



ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES PARA ENFERMEROS DEL ÁMBITO PSIQUIÁTRICO

Licenciatura en Psicología
Trabajo Final de Graduación
(Proyecto de Aplicación Profesional)

Falco, Rosario

Año 2016

Resumen

La habilidad que los seres humanos tenemos para comportarnos con los demás es un factor de suma importancia en las relaciones sociales, y si nos referimos al ámbito laboral su eficacia parece ser mayor.

El presente trabajo realizado en la Clínica Psiquiátrica Philippe Pinel permite evidenciar las consecuencias que se obtienen al presentarse fallas en estas habilidades. Las entrevistas realizadas a los profesionales, detectaron dicha problemática en el área de recursos humanos de Enfermería, donde el contacto con el paciente es permanente por lo que resulta necesario que su calidad de atención sea eficaz para el bienestar de la institución.

Por lo tanto, la focalización del trabajo hace hincapié en desarrollar habilidades sociales que permitan mejorar la autoestima, promover conductas asertivas y lograr adecuación en la comunicación, a través de un taller psicoeducativo de 8 encuentros en su duración.

De esta manera, se pretende lograr mediante actividades innovadoras y dinámicas, cambios en los profesionales afectados obteniendo mejoras en su aptitud al trabajo y en la calidad de atención.

Palabras claves: Enfermería- Habilidad social- Conducta asertiva- Autoestima- Comunicación.

Abstract

People's ability to interact with others is an important factor in human relations, and if we refer to workplace effectiveness it appears to be of greater significance.

This work, which was carried out at Psychiatric Clinic Philippe Pinel, makes the consequences derived from flaws in the practice of these abilities evident. The interviews with professionals detected this problem in the area of Nursing human resources where the contact with the patient is permanent, for which reason it is necessary to provide them with a highly effective patient care service for the welfare of the institution.

Consequently, the focus of this work is to develop social abilities which will aim at improving self-esteem, promoting assertive behavior and getting communication adequacy through an eight-meeting workshop.

In this way, we intend to achieve changes in the professionals involved by means of innovative and dynamic activities which will lead to improvements in their attitude to work and patient care quality.

Keywords: Nursing- Social ability- Assertive behavior- Self-esteem- Communication.

Índice

Introducción.....	3
Justificación y Antecedentes.....	4
Objetivos.....	7
Marco Teórico.....	8
1. Enfermería psiquiátrica.....	8
1.1 Funciones de la Enfermería psiquiátrica.....	10
2. Habilidades sociales.....	13
2.1 Autoestima.....	17
2.2 Conductas asertivas.....	21
2.3 Comunicación.....	24
3. Taller.....	25
Metodología.....	27
Procedimiento.....	27
Técnicas e instrumentos.....	28
Población y muestra.....	28
Relevamiento Institucional.....	30
Devenir histórico de la institución.....	30
Descripción de misión/visión.....	32
Servicios que proveen.....	32
Organización.....	32
Análisis de Datos.....	36
Análisis.....	36
Análisis FODA.....	41
Fundamentación de la demanda.....	42

Propuesta de Aplicación Profesional.....	43
Fundamentación.....	43
Objetivos generales clínicos a lograr.....	44
Aspectos específicos de la propuesta.....	45
Presupuesto.....	59
Conclusión.....	60
Bibliografía.....	61
Anexos.....	63
1. Consentimiento informado/Carta informativa	
2. Guía de preguntas	
3. Entrevistas	
4. Diagnostico FODA y plan estratégico realizado en 2012	

Introducción

La mayoría de las personas que desempeñan su rol laboral en el campo de la Enfermería mantienen permanente contacto con sus respectivos pacientes, como así también con sus familias. De esta manera, se considera fundamental poder reconocer su labor y la importancia que tiene el impacto del mismo en todas aquellas personas bajo tratamiento psiquiátrico.

Poder detectar, desarrollar y potencializar determinadas competencias actitudinales en los enfermeros hace a la idea directriz del presente trabajo.

Se toma como institución referente a la Clínica Philippe Pinel, una clínica psiquiátrica privada para pacientes con dificultades mentales, los cuales pueden ser internados o recibir cuidado ambulatorio.

El análisis de los datos, hará foco en el desarrollo de las habilidades sociales en los enfermeros. Se evidenciaron, a través de la recolección de datos, fallas comportamentales por parte de este servicio de la clínica, lo que conlleva a un malestar en las relaciones laborales para con todos los profesionales implicados y hace decaer la calidad de atención hacia los pacientes.

Se puede inferir que en nuestros tiempos, ha sido relegado el valor y reconocimiento para con dichos profesionales del ámbito de la salud. A partir de esto, se cree oportuno pensar la posibilidad de implementar un taller psicoeducativo para promover el desarrollo de habilidades sociales en los enfermeros de la Clínica Philippe Pinel.

El objetivo principal del trabajo, apunta a conocer la dinámica propia de la clínica, incluyendo actividades realizadas, roles y funciones de los profesionales, entre otros, logrando captar cuestiones que a simple vista no se hacen manifiestas. Para obtener esta información, fue necesario realizar un relevamiento, cuyos aspectos quedan plasmados en la denominada matriz FODA.

Antecedentes

En este apartado se expondrán antecedentes empíricos y teóricos que fundamenten la relevancia del problema propuesto.

- Marín Sánchez y León Rubio (2001), de la Universidad de Sevilla, realizaron un estudio sobre el entrenamiento de las habilidades sociales en el equipo de Enfermería. Ambos consideran que los problemas en el ámbito sanitario son variados cuando la comunicación que se concibe es inadecuada, lo que implica evaluar las habilidades sociales que comprometen dichas fallas. Los Entrenamientos en Habilidades Sociales (EHS) involucran en gran medida a aquellos profesionales que se relacionan cara a cara y sobre todo, aquellos donde su actividad es la interacción social especialmente, como es el caso de Enfermería. Lo que se busca con este estudio, es contribuir con un procedimiento de entrenamiento en habilidades sociales que sea eficaz para capacitar a los estudiantes de la carrera, a entablar relaciones productivas, tanto con el paciente, como con su equipo de trabajo en el ámbito laboral. A través de la utilización de una Escala Multidimensional de Expresión Social (EMES) y un Equipo de vídeo, se evaluaron a 16 estudiantes matriculados en el primer curso de una Escuela Universitaria de Enfermería y los resultados obtenidos fueron oportunos, ya que los estudiantes consiguieron perfeccionar sus HS, datos obtenidos a través del EMES.

- El artículo desarrollado por Galvis Lopez (2015) sobre la implementación de teorías y modelos de enfermería en la Enfermería Psiquiátrica, hace ver la importancia de las capacitaciones en nuestros tiempos. Se ha observado que los modelos de salud han ido cambiando a lo largo de la historia, lo que hace que las prácticas dentro de este ámbito deban adecuarse a los mismos. Se pone de manifiesto la aparición de teorías de la relación interpersonal y emocional que influyen en la enfermedad mental, no sólo aquellas desarrolladas únicamente desde el modelo médico, que tanto ha predominado durante los últimos años. Esto concibe nuevas funciones para la Enfermería Psiquiátrica basadas en la participación e intervención del tratamiento comunitario, familiar y de grupo.

Debido a las escasas publicaciones y la falta de información presente en esta especialidad es que se busca brindar, a través de este artículo, un soporte teórico que permita al Enfermero ser un instrumento terapéutico en la relación enfermero-persona, como así también, generar un tratamiento integral al enfermo psíquico.

- Otro antecedente encontrado fue el trabajo realizado por Garcés Pina E., Duato Durán A., Vicente Edo M.J., Guadarrama Sanz V. (2006) en el Servicio Médico del Centro Penitenciario de Zuera, donde se realizó una revisión de la capacitación de enfermería, ya que muchos de los prisioneros presentaban conductas psiquiátricas, y las enfermeras no estaban en condiciones de atenderlos, por su falta conocimiento. Lo que se buscó fue contactarse con el servicio de psiquiatría del hospital Miguel Servet de Zaragoza para conocer cómo realizan los planes de cuidados y contactarse a su vez, con enfermeras del hospital psiquiátrico Ntra. Sra. Del Pilar de Zaragoza. Esto les proporcionó una guía de cuidados para enfermeros de la red de Salud Mental de Aragón, elaborada dentro de un plan estratégico de Salud Mental 2002-2010 y las hojas de valoración que utilizaban los enfermeros en el centro. Se buscó una enfermera capacitada en salud mental con experiencia psiquiátrica forense, para que pueda brindarles una valoración rápida y sencilla sobre los estados mentales que pueden presentar los pacientes, en este caso, los prisioneros. Lo primero que se realiza es una valoración de los pacientes. De los 16 casos estudiados, lo que se dio como resultado fue:

Motivo de ingreso	Porcentaje
Riesgo de suicidio	12%
Trastorno de la personalidad	7%
Trastorno afectivo	2.5%
Agravamiento de le esquizofrenia	15%
Demencia	2,5%

Una vez realizado esto, para su posterior diagnóstico se utilizó la taxonomía de diagnósticos enfermeros NANDA donde se identificaron las necesidades de los individuos para, posteriormente priorizar los problemas del paciente y así adecuar el plan de cuidados a las necesidades más inmediatas. Se observó lo siguiente:

Diagnosticos enfermeros	número	porcentaje
Alto riesgo de violencia	5	29,5%
Alt.mantenimiento de la salud	5	29,5%
Aislamiento social	3	17,6%
Afrontamiento individual ineficaz	3	17,6%
Deterioro de la interacción social	3	17,6%
Déficit del autocuidado	5	29,5%
Ansiedad	12	70,6%
Alteración del patrón del sueño	10	58,8%

Consecutivamente, el equipo de enfermería frecuentó reuniones periódicas para comentar las dificultades y ventajas que encontraron al aplicar la herramienta. La herramienta permitió una valoración sistemática del individuo, lo que facilita que los cuidados de enfermería estén más organizados. También brinda un registro continuo de las acciones que se realizan con los pacientes, resultando útil tanto para la enfermera, como para los colaboradores del equipo sanitario y extrapenitenciario.

- Por ultimo, otro antecedente, es el trabajo elaborado por Donato S., Gasco R. y Rotela A. (2014) en la Universidad Nacional de San Martín, los cuales, visualizando la necesidad de personal de enfermería en clínicas psiquiátricas, diseñaron un curso de enfermería que da respuesta a las necesidades de estas clínicas. El curso se dictó en módulos mensuales de 8 horas y consta de los siguientes módulos: Módulo introductorio; Módulo de orientación asistencial y Módulo de orientación en prevención en salud mental.

Objetivos

Objetivo General:

- Promover el desarrollo de habilidades sociales de los enfermeros de la Clínica Philippe Pinel a través de un taller psicoeducativo.

Objetivos específicos:

- Fomentar el desarrollo de autoestima que permitan revalorizar la imagen como enfermeros.
- Favorecer el desarrollo de conductas asertivas pertinentes a una convivencia social armónica.
- Lograr una comunicación adecuada mediante el fortalecimiento de los vínculos interpersonales.

Marco Teórico

Capítulo 1: Enfermería Psiquiátrica

Durante años las enfermeras psiquiátricas fueron aquellas que trabajaban en instituciones que albergaban pacientes psiquiátricos. Sus funciones se organizaron con base en la asistencia por aislamiento y el tratamiento en el pabellón. Luego de algunos cambios que se llevaron a cabo en la psiquiatría, se prestó mayor atención a la utilización científica de las relaciones interpersonales y el empleo de la enfermera como una persona, en el sentido terapéutico (Matheney y Topalis, 1971).

En el recorrido histórico de su desarrollo, se puede identificar la primera Escuela específica para preparar enfermeras en salud mental, creada en Waverly, Massachussets a fines del siglo XIX. La función requerida en su práctica era auxiliar a los médicos, estimular a los enfermos a comer, brindar hidroterapia a través de duchas de agua fría o caliente, y administrar drogas sedativas (Bernabeu Tamayo, 2010).

A principios del siglo XX, en Estados Unidos, se comenzaron a vislumbrar diferencias en los cuidados enfermeros a través de dos factores. El primero en relación al desarrollo del Movimiento de Higiene Mental, centrado en la salud más que en la enfermedad. La comunidad en la que se desarrollaba la patología era el principal eje de estudio, ya que contribuía a su adquisición. Se buscaron de esta manera medidas preventivas para el tratamiento. El segundo fue el crecimiento de la escuela psicodinámica de Sigmund Freud, el cual creía que estos trastornos eran una respuesta mal adaptativa de conflictos no resueltos entre fuerzas instintivas y las expectativas familiares y sociales. La técnica psicoanalítica de Freud allanó el camino para los modelos de enfermería (Bernabeu Tamayo, 2010).

A pesar de los avances mencionados anteriormente, el rol de la enfermera psiquiátrica no sufrió grandes cambios. Sólo aquellas que trabajan en clínicas privadas y hospitales donde el número de personal era adecuado para los enfermos, fueron capaces de implicarse más en el tratamiento. Recién en la década de los 70 se crea la Asociación Americana de Enfermería (ANA), la cual estableció los estándares de la enfermería

psiquiátrica y de la salud mental del adulto, como así también el primer certificado de enfermera generalista en psiquiatría-salud mental y de enfermera especialista en psiquiatría clínica. Y es después, en 1985 cuando se publicó los estándares en relación a la adolescencia y niñez (Bernabeu Tamayo, 2010). Esto proporcionó cambios significativos en la concepción de dicha profesión.

Se puede establecer a modo general, según Matheney y Topalis (1971), que la enfermería psiquiátrica consiste en la atención brindada a pacientes buscando como meta terapéutica principal la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de trastornos psiquiátricos. En esta tarea, la función de la enfermera no difiere en carácter de la que desarrolla en otros campos clínicos, si bien la única diferencia es la orientación primaria, dirigida a las relaciones interpersonales entre enfermera y paciente, y grupos de pacientes.

Por otra parte la OMS la define como, un proceso interpersonal por el cual la enfermera presta asistencia al individuo, la familia y la comunidad, para promover la Salud Mental, prevenir la enfermedad y afrontar las experiencias de estrés de la enfermedad mental ayudando a encontrar significado a dichas experiencias (Bernabeu Tamayo, 2010, p.51).

Según Pelletier (1990) las enfermeras psiquiátricas tienen acceso a las familias, por lo tanto, además de advertir conflictos, síntomas y canalizarlos a especialistas idóneos, pueden también brindarles apoyo emocional en situaciones como conflictos intrafamiliares, niños problemas, reincorporación de pacientes al seno de la familia y la sociedad, y otras dificultades familiares semejantes.

Los pacientes necesitan por parte de éstas un tipo de acercamiento no punitivo, poder manifestarse sin ser juzgados, sentir que se interesan por él como persona y no como caso clínico. Esto puede lograrse con la sola permanencia junto a él. La conversación que se establezca entre ambos debe centrarse en el enfermo, en sus necesidades, deseos e intereses (Pelletier, 1990).

La estabilidad y seguridad en las actitudes del personal, como en los métodos de trabajos, son importantes según Pelletier (1990), ya que reducen las decisiones que el enfermo tendría que tomar y a la vez para que éste aprenda lo que puede esperar por parte del personal a cargo.

Deberá establecerse una atmosfera terapéutica tolerante comenta Pelletier (1990), imponiéndole límites para impedir de esta manera que la conducta del paciente se extralimite, se requiere para el logro de eso mucho tacto y comprensión. Las limitaciones deben establecerse en equipo bajo la dirección del médico y deberán ser invariantes y respetadas por todos que entren en contacto con el paciente.

Pelletier (1990) considera que el personal debe evitar acentuar la ansiedad del paciente, por el contrario, tiene que orientarlo para que pueda manejarse dentro de la institución. La enfermera debe anotar con cuidado lo que observe en el aspecto, la conducta y la conversación del paciente, comunicando esto a quienes dirigen el tratamiento. Se busca mantener con el paciente la mayor objetividad, no implicando esto indiferencia ni apatía, solo evitar el juicio propio. Una relación objetiva entre enfermera y paciente puede ayudar mucho a éste, la base de la relación es apoyar y proteger al enfermo como así también lograr respeto mutuo.

1.1 Funciones de la Enfermería Psiquiátrica

El buen manejo de un desempeño laboral esta casi siempre centrado en el desarrollo eficiente de sus funciones. Por este motivo, se cree oportuno especificar aquellas que atinan al Enfermero Psiquiátrico, para que de esta manera se puede comprender mucho mejor el funcionamiento específico que dichos profesionales tienen en este particular ámbito de trabajo.

Estas actividades desarrolladas están fuera de estar legisladas en el Estado Español. Existe un vacío legal que impulsó a distintos profesionales realizar publicaciones en los últimos años, sobre las funciones y actividades básicas referentes al cuidado de las distintas patologías (Bernabeu Tamayo, 2010).

Bernabeu Tamayo (2010), considera que el tratamiento brindado por el servicio de enfermería esta sólo a merced de los propios enfermeros con su particular formación, y también de la institución en la que se encuentran, ya que es ésta quien decide la participación del mismo en los servicios. Por esto, resulta significativo comprender sus funciones específicas, porque aunque no se hallen suficientes publicaciones, es algo que existe y brinda eficacia en la asistencia.

Siguiendo al autor (Bernabeu Tamayo, 2010), se pueden identificar siete funciones. La primera función es la asistencial, en ésta el Enfermero se encarga de la acogida del paciente, donde se recoge la demanda y se la define en términos de problema. Es importante informarle sobre la clínica y su funcionamiento, no sólo al paciente sino también a su familia, para brindarles mayor seguridad respecto del tratamiento en el cual dejan al enfermo.

En el caso de que exista cualquier tipo de dudas respecto al diagnóstico, tratamiento o pronóstico, es menester que puedan hacerlo saber y aclararlo. A su vez, deben ubicarlos en el sector de la clínica al que pertenezcan, canalizar el tipo de intervención pautado por el equipo de trabajo y derivar cuando el caso lo precise.

Se busca con esta función favorecer la vinculación en la relación enfermero-paciente, brindando un cuidado individualizado, actuando como referente para el paciente y proporcionando un espacio de contención. El proceso mental del trastorno es apoyado, por lo que las conductas y pensamientos ilógicos sólo se identifican, permitiendo la reflexión y las alternativas de resolución.

Por otra parte, con la utilización de entrevistas y la observación, el Enfermero debe recoger los datos para realizar la valoración de signos y síntomas objetivos y subjetivos del paciente y realizar el seguimiento en la evolución de los mismos. También debe elaborar informes de enfermería si lo solicitan, administrar drogas y observar los efectos, como así también colaborar en las terapias electroconvulsivas.

Aunque el tratamiento se realice al paciente no debe dejarse de lado la familia, por esto el seguimiento a la misma también es de suma importancia. Se los orienta e informa

haciéndolos coparticipes del tratamiento, y en el caso de observarse situaciones de riesgo, se puede canalizar una atención individualizada.

Como segunda función se encuentra la rehabilitadora, orientada a promover la integración familiar, social y laboral, buscando mejorar el grado de autonomía del paciente a través de por ejemplo, recursos específicos de rehabilitación, como lo son los centros de día o programas de reinserción.

La función de prevención y promoción de la salud, busca identificar los problemas potenciales de la población atendida; apreciar la salud del individuo, familia o comunidad; planificar acciones que promuevan la prevención de riesgos, el cambio de hábitos o actitudes; y evaluar el impacto y aprendizaje generado.

La cuarta función es la de coordinación. Como primera medida se garantiza el cumplimiento de un tratamiento integral, asegurando su continuidad a través de atenciones domiciliarias si es necesario. Las coordinaciones se realizan con el propio equipo interdisciplinar, con el Programa Terapéutico Individualizado (PTI) y con todos los servicios de la red que tengan participación en la atención del tratamiento.

Otra función es la denominada docente o asesor, que a través de su formación universitaria y de continuos cursos de formación, sirve como supervisor de casos clínicos psiquiátricos, asesor de pacientes de otras especialidades con repercusiones mentales y supervisor de dinámicas de funcionamiento en enfermería.

Finalmente las ultimas dos funciones son las referidas a la investigación y administración. La función investigadora esta relacionada con la anteriormente mencionada, ya que se concentra en la adquisición de conocimientos, pero en este caso puntual es en relación a la demanda que se presenta. Se estudia la población, su epidemiología, los programas de evaluación y calidad, y las intervenciones o programas preventivos posibles de utilizar.

