

Universidad Siglo XXI



Trabajo Final de Grado Plan de Intervención

Licenciatura en Psicología

“Taller para Fortalecer la reinserción social”

Hospital de Día San Antonio de Padua

Taller para Fortalecer la reinserción social

Autor: Quirós Feijoo María Leonor

Legajo: PSI0229

Tutor: Dr. y Lic. Pereyra, Rubén

Córdoba, Argentina, Junio, 2019

ÍNDICE

	1
RESUMEN – PALABRAS CLAVES	1
INTRODUCCIÓN	1
PRESENTACIÓN DE LA LÍNEA TEMÁTICA ESCOGIDA	2
RESEÑA HISTÓRICA DE LA INSTITUCIÓN	5
ORGANIGRAMA	12
DELIMITACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA OBJETO DE LA INTERVENCIÓN	13
OBJETIVOS DEL PLAN DE INTERVENCIÓN	16
Objetivo general	16
Objetivos específicos	16
JUSTIFICACIÓN	17
MARCO TEÓRICO	20
Capítulo I: Contextualización	21
Capitulo II: Población	24
Capitulo III: Tema Central de la Intervención	29
Capitulo IV: Dispositivo Grupal	32
PLAN DE TRABAJO	37
Actividades	38
Esquema Modelo de Encuentros Del Taller	38
CRONOGRAMA	48
RECURSOS	49
PRESUPUESTO	50

EVALUACIÓN	52
RESULTADOS ESPERADOS	53
CONCLUSIONES	54
BIBLIOGRAFÍA	55
ANEXOS	57
Cuestionario	58
Sociograma	60

Resumen – Palabras Claves

El presente plan de intervención corresponde al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21.

Este trabajo tiene como finalidad la planificación de un proyecto