiza , Martín Universitat Rovira i Virgili Introducció. 2005;47-69.
62. Escalante Hernández CA. Propuesta Para Mejora De La Atención Al Paciente, En Medicina General: Centro Medico San Jorge. Vol. 30, Motivation and Emotion. 2016. 172 p.
63. Bolívar C, Baquero B, Surcolombiana U. Del Profesar Formar-Nos. Editorial Gente Nueva / Neiva: Ψ - Universidad Surcolombiana / Facultad de Ciencias Sociales y Humanas;
64. Najmanovich D. Estética del pensamiento complejo. Andamios. 2005;1(2):19-42.
65. Freire P, Runge A, Garcés JF, Muñoz D. La pedagogía como campo profesional y disciplinar. Paradig y conceptos en Educ y Pedagog. 2015;201-22.
66. Uribe, C. E. V., Boom, A. M., & Montoya E V. Educación, pedagogía y didactica, perspectiva epistemologica.pdf. In Enciclopedia Iberoamericana de filosofia.; 2008. 99 p.