Por último, la función administrativa y gestora, esta basada en la gestión del material, del personal de enfermería y de las listas de espera. Debe colaborar en la

producción de informes, estadísticas y memorias, como también en la programación de visitas.

La determinación de las funciones resultan significativas para lograr equilibrio entre los profesionales. Es fundamental que cada uno tenga en claro su función dentro de la institución, así de esta manera la atención brindada es más adecuada y eficaz.

Capítulo 2: Habilidades sociales

Muchas veces, no basta sólo con brindar funciones eficientes en el área laboral para hablar de un buen desempeño o para referirnos a la calidad de trabajo, más aún si el trabajo debe ser realizado en conjunto a otros profesionales. Con esto, se quiere hacer hincapié fundamentalmente a la importancia en las relaciones sociales, porque más allá del buen trabajo individual que cada profesional pueda ejercer, el trabajo en equipo es lo primordial.

Se puede observar que en el área de la salud los conflictos interpersonales generan más consecuencias que las capacidades particulares, el paciente necesita de una atención integral para su evolución y pronóstico. Pero las relaciones no siempre son fáciles de sobrellevar, emplear comportamientos apropiados para cada situación a veces no es tarea posible.

El entrenamiento en habilidades sociales parece ser la técnica más apropiada para trabajar estas problemáticas, ya que este tipo de entrenamiento, según Caballo (1997), sirve para comprender o modificar, si se lo precisa, los comportamientos interpersonales.

El autor considera que hoy en día el mundo se ha complejizado, vivimos de modo acelerado y con reglas que varían según el sistema en el que estemos actuando. Frecuentemente sucede, que terminamos operando en dos o más sistemas conjuntamente, lo que solicita una destreza social considerable.

Pero el problema recae en el énfasis sobre la adquisición de competencia técnica, más que la social e interpersonal que se ve en las profesiones todavía. Resulta asombroso

que un profesional dedicado a la atención personal de sus pacientes, es decir, a un trato continuo con el mismo, no requiera la habilidad social necesaria para cumplir con su propósito. Es por esto que el entrenamiento de dicha función es esencial en la actualidad (Caballo, 1997).

Pero cuando se refiere a competencia, no se habla de habilidad en el mismo sentido, McFall (1982) es quien diferencia estos términos. Por un lado, la competencia refiere a una valoración general del comportamiento apropiado, mientras que la habilidad es una capacidad específica necesaria para realizar de manera eficaz una tarea. Esto quiere decir que la competencia sólo requiere de un resultado adecuado para ser oportuno pero desde una mirada generalizada, sin precisar comportamientos específicos como en la habilidad.

Para definir habilidad social se toman los aportes de Meichenbaum, Butler y Grudson (1981), establecen que la misma siempre debe estar determinada dentro de un contexto cultural, ya que los modos de comunicación no son los mismos en todas las culturas, ni dentro de una cultura misma. En una situación particular, una determinada conducta puede ser apropiada, pero podría ser inapropiada en otra situación diferente. Por lo tanto, y siguiendo a Caballo (1997), una conducta socialmente habilidosa se define según la validez de su función en un contexto preciso.

Se propone entonces que, “la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas” (Caballo, 1997, pág. 6)

Su conceptualización combina tres componentes siguiendo al autor:

- Dimensión conductual.

Dentro de esta se visualizan definiciones pertinentes a varios autores, lo que permite integrar diferentes miradas sobre una misma cuestión.

Por un lado Alberti (1977), precisa que la habilidad social es propia de la conducta y no de las personas. La define como una cualidad específica al individuo y a la situación, donde sólo se la examina dentro de su trama cultural. Su capacidad se centra en la posibilidad de elegir autónomamente la acción a desarrollar, siempre refiriéndose al comportamiento socialmente eficaz, y no perjudicial.

Van Hasselt y cols. (1979), establecen tres consideraciones respecto a las habilidades sociales:

- a) Dependen de las situaciones.
- b) Se pone en juego la conducta verbal y no verbal (las cuales se aprenden) en la efectividad interpersonal.
- c) Esta efectividad, que representa la capacidad de accionar sin dañar, supone a su vez la importancia del otro en la relación.

Por otra parte, Lazarus (1973), propone las principales dimensiones conductuales que incluían a las habilidades sociales. Estas son:

- ✓ Capacidad de decir “no”.
- ✓ Capacidad de solicitar ayuda y concebir peticiones.
- ✓ Capacidad de reflejar sentimientos positivos y negativos.
- ✓ Capacidad de comenzar, sostener y concluir diálogos.

Se han establecido varias dimensiones más habitualmente admitidas, como el hecho de agasajar; soportar críticas; manifestar cariño, agrado y aprecio; aceptar cumplidos; realizar y rechazar peticiones; enunciar desacuerdos y propias opiniones; entablar conversaciones y mantenerlas; pedir disculpas o aceptar la ignorancia; defender los propios derechos; solicitar un cambio en la conducta del otro; y manifestar una inquietud, desagrado o enojo (Lazarus, 1973).

Caballo (1997), cree que aún, hoy en día, existe una limitación de información referente al cómo y cuánto aprender sobre las habilidades sociales, aunque los primeros años de vida son sin dudarlos, claves para su desarrollo.

- Dimensión personal (variables cognitivas).

El individuo influye y es influido por la situación, su sola presencia modifica el entorno circulante, y también es ese mismo entorno el que transforma al sujeto (Caballo, 1997).

Por su parte, Mischel (1973), consideró que existen cinco patrones cuando los procesos cognitivos interactúan con el medio social. En primer lugar tenemos las competencias cognitivas, una cualidad de la persona que permite modificar y usar la información de manera activa, para crear acciones y pensamientos desarrollados a partir de eso. Algunos de los principios que se logran encontrar dentro de este patrón son: saber cuando una conducta es socialmente habilidosa; entender las diferentes señales de respuesta (cuándo, dónde y cómo realizarla); tener empatía (colocarse en el lugar del otro); y poder solucionar conflictos.

En segundo lugar se encuentran las estrategias de codificación y constructos personales, los cuales permiten lograr transformaciones cognitivas a partir de la selección de estímulos externos, que de esta manera hacen cambiar el impacto del estímulo sobre el comportamiento. La forma en que se codifica y elige contribuye en lo que aprendemos y hacemos posteriormente.

Otro patrón son las expectativas, éstas permiten visualizar las consecuencias que tendrá la conducta ejecutada. Es una forma de predicción que orienta al sujeto en la selección de su comportamiento. La expectativa entonces determina nuestra forma de actuar, lo que generaría inconvenientes si se establece profundamente. Esto es así, ya que empeorará la flexibilidad en el sujeto a la adaptación a cambios.

Como cuarto patrón se encuentran los valores subjetivos de los estímulos, que hacen valer las singularidades de los sujetos en la selección de la conducta, debido a que, además de las predicciones, el resultado que cada persona espera en su accionar va a cambiar según sus preferencias y deseos.

Finalmente, el último patrón desarrollado tiene que ver con los planes y sistemas de autorregulación, que permiten a la persona escoger activamente las situaciones a las que se expondrá, esto quiere decir que la autorregulación influye en su ambiente, creando uno propio, lo que facilita de esta manera el dominio en el control del estímulo.

- Dimensión situacional.

Caballo (1997), fundamenta la importancia del contexto para hablar de conducta socialmente competente.

El contexto o las situaciones se pueden dividir en fuertes o débiles. Las fuertes, por un lado, son aquellas en las que las señales son claras y permiten guiar la conducta. Se caracterizan fundamentalmente en ser estructuradas y tener reglas explícitas y obligatorias, lo que limita la conducta a desarrollarse. Mientras que las débiles serían lo opuesto, son más bien situaciones ambiguas con señales poco definidas, lo que impide la orientación del comportamiento en el sujeto (Snyder e Ickes 1985).

Los tratamientos analíticos son un claro ejemplo de situaciones fuertes, ya que se busca que en su mayoría sean de este tipo, sobre todo para que la personalidad del entrevistador no interfiera en la conducta (Mischel, 1977; Monson y Snyder, 1977).

La situación por lo tanto, podría definirse como una oportunidad para alcanzar objetivos deseados, diríamos que en realidad, sólo existen para este propósito específico.

Graham, Argyle y Furnham (1980) posicionan al objetivo como lo esencial de las situaciones, mientras que los otros elementos que se despliegan en las mismas son tan solo formas que ayudan a la concertación del objetivo principal.

Cuando los pacientes realizan entrenamientos en habilidades sociales lo primero que se intenta ejecutar es la comprensión de este objetivo (implícito y explícito). Luego, a partir de ello, que puedan elegir situaciones que ayuden al progreso de una habilidad determinada, o evitarlas en caso que lo impidan (Caballo, 1997).

2.1 Autoestima

Como se es de observar, existen muchos factores condicionantes al empeño profesional, pero en particular se cree que la autoestima es uno de los más importantes. Se sostiene que el estado de ánimo regula nuestra actitud en las tareas y las ganas de ejecutarlas eficientemente o con desgano. Por este motivo, lograr un equilibrio emocional en los profesionales es fundamental.

Muchas veces se mal cree que esta característica excede las capacitaciones, por pensar ser una cualidad personal que sólo puede modificarse en un análisis individual psicológico. De este modo se busca comprender que la autoestima también es un problema institucional, y al ser así es necesario abarcarlo.

Torres A, y Sanhueza A. (2006), formularon un artículo específico para Enfermería en relación a la autoestima, producto de los acontecimientos vividos por dicha profesión a lo largo del tiempo. Los autores consideran que su evolución histórica influyó y ha condicionado la autoestima en estos profesionales.

Para su definición, se la considera como el sentimiento que el sujeto tiene respecto a sí mismo en función de su propia aceptación y aprecio, el cual predispone a la persona a ser competente en sus ámbitos sociales y obtener cierta valía personal (Torres A, y Sanhueza A., 2006).

Rosemberg (1995) por su parte, establece que esta cualidad es un aprendizaje, al igual que se observa en las habilidades sociales, y por lo tanto, puede modificarse. Esto permite entender que aquellas personas con un déficit importante en su autoestima pueden solucionarlo, ya que aquello que lo atormenta o angustia hoy en día es tomado como un aprendizaje anterior, que con ayuda profesional lo aprendido puede transformarse, y así mejorar sus vidas.

Dentro de ésta existe una interacción cognitiva, afectiva y conductual, lo que hace ver la complejidad determinada sobre dicha cualidad. Referente al componente cognitivo, la autoestima representa la autopercepción que el sujeto tiene de sí mismo, es decir, la representación mental que ha formado de sí. Por otra parte, en el área afectiva, se presenta como la autovaloración de aquello favorable o desfavorable en cada uno y lo que

eso nos genera al respecto. Finalmente, el campo conductual es aquel que permite ejecutar acciones coherentes, integrando el conocimiento y la emoción relativos a cada sujeto, ligado a la autonomía, responsabilidad e independencia (Cortes Aragón L., 1999).

En función a esta evolución histórica descrita por Torres A, y Sanhueza A. (2006), se pueden identificar cuatro etapas en su desarrollo que permiten ver la evolución que ha tenido la profesión de Enfermería a lo largo del tiempo. Se analiza cada una respecto a los tres componentes específicos descritos anteriormente sobre la autoestima. Particularmente se prioriza el rol de la mujer en este labor.

La primera etapa es denominada doméstica, donde se considera que el cuidado realizado por una mujer es de naturaleza en razón a su función reproductora, por lo tanto, el asistir a los demás se ve a nivel cultural como algo inherente, lo que consecuentemente afecta su valoración económica por la misma mirada natural de prestar ayuda.

Esto repercute en su autoestima, a nivel cognitivo: su autopercepción depende de las creencias y opiniones que tienen los otros respecto a este rol, y el aprendizaje solo está dado por modelado, es decir, por mera observación. A nivel afectivo: al ser visto como algo natural este componente está poco desarrollado, el sexo masculino posee mayor poder en los ámbitos laborales, por lo que se desestima la igualdad de condiciones. Y a nivel conductual: poca autonomía es sus acciones producto a la sobrevaloración masculina.

La segunda etapa es la vocacional. El peso que la religión ejerce en esta etapa es esencial, la enfermedad es producto de Dios y su curación también lo es. La mujer está devaluada socialmente por representar una amenaza para la iglesia en función de su incitación al pecado, y sobre todo en las enfermeras, porque sus conocimientos adquiridos a través de experiencias del cuerpo las alejan de Dios.

Dentro del área cognitiva, su autoestima se ve afectada por una autoimagen de incitación al pecado, por lo que debe cargar con esa culpa toda su vida. Por otro lado, el área afectiva está dominada por una dictadura de pensamiento regida por creencias religiosas, lo que perturba las valoraciones individuales de cada persona, y donde el

desarrollo del conocimiento esta amparado sólo para los hombres. Por último, el área conductual esta oprimida, las enfermeras se ven reprimidas en su labor transformando sus actividades a las de servir, realizar caridad y abnegarse.

Como tercera etapa se encuentra la técnica, caracterizada por una nueva concepción de sujeto en relación a la dicotomía salud-enfermedad. Se dejan de lado cuestiones religiosas, poniendo acento a la lucha contra la enfermedad a través de los avances tecnológicos. Se originó un desarrollo científico que hizo necesaria la incorporación de agentes intermediarios, denominados paramédicos, para ayudar en la atención médica.

La enfermera fue quien ocupó este rol social, que a pesar de ser reemplazado por el servicio a pobres y desamparados otorgado por la iglesia, la falta de reconocimiento en su saber profesional continuó existiendo. Debía convertirse en una servidora del hombre-médico, ya que sólo se reconocía su vocación por servir, algo que siguió debilitando su desarrollo profesional, debido a que sus acciones se limitaban a ordenanzas.

Su autoestima se traduce en pérdida de creatividad por dependencia a la autoridad masculina y el saber médico, lo que frustra el autodesarrollo y su capacidad de pensar (esfera cognitiva); sus deseos y sentimientos, son arrebatados y manipulados a fin de servir al médico que termina transformándose en servilismo (esfera afectiva). Esto logra como consecuencia una sumisión total de las enfermeras, que renuncian a sus opiniones y creencias por depender únicamente de sus subordinados (esfera conductual).

Finalmente, la última etapa denominada profesional, es producto del surgimiento de la enfermera técnica y la separación de los poderes políticos y religiosos. Gracias a los aportes de Florence Nightingale sobre el desarrollo de la enfermería como profesión, se comienza a vislumbrar la importancia en la formación de conocimientos técnicos de estas profesionales y sobre todo, el desequilibrio existencial sobre los sexos.

El problema radica en que Nightingale sigue manteniendo conexión entre lo científico y religioso, lo que genera rigidez y obediencia a la jerarquía en esta disciplina. Esto genera nuevamente el dominio de los valores morales y religiosos, que hace dar

cuenta a las enfermeras de su pérdida de identidad y tratan de independizarse. Se observa su participación en áreas de investigación lo que comienza a perfilar el propio rol de la enfermera.

Se inicia de esta manera la enfermería profesional, contemplada por el método científico en sus enseñanzas y la utilización de técnicas de investigación para su accionar. A pesar del gran avance, en las enfermeras aún perdura el oscuro pasado de sumisión, que hasta hoy en día genera insatisfacciones, sobre todo en relación a la valoración de sus status profesional, y hasta las remuneraciones otorgadas por desempeñar esta labor.

Se puede concluir entonces que su autoestima, a pesar de los grandes cambios, siguió empobrecida.

Cognitivamente se observa que sigue manteniendo su legado histórico vocacional en su mente, por lo que teme destacar en su labor y olvidar la dependencia del paternalismo médico pasado. Aquello ocurrido influencia en la elección de esta profesión, ya que el hecho de ser enfermera no cumple muchas veces con las expectativas de vida.

Emocionalmente posee sentimientos contradictorios, por un lado comprende su importancia laboral proporcionada por su profesionalismo y formación, y por el otro, la necesidad permanente de hacer valer su profesión, algo desgastante productor de inferioridad. Existe una insatisfacción generada en mayor medida por la remuneración atribuida y los ascensos otorgados.

Y conductualmente vivencian una falta de poder (real o percibido) en la toma de decisiones sobre el bienestar del paciente. Contrario a esto, Holmes y Gastaldo consideran que sí ejercen poder y son un grupo muy fuerte, con gran influencia sobre los individuos y poblaciones, lo que hace de influencia en las decisiones políticas.

2.2 Conductas asertivas

Si buscamos buenas relaciones interpersonales, mejoras en la comunicación y eficiencia en el trabajo, la asertividad parece ser fundamental. Cuando no logramos ser asertivos en nuestros comportamientos con los demás, casi siempre se observarán

complicaciones, lo que concluye en desgaste psíquico y estado de humor violento o decaído. Estas cuestiones influyen a nivel personal y de trabajo, haciendo sentir a la persona desgastada o irritada, lo que muchas veces desencadena a situaciones de estrés personal.

Naranjo Pereira (2008), toma la definición de asertividad que proviene del Latín *asertus*, que significa “afirmación en la certeza de una determinada cosa”, y al igual que las habilidades sociales, la asertividad es propia de la conducta. En realidad, es una de las tantas habilidades sociales que existen, y su entrenamiento permite modificar, además de la conducta, las actitudes y las emociones de las personas.

La autora establece que algunos autores ven a la asertividad como una manera de disminuir la ansiedad, mientras que otros enfatizan sólo la defensa de los propios derechos que otorga esta habilidad.

La definición tomada como válida es la de Riso (1988), citado por Naranjo Pereira (2008), el cual define que es “Aquella conducta que permite a la persona expresar adecuadamente (sin distorsiones cognitivas o ansiedad y combinando los componentes verbales y no verbales de la manera más efectiva posible) oposición (decir no, expresar desacuerdos, hacer y recibir críticas, defender derechos y expresar en general sentimientos negativos) y afecto (dar y recibir elogios, expresar sentimientos positivos en general) de acuerdo con sus intereses y objetivos, respetando el derecho de los otros e intentando alcanzar la meta propuesta.” (Riso, 1988, pág.45)

La conducta asertiva es la que ofrece al sujeto una satisfacción consigo mismo y con los demás, conduce a establecer relaciones sociales más fructíferas y duraderas, basado fundamentalmente en el respeto por la igualdad y los derechos de todos (Naranjo Pereira, 2008).

Además, los beneficios que una persona tiene al desarrollar asertividad son variados, como la posibilidad de evitar manipulación, mejorar la autoestima, respetar con sus accionares a los demás, controlar sus emociones, y gozar de relaciones interpersonales más libres. Pero el problema está presente en los procesos de socialización y el entorno social del que se forma parte, debido a que éstos fomentan la

pasividad y la conducta agresiva en las personas, y que por lo tanto hacen más difícil el dominio en la asertividad, ya que sería ir en contra de algo ya establecido (Naranjo Pereira, 2008; citando a Güell y Muñoz, 2000).

Riso (1988), citando a Smith (1987), considera que se podrían identificar diez derechos asertivos básicos para una sana participación en las relaciones humanas. Estos son:

- 1) Derecho a juzgar nuestras acciones, pensamientos y sentimientos, y ser responsables de la consecuencia que su iniciación pueda ejercer.
- 2) Derecho a no dar explicaciones o pretextos para justificar nuestro comportamiento.
- 3) Derecho a buscar soluciones para problemas ajenos si nos incumben.
- 4) Derecho a cambios de opinión.
- 5) Derecho a equivocarnos y hacernos responsables de eso.
- 6) Derecho a poder decir “no se”.
- 7) Derecho a ser independiente de la buena voluntad de una persona antes de enfrentarnos a ella.
- 8) Derecho a tomar nuestras propias decisiones aunque sean diferentes a la lógica.
- 9) Derecho a expresar desentendimiento.
- 10) Derecho a prestar desinterés ante algo.

Por lo tanto, aquellos que desarrollan esta habilidad poseen capacidad para identificar sus necesidades y hacerlas valer ante los demás, siempre con claridad y seguridad en sus afirmaciones, y sobre todo, respetando los derechos ajenos.

Algo esencial que caracteriza a estas personas es la sinceridad, ya que la base de la asertividad personal fundamentalmente es la afirmación del verdadero yo, y no un yo imaginario, creado para manipular (Naranjo Pereira, 2008).

2.3 Comunicación

Se podría decir que la comunicación es un aspecto universal en las sociales y en la vida en general, es decir, si no existiera el mundo entero dejaría de sentido. Por esto, se cree que es la comunicación la principal característica a tener en cuenta en cualquier ámbito relacional.

Para esto, se tomaran los aportes de Watzlawick (1985), ya que se cree fue principalmente, uno de los pioneros en desarrollar la teoría de la comunicación humana.

El mismo, dio sus inicios a la teoría considerando que “cuando, para el estudio de la conducta humana, se desplaza el énfasis de las intenciones a los efectos de los actos, se opera una modificación cualitativa que afecta la visión del mundo de quien lo lleva a cabo. Se pasa de una perspectiva fundamentalmente retrospectiva, introspectiva, basada en una lógica causal y lineal, a una predominantemente predictiva, centrada en observaciones consensuales, que opera sobre la base de una lógica recursiva o dialéctica. Y, cuando se desplaza el acento desde los procesos intrapsíquicos hacia los fenómenos interaccionales, se expande drásticamente la comprensión de la conducta humana” (Watzlawick, 1985, p. 11)

Watzlawick (1985) menciona que el enfoque comunicacional o sistémico logró un avance de las ciencias del comportamiento y proporcionó un modelo general para las ciencias psicológicas como sociales. Importa tener presente que los fenómenos de la comunicación poseen un complejo nivel de análisis, y si éste se hace de manera aislada puede empobrecerse lo observado. Cuando aprendemos el aprendizaje se hace desde un medio que transmite información, pero nadie nos enseña cómo se combinan los mensajes verbales y gestuales a partir de los cuales esa información se transfiere, pero de todas maneras se enseña y aprende igual. La multiplicidad de procesos interaccionales es enorme.

La comunicación es una condición sine qua non de los seres humanos, cuando adquirimos las reglas que pertenecen a la comunicación se ignora casi siempre en qué consiste esas reglas. Lo fundamental sería considerarla como un proceso de interacción, en el cual están presentes las nociones de función, información, retroalimentación y redundancia que permiten una comunicación exitosa, por lo que si algunas no están presentes se generan perturbaciones (Watzlawick, 1985).

Watzlawick (1985) sugiere que el estudio de la comunicación humana puede realizarse desde tres áreas, sintáctica, semántica y pragmática. La primera centrada en los problemas de transmisión de información (inconvenientes de codificación, canales, capacidad, ruido, redundancia, etc.), la segunda en la preocupación por el significado y la tercera en los efectos de la comunicación sobre la conducta.

Capítulo 3: Taller Psicoeducativo

Se podrían considerar a los talleres herramientas lo suficientemente utilitarias a la hora de emprender proyectos educativos, permiten modificar conductas y relaciones del instructor y sus alumnos de manera participativa, lo que admite desarrollar aún más sus potencialidades. Esto es así, ya que la importancia está posicionada en la participación de los alumnos, una práctica educativa psicocéntrica, donde el acento se posiciona en quien aprende (Ander-Egg, 1999).

Actualmente se puede visualizar un uso indiscriminado del término, ya que se ha observado su expresión para denominar a la gran mayoría de actividades que tienen un perfil participativo.

Es esencial, por lo tanto, la definición del mismo, que según Ander-Egg (1999) se fue modificando a lo largo del tiempo. Inicialmente la palabra taller estaba vinculada a las preparaciones que se realizaban para adquirir determinadas habilidades manuales, referente a un oficio particular. Luego, el acento se posicionó en aquellas actividades extra-curriculares más referidas a la creatividad y la recreación. Y finalmente, es Freinet quien consideró al taller como una manera de instaurar puentes y uniones a los

conocimientos transferidos, tanto en el aula, como en la vida de los niños, lo que permite la adquisición de destrezas útiles a la cotidianidad.

A pesar de esto, Ander-Egg (1999) considera que no es tarea fácil definir al taller como una técnica de enseñanza y aprendizaje. Por este motivo su significado es elaborado desde la perspectiva pedagógica, la cual establece la importancia de la experiencia en el aprendizaje, es un aprender haciendo, realizado conjuntamente en grupo. Este termino, “aprender haciendo”, es acuñado por John Dewey, quien prioriza la práctica sobre la teoría.

La participación activa de los implicados es notable en todo proceso de enseñanza y aprendizaje, aunque es visible cierta dificultad ante tanta formación competitiva en los procesos sociales y educativos. Es fundamental por lo tanto, la reeducación en el aprendizaje para conseguir una cooperación. De esta manera se desestima de cierta forma los contenidos teóricos y el estudio de los mismos, enfocándose primordialmente en la idea fundamental del aprendizaje participativo a través de la participación. Esto significa que se aprende a participar participando, lo cual permite el proceso de actitudes y comportamientos interactivos, como también el hecho de formarse para saber participar (Ander-Egg, 1999).

De la misma manera no puede dejarse de lado la mirada interdisciplinaria del taller. Al hablar de participación es ineludible pensar en la articulación de diferentes pensamientos y opiniones que tendrán los posibles miembros del grupo configurado dentro del taller. Por este motivo, Ander-Egg (1999) lo considera un grupo social organizado y superador de jerarquías, que a través del uso adecuado de técnicas alcanza su mayor productividad.

Metodología

Con el propósito de conocer la institución a través de la elaboración de un diagnóstico presuntivo, y la consecuente demanda o problemática que de ella se pueda arribar, es que se busca realizar una propuesta de aplicación y obtener una solución adecuada. Para esto, se escogió un diseño exploratorio descriptivo con un enfoque cualitativo.

Es exploratorio debido a que, como su definición lo indica, el objetivo es explorar un tema que ha sido poco estudiado o desarrollado en los últimos años. Además, también refiere a la no detección de antecedentes orientados al mismo proyecto con anterioridad en la institución trabajada. La capacitación de habilidades sociales en enfermería es una problemática novedosa y que hoy en día resulta de gran importancia implementar (Cazau, 2006).

Por otra parte lo descriptivo, según Cazau (2006), está centrado en la explicación y caracterización de ciertos conceptos o variables. En este caso en particular se define todo aquello que acontece al entrenamiento en habilidades sociales orientado a la profesión de Enfermería.

Y por último, posee un enfoque cualitativo ya que se prioriza la subjetividad de cada entrevistado, evitando cuantificar los datos obtenidos a través de entrevistas semi estructuradas. Existe cierta limitación a las preguntas, donde por el contrario, prevalece la espontaneidad del entrevistado en las temáticas a desarrollar, debido a que, aunque se cuenta con preguntas definidas, es el entrevistado el que guía la entrevista.

Procedimiento

Se asistió tres veces a la Clínica. En el primer encuentro, se realizaron entrevistas en el área administrativa y al director de la misma para recabar la mayor cantidad de información posible y de este modo, comprender su funcionamiento y elaborar un diagnóstico institucional.

Finalmente se destinaron los dos últimos encuentros para realizar las entrevistas a los profesionales implicados, debido a la cantidad existente. Así mismo, a pesar de que se estipuló un tiempo determinado de 20min por entrevista, estas fueron semi dirigidas, por lo tanto el tiempo fue relativo a cada entrevistado.

Técnicas e instrumentos

La metodología utilizada para la recolección de datos fue:

- Técnicas: se contó con revisiones de documentación propia de la institución, y a su vez, entrevistas semiestructuradas, según León y Montero (2003), debido a que se utilizaron preguntas tentativas previamente determinadas, pero fue el entrevistado el que guió la elaboración de otras. La presencia de éste permitió la interferencia del propio entrevistador en caso de que sus respuestas fueran ambiguas o inentendibles. (Ver anexo)
- Instrumentos: documentación institucional y guía de preguntas. (Ver anexo)

Población y muestra

La población estuvo constituida por: 53 profesionales de la clínica Philippe Pinel.

La muestra fue: dos profesionales por cada área de especialización, en relación a las profesiones que allí se desarrollen y formen parte del internado de la clínica, elegidos por la posibilidad y la elección de participar. Las áreas de especialización son seis: Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Profesorado de Educación Física, Trabajador Social y Nutrición. En relación a las últimas tres profesiones sólo existió un solo profesional a cargo.

Es por lo tanto, según Vieytes (2004), una muestra no probabilística accidental, ya que no todos tienen la misma oportunidad de participar en la investigación. En relación a lo accidental, León y Montero (2003) lo definen como la ocurrencia de una circunstancia particular, es decir, la participación a la investigación fue de aquellos que al momento de las entrevistas estuvieron dispuestos a informar.

Consideraciones éticas

Dentro de las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta, se podría decir que todos los involucrados en el análisis del trabajo están notificados bajo una carta informativa, entregada al director de la institución con quien se hizo el primer contacto, respecto a los objetivos que se buscan. Además, cuentan con un consentimiento informado lo que nos garantiza la intención voluntaria para participar en la investigación. Por último, se comunicó a su vez que los datos que se obtengan no serán utilizados para otras investigaciones. (Ver anexos)

Relevamiento institucional

Devenir histórico de la institución:

El 24 de mayo de 1977, el Dr. Juan Bautista Dichiará, en el acto de inauguración, coloca la piedra fundamental de FUNDADIC.

En el transcurso de siete meses, la fundación avanzó en su infraestructura; se construyeron aproximadamente 150 m², los cuales serían el núcleo para salón de actos y conferencias de FUNDADIC.

El objetivo de la fundación es propender en la investigación y estudio de la psiquiatría clínica. Su finalidad no es ofrecer medicina clínica directa. Sin embargo, para el cumplimiento de su tarea, precisa desempeñarse en un medio en donde lo hagan. Por ende, surge la necesidad de un centro de asistencia que comparte la misma estructura edilicia de la fundación; es decir una clínica psiquiátrica que trabaja con la internación y tratamiento de los pacientes.

FUNDADIC alquila las instalaciones a la sociedad PHILIPPE PINEL como permisionario de la fundación.

En 1978, el primer año de la institución, ya se habían construido 300 m² y se habían comenzado a realizar ampliaciones. Esto demostraba el arduo trabajo que se realizaba en la institución.

En este mismo año, asumieron sus cargos los miembros del Primer Consejo de Administración y Comisión del trabajo establecido en el estatuto. Esta primera comisión estuvo presidida por el Dr. Juan Bautista DiChiara; Secretaria Beatriz Florinda Velazco; Tesorero DelforRossoDegiovanni; Secretario Ejecutivo Dr. Cergio Ramón Castillo; Secretario de Relaciones Publicas Julio KanievskyGirard; Secretario de Relaciones Profesionales Dr. José Alberto Ricca; Asesores Dr. Ignacio Singer y Contador Tomas Romero.

En el año 1979, la clínica contaba con 1200 m2 totalmente construidos y equipados. En el año 1982, FUNDADIC contaba con tres pabellones: Pabellón central, central, pabellón local y pabellón Gropper.

Sus primeros postulados hablaron de tres tópicos: asistencia, docencia e investigación, los cuales se van superponiendo progresivamente en la práctica cotidiana de la fundación.

Actualmente la Clínica tiene como director a Juan Pablo Vedia, y forman parte del trabajo diario: Médicos Psiquiatras, Licenciados en Psicología, Nutricionistas, una Profesora de Educación Física, un Asistente Social, Médicos Residentes de Psiquiatría, pasantes de Acompañamiento Terapéutico, practicantes de Psicología, Enfermeras/os por cada piso, personal administrativo y personal de mantenimiento.

El nombre de la clínica se debe al médico psiquiatra francés Philippe Pinel. Este médico del siglo 18, luchaba por la humanización del trato que se daba por entonces a las personas con patologías psicológicas, y promovía la eliminación, en primera instancia, del encadenamiento a las paredes. En su época a los pacientes se los ataba o se los quemaba por herejes. Él fue el primero en tratarlos como personas con patologías.

El modelo al que adhiere la clínica es biologicista e implementan terapia de tipo Cognitivo Conductual, lo cual implica el uso de psicofármacos acordes al cuadro que presenta cada sujeto en particular. Paralelo a lo mencionado, existe aplicación de Psicoterapia en las cuales se indican y rigen pautas directivas a realizar por los pacientes.

La Clínica no solo trabaja con pacientes internados allí, sino también, con pacientes ambulatorios que participan del Hospital de Día.

Descripción de misión/visión:

Como premisa fundamental, la misión de la institución, se basa en el alcance de la comunidad para poder brindar sus servicios de salud a la mayor cantidad de gente

posible, teniendo como destinatarios clientes, pacientes y familiares. Se busca a su vez, brindar un servicio de Salud Mental de calidad en relación a las técnicas que se proporcionan.

La visión de clínica es una orientación biologicista y cognitivo comportamental siguiendo el eje multidisciplinar.

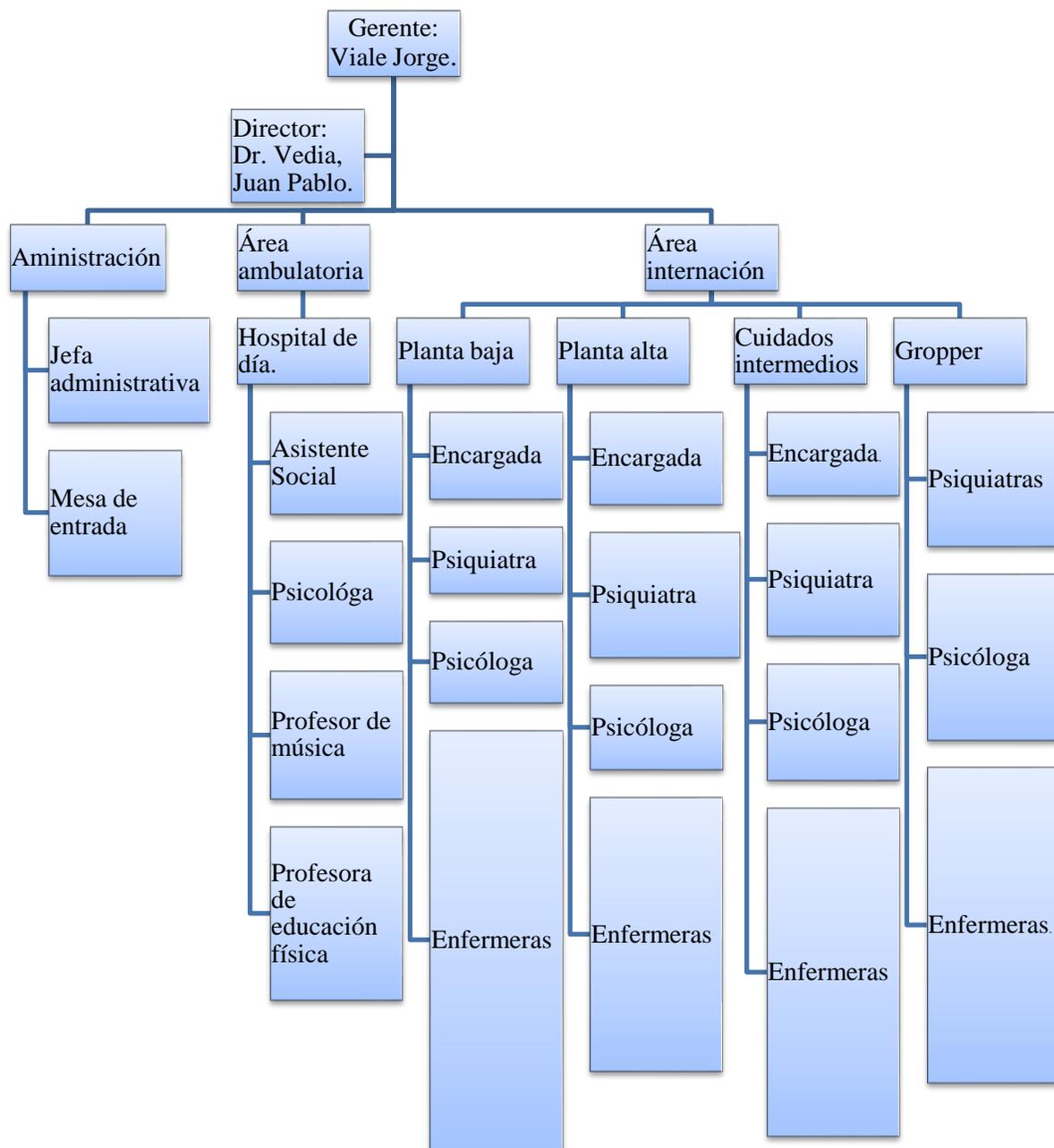
Servicios que provee:

La clínica Philippe Pinel proporciona atención de Salud Mental multidisciplinar a sus consultantes, los cuales deben abonar dinero para recibir los servicios que necesitan obtener. De acuerdo a su estabilidad y patología, pueden ingresar al área de internación; frecuentar las salas ambulatorias, donde se ofrece psicoterapia individual o si algún paciente lo desee, participar de talleres grupales. Por lo tanto, se pueden evidenciar tres zonas de trabajo, la hospitalización de agudos y crónicos, la hospitalización parcial (Hospital de Día) y los tratamientos ambulatorios.

Por otra parte, la fundación, es decir, FUNDADIC capacita a los médicos. Ellos realizan sus residencias profesionales en la clínica, lo que les permite ganar experiencia y conocimiento sobre las patologías que se presentan.

Organización:

Organigrama



La clínica cuenta con 53 profesionales, distribuidos en sus diferentes áreas especializadas. Hay veintiún Enfermeros, los cuales realizan diversas actividades como: entregar la medicación, higienizar, curar, toma de tensión, controlar signos vitales y alimentar a todos los pacientes de la clínica; una Psicopedagoga, la cual realiza

tratamientos ambulatorios con sus pacientes; un Trabajador Social, que realiza el abordaje familiar de pacientes internados, ambulatorios y de Hospital de Día, como también gestiones de PAMI; una Profesora de Gimnasia, que busca lograr la externación de los pacientes al ámbito social, además del rendimiento físico de los mismos; una Nutricionista, que realiza la evaluación nutricional de los pacientes internados; siete Psicólogos, los cuales brindan psicoterapia individual a pacientes internados, de Hospital de Día y ambulatorios desde las líneas teóricas que siguen; y veintidós Médicos, que además de controlar y administrar el esquema farmacológico para cada paciente, realizan intervenciones terapéuticas a ambulatorios, internados y de Hospital de Día.

Infraestructura

El edificio cuenta con tres pisos que se subdividen en cuatro pabellones y un área ambulatoria. Estos cuatro pabellones contienen un office de enfermería y se organizan en función de la patología que presenta el paciente internado, y son: Planta Baja, Cuidados Intermedios, Planta Alta y Gropper.

En la planta baja de la institución se encuentra la parte ambulatoria que cuenta con una sala de espera, dos oficinas cerradas, tres puestos de trabajo y catorce consultorios. A su vez está el pabellón Planta Baja, con 9 habitaciones de dos o tres camas cada una y un baño privado, y Cuidados Intermedios, con una habitación grande de trece camas. En ambos pabellones generalmente concurren los pacientes menos válidos, con dificultad en su movilización, ya sean crónicos o agudos.

En el primer piso se ubica Planta Alta, con dieciocho camas, divididas en 9 habitaciones y un baño privado en cada una de ellas, las patologías que se encuentran son crónicas o agudas. Y por último, el tercer piso cuenta con el pabellón Gropper donde se encuentran los pacientes con trastornos de la personalidad leve, que están próximos al alta médica. Al igual que Planta Alta y

Baja, tiene la misma cantidad de habitaciones, cama y baños. Las patologías más frecuentes son trastornos de personalidad.

La clínica posee también un patio general que se divide en tres, una parte comunica a Gropper, otra a Planta Alta y otra a Planta Baja y Cuidados Intermedios. Cada sección de internación es cerrada, por lo tanto, los pacientes de un pabellón no pueden comunicarse con los pacientes de los otros pabellones.

Análisis de datos

Se considera que, en base a la metodología utilizada el análisis es de tipo cualitativo, ya que se usó como técnica fundamental la entrevista, que permite detectar lo peculiar y particular de cada persona que participa en la investigación.

Dicha técnica fue seleccionada principalmente por la efectividad que se cree tiene para mostrar la problemática esencial que la institución presenta. Al no tener suficientes conocimientos sobre la misma, ni de sus manejos internos, no podemos saber de ante mano la demanda que existe, por lo tanto, se consideró a la entrevista una manera confiable de conocer en forma global su funcionamiento.

A pesar de emplearse una guía de preguntas, lo importante fue identificar en los relatos lo que cada uno opinaba y cómo cada uno se sentía dentro de la clínica.

De lo recabado entonces, se puede concluir que la clínica tiene una pertinente organización en relación a las direcciones establecidas por el director de la misma, la mayoría de los entrevistados se mostraron conformes y cómodos con su trabajo, enérgicos y con buena disposición. Si bien su base administrativa se encuentra en Córdoba, se observa que el director busca un trabajo en conjunto con los profesionales intentando solucionar cualquier inconveniente entre todos.

El asistente social consideraba: "...volviendo a la conformidad la verdad que yo toda vez que he propuesto algo, eso es algo que yo lo destaco mucho a todos los que están acá, todo lo que se proponga nunca te han dicho que no. El Hospital de Día fue una propuesta mía con la profe de educación física y lo diseñamos nosotros, lo armamos nosotros. Nadie vino y nos dijo como hacerlo. Los horarios de trabajo a mí nunca me los limitaron, o sea nunca me bajaron línea, ante cada dificultad que hubo, cada propuesta, fue bueno dale metele..."

El problema a veces está en que es la mayoría y no todos los implicados de la clínica los que tienen un buen vínculo y comodidad. Nunca hay que dejar de lado la pequeña parte afectada del conjunto. Sobre esto, una de las Enfermeras exponía sobre sus compañeros en relación al vínculo con los demás profesionales: "Y hay algunas otras

personas que tienen problemas, no hay tanto feeling entre ellos, entonces bueno quizás se genere un roce. Pero bueno nosotras hasta ahora no.”

Las dos entrevistadas de Enfermería coincidían en la comodidad de trabajo y la apertura en opiniones que se manifestó, pero consideraron que otros Enfermeros no la tienen. Esto permite ver una dificultad en las relaciones que sólo se da con este servicio de la institución, ya que los otros profesionales no manifestaron ningún inconveniente entre ellos pero si con Enfermería, tema que se desarrollará más adelante.

En cuanto a la atención psiquiátrica, tanto los Psicólogos como Psiquiatras tienen la oportunidad de participar con sus opiniones y puntos de vistas sobre cada caso lo que hace enriquecedor el quehacer médico de la institución. Aunque la línea teórica de base es la Cognitiva, algunos que no la apoyan de manera exclusiva tienen la posibilidad de trabajar de otro modo, siempre consultando con el director para supervisar las ideas. Una de las psicólogas comentaba, “... si no estuviera conforme trataría de hacerlo de otra manera. Además, tenemos cierta libertad como para manejarnos dentro de lo que tenemos que cumplir, de manejarnos como a nosotros nos parezca más cómodo.”

Lo mencionado anteriormente hace notar cierta apertura y flexibilidad de la clínica, cuestiones muy positivas para su desempeño. Lo importante es que ésta cualidad fue mencionada también por el asistente social, la nutricionista y la profesora de educación física, que aunque no lleven a cabo una atención psiquiátrica en sí, sí pueden opinar sobre el bienestar del paciente y sus consideraciones, lo que permite corroborar lo dicho por la psicóloga.

Es posible que el servicio de Enfermería no este implicado en estas opiniones y que la afinidad solo se dé entre los otros profesionales. Es entendible que cuando no hay buena relación cuesta incluir y escuchar opiniones, pero quizás seria bueno la incorporación de los enfermeros en las revistas de sala. De esta manera se cree que se entenderá mejor el trabajo en equipo y además se brindará un espacio de escucha y entendimiento mucho más efectivo.

Por otro lado, el edificio con el que cuenta es antiguo y no posee las reparaciones necesarias, lo que dificulta la atención brindada a los pacientes. Una de las enfermeras

comentaba sobre esto, "... Más allá de alguna cosita que uno no puede estar de acuerdo como el agua, pero está todo bien... porque por ahí se rompen las cosas."

El problema radica en la falta de compromiso por parte de la administración de Córdoba que hace enojar a los profesionales, que a no ser de su voluntad y vocación no podrían realizar todo lo que están haciendo. Hacen todo lo posible con las pocas herramientas que tienen. Esto se evidencia fundamentalmente en aquellos profesionales que realizan talleres o actividades de recreación, debido a que son los que necesitan de espacio y elementos para trabajar y estimular a los pacientes.

La profesora de educación física se notó molesta por dichas cuestiones y mencionó, "...el tema de materiales, que por ahí no quieren invertir mucho, porque siempre me las arregle sin nada, pero yo siempre planteo que, si ellos me piden, me exigen que haga, me tienen que dar las cosas sino no exigen.". Se cree de manera hipotética que los administradores no están teniendo en cuenta el fin propio de la clínica, que es brindar atención psiquiátrica para mejorar el bienestar de las personas, y se centra más en cuestiones monetarias, ya que, si eso es un gasto más, se deja de lado.

Por otra parte, aquello que se considera que debe solucionarse en primacía, tiene que ver con uno de los grupos de trabajo que componen la institución, Enfermería. La mayor parte de los entrevistados se vieron disconformes con la forma de trabajo realizado por los enfermeros. Esta es una problemática complicada para Phillippe Pinel, ya que los enfermeros son los que están la mayor parte del tiempo con los pacientes, son los que los cuidan, los bañan, les dan de comer, los ayudan, etc., y hasta son ellos mismos los que les comunican a los familiares cómo creen que están los internados.

Se observa una disputa de poder que quizás está más relacionado a fallas en sus habilidades sociales, que los enfermeros no han tenido la oportunidad de resolver. Se espera que en las instituciones el trabajo sea interdisciplinario, se buscaría un trabajo en conjunto con los profesionales implicados para alcanzar un buen desempeño laboral. Si existen dificultades a nivel relacional es fundamental solucionarlas, debido a que afectan el rendimiento de todos los involucrados.

El trabajador social comenta sobre esto, "...El enfermero es quien esta con el trato directo con el paciente, el contacto físico con el paciente. En una institución psiquiátrica el contacto físico es importante, cuando vos no tenés formación, capacitación, la enfermera se pone reivindicativa con los profesionales, sin herramientas solo porque le parece. Entonces se genera tensión con los profesionales. A su vez es la enfermera que está en contacto con los familiares, cuando vienen preguntan a las enfermeras "¿Por qué esta así fulano?" y la enfermera "ah, no sé yo le dije al médico hace dos días", en vez de decir lo que realmente tienen que decir que es, que hablen con el doctor o con el médico de guardia."

Este problema no solo aqueja a la institución en su aspecto interno, sino que también repercute a nivel público, lo que la empobrece en gran medida. Tras esta disputa de poder, los enfermeros se la rebuscan de cualquier manera y hasta publican en las redes sociales sus quejas y peticiones. Lamentablemente estas redes hacen llegar información a muchísima cantidad de personas, por lo que estos datos dañan la identidad de la institución y dificulta el ingreso de pacientes que quieran atenderse en dicha clínica.

La psicóloga comentaba sobre esto, "... Hay escasa profesionalidad en enfermería... Las que están acá son unos dinosaurios, son gremialistas, han puesto hasta cosas públicas dirigidas al director en el Facebook, así bajo bajo. O sea, juegan en contra."

La forma en la que algunos enfermeros intentan solucionar inconvenientes o resolver conflictos no ayuda, ni es efectivo para encontrarlos.

Siguiendo con lo informado por la psicóloga, ésta agrega: "...Te retan, a mí me han marcado que estoy o no en el piso, vos imagináte..."

A su vez, la nutricionista informó: "...dificultades con la atención de la comida, de quien te dijo y acuso, y la idea es entender que no es acusar es trabajar. Esto se ve en enfermería."

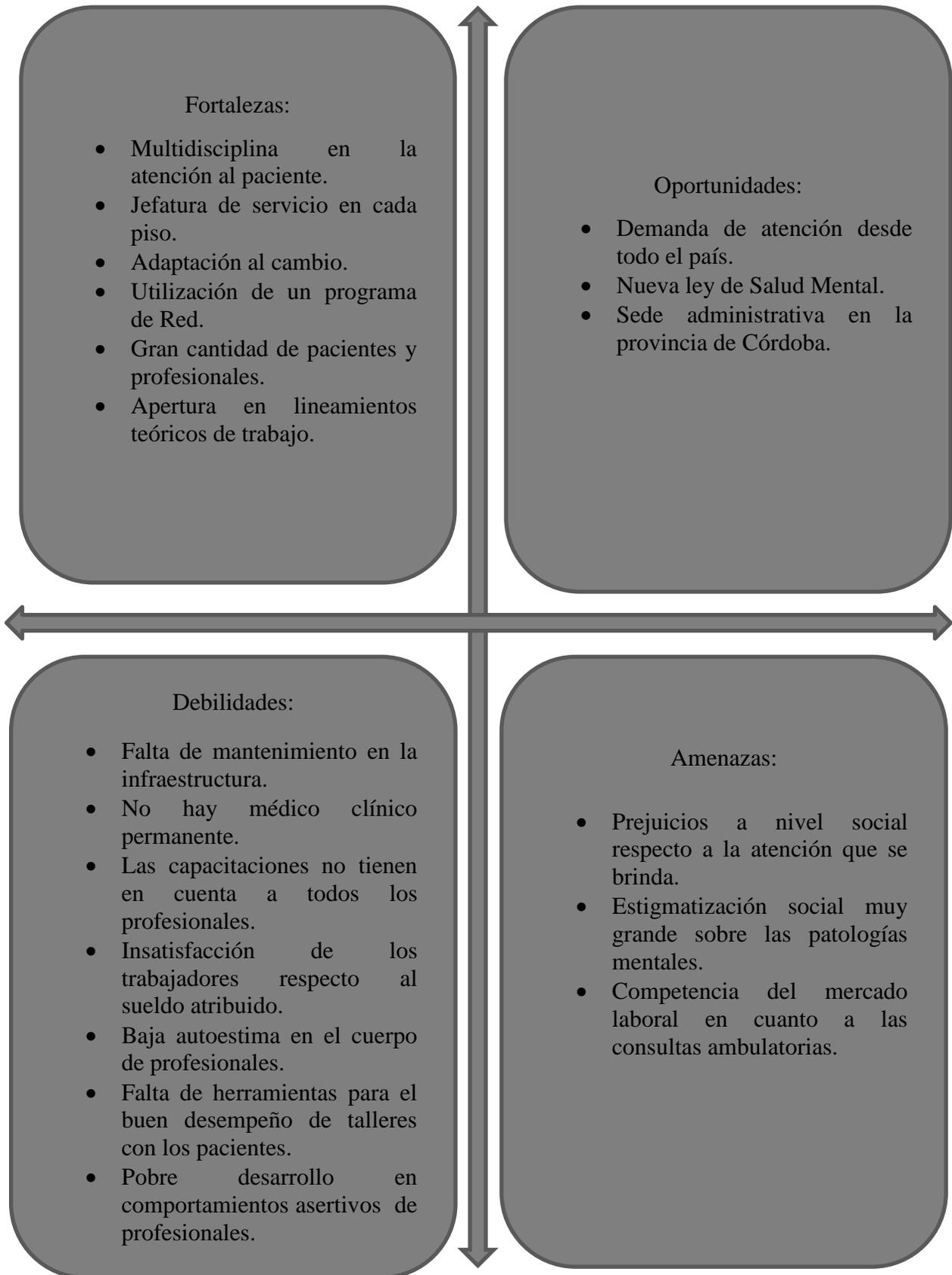
Se puede ver nuevamente, las fallas en las modalidades de comunicación para expresar lo que piensan, o lo que creen que se esta desarrollando de mala manera.

Uno de los psiquiatras consideraba como solución: “Educarlas, en el sentido de formación de cursos, mantenerlas informadas. Capacitación, me parece fundamental. Hay enfermeras que buscan conflicto, ese es el problema.

La cuestión es que ésta problemática, se cree que es responsabilidad de la clínica, se ha observado que las capacitaciones dictadas a los profesionales excluyen a los Enfermeros. Algo paradójico ante tanta queja, ya que si se los escuchara y se los tuviera en cuenta se podría notar esta dificultad, que esta fuera de ser un error de ellos, sino de la institución, que no brinda los suficientes recursos para favorecer a todos sus empleados.

A continuación, se presenta de manera puntual cada aspecto de la información recabada respecto de la clínica a través de un análisis FODA.

Análisis FODA



Fundamentación de la demanda

Es menester considerar que, en base a los datos analizados de la institución, el cambio debe ejercerse primordialmente en una de las áreas de recursos humanos con la que cuenta la clínica, el servicio de Enfermería.

Si bien, luego de la recolección las problemáticas detectadas fueron variadas, como ser fallas en la infraestructura, faltas de materiales para trabajar con los pacientes, la inexistencia de un medico clínico permanente, entre otras, la decisión por una de ellas fue tomada en cuenta en función a la posibilidad de abordarla desde la Psicología.

Se visualizan dificultades en los enfermeros que es altamente recomendable solucionar, no solo para la clínica sino para todos aquellos que la componen y trabajan día a día en su funcionamiento.

Es sabido que las relaciones humanas siempre son conflictivas, es difícil contar con el acuerdo de todos y que todos quieran lo mismo. Lo importante es, más allá del consentimiento de cada uno, la comprensión, la unidad, la escucha y el acompañamiento que puede generarse.

Cuando uno forma parte de un grupo y se siente parte del mismo, apoya, contiene e informa a los demás, sea en decisiones, cambios, desempeño, u otras cosas. Lo que se pudo observar es que existen algunos conflictos que de alguna manera alteran el desempeño, algo que debe mejorarse fundamentalmente para la calidad de trabajo.

El compromiso, por lo tanto, debe estar en la clínica, y su posibilidad de brindar un espacio de atención particular al servicio de enfermería, para promover el desarrollo de habilidades sociales que permitan mejorar las relaciones entre los profesionales que trabajan en ella, y también con los pacientes a los cuales asisten día a día.

Por lo tanto, frente a estos inconvenientes se considera aconsejable, el poder trabajar favoreciendo el impulso de conductas asertivas que sean pertinentes a una convivencia social adecuada, y que de esta manera mejore la comunicación grupal, lo que permita revalorizar a los Enfermeros.

Propuesta de aplicación profesional

Fundamentación:

Se considera la solución más óptima, implementar un taller psicoeducativo para promover el desarrollo de habilidades sociales a todos los enfermeros de la clínica, y así mejorar su trabajo con los pacientes y favorecer la relación con los demás profesionales.

La elección de un taller, es debido fundamentalmente al interés de la experiencia en el aprendizaje, otorgándosele más valor a la práctica de la enseñanza. Se habla entonces, de un aprender haciendo, realizado conjuntamente en grupo (Ander-Egg, 1999). De esta forma se fomenta la unidad, necesidad e importancia de todos en la tarea.

Por otro lado, se le da un lugar de primacía al aprendiz (Ander-Egg, 1999). Esto sería una de las formas en la que se lograría vencer la desigualdad presente en la institución, debido a que se piensa que los enfermeros no se tienen en cuenta de la manera en que se debería. Quizás es esto lo que genera una disputa de poder, que podría representar un llamado de atención por parte de ellos, para hacerse valer de algún modo. Por lo tanto, el hecho de que los capacitados sean los Enfermeros, representaría un lugar categórico, que a través del taller incorpora un espacio particular de atención.

En función al desarrollo en habilidades sociales, se cree oportuno particularmente por la posibilidad de modificar comportamientos a través de su entrenamiento. Como las quejas recaen sobre los enfermeros se piensa que existen problemáticas en sus formas de relación y comunicación, por lo tanto, el entrenamiento en sus habilidades generaría cambios beneficiosos para la interdisciplina laboral.

En función a la dirección del mismo, ésta será desarrollada por un profesional, específicamente un Licenciado en Psicología, orientado en la temática. Es decir, los recursos humanos por excelencia para la concertación del taller serán los enfermeros y el profesional a cargo.

Objetivos generales clínicos a lograr:

Debido a la cantidad de enfermeros de la clínica y la necesaria disponibilidad de los mismos a todo momento y todos los días, resulta eficiente organizar el taller en tres grupos de 7 personas cada uno. Un grupo deberá asistir los viernes por la mañana, el otro sólo por la tarde, mientras que al tercero se destinará el día sábado por la tarde.

En primera instancia se buscará desarrollar la autoestima en los enfermeros para revalorizar su imagen como profesionales. Se realizará a través de los dos primeros encuentros del taller psicoeducativo con una duración aproximada de 3 horas y media, con receso de 15min, buscando específicamente la comprensión en los mismos de una jerarquización más igualitaria en las funciones de los profesionales, permitiéndoles entender que su labor es tan importante como el de los demás.

Una vez logrado esto se destinarán otros dos encuentros, de 3 horas de aproximación y un intervalo de 15min de descanso, donde se brindará principalmente, el perfeccionamiento de conductas asertivas pertinentes a una convivencia social armónica. Se intenta lograr la incorporación de comportamientos eficaces y apropiados para entablar relaciones afines, respetando el lugar del otro y haciendo valer a su vez, los derechos personales de uno.

Luego, se priorizará el logro de una comunicación adecuada mediante el fortalecimiento de los vínculos interpersonales. Este objetivo se desarrollará también a través de dos encuentros, con un tiempo estimado de 3 horas en su duración. Se buscará entablar canales de comunicación formal prácticos y útiles, donde la confianza y la igualdad sea la base de su desarrollo.

Finalmente, se realizará una evaluación de impacto, que constará en un último encuentro de 2 horas de duración después de haber pasado un tiempo considerable. El propósito será poder observar los efectos que el taller ejecutado ha brindado a la clínica y el resultado que han obtenido los Enfermeros respecto a la efectividad del mismo.

Aspectos específicos de la propuesta

Cronograma (Diagrama de Gantt)

ACTIVIDADES	MES 1				MES 2			MES 4
	1	2	3	4	5	6	7	16
Presentación/Autoestima								
Reforzamiento personal								
Asertividad laboral								
Comportamiento eficaz								
Escucha activa								
Mejorías comunicacionales								
Evaluación inmediata								
Evaluación mediata								

Encuentro N° 1

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo una dinámica.

Tema: Presentación y Autoestima.

Objetivo general del encuentro: Dar iniciación al taller y fomentar el desarrollo de autoestima que permitan revalorizar la imagen como enfermeros.

Dinámica: Conocer mis fallas.

- Materiales: salón; sillas; hojas y lapiceras.
- Tipo de estrategia: se realizará la presentación del coordinador, de todos los miembros del grupo de trabajo, y de los objetivos propuestos para los encuentros; luego comenzará a trabajarse el primer objetivo planteado, que constará únicamente de explicitar los errores más comunes que afectan la autoestima, y de este modo encontrar soluciones que logren modificarla.
- Tiempo estimado: 3 horas con receso de 15min. para cada encuentro.
- Instrucciones para el Coordinador:
 - El profesional a cargo se presentará y expondrá los objetivos propuestos para los encuentros, finalizado esto, se seguirá con la presentación grupal para conocer a todos los integrantes.

- Para comenzar a trabajar la autoestima en los enfermeros se mostrarán imágenes de algunos de los errores frecuentes que afectan nuestra autoestima.
- Se busca que los participantes reflexionen y opinen sobre las imágenes expuestas. Es importante que se originen varias respuestas para lograr un análisis grupal.
- Luego se explicará en qué consiste cada error y cuales son los otros que se utilizan frecuentemente.
- Para finalizar, el coordinador dará unos pasos a seguir para la superación personal. Estos pasos constan de: 1) plantearse una meta clara y concreta; 2) establecer las tareas específicas que son necesarias realizar para lograrla; 3) organizar las tareas según el orden a realizarlas; y 4) ponerlas en marcha e ir evaluando los logros que se consiguen.
- De esta manera los integrantes terminaran su primer encuentro con ideas claras beneficiosas para su bienestar emocional.

Pensamientos erróneos según Marcuello García A. A. (2006):

Sobregeneralización: A partir de un hecho aislado se crea una regla universal, general, para cualquier situación y momento: He fracasado una vez (en algo concreto); ¡Siempre fracasaré! (se interioriza como que fracasaré en todo).

Designación global: Se utilizan términos peyorativos para describirse a uno mismo, en vez de describir el error concretando el momento temporal en que sucedió: ¡Que torpe (soy)!

Pensamiento polarizado: Pensamiento de todo o nada. Se llevan las cosas a sus extremos. Se tienen categorías absolutas. Es blanco o negro. Estás conmigo o contra mí. Lo hago bien o mal. No se aceptan ni se saben dar valoraciones relativas. O es perfecto o no vale.

Autoacusación: Uno se encuentra culpable de todo. Tengo yo la culpa, ¡Tendría que haberme dado cuenta!.

Personalización: Suponemos que todo tiene que ver con nosotros y nos comparamos negativamente con todos los demás. ¡Tiene mala cara, qué le habré hecho!.

Lectura del pensamiento: supones que no le interesas a los demás, que no les gustas, crees que piensan mal de ti...sin evidencia real de ello. Son suposiciones que se fundamentan en cosas peregrinas y no comprobables.

Falacias de control: Sientes que tienes una responsabilidad total con todo y con todos, o bien sientes que no tienes control sobre nada, que se es una víctima desamparada.

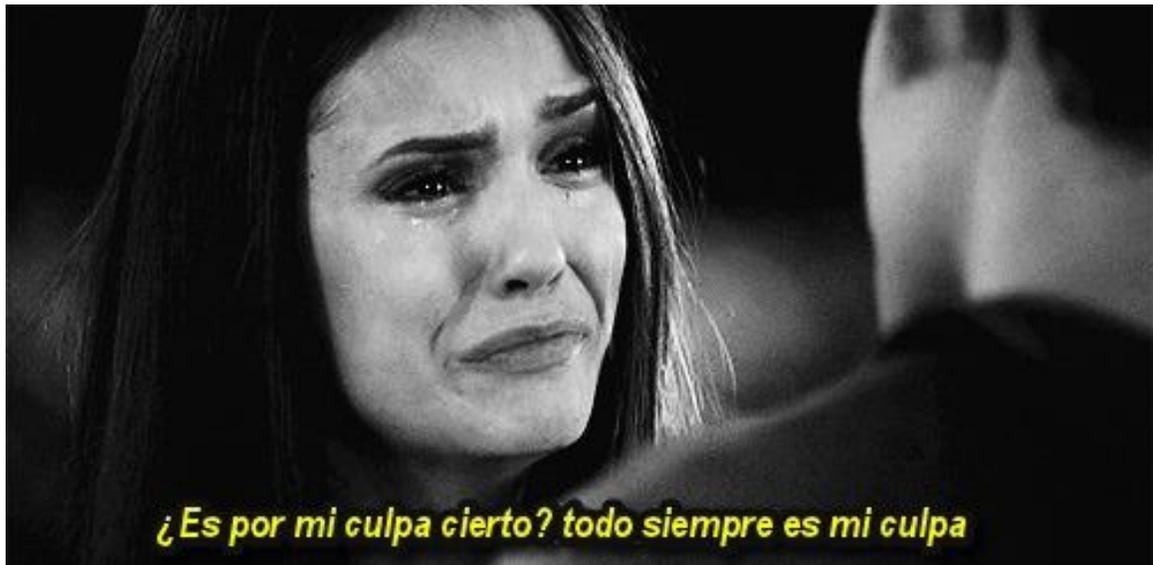
Razonamiento emocional: Si lo siento así es verdad. Nos sentimos solos , sin amigos y creemos que este sentimiento refleja la realidad sin parar a contrastarlo con otros momentos y experiencias. "Si es que soy un inútil de verdad"; porque "siente" que es así realmente

Imágenes:

Sobregeneralización



Autoacusación



Lectura del pensamiento



Falacias de control



Encuentro N° 2

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo dos dinámicas.

Tema: Reforzamiento personal.

Objetivo general del encuentro: Fomentar el desarrollo de autoestima que permitan revalorizar la imagen como enfermeros.

Dinámica N° 1: Aceptar nuestros errores.

- Materiales: salón; sillas; hojas y lapiceras.
- Tipo de estrategia: comprender que siempre existen fallas personales y que pueden cambiarse/mejorarse por voluntad propia.
- Tiempo estimado: 1 hora y media aprox.
- Instrucciones para el Coordinador:
 - Se solicitará que cada integrante pueda escribir en una hoja tres o cuatro cosas que más le molestan de sí mismo.

- De esta manera se busca que tomen conciencia que los defectos están presentes en todos por igual.
- Una vez realizada la actividad cada uno deberá transformar esa debilidad que tanto molesta en un logro, porque en definitiva es algo que afecta y genera incomodidad por lo tanto resulta de suma importancia mejorar.
- El objetivo particular es hacer que esas transformaciones descritas anteriormente se lleven a cabo en sus vidas, algo que les permite dar cuenta de su potencial y fortaleza.

Dinámica N° 2: Autovaloración.

- Materiales: salón; sillas; pizarrón y tizas.
- Tipo de estrategia: a través de la técnica “lluvia de ideas” se intenta recapacitar sobre todas las cualidades positivas que existen y que muchas de estas, algunas veces pasan desapercibidas y ni se tienen en cuenta.
- Tiempo estimado: 1 hora y media aprox.
- Instrucciones para el Coordinador:
 - Una forma de valorarnos como personas es conociendo cuales son todas aquellas virtudes que se tienen, ya que si no nos percatamos de lo positivo que tenemos, jamás estaremos conformes con nosotros mismos.
 - Se solicita que los integrantes comenten cosas positivas que pueden verse en una persona, todo lo que se les ocurra. Esta técnica es la “lluvia de ideas” ya que representa todo aquello que se nos vino a la mente.
 - Luego se reflexionará sobre las cualidades que cada uno tiene, o que quizás no tenga pero pueda poner en práctica.
 - Lo importante en esta dinámica es la familiarización con aspectos positivos, debido a que es probable que muchas de las cualidades que surgieron, no sean tenidas en cuenta en sus vidas.

Encuentro N° 3

En dicho encuentro se consideró utilizar una dinámica.

Tema: Asertividad laboral.

Objetivo general del encuentro: desarrollar conductas asertivas pertinentes a una armonía en las relaciones sociales.

Dinámica: ¿Qué haríamos si...?

- Materiales: salón; sillas; encuesta; lapiceras; pizarrón y tizas.
- Tipo de estrategia: a través de una encuesta se intenta reflexionar sobre las conductas asertivas, y las consecuencias positivas que tienen en su efecto. Se responde de manera individual y se reflexiona mediante la puesta en común.
- Tiempo estimado: 2 horas y media.
- Instrucciones para el Coordinador:
 - Se brindará una encuesta, a realizar de manera individual, en el cual estarán presentes una serie de situaciones. Cada uno deberá responder ¿Qué es lo que haría...? en cada situación.
 - A partir de esto se intenta tener una aproximación del tipo de comportamiento realizado de manera general.
 - Una vez terminada la encuesta, se pedirá que voluntariamente comenten sus respuestas. Intentaremos que por grupo se expongan aproximadamente 4 casos, para abarcar al menos, la mayoría.
 - Finalmente, entre todos se reflexionará sobre las conductas emitidas, y el coordinador explicará la importancia de ser asertivos en nuestras acciones y las consecuencias que pueden generarse al no serlo.
 - Se comparará una conducta no asertiva de aquella que sí lo es, con lo cual se considera esencial su definición para un mejor entendimiento.

Encuesta:

Ante las situaciones expuestas a continuación... ¿Qué haces?

1. En tu trabajo el jefe esta solicitando la elaboración de un actividad, pero te cuesta entenderlo porque hay compañeros hablando entre ellos y haciendo otras cosas que en ese momento no deberían... ¿Qué harías?

2. Salen a comer al parque un día soleado, y cuando terminan de almorzar observas que ha quedado toda la basura en el pasto... ¿Qué harías?

3. Estas con tu grupo de amigos y de repente ven a una persona con defecto físico. Algunos de ellos empiezan a hacer chistes y a burlarse de esa persona... ¿Qué harías?

4. Un compañero de trabajo te pide todo el tiempo que lo cubras es sus tareas, y hace lo mismo con otros compañeros... ¿Qué harías?

5. No te gustó la manera en la que te trató una persona/compañero de trabajo/amigo y consideras que ha sido una falta de respeto de su parte... ¿Qué harías?

Encuentro N° 4

También se consideró utilizar una dinámica en este encuentro.

Tema: Comportamiento eficaz.

Objetivo general del encuentro: desarrollar conductas asertivas pertinentes a una armonía en las relaciones sociales.

Dinámica: Buenos mensajes.

- Materiales: salón; sillas; planilla de actividades; lapiceras; pizarrón y tizas.
- Tipo de estrategia: transformación de mensajes agresivos en aquellos que sean útiles para una comunicación adecuada y eficaz. Se realiza la comparación a través de la técnica de role playing.
- Tiempo estimado: 3 horas.
- Instrucciones para el Coordinador:
 - En primera instancia, se explicará al grupo en qué consisten los “buenos mensajes” (aquellos en los que somos capaces de hacer que se entiendan nuestros sentimientos, ideas e intenciones, siempre respetando a los demás para lograr eficacia en la comunicación).
 - Luego se brindará un listado de frases agresivas e incorrectas que tienden a empobrecer nuestros mensajes y por ende la comunicación desarrollada. Este tipo de mensajes son aquellos en los que se atribuye a los demás aspectos negativos, sólo centrándonos en su conducta, culpándolos o acusándolos.
 - De esta manera se busca que transformen las frases brindadas en “buenos mensajes” y comprendan que siempre hay una mejor forma de comunicar lo mismo siendo asertivos en ello.
 - Para la transformación se pueden usar los siguientes pasos: 1) tan solo describir la situación/comportamiento que te molesta sin juzgar; 2) manifestar el efecto o consecuencia que esa situación generó; 3) y por último, expresar el sentimiento que se desplegó a partir de eso.
 - Finalmente a través del role playing (técnica en la cual dos o más personas representen una situación o caso particular, actuando según el papel que se les ha asignado), se presentarán dos situaciones en las cuales dos personas establecen un dialogo. Un participante de la primer pareja empleará mensajes agresivos hacia el otro y se observará qué consecuencia eso genera, mientras que el de la otra pareja utilizara “buenos mensajes”, lo cual permite ver concretamente la diferencia generada con el caso anterior.

Listado de mensajes agresivos:

- ¡¡De este tema no sabes absolutamente nada!!
- Con vos no se puede dialogar.
- Sos patético.
- ¡Siempre haces lo mismo vos!
- Hacerlo vos si tenés ganas. ¡Estas loco/a!
- Me tenés cansado/a, no haces otra cosa más que repetir siempre lo mismo.
- ¿Quién te crees que eres?

Situaciones para usar en role playing:

- a) Tu amigo te pide que lo acompañes a una fiesta pero preferís quedarte en tu casa durmiendo.
- b) Te cruzaste a un amigo por la calle y lo saludaste pero él no contestó porque estaba enojado. Vos no sabías nada respecto a su malestar.

Encuentro N° 5

Se ha dispuesto llevar a cabo una dinámica.

Tema: Escucha activa.

Objetivo general del encuentro: Lograr una comunicación adecuada mediante el fortalecimiento de los vínculos interpersonales.

Dinámica: Inhibir versus Potenciar.

- Materiales: salón; sillas; pizarrón y tizas.
- Tipo de estrategia: respetar y valorar al prójimo como actitudes esenciales para lograr una comunicación positiva.
- Tiempo estimado: 3 horas.
- Instrucciones para el Coordinador:
 - Se solicita al grupo de trabajo establecer cuales son las conductas que inhiben la comunicación de aquellas que la potencian.
 - De este modo, comienza a observarse la noción que los miembros del taller tienen sobre dicha temática.

- Se busca que comprendan la necesidad de abandonar acciones inhibitoras en sus relaciones sociales y opten por modificarlas hacia conductas empáticas y gratificantes.
- Para esto, el coordinador, luego de que el grupo exponga sus ideas, deberá escribir en la pizarra todas las conductas existentes diferenciando unas de otras.
- Luego se requiere el aporte de ejemplos prácticos, lo que permite un mejor entendimiento respecto a las diferencias entre inhibir y potencial la comunicación.
- Esto admite lograr conciencia sobre la importancia que tiene la manera en que expresamos nuestras ideas a los demás, y las consecuencias que de eso se generan.

Conductas que inhiben:

- Criticar
- Ignorar
- Contradecir

Conductas que potencian:

- aconsejar
- Tranquilizar
- Mostrar empatía
- Escucha activa

Encuentro N° 6

Para este encuentro se han dispuesto llevar a cabo dos dinámicas.

Tema: Mejorías comunicacionales.

Objetivo general del encuentro: Lograr una comunicación adecuada mediante el fortalecimiento de los vínculos interpersonales.

Dinámicas: Foro y Panel integrado.

- Materiales: salón y sillas.
- Tipo de estrategia: debate.
- Tiempo estimado: 3 horas.
- Instrucciones para el Coordinador:
 - A través de la dinámica de Foro el coordinador plantea la problemática comunicacional.
 - Sondea las opiniones de todos los integrantes respecto del tema y aumenta la información de los miembros o aclara contradicciones que puedan presentarse en función de éste.
 - Finalmente extrae conclusiones finales respecto del porqué en las fallas.
 - En función de la otra dinámica, Panel integrado, se busca que a través de pequeños grupos se generen soluciones efectivas para el mejoramiento de dicha problemática.
 - Cada grupo, conformado heterogéneamente (según edad y antigüedad de trabajo), dialogará sobre estas soluciones buscadas.
 - Luego, representantes de cada grupo integran un nuevo grupo y debaten para llegar a un desenlace final.
 - Finalizado este encuentro se establece el cierre del taller realizado, agradeciendo la participación y voluntad al mismo. Se invita a los integrantes contar su vivencia durante el taller, si les ha gustado o no, si hay algo que cambiarían del mismo y todo aquello que deseen expresar. A su vez el coordinador también expresará su propia experiencia y aprendizaje, y expondrá de manera sintetizada el desempeño del grupo.

Encuentro N° 7

Se han dispuesto llevar a cabo dos dinámicas.

Tema: Evaluación de impacto.

Objetivo general del encuentro: Observar los efectos que el taller ejecutado ha brindado a la clínica y el resultado que han obtenido los Enfermeros respecto a la efectividad del mismo.

Dinámicas: Evaluación inmediata y evaluación mediata.

- Materiales: salón; sillas; encuestas y lapiceras.
- Tipo de estrategia: Evaluar la satisfacción que el taller ha generado a los integrantes, y corroborar, luego de dos meses aproximadamente, si fue productivo al problema propuesto.
- Tiempo estimado: 2 horas.
- Instrucciones para el Coordinador:
 - En primera instancia se realizará la evaluación inmediata, desarrollada a la semana después de que finaliza el encuentro anterior a este.
 - Se entregará una encuesta a cada integrante que permitirá conocer la satisfacción que han obtenido al realizar el taller.
 - En segunda instancia, después de haber pasado dos meses, se efectuará la evaluación mediata.
 - Para esta evaluación se seleccionará al azar cuatro enfermeros y un profesional que no lo sea para detectar los resultados que se obtuvieron a partir del taller.
 - Se utilizarán entrevistas semidirigidas que logren informar sobre la efectividad y operatividad del proyecto propuesto.

Cuestionario para la evaluación inmediata:

1. ¿Qué le pareció el taller realizado?
Excelente- Muy Bueno- Bueno- Regular- Malo
2. La organización de los encuentros fue:
Excelente- Muy Bueno- Bueno- Regular- Malo
3. La utilización de casos prácticos ha sido:
Excelente- Muy Bueno- Bueno- Regular- Malo

4. El ambiente de trabajo fue:
Excelente- Muy Bueno- Bueno- Regular- Malo
5. El nivel de los contenidos abordados ha sido:
Excelente- Muy Bueno- Bueno- Regular- Malo
6. El desempeño del coordinador fue:
Excelente- Muy Bueno- Bueno- Regular- Malo
7. El coordinador cumplió con los objetivos propuestos de manera:
Excelente- Muy Bueno- Bueno- Regular- Malo
8. Su motivación para asistir a los encuentros fue:
Excelente- Muy Bueno- Bueno- Regular- Malo
9. La asimilación de contenidos ha sido:
Excelente- Muy Bueno- Bueno- Regular- Malo
10. ¿Cómo se sintió durante la participación al taller?
Excelente- Muy Bien- Bien- Regular- Mal
11. En términos generales, ¿Para qué le sirvió la capacitación?

Guía de preguntas para la evaluación mediata:

- ¿Cómo se siente hoy en día en su ámbito de trabajo?
- ¿Ha notado cambios luego de la capacitación?
- Cuando se genera algún conflicto o disgusto, ¿Qué hace?
- ¿Qué accionar realizado le ha generado satisfacción que antes no había experimentado?
- ¿Cómo es la relación con sus compañeros?
- ¿Hay algo en lo cual considera que debe seguir mejorando? ¿Cómo lo haría?

Presupuesto

Recursos Humanos: En función al valor mínimo ético establecido por el Colegio de Psicólogos de la provincia de Córdoba para Psicoterapia Grupal de \$120 por persona, se establece lo siguiente:

- El taller se organiza en 3 grupos de 7 personas cada uno, lo que da un total de 21 individuos.
- Si el valor por persona es de \$120 y son 21 integrantes que participan en el taller, el presupuesto por encuentro en recursos humanos es de \$2.520.
- Al ser siete encuentros en total, el valor estimado es de \$17.640.

Recursos Materiales:

- Salón
- Sillas
- Hojas rayadas
- 21 lapiceras
- 21 encuentas
- Pizarrón
- Tizas

Precios:

Salón	Existencia
Sillas	Existencia
Hojas A4	\$60
Lapiceras	\$126
Encuentas	\$21
Pizarrón	Existencia
Tizas	\$50
TOTAL	\$257

Se puede concluir entonces que el valor total para la elaboración del taller sumando los recursos humanos y materiales es de \$17.897.

Conclusión

A modo de cierre se considera fundamental poder plasmar la importancia que el trabajo ha tenido en su realización, no sólo por la posibilidad de brindar ayuda a una institución para su mejora y crecimiento, sino también por el conocimiento que se ha adquirido en la temática.

La propuesta ha sido elaborada desde una mirada creativa e interaccionista, buscando acaparar el interés de los participantes del grupo de trabajo para una mejor aprehensión de la capacitación.

De este modo, se pretende lograr una educación desde un ángulo más innovador, rompiendo el lineamiento alumno-profesor para abarcar un conocimiento en conjunto donde cada uno de los participantes, como así también el mismo coordinador, aprenden en iguales condiciones.

Si bien la finalidad es solucionar los inconvenientes más comprometidos de la institución, se debe comprender que pueden seguir existiendo cuestiones que la afecten, ya que un cambio efectivo lleva tiempo y mayor dedicación para con todos los miembros de la clínica.

Por este motivo, es menester aclarar que sólo se hizo foco sobre la problemática considera más urgente enmendar, lo que al no abarcar todas, esto puede seguir manteniendo cierto malestar en su funcionamiento.

El cambio que se intenta, busca fundamentalmente una mejor vinculación entre los profesionales priorizando las relaciones como base principal del fortalecimiento de la institución.

Bibliografía

Ander- Egg, E. (1999) El taller: una alternativa de renovación pedagógica. Editorial Magisterio del Río de la Plata. Buenos Aires, Argentina.

Bernabeu Tamayo D. (2010) *Enfermería Psiquiátrica y en Salud Mental*. Instituto Monsa de Ediciones. Prayma.

Brito Gómez L., Hernández González M. y Cruz Acosta A. (2009) Un acercamiento teórico a la capacitación de directivos y reservas en dirección de salud. [Versión Electrónica] *La Habana, Cuba: Revista Habanera de Ciencias Médicas*.

Caballo, Vicente E. (1997) *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo Veintiuno editores, sa. (2º ed.). México- España.

Cazau P. (2006) *Introducción a la investigación en ciencias sociales*. Tercera Edición. Buenos Aires.

Cortes Aragón L. (1999) *La autoestima: comprensión y práctica*. Bogotá: Ediciones San Pablo.

Donato S., Gasco R. y Rotela A. (2014) *Enfermería en Salud Mental*. [Versión Electrónica] *Programa de cursos de posgrado en ciencias medicas. Universidad Nacional de San Martin*.

Galvis López M. A. (2015) *Teorías y modelos de enfermería usados en la Enfermería Psiquiátrica*. [Versión Electrónica] *Universidad de Santander Bucaramanga, Colombia*.

Garcés Pina E., Duato Durán A., Vicente Edo M.J., Guadarrama Sanz V. (2006) *Los cuidados de enfermería psiquiátrica en los centros penitenciarios*. [Versión electrónica] *Revista española de Sanidad penitenciaria*.

León y Montero (2003) *Métodos de investigación en psicología y educación*. 3ra edición Madrid Inmagras.

Marcuello García A. A. (2006) *Autoestima y Autosuperación: Técnicas para su mejora*. [Revista Electrónica].

Matheney Ruth V. y Topalis M. (1971) *Enfermería Psiquiátrica*. México: Quinta edición; Interamericana.

Naranjo Pereira, M. L. (2008) Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas [*Revista Electrónica*] *Actualidades Investigativas en Educación*, vol. 8, núm. 1, enero-abril, pp.

Orfelio G. León e Ignacio Montero (2003) *Métodos de investigación en Psicología y Educación*. España: Tercera Edición; McGraw-Hill/Interamericana de España.

Paul Watzlawick (1985) *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.

Pelletier L. R. (1990) *Enfermería Psiquiátrica. Estudio de casos, diagnóstico y planes de cuidados*. Barcelona: Doyma.

Rosemberg M. (1995) *Society and the adolescent self imagen*. Princeton: University Princeton.

Schein E.H. (1982) *Psicología de la organización*. México: Pearson Educación.

Torres A, Alexandra; Sanhueza A, Olivia; (2006). *Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería*. Investigación y Educación en Enfermería.

Vieytes R. (2004) *Metodología de la investigación en organizaciones, mercado y sociedad: epistemología y técnicas*. Buenos Aires: Editorial de las Ciencias.

Anexos

Anexo 1:

Consentimiento Informado de participación en la Investigación

Acepto participar voluntariamente de esta investigación conducida por Falco Rosario, estudiante de Psicología de la Universidad Siglo 21. He sido informado/a sobre la meta de este estudio, que consiste en la realización de un trabajo de aplicación profesional en la Clínica Philip Pinel, logrado a través de la elaboración de un relevamiento institucional lo que posibilita la existencia de una demanda que se buscara afrontar.

Me han indicado también que mi colaboración en este estudio consiste en la participación en entrevistas con una duración aproximada de 20min, que serán grabadas.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado acerca de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Falco Rosario a través del e-mail: rofalco_93@hotmail.com

Entiendo que se me entrega una carta informativa y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

.....

Nombre del participante (en letra imprenta) Firma del participante

Fecha:

Carta Informativa sobre el Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por Falco Rosario, estudiante de la carrera de Psicología en la Universidad Siglo 21. La meta de este estudio es la elaboración de un trabajo de aplicación profesional, el cual consiste en el análisis de la Clínica Philip Pinel para detectar, a través de la realización de un relevamiento institucional y un análisis FODA, una posible demanda a solucionar. Se buscará entonces, desarrollar una propuesta de aplicación como respuesta a la problemática que pueda presentarse. Esta propuesta queda a decisión de la institución si será utilizada.

A quienes accedan a participar en este estudio, se les pedirá que respondan entrevistas, con una duración aproximada de 20min.

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán anónimas.

A continuación, se presenta un consentimiento informado que ustedes deberán firmar, posterior lectura. El mismo no será entregado a nadie, y una vez concluido el estudio de investigación y aprobado el Trabajo Final de Graduación, será destruido a los fines de preservar la identidad de los participantes.

Si tienen alguna duda sobre este proyecto, pueden hacer preguntas en cualquier momento, durante su participación en él. Igualmente, pueden retirarse del proyecto si así lo deciden, sin que eso los perjudique de ninguna forma. Si ustedes desean información acerca de los resultados obtenidos en general, pueden ponerse en contacto a través de e-mail a la siguiente dirección: rofalco_93@hotmail.com.

Desde ya les agradezco su participación.

Firma: _____

Falco Rosario; Estudiante de Lic. en Psicología; Legajo: PSI01793

Anexo 2:

Guía de preguntas a los profesionales

- ¿Cuál es su función dentro de la institución? ¿Qué tareas realiza?
 - ¿Hace cuánto que trabaja aquí?
 - ¿En qué consiste el tratamiento que se les brinda a los pacientes?
 - ¿Está de acuerdo o conforme con la modalidad de trabajo de la institución?
- ¿Cuál es su opinión sobre la institución?
- ¿Qué considera que se debería mejorar en cuanto al servicio que ofrece la institución?
 - ¿Cuáles son las dificultades con que se encuentra en su tarea diaria?
 - ¿Qué considera que sería necesario para poder resolver estos inconvenientes?
 - ¿Cómo es la relación entre profesionales?
 - ¿Cómo es la comunicación entre los diferentes miembros de la institución?
- ¿Se manifiestan dificultades de comunicación en algunos sectores?

Guía de pregunta a la administrativa de la institución:

- ¿Cuál es su función dentro de la institución? ¿Qué tareas realiza?
- ¿Cómo fue el devenir histórico de la institución?
- ¿Con cuántos profesionales cuenta la clínica?
- ¿Qué servicios provee?
- ¿Poseen algún organigrama?
- ¿Cómo es la infraestructura?
- ¿Cuál es la misión y la visión que tiene la clínica?

Anexo 3:

Entrevistas

ADMINISTRATIVA

- ¿Cuál es su función dentro de la institución? ¿Qué tareas realiza?

Soy Administrativa y encargada de la clínica. Responsable de la clínica porque el gerente se encuentra en Córdoba. Mis tareas son los archivos de todos los pacientes en relación a las mutuales que presentan. Me encargo básicamente de todo el papeleo de la clínica, es decir, no solo de los pacientes sino también de los profesionales y empleados que trabajan aquí.

- ¿Cómo fue el devenir histórico de la institución?

El doctor Juan Bautista Dichiara la fundó el 24 de mayo de 1977. Él es el fundador y el dueño de todo esto, la familia de él es la dueña del edificio. Lo que es el edificio y lo que es la clínica son dos cosas diferentes. Cuando él funda hace Fundadic, que es la fundación, que es donde se forman los médicos y la clínica Philippe Pinel es una S.A donde se presta todo el servicio de lo que es internación y los médicos hacen la práctica en Philippe Pinel, en sí serian dos empresas totalmente separadas.

- ¿Hoy en día también se ve esta división por ejemplo en relación a la dirección de las mismas? Es decir, ¿Hay un director para Fundadic y otro para la clínica?

Claro, de Fundadic el que más te puede dar datos es el Doctor Cucco, que él es el que está encargado de la fundación. Y Philippe Pinel sí, yo puedo decirte todo de lo que necesitas. Si querés dentro de la biblioteca de la clínica podés encontrar más datos específicos y detallados de la historia.

- Ah bueno me sería de gran ayuda. Y ¿Con cuántos profesionales cuenta la clínica?

A ver te busco la planilla donde dice justo la cantidad... tenés una Psicopedagoga, un Trabajador Social, una Profesora de Gimnasia...

- No sabía que había una Psicopedagoga ¿Forma parte del internado?

No ella está solo en la parte ambulatoria... y tenés siete Psicólogos, veintidós Médicos.

- ¿Qué servicios provee?

Únicamente de atención Psiquiátrica.

- ¿Poseen algún organigrama?

La verdad que no, por lo menos acá yo no lo tengo.

- Buscaré entonces dentro de la biblioteca y ¿Cómo es la infraestructura?

La parte ambulatoria cuenta con una sala de espera, dos oficinas cerradas y tres puestos de trabajo y catorce consultorios. Después tenés cuatro pabellones con dieciocho camas cada uno. No, perdón, tres con dieciocho camas y uno con trece camas.

- ¿Y cómo se dividen a los pacientes por pabellón?

Los pacientes están internados según la patología que tienen, tenés planta baja, planta alta, gropper y cuidados. En planta baja y en cuidados generalmente van los pacientes menos válidos, que están en sillas de rueda o que necesitan, que tienen dificultad para moverse. Y bueno después según la patología tenemos pacientes agudos y crónicos. Los crónicos están distribuidos en cada pabellón, tenés menos en gropper, en todos los otros pabellones crónicos. Y los agudos que entran, según la patología que tienen, si necesitan más contención o según como están es donde se internan. Pueden ir a cualquiera de los cuatro pabellones.

- ¿Cada pabellón tiene su lugar de enfermería?

Sí, cada pabellón cuenta con un office de enfermería y bueno ponele son 9 habitaciones o 10 no me acuerdo, las habitaciones todas tienen baño privado, o sea son de dos o tres camas, el máximo son tres camas y cada habitación cuenta con baño.

- ¿Cuál es la misión y la visión que tiene la clínica?

Ai eso no lo sé, preguntaselo al director a eso, te va a saber decir mejor que yo.

- ¡Bueno, muchas gracias!

ENFERMERA 1

- ¿Cuál es su función dentro de la institución? ¿Qué tareas realiza?

Enfermera. Y bueno, el cuidado de los pacientes, la higiene, todo lo que se refiere a la atención. Curación en general. Les damos de comer en la boca,

- ¿Hace cuánto que trabaja acá?

2 años.

- ¿Ustedes saben en qué consiste el tratamiento que se les brinda a los pacientes? ¿Los médicos les comunican que es lo que se hace con ellos?

¿Las patologías que tienen? Sí, porque siempre tenemos que hacer los informes, cuando ingresan, o sea los informes lo hacen los médicos, pero cuando ingresan lo hacemos nosotras. Y ahí vienen las patologías que tienen los pacientes.

- ¿Está de acuerdo o conforme con la modalidad de trabajo de la institución respecto a enfermería?

Sí, no tenemos...

- ¿Ningún inconveniente?

No. Nos pagan al día, trabajamos cómodo.

- ¿Cuál es su opinión sobre la institución?

Para mí es buena, porque es mi fuente de trabajo, es de lo que yo vivo. Más allá de alguna cosita que uno no puede estar de acuerdo como el agua, pero está todo bien.

- ¿El agua? ¿Por qué?

No porque por ahí se rompen las cosas.

- ¿Qué considera que se debería mejorar en cuanto al servicio que ofrece la institución?

No, nada.

- ¿No han tenido ningún inconveniente desde su servicio con los demás profesionales?

Por lo menos no. Está todo bien.

- ¿Cuáles son las dificultades con que se encuentra en su tarea diaria?

Las dificultades es que por ahí los pacientes vienen agresivos, esas cosas. Ya se sabe que se trabaja en un lugar que no es como los demás.

- ¿Qué considera que sería necesario para poder resolver estos inconvenientes?

No eso no tiene mejora, eso es aquí y en cualquier lado. Porque psiquiatría es más o menos igual en todos lados.

- ¿Cómo es la relación entre profesionales?

Buena.

- ¿Cómo es la comunicación entre los diferentes miembros de la institución?

Buena también.

- ¿Si tienen dificultades o problemáticas se las pueden comunicar?

Si, ahí no más.

- ¿Siempre obtienen resultados? Es decir, ¿los escuchan a ustedes?

Si. Si, por supuesto.

- ¿Considera que existe algún problema en la clínica que hay que modificar?

Mira, lo único que tengo para decir es que los familiares atendieran un poco más a sus internados, es lo único que habría que cambiar. Los visitan, pero cada tanto y eso ya no es problema de la institución sino es problema de cada uno.

ENFERMERA 2

- ¿Cuál es su función dentro de la institución? ¿Qué tareas realiza?

Enfermera. Les damos la medicación a los pacientes, los bañamos, los cuidamos y atendemos. Curaciones, toma de tensión, control de signos vitales, les damos la comida, algunos son dependientes y otros independientes. Se rasuran a los pacientes.

- ¿Hace cuánto que trabaja acá?

8 años.

- ¿Está de acuerdo o conforme con la modalidad de trabajo de la institución?

La verdad que sí.

- ¿Cuál es su opinión sobre la institución?

Es buena, como escuche que dijo M (la otra enfermera) de esto vivo. Dentro de todo se trabaja cómodo.

- ¿Qué considera que se debería mejorar en cuanto al servicio que ofrece la institución?

No, siempre tenemos reuniones y la supervisora nos dice que es lo que puntualmente hay que ir mejorando, son pequeñas cosas, son detalles que después hay que pulir esas cosas. Bueno uno la pone en práctica más seguido.

- ¿No han tenido ningún inconveniente desde su servicio con los demás profesionales?

No, nosotras no (mencionando de nuevo a la enfermera anterior), yo no.

- ¿Por qué, hay otros que sí?

Y hay algunas otras personas que tienen problemas, no hay tanto feeling entre ellos, entonces bueno quizás se genere un roce. Pero bueno nosotras hasta ahora no.

- ¿Cuáles son las dificultades con que se encuentra en su tarea diaria?

Cuando ingresan los pacientes que a veces están descompensados, vienen con la policía y ahí tenemos que actuar.

- ¿Qué considera que sería necesario para poder resolver estos inconvenientes?

No, no, no, estamos todas juntas para actuar. Lo que nos manda el medico a decir que se necesita ayuda ya venimos todas y ayudamos. No hay otra.

- ¿Cómo es la relación entre profesionales?

Yo en particular buena, con M también.

- ¿Y con los demás enfermeros?

Con los demás enfermeros como trabajamos en turnos distintos no sabemos bien cómo está la otra persona, pero dentro de todo bien.

- ¿Cómo es la comunicación entre los diferentes miembros de la institución?
Si tienen un problema ¿lo pueden comunicar?

Si, nosotras los llamamos, vienen o nos transmiten por teléfono lo que tenemos que hacer y después ellos cuando se desocupan vienen.

PSIQUIATRA 1

- ¿Cuál es su función dentro de la institución?

Soy jefa de piso de servicio, de planta alta y cuidados intermedios.

- ¿Sos Psiquiatra o Psicóloga?

Psiquiatra.

- ¿Qué tareas realizas?

Entrevistas, entrevistas psiquiátricas sobre todo a los pacientes agudos, es decir los que recién ingresan. Control de medicación, control de enfermería de que se realicen las indicaciones médicas.

- ¿Hace cuánto que trabaja acá?

En ese cargo hace 1 año, pero hace 5 que estoy en la clínica.

- ¿En qué consiste el tratamiento que se les brinda a los pacientes?

Es psicofarmacológico, psicoterapia individual y grupal, y actividades de labor terapia.

- ¿Y sobre qué línea se trabaja?

La clínica tiene una línea cognitiva conductual.

- ¿Está de acuerdo o conforme con la modalidad de trabajo de la institución?

Si, por lo menos se obtienen buenos resultados, los pacientes también manifiestan sentirse contenidos dentro de la institución.

- La atención hacia los pacientes, ¿consideras que está bien?

La atención al paciente está totalmente cubierta, el paciente está atendido por Psicólogos, por Psiquiatras, por Asistente Social, por Medico Clínico, por Profesora de Educación Física, Labor terapeuta, Nutricionista, no falta ningún profesional que atienda al paciente. Éste desde lo profesional se siente muy contenido.

- ¿Cuál es su opinión sobre la institución?

Es buena, me parece que las patas o los puntos flacos de la clínica es la parte de enfermería por eso se decidió poner este año el cargo de jefe de servicio para tener más control sobre enfermería, y la parte edilicia que también están poniendo más pilas en eso digamos. En arreglar cosas, techos, pintar, arreglar baños, son cosas que también son importantes para los pacientes, que estén cómodos no solo de la contención terapéutica sino lo edilicio es importante. Es un edificio antiguo y se va mejorando de a poco.

- En relación al conflicto con enfermería, ¿era porque antes no había seguimiento?

Había un seguimiento, pero era un seguimiento parcial. No había un profesional específico a cargo, entonces se filtraban muchas cosas, sobre todo el cumplimiento de las indicaciones médicas.

- Claro y en relación a la clínica ¿Consideras que se debería mejorar algo en cuanto al servicio que ofrece?

Me parece que justamente se está mejorando con todos estos cambios que ha habido este año. Fue todo apuntando a mejorar la calidad de atención con respecto a esta jefatura de servicio que pusieron en cada piso y eso aumento la calidad de atención porque cuando uno controla a personas esas inevitablemente hacen bien el trabajo. Lamentablemente porque el ser humano es medio hijo del rigor, si hay una mirada que te está controlando lo vas a hacer. Los tratamientos funcionan mejor.

- ¿Cuáles son las dificultades con que se encuentra en su tarea diaria?

No, por ahora no se me han presentado grandes dificultades, se va desempeñando todo bien, hubo buena adaptación a este cambio.

- ¿Algo que habría que mejorar un poco más, que vos consideras?

El servicio de enfermería es lo que hay que seguir mejorando, porque es donde sigo viendo errores o confusiones o todavía esto de me dijo no me dijo, esta no está, siguen habiendo errores ahí y es muy importante.

- ¿De comunicación?

Si de comunicación, pero básicamente por parte de enfermería porque las indicaciones están en una carpeta en donde nosotros dejamos anotado lo que la enfermera debe hacer y a pesar de existir eso sigue habiendo faltas de ahí.

- ¿Qué considera que sería necesario para poder resolver estos inconvenientes?

Quizás más comunicación desde el jefe de servicio, en este caso yo o el doctor Minue en los otros pisos, hacer por ahí más reuniones con el equipo de enfermería que también estamos empezando a hacerlas. Porque bueno esto es nuevo.

- Y por otra parte ¿Cómo es la relación entre profesionales?

Muy buena.

- ¿Cómo es la comunicación entre los diferentes miembros de la institución?
¿Se manifiestan dificultades de comunicación en algunos sectores?

Eso, justamente la relación es buena porque hay muy buena comunicación, si llega a haber un mal entendido se habla, no llega al choque. Bueno nuestra profesión hace que sea así, ya si acá hay mala comunicación y conflictos que no podamos resolver entre nosotros estamos al horno.

PSIQUIATRA 2

- ¿Cuál es su función dentro de la institución?

Soy residente en Psiquiatría, de planta baja.

- ¿Qué tareas realizas?

Entrevistas a los pacientes, también el manejo clínico, porque hay pacientes crónicos, ancianos. Esquema farmacológico también.

- ¿Hace cuánto que trabajas acá?

Hace un año.

- ¿En qué consiste el tratamiento que se les brinda a los pacientes?

Psicoterapia, psicofarmacología y psicoeducación, que no es lo mismo que psicoterapia depende del paciente, porque hay muchos que no van a entender una psicoterapia, depende mucho del paciente, entonces lo psicoeducás. O sea, vos tenés que tomar tal cosa no cambiarla, cosas muy simples.

- ¿Está de acuerdo o conforme con la modalidad de trabajo de la institución?

Si claro.

- ¿Cuál es tu opinión sobre la institución?

En la parte formativa, es mucho de uno, pero te brindan las herramientas, de ahí a que vos la utilices o no bueno... en la parte, si me pongo del lado del trabajador, muy mala.

- ¿En qué sentido?

Manejos, prioridades, edilicios.

- Este manejo de prioridades, ¿Viene por parte del director o de otro lado?

No, viene de otro lado. No, el director nos maneja en la parte más formativa a nosotros y en las diligencias médicas que es en lo que estoy más conforme.

- Es decir, ¿Tus quejas serian para los que están en Córdoba?

Exacto, claro.

- ¿Ustedes tienen contacto con ellos?

Y... casi nada. O sea, a través de un filtro bastante grande.

- ¿El director tiene contacto seguido con los de Córdoba para plantearle estos inconvenientes?

Si, si. Por supuesto. Que ya ha resuelto varias cosas, pero hay otras cosas que no le permiten, uno insiste, él trata de resolverlo y no le dan el okey de allá.

- ¿Hay algo que consideras que se debería mejorar en cuanto al servicio que ofrece la institución?

A parte de lo edilicio... no, ahora este último año hemos mejorado más en la atención al paciente internado, o sea ya tenemos más entrevistas, antes podría ser una sola entrevista, ahora son tres al día casi. Una con el jefe de servicio, otra con los residentes y otra con los psicólogos, entonces está más bueno.

- ¿Los tres juntos o por separado?

A veces entramos los tres y otras veces separados. Tiene más atención. Lo que se podría mejorar también es la interconsulta que haya un médico clínico permanente. Más manejo clínico porque es una clínica.

- ¿Qué considera que sería necesario para poder resolver estos inconvenientes?

Hemos ido mejorando por las reuniones que hemos hecho, con las quejas que nosotros mismos nos hemos planteado hemos mejorado esa parte que te dije recién. También las quejas de los pacientes, los escuchamos y tratamos de cambiar la situación para darle mejor atención. Pero hay que ver si la queja es real o propia de la enfermedad.

- ¿Cómo es la relación entre profesionales?

Muy buena.

- ¿Y la comunicación entre los diferentes miembros de la institución?

Es muy buena ahora más que nada.

- ¿Esto se da con todos los profesionales de la clínica?

Si con todos es muy buena la comunicación. Bueno con los de enfermería nos podemos comunicar, pero hay ciertos conflictos.

- ¿Como cuáles?

Por ahí a la autoridad no respetan. Tampoco las indicaciones, se ponen al mismo nivel. O sea, sabemos que es un equipo, pero por ahí se ponen a un nivel o a discutir cosas que no tienen que discutir.

- ¿Qué consideras que se puede hacer para que no exista este problema?

Educarlas, en el sentido de formación de cursos, mantenerlas informadas. Capacitación, me parece fundamental. Hay enfermeras que buscan conflicto, ese es el problema.

PSICOLOGA 1

- ¿Cuál es su función dentro de la institución?

Soy psicóloga de planta, estoy en dos pisos, planta baja y planta alta. Planta baja si querés que te la describa un poquito vienen los pacientes, así como más deteriorados o que tienen cuestiones más graves que necesitan de la atención de la enfermera que este más arriba de ellos. Por ejemplo, viene un paciente joven, pero con intento de suicidio entonces en las primeras 48hs se le da una atención necesaria, se le llama control estricto, se les sacan los cordones cualquier material corto punzante, lo que sea. Esta como vigilado. También pueden llegar los viejitos demenciados, o con alteraciones conductuales graves o que presentan cuadros de heteroagresividad, también esquizofrénicos descompensados, con mucha alteración de la conducta y cognitivamente muy deteriorados.

En planta alta entran pacientes por lo general con algún trastorno, pero que no necesitan este tipo de atención. Ya son pacientes más independientes, en comida e higiene son independientes. Y conductualmente pueden estar tranquilos, no están con esta cuestión del control estricto, contás con que no se va a mandar ninguna el paciente.

- ¿Y qué tareas realizas?

Y en realidad cuando llegamos a la mañana hacemos la revista de sala entre todos, ahí se presentan los casos, sobre todo si hay algún ingreso, el médico que estuvo de guardia lo presenta. Bueno se va pasando revista de los pacientes de cada planta y se van haciendo aportes, desde cada uno de los profesionales, yo vi esto yo lo otro y así. Los médicos discuten mucho el tema del esquema de la medicación, las psicólogas discutimos algún tipo de intervención, y después bueno ya nos vamos para los pisos. Y ahí hacemos entrevistas. Yo por lo general entro acompañada de un médico, por lo general te insisten que no, pero yo siempre entro acompañada de alguien porque es mucho más rica la entrevista, más si con el médico te llevas bien.

- ¿Por qué prefieren que entres sola?

No, en realidad es para mayor atención del paciente, para que cuente con más entrevistas, es por la calidad de atención del paciente. Pero entrando dos también se puede, lo que pasa es que por ahí somos cuatro por piso, y más vale que los cuatro en una entrevista no porque el paciente que queda medio paranoico, no arranca directamente.

Bueno entrevistamos ahí, después yo tengo las evoluciones, evoluciono los crónicos una vez por semana, evoluciono los agudos todos los días, cuando el paciente llega a estar tres meses internado ya pasa a crónico. Y después con otra doctora yo hago un grupo para pacientes del internado, por lo general el perfil son más pacientes de Gropper, por ahí de planta alta alguno también, son pacientes con característica de personalidad dependiente, con rasgos dependiente. Eso es los miércoles a las 10.30am. Se les pregunta a los médicos a cargo de Gropper si hay pacientes con características dependientes y bueno ahí armamos el grupo. Está pasando que muchos pacientes se van de alta y vienen al grupo después, así que está re bueno eso.

- ¿Hace cuánto que trabaja acá?

Que estoy en la clínica hace 3 años pero que estoy en el internado hace 1 años solamente.

- ¿En qué consiste el tratamiento que se les brinda a los pacientes?

La intención del tratamiento ni siquiera es terapéutico, es de acompañamiento, porque vos imagináte que viene el paciente muy agudo muy descompensado, intervenir terapéuticamente sería que el paciente haga terapia saliendo de la institución, porque para los pacientes crónicos si bien se contienen situaciones emocionales, hay actividades programadas, labor terapia, música, caminata, actividades que los van conteniendo y el paciente crónico por ahí está deteriorado cognitivamente, no tiene mayores demandas a nivel psicológico, se lo contiene.

Ahora con el paciente agudo, es de acompañamiento, imagináte que vienen muy alterados, no hacen contacto con lo que les pasa. O sea, cuando se están yendo, cuando hay un alta, están cerquita del paciente que vos recibís en consultorio, cerquita, ni siquiera eso, al menos los más adaptados y funcionales. Por ejemplo, un bipolar afuera no hace nunca psicoterapia, se hace psicoeducación, es más que aprenda a ver cuándo se está por picar, que no deje la medicación, pero son cuestiones bien superficiales. Una cuestión psicoterapéutica te limita el tipo de cuadros que vos ves. Sí acompañamiento psicoeducativo, intentas que la persona tome algo de conciencia de enfermedad, todo para el compromiso con su futuro tratamiento una vez que se vaya de alta. Se busca

esclarecimiento de lo que le está pasando, con algunos pacientes, porque con otros no llegas a nada.

- ¿Solo con medicación esos casos?

Mira la mirada del director de acá que esta buenísima la mirada, vas a ver que en otros lugares no va a estar mucho, por ejemplo, cae una paciente con depresión que hace años que esta diagnosticada con depresión o con ataques de pánico, la mirada institucional siempre recae en el trastorno de la personalidad. Es como que bueno hizo este síntoma, pero siempre se estudia la personalidad. Es como que si le sacas una foto se presenta como una depresión, pero si vas un poco más atrás decís, claro, con determinados rasgos en la personalidad, rigidizados para poder hablar de un trastorno, era cantado que llegara a esto. Que acá se labura mucho desde ese lugar y está re bueno porque si no es como que queda la depresión flotando en un océano, o sea se le avisa de donde sale esa depresión.

- ¿Estás de acuerdo o conforme con la modalidad de trabajo de la institución?

Sí, hay conformidad. Al principio me costaba entender algunas cosas, pero es por ahí desde la inexperiencia mía en internación, te pensas que va a dar mucho más el paciente porque estás acostumbrado al paciente del consultorio, pero no, yo tengo buena relación, muchos de los medico son amigos míos.

- ¿Consideras que los pacientes mejoran?

Sí, se hace lo que se puede con los pacientes, pero sí, mejoran. O sea, hay errores humanos, como en toda clínica y por ahí desde afuera se escucha que dicen se murió tal paciente en Fundadic pero por ahí llegan en cada estado. Se trabaja con pacientes límites, en algunos casos, en otros casos no.

Algo bueno de la clínica es que no se lo tiene dopado al paciente, esto siempre se discute, llegar más o menos a la armonía del paciente, pero no de tenerlo dormido, hay cuadros que son inhibidos de por sí. Y bueno si alguna enfermera se queja de que está muy pesado y bueno, labura en un neuropsiquiátrico, eso está bueno, se lo mantiene equilibrado, se lo tranquiliza, pero nunca dopado.

- ¿Qué considera que se debería mejorar en cuanto al servicio que ofrece la institución?

Si por ahí podría haber, que hay un proyecto, bueno siempre esta este proyecto, más asistencia psicoeducativa a la familia, eso estaría buenísimo, hay, de todas maneras hay, y hay familias más demandantes que otras. Los familiares deben conocer sobre esto, porque vienen desde la culpa que se sienten mal, y después se hartan. Falta integración de la familia, más puertas abiertas.

- Y en relación no solo con los pacientes sino con los demás profesionales ¿Hay problemáticas?

Mmm, sí, siempre está la pica entre enfermería, esa es una pica eterna entre enfermería y el equipo médico. Acá hay enfermeras añosas y de muy poca formación, como no, como hay chicos que han entrado nuevos, y está buenísimo trabajas super piola, pero hay enfermeras con las que no. Hay escasa profesionalidad en enfermería, pero bueno también hay una realidad que el enfermero bueno se te va a las clínicas polivalentes, porque quiere hacer cardio, respiratorio, otras cosas. Las que están acá son unos dinosaurios, son gremialistas, han puesto hasta cosas públicas dirigidas al director en el Facebook, así bajo bajo. O sea, juegan en contra. Te retan, a mí me han marcado que estoy o no en el piso, vos imagínate, mis compañeros son los que me van a marcar a mi “che dame bola con este paciente, esto aquello” vos imagínate que yo estoy en internación, hago trabajo con los familiares, o sea, o por ejemplo hay pacientes deteriorados en planta baja esquizofrénicos ya viejitos, y ¿qué le voy a hacer de psicoterapia?, voy lo saludo. Sabiendo que hay pacientes de urgencia para psicoterapia, eso es algo que yo nunca aprendí, el director me dijo que las entrevistas tienen que ser de 15min, pero no me salen de 15min, recién ahora al año me estoy entrenando en eso, porque yo estoy más tiempo, entonces se me va un montón de tiempo, pero por eso te digo que es de acompañamiento la entrevista, pero no, termino estando 40min.

Pero sí con enfermería sería el mayor problema, también esta lo edilicio, pero eso ya es más de Córdoba.

- ¿Qué considera que sería necesario para poder resolver estos inconvenientes?

Con las enfermeras esperaran que se jubilen porque ni siquiera se las pueden echar.

- ¿Y la relación con los otros profesionales, o sea entre ustedes?

Entre nosotros sí, y el grupo es bastante especial, porque en realidad todos los años hay recambios, se van residentes y entran residentes en psiquiatría.

- ¿Se adaptan cuando ingresan?

Y, te adaptas o te adaptas, pero aprendemos todo. El grupo en general bastante bien para mí, hay respeto. No hay mal clima laboral.

- ¡Claro, bueno muchas gracias!!

PSICOLOGA 2

- ¿Cuál es su función dentro de la institución? ¿Qué tareas realiza?

Por una parte, soy la Psicóloga de Hospital de Día, que ahí hay pacientes ambulatorios y también trabajan pacientes internados crónicos y agudos. Y por otro lado hago arte terapia con los pacientes crónicos, de planta baja, planta alta e intermedio. Y por otro lado tengo consultorio externo.

- ¿Hace cuánto que trabaja acá?

5 o 6 años más o menos.

- ¿En qué consiste el tratamiento que se les brinda a los pacientes?

Hacemos labor terapia, es más que nada un seguimiento que se le hace a los pacientes, como para que se mantengan estables y poder controlarlos. Dentro del equipo nuestro hay un psiquiatra, un psicólogo, la profe y un asistente social, y hacemos que el

paciente se mantenga estable ya que los vemos casi todos los días. También tenemos distintos talleres en donde los pacientes pueden ir participando.

- ¿En cada piso hacen entrevistas individuales o siempre es en grupo?

No, se trabaja individualmente y también grupalmente. Yo me encargo de ver a los pacientes de Hospital de Día individualmente y a parte también con su familia.

- ¿La familia tiene un día para venir?

Si, se les da un turno y ellos vienen. El que está a cargo viene.

- ¿Desde qué línea trabajas con los pacientes?

Yo, desde lo conductual.

- ¿En la clínica únicamente se da cognitiva conductual o también hay otras líneas?

No, hay otras líneas también. Cada uno sigue la línea que quiera.

- ¿Estás de acuerdo o conforme con la modalidad de trabajo de la institución?

Si, si no estuviera conforme trataría de hacerlo de otra manera. Además, tenemos cierta libertad como para manejarnos, dentro de lo que tenemos que cumplir, de manejarnos como a nosotros nos parezca más cómodo.

- ¿Cuál es su opinión sobre la institución?

A ver, por ejemplo, a qué. Es muy amplio.

- Por ejemplo, lo que más te gusta de la clínica y lo que menos te gusta.

Lo que más me gusta es que hago lo que me gusta y me dan espacio para hacerlo, cualquier sea el punto que uno quiera plantear acá, se puede charlar abiertamente, no hay ningún problema en eso. Negativo, no.

- ¿Consideras que hay algún inconveniente en la clínica, pero no solo entre el equipo médico sino también con los demás trabajadores de la clínica?

Suele haber obvio, porque somos todos seres humanos y ya las relaciones son complicadas de por sí, pero dentro de todo tratamos de trabajar interdisciplinariamente. Esa es la idea. A veces surgen inconvenientes con enfermería que son los que pasan más tiempo con el paciente y por ahí, quizás no tienen una buena capacitación. Son como más desinteresados, quizás uno tiene otra visión de lo que es el paciente. Quizás no están preparados en esta área.

- ¿Vos tuviste algún conflicto con alguna enfermera?

No, por ahí planteamos que no se le da la medicación que corresponde, en el horario que corresponde, más que nada los pacientes de Hospital de Día que son los que están a cargo nuestro.

- Y en relación a la comunicación que hay entre los diferentes miembros de la institución, ¿Cómo es?

Fluida, directa, muy buena. Hay buena relación más allá de cuestiones personales de cada uno, pero se puede hablar cualquier cosa. Hasta se ve en el trabajo en equipo, cuando nos consultamos sobre algún paciente, nos ayudamos entre todos.

- ¿Hay otra dificultad que puedas mencionar sobre la clínica?

Y sueldos, eso es algo que también genera malestar en los profesionales, pero bueno.

PROFESORA DE EDUCACION FISICA

- ¿Cuál es su función dentro de la institución? ¿Qué tareas realiza?

Yo soy profesora de Educación Física, y encargada de Hospital de Día en las actividades. A la mañana estoy con la parte internación y a la tarde estoy con la gente de Hospital de Día, que son pacientes que vienen y después se van a su casa, obviamente que siempre se suman los que están internados también.

- ¿Hace cuánto que trabaja acá?

9 años.

- ¿En qué consiste el tratamiento que les brindas a los pacientes?

En la parte de internación lo que buscan los médicos en relación a mi profesión es que el paciente quiera salir, porque ellos se internan y se meten en esta clínica y quieren estar acá adentro, entonces el salir a la calle, el salir a caminar conmigo, por ejemplo, es ya un avance para el médico, o sea el que quiera salir. Es difícil que el paciente internado quiera salir a caminar por ejemplo se complica bastante porque no quiere que la gente lo vea, que lo vea que esta acá, que lo vea con el grupo, se complica bastante pero bueno, el objetivo mío es que quieran salir y disfruten de la salida. Eso significaría que están preparados para enfrentarse al mundo externo y todo eso.

- ¿Al principio notas dificultades?

Sí, es terrible, al principio son pocos los que quieren salir y la vas remando la vas remando para que salgan todos. Más que todo por el qué dirán, la gente de Río Cuarto el salir es todo un tema.

- ¿Por dónde van a caminar?

Todo por afuera, por banda norte. Yo cuando tengo gente que dice que es de acá no los llevo por la avenida, vamos por otras calles que no hay tanta gente, la vamos piloteando. Y cuando llueve o hace frío hacemos gimnasia adentro de la institución, se hace lo que se puede en realidad porque materiales son poco y nada, digamos nada. Pero bueno deci que soy bastante creativa, me la rebusco. Pero siempre lo principal es si está lindo salir.

- ¿Tenés una guía de actividades o depende del día?

Exactamente, depende del día en realidad. Del día, del grupo, porque por ahí tengo mucha gente. Por ejemplo, si el grupo de Gropper es buena onda, porque por ahí son los más jodidos, los junto con los de las otras plantas y vamos toda una mañana a una placita y jugamos a la pelota, la paleta. Ahora si el grupo de Gropper es jodido ahí divido los grupos.

- ¿Cuál es tu opinión sobre la institución?

En la parte que yo veo, en la que yo estoy que sería la parte médica o sea me gusta cómo se trabaja, me gusta ver como los pacientes se van bien, porque yo que no soy médica, por ahí es como la gente de afuera que dice, “¡uh mira, Fundadic!” o sea esta bueno cuando uno viene que no tiene ni idea, aprende un montón, y ver cómo la gente se va bien. Eso está buenísimo y eso también te hace hablar bien de la clínica cuando te lo preguntan. Por ahí lo que yo haría es invertir más dinero en la parte edilicia, eso es lo que yo haría, porque es como que hay lugares... por ejemplo Hospital de Día no tendría que funcionar en planta alta, tendría que funcionar en planta baja, porque si no son muchos menos los pacientes que pueden asistir. Si no pueden subir escaleras, es todo un tema. Pero es lo que hay en realidad.

- ¿Qué consideras que se debería mejorar en cuanto al servicio que ofrece la institución?

No, justamente hace dos años, o sea yo antes estaba sola en todas las actividades de la clínica, en todas, y por ejemplo ya ahora hay una profesora de música, hay una profesora de arte terapia, estoy yo en la parte educación física, estoy yo y una psicóloga en la parte de labor terapia, o sea se ha sumado gente, entonces es mucho más fácil, los pacientes tienen más actividades, están un poquito más en movimiento. Sino estaban muy quedados.

Y en la parte médica también le están poniendo mucha pila, hay cambios que están muy buenos. Por ahí la parte de enfermería que por ahí hay cosas que se pasan que no se pueden pasar, pero viste eso ya es complicado.

- ¿Hay problemas de comunicación con los enfermeros?

O sea, vos le comunicas, le das la orden, te estoy hablando de los médicos, aunque yo también que estoy encargada de Hospital de Día les tengo que dar órdenes, por ejemplo, decirles que a los pacientes de Hospital de Día para darles la medicación los tenés que llamar, porque el paciente no va a venir solo a tomar la medicación. Al otro día me entero que vuelve un frasco de medicación porque el paciente no subió, y no, por algo esta acá, es un paciente y vos tenés que ir hasta el patio, llamarlo y darle la medicación, entonces ese es el problema por ahí con los enfermeros. Y los médicos imagínate deben

tener ochocientos mil más problemas. Hay cosas que no se cumplen y no se te pueden pasar con los pacientes, porque se te descompensan. O sea, si yo fuera un poquito más quedada es todo un tema en serio, porque a los enfermeros tenés que estarle encima todo el tiempo para controlar que hagan bien las cosas.

- ¿Además de este problema, hay otro que se te presente en tu labor como profesora de educación física?

No, la verdad que no. O sea el problema edilicio, que no hay un lugar grande y que todos puedan asistir, por el tema de las escaleras. Por ahí el tema de materiales, que por ahí no quieren invertir mucho, porque siempre me las arregle sin nada, pero yo siempre planteo que si ellos me piden, me exigen que haga, me tienen que dar las cosas sino no exijan.

- ¿Qué consideras que sería necesario para poder resolver estos inconvenientes?

Ahora yo planteo una nueva actividad, como los de Gropper son más de mandantes y no se conforman con lo poco que hay, como yo soy profe de tango, darles tango. Es una actividad que no necesita materiales y es una actividad que ellos pueden hacer.

- Y por último ¿Cómo es la relación entre profesionales?

Bien, bien gracias a dios. Todo lo que pienso lo puedo decir. Así que la verdad que me va cómoda con ellos.

NUTRICIONISTA

- ¿Cuál es su función dentro de la institución? ¿Qué tareas realiza?

Yo soy la nutricionista de la clínica, porque acá el servicio de alimentación está tercerizado. Todo lo que es la preparación de la comida es tercerizado, ese servicio tiene su nutricionista, que se encarga de estar en la cocina, y el control del personal de la

cocina. Yo soy de toda la clínica y aparte superviso a este servicio externo. Dentro de todas las otras funciones...

- ¿Qué más realizas?

Hago la evaluación nutricional de todos los pacientes internados, seguimiento e indico los planes de alimentación. Lo que cada uno puede o no puede comer.

- ¿Cada uno tiene su dieta?

Se maneja con un menú principal que se va adaptando, de acuerdo a cada patología, gastritis, pacientes alcohólicos, se va adaptando ese menú. Se trabaja interdisciplinariamente con los médicos.

- ¿Hace cuánto que trabaja acá?

5 años.

- ¿En qué consiste el tratamiento que se les brinda a los pacientes?

Yo los peso, los controlo a los crónicos dos veces al mes, a los agudos todas las semanas, ya si es un paciente de bajo peso o algún diabético o alguno que requiere un control más seguido, dos veces por semana. A veces los gropper son más demandantes y quieren saber si aumentaron, bueno se los pesa no hay problema.

La otra parte es, yo preparo los menús haciendo distribución adecuada desde lo nutricional, controlo e inspecciono como llega la materia prima, cuanto le dan de porción si es lo que corresponde, todo eso.

- ¿Tenés dificultades en tu tarea?

Si, si, el tema de la alimentación es siempre un problema, suelen surgir problemas de la cocina, enfermería, que si le llevo las cosas a horario, pero toma después más tarde, toma la leche fría, cuestiones típicas que surgen alrededor de la alimentación.

- ¿Está de acuerdo o conforme con la modalidad de trabajo de la institución?

Si, si con lo que respecta a la clínica sí. Por ahí en la parte medica podrían atender más a esto, por ejemplo, los psiquiatras que ven solo lo medico también atender a la alimentación.

- ¿Cuál es tu opinión sobre la institución en términos generales?

A mí me gusta mucho la Salud Mental, aprendo mucho de mis compañeros, creo que de infraestructura hay un montón de cosas por modificar y un montón de cosas de confort que todavía se pueden brindar, por el paciente. Por ejemplo, que un fin de semana no haya agua en una clínica me parece espantoso. Lo edilicio habría que cambiar, el grupo humano que se trabaja es muy bueno.

- ¿Además de la infraestructura consideras que hay otra cosa que mejorar?

No, por ahí lo que te decía antes del trabajo en equipo. Y dificultades con la atención de la comida, de quien te dijo y acuso, y la idea es entender que no es acusar es trabajar. Esto se ve en enfermería.

- ¿Ellos se sienten inferiores?

Si puede ser, por eso por ahí cuando uno marca algo que se hizo mal o que hay que cambiar empiezan, no pero no fui yo o cubrir, en lugar de hacerse cargo.

Muchos de los pacientes, por ejemplo, comen solos, a los que se les da la comida hay que estar un poco atenta de que se les dé bien. Pero, por ejemplo, te voy a decir una pavada, las colaciones, están ocupadas, no las dan, y al paciente que yo le indico colaciones es porque me doy cuenta que necesita aporte calórico, entonces es necesario. O también la sopa, que no se las dan. La sopa tiene que estar en el menú básico, y ahí empiezan no, yo no se las di porque en la cocina no lo hicieron y los de la cocina, no porque no se las quisieron dar, y así.

- Y vos ¿Qué consideras que sería necesario para poder resolver estos inconvenientes?

Yo creo que lo principal, gente capacitada. Gente que sepa y que tenga ganas. Y que aprendan a laburar en equipo, pero fundamentalmente que sepan y que tengan ganas. Y eso se podría mejorar con un control más médico, porque hay un paciente hace de

cuenta que tiene hongos y tienen que ponerle crema, y vos le preguntas y te dice “No me la pongo yo solo a la crema, la enfermera no”, obviamente que no se va a curar, imagínate uno de ellos curándose.

- ¿Y con los profesionales qué relación hay?

Bien, bien, bien.

- ¿Y la comunicación?

No, bien por eso yo te digo que por ahí reniego un poco porque soy como la única más alejada de lo que es psiquiátrico, entonces como que necesitamos que nos cuenten todo lo que pasa, o se preocupan porque tomo la medicación, pero yo les digo que no come, y me dicen bueno, pero si comió, y o sea fue un flan.

- Claro, más interdisciplinar.

Exacto, eso.

ASISTENTE SOCIAL

- ¿Cuál es su función dentro de la institución? ¿Qué tareas realiza?

Las funciones son diversas, yo básicamente hago la parte de abordaje familiar de los pacientes internados. Esto implica gestiones en la obra social, fundamentalmente PAMI, lo que hace en intervenir en las estructuras familiares, tendientes al alta del paciente, de aquellos que tienen internaciones agudas. Revincular estas familias o estos pacientes, con otras instituciones como es por ahí Centro Once, el Centro de Jubilados, espacios donde puedan desarrollar algún tipo de actividad recreativas y tendientes a inclusión del paciente en contextos más comunitarios, más sociales, más sanos.

También hago asistencia familiar con los pacientes ambulatorios, en el marco de lo que sería un abordaje integral en algunos pacientes que además de la problemática psiquiátrica que presentan tienen un abordaje psicológico individual y un espacio de abordaje familiar. O sea, yo haría la parte de abordaje familiar.

- ¿La familia se interesa por el paciente, viene a la clínica o como te comunicas?

Acá llega el paciente que demanda tratamiento individual, y en función de las características de la patología del paciente, pero principalmente en función de las características del medio en donde vive, el profesional deriva a tratamiento familiar. Es decir, a parte del abordaje individual se hace el abordaje familiar, sobre todo orientado a reestructuración del paciente en sus conductas relacionales, jerarquización en algunas familias. En familias con adolescentes por ahí, con adicciones o trastornos de la conducta es inevitable no trabajar con los padres o el contexto afectivo más próximo que tenga.

Además de estas cosas también me ocupo de las gestiones ante PAMI, de hogarización, tramites de medicación, lo que sería gestión de recursos, desde el DNI, cambio de domicilio y algunas cuestiones legales ante tribunales, cuando llega un paciente por oficio o traído por la policía. El tema legal es el salvaguardia del paciente y de la institución.

- Claro sería el paciente con su contexto familiar y todo lo que eso implica.

Si, sería darle herramientas al médico para tomar decisiones también. Diciendo que se puede negar tranquilamente a internarlo porque no hay ningún riesgo legal, porque el paciente no tiene criterios. O internarlo para salvaguardar al paciente y darle un marco legal a la cosa, lo que nos da la posibilidad a nosotros de informar a un juzgado, por ejemplo, sino no tenemos posibilidad de intervenir. Y bueno esas son las estrategias legales, las herramientas legales que tienen tanto el paciente como la institución. Cuando ya el caso nos trasciende acudimos a un abogado, para redactar una carta documento en términos legales, porque eso me excede.

Después otra cosa en la que suelo trabajar es la orientación y asesoramiento familiar para la hogarización de pacientes. Nosotros tenemos un programa que es de Red, que es una especie de Salud Mental comunitaria, son pacientes que están hogarizados, son pacientes psiquiátricos que viven en hogares comunes, entonces el seguimiento, control... y eso se hace en el lugar, en toda el área de cobertura de PAMI de la provincia, entonces yo tengo con otra medica psiquiatra el área de Sampacho, Bulnes y Moldes. Que una vez por mes recorremos por geriátricos...

- Claro porque acá llegan pacientes de otros lados

Sí acá vienen pacientes de todo el país, ahora te estoy hablando de los pacientes que vienen por PAMI. Después pacientes privados que vienen a la clínica llegan de todo el país, o sea, vienen de todas las provincias.

- ¿Ustedes a todos tienen que dar seguimiento y tienen que ir a su provincia?

No, no, de los pacientes PAMI, nosotros trabajamos el área de cobertura de PAMI, que implica todo el sur de Córdoba, hasta el límite creo que es Elena, de ahí para abajo hasta Winkarenanco.

Después tengo contacto y seguimiento de hogares de acá de Rio Cuarto, entonces a los pacientes a la hora de dar el alta que no sabe a dónde llevarlo, lo que yo hago es acompañarlos en la búsqueda y decisión de un lugar adecuado y de acuerdo a las características del paciente. Y también de las posibilidades económicas de la familia.

Bueno también otras de las actividades que realizo es Hospital de Día, en la planificación de las actividades, lo que hace a la admisión de los pacientes de Hospital de Día, en su evolución y por ahí también la relación con su familia. Tengo un taller ahí, el taller de cine.

- ¿Hace cuánto que trabaja acá?

8 años.

- ¿En qué consiste el tratamiento con las familias?

Son entrevistas grupales con la familia.

- ¿El paciente está incluido?

Sí, siempre. Salvo en el periodo de descompensación, por eso trato de hacer las entrevistas cuando el paciente está estable.

- ¿La familia se compromete?

Y es difícil poder pensar, primero tiene que ver con la historia de la Salud Mental y la historia de la enfermedad mental, vos pensá que todos estos tipos de patologías vienen de cuestiones que han pasado por la religión, tiene una carga emocional, de

prejuicio, cultural, es una estigmatización social muy grande. Entonces la primera etapa es de ocultamiento de la enfermedad, naturalización, pero de ahí a la aceptación es otra cosa. Pensemos el paciente psiquiátrico no es solamente el que está enfermo, el paciente reproduce interacciones familiares patológicas, entonces son familias patológicas. Generalmente lo que uno ve es exclusión, rechazo y mucha rigidez, porque no hay posibilidades de actuar distinto por parte de ellos, generado por un estigma, “no, seguro mañana se va de alta y hace lo mismo”. Cuando en realidad ellos siguen haciendo lo mismo.

- ¿Está de acuerdo o conforme con la modalidad de trabajo de la institución?

La clínica pasó por muchos momentos distintos en todos estos años, ha pasado por muchas etapas, creo que la clínica creció, creo que le faltan muchas cosas y hay muchas cosas por mejorar. Y mucho tienen que ver con decisiones que nos trascienden a todos, por ejemplo, hay momentos donde creo que trabajamos muy bien, hay momentos que fueron... como toda vida institucional, hay momentos que fueron más críticos, y en este momento creo que todavía está faltando algunas cuestiones que son o fueron importantes. Sí hay un crecimiento cuantitativo en la clínica, esta clínica cuando yo empecé tenía 30 camas, hoy tiene 70. En ese momento éramos 6 profesionales, hoy debemos ser como 30. En ese momento había dos administrativos, ahora son como 6. Nuestra cápita de PAMI era la cuarta parte, 600 pacientes, hoy en día tenés lista de espera con 70 camas y tenés un número de prestaciones mensuales que está por encima de las 5000 prestaciones. También creció cuantitativamente lo que tiene que ver con las obras sociales, hay convenio con más obras sociales. Esto hace un reaseguro económico de la clínica, o sea, nosotros existimos en tanto y en cuanto nos puedan pagar. En tanto a la clínica le vaya bien.

Creo que hoy en día estamos en una etapa de transición en la clínica, creo que falta formación a nivel de enfermería, hay una estrategia de comunicación institucional interna que por ahí no alcanza para resolver problemas cotidianos. Creo que hay muchas cosas por mejorar de trabajo...

- ¿Interdisciplinario?

No, interdisciplinario no porque creo que esta, la revista de sala, por ejemplo, o la derivación. Hay esta cuestión, por ejemplo, el recurso crítico de cualquier clínica se llama enfermería, recurso crítico es aquel que genera mucha tensión y además impacta en diferentes niveles. El enfermero es quien esta con el trato directo con el paciente, el contacto físico con el paciente. En una institución psiquiátrica el contacto físico es importante, cuando vos no tenés formación, capacitación la enfermera se pone reivindicativa con los profesionales, sin herramientas solo porque le parece. Entonces se genera tensión con los profesionales. A su vez es la enfermera que está en contacto con los familiares cuando vienen, preguntan a las enfermeras “¿Por qué esta así fulano?” y la enfermera “ah, no sé yo le dije al médico hace dos días”, en vez de decir lo que realmente tienen que decir que es, que hablen con el doctor o con el médico de guardia.

Esta disputa de poder institucional, el recurso crítico. Conseguir enfermeras formadas en este ámbito trasciende la enfermería. Las enfermeras de una institución en la internación clínica son muy hábiles en la parte clínica, claro, pero mientras el paciente este tranquilo o mudo.

- Eso me comentaba otra profesional que a veces querían aumentarle la medicación porque estaban revoltosos...

Es que la presión viene de enfermería, “doctor mire, ¿le doy más medicación?”. Generan mucha tensión, porque si bien tienen formación a lo que tiene que ver con el trabajo con el cuerpo, no conocen de la patología. No tienen formación psiquiátrica, en Salud Mental, entonces no saben que tienen que hacer, el paciente está demandante y no entienden que es un paciente demandante. O a veces, a lo que hace a mi profesión, viene una enfermera y me comenta que la otra noche un paciente le comentaba que el vecino le robaba las cosas, entonces me cuentan a mí para que yo haga algo respecto de eso, y yo les digo que sí que ya voy a ver, pero es que no saben entender al paciente, no saben si lo que dice es un delirio o si realmente es así. Y bueno es crítico no solo por la demanda que genera hacia adentro sino también hacia afuera. Los días de visita los familiares pasan por allá y al rato los tengo acá quejándose. “a mí la enfermera me dijo que no lo bañaron” o “me dijo la enfermera que no le dieron la medicación” y a mí me dan ganas de decirle “espéreme un segundito” e ir y pegarle un chirlo.

Hay familiares que transitan por estos episodios por primera vez, genera mucha ansiedad, el hecho de que no sea un lugar abierto donde puedan ellos permanecer o ver a su familiar durante algunos días, genera mucha ansiedad y “¿estará bien?; yo no me animo; a mí la enfermera me dijo; o a mí me han dicho que” así que bueno, bajar ese nivel de ansiedad, aliarse con los familiares.

Y volviendo a la conformidad la verdad que yo toda vez que he propuesto algo, eso es algo que yo lo destaco mucho a todos los que están acá, todo lo que se proponga nunca te han dicho que no. El Hospital de Día fue una propuesta mía con la profe de educación física y lo diseñamos nosotros, lo armamos nosotros. Nadie vino y nos dijo como hacerlo. Los horarios de trabajo a mí nunca me los limitaron, o sea nunca me bajaron línea, ante cada dificultad que hubo, cada propuesta, fue bueno dale metele. En la medida en que nosotros hemos pedido a Córdoba de cambios que tienen que ver con propuestas de trabajo que no son económicas las hemos podido hacer tranquilos, lo económico es otra cosa porque hay que entenderlo así, es una empresa, es negociable sí. La verdad que me siento parte de las decisiones y de la organización de la clínica, hasta me he juntado con los de Córdoba. Hasta ellos me preguntan cómo está todo, no juntamos a comer, es una buena relación, podemos hablar de lo que pasa y lo que consideramos cambiar. Yo no he tenido problema alguno.

- La verdad que sí, noto la buena relación que hay. Bueno era eso nada más... gracias por los aportes.

Anexo 4:

Diagnostico FODA y plan estratégico realizado en 2012

Dicha información fue brindada por el director de la clínica, fue él mismo quien realizó dicho relevamiento apenas ingresa a la clínica.

Análisis FODA:

Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas que tiene la Institución con miras a establecer objetivos estratégicos tendientes a:

- Construir sobre las Fortalezas.
- Eliminar las Debilidades.
- Explotar las Oportunidades.
- Mitigar las Amenazas.

DEBILIDADES

- Falta de presencia médica en la planta.
- Falta de supervisión más estrecha del equipo médico de residentes en cuanto a la asistencia clínica.
- Sensación subjetiva de los pacientes de tiempo improductivo durante la internación, repercutiendo en la cantidad de días de estadía en la Institución.
- Tiempo improductivo definido por dos factores: baja calidad técnica de entrevistas individuales durante el proceso de internación (entrevistas evolutivas y de seguimiento, con pobre trabajo desde lo clínico terapéutico) y poca vinculación de pacientes agudos a laborterapia por no querer mezclarse con pacientes crónicos.
- Pobre flujo de pacientes desde el ambulatorio a la internación.
- Falta de mantenimiento de lo edilicio que hace que el paciente se sienta incomodo.

FORTALEZAS

- Recursos humanos jóvenes con ganas de trabajar y aprender.
- Equipo de médicos residentes con buena interacción entre ellos.
- Equipo de profesionales calificado medico-psicológico.

- Mejora de la organización de enfermería.
- Mejora del servicio de catering (esto repercute en la satisfacción del paciente).
- Mejora del equipo de hospital de día y laborterapia (equipo joven, dedicado, activo).
Este aspecto contrarresta la sensación de improductividad en el proceso de internación.

AMENAZAS

- Mayor competitividad del mercado en cuanto a las consultas ambulatorias que derivan en menor capacidad potencial para internar.

OPORTUNIDADES

- Captación de pacientes de zonas vecinas como por ejemplo, San Luis, debido a la nueva Ley de Salud Mental.
- Estimular ambulatorios satélites en poblaciones vecinas que permitan mayor captación.

Plan estratégico con dos fases bien definidas:

El plan estaría diseñado para que la segunda fase (centrada en recursos materiales) sea una consecuencia de la primera (centrada en recursos humanos).

LA PRIMERA:

Tendiente a disminuir al máximo nuestras debilidades aprovechando el recurso humano disponible mediante:

- Un jefe de servicio que supervise al equipo de médicos residentes.
- Que dicho jefe permanezca en planta de 8 a 12hs con un nivel organizativo que permita realizar revista de sala diaria supervisada por el mismo a primera hora y el tiempo restante tareas clínico-asistenciales, aumentando así la presencia medica y mejorando la visión subjetiva del paciente de falta de referente.
- Mejorar la calidad técnica de las entrevistas individuales, pasando encuestas de calidad con carácter anónimo al alta sanatorial.
- Generar dinámicas de reuniones intraequipo con metodología PTI (plan individualizado terapéutico) que nos permitirán mayor coordinación y control de casos complejos.
- Generar una reunión semanal de todos los pacientes agudos de la planta con el jefe de servicio. Espacio grupal que servirá para vehicular quejas y por qué no para tratar cuestiones terapéuticas, aumentando así, la presencia y calidad de atención.
- Presencia del jefe de servicio en el horario de visita semanal que permita brindar la oportunidad al familiar de obtener una devolución informativa del paciente. Este día el jefe de servicio amplía el horario de atención en planta para contrarrestar el día que se dedique a la función ambulatoria.
- Estimular el flujo ambulatorio de pacientes y familiares mediante actividades psicoeducativas con la finalidad de darnos a conocer, como por ejemplo: "la semana de la bipolaridad". "la semana de los trastornos de personalidad" La semana de los trastornos de ansiedad". Utilizando para ello nuestro recurso humano pero invirtiendo en publicidad.

- Estimular el flujo ambulatorio liberando al jefe de servicio un día a la semana de la función asistencial en planta para dedicarse a consultas externas.

LA SEGUNDA:

Etapa que necesita de los recursos económicos tendiente a disminuir al máximo las carencias edilicias. Organizando un “servicio VIP” piloto que podría ser el sector Ex becariato, ya que cuenta con un pequeño espacio común pero individualizado y separado del resto de la planta.

Mejorar la calidad del mobiliario, colocar TV en habitaciones o en dicho espacio común, mejorar revestimiento de paredes, etc.

ANEXO E – FORMULARIO DESCRIPTIVO DEL TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR Y DIFUNDIR TESIS DE POSGRADO O GRADO A LA UNIVERIDAD SIGLO 21

Por la presente, autorizo a la Universidad Siglo21 a difundir en su página web o bien a través de su campus virtual mi trabajo de Tesis según los datos que detallo a continuación, a los fines que la misma pueda ser leída por los visitantes de dicha página web y/o el cuerpo docente y/o alumnos de la Institución:

Autor-tesista <i>(apellido/s y nombre/s completos)</i>	
DNI <i>(del autor-tesista)</i>	
Título y subtítulo <i>(completos de la Tesis)</i>	
Correo electrónico <i>(del autor-tesista)</i>	
Unidad Académica <i>(donde se presentó la obra)</i>	Universidad Siglo 21
Datos de edición: <i>Lugar, editor, fecha e ISBN (para el caso de tesis ya publicadas), depósito en el Registro Nacional de Propiedad Intelectual y autorización de la Editorial (en el caso que corresponda).</i>	

Otorgo expreso consentimiento para que la copia electrónica de mi Tesis sea publicada en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21 según el siguiente detalle:

Texto completo de la Tesis <i>(Marcar SI/NO)^[1]</i>	
Publicación parcial <i>(Informar que capítulos se publicarán)</i>	

Otorgo expreso consentimiento para que la versión electrónica de este libro sea publicada en la en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21.

Lugar y fecha: _____

Firma autor-tesista

Aclaración autor-tesista

Esta Secretaría/Departamento de Grado/Posgrado de la Unidad Académica:
_____certifica
que la tesis adjunta es la aprobada y registrada en esta dependencia.

Firma Autoridad

Aclaración Autoridad

Sello de la Secretaría/Departamento de Posgrado

[1] Advertencia: Se informa al autor/tesista que es conveniente publicar en la Biblioteca Digital las obras intelectuales editadas e inscriptas en el INPI para asegurar la plena protección de sus derechos intelectuales (Ley 11.723) y propiedad industrial (Ley 22.362 y Dec. 6673/63. Se recomienda la NO publicación de aquellas tesis que desarrollan un invento patentable, modelo de utilidad y diseño industrial que no ha sido registrado en el INPI, a los fines de preservar la novedad de la creación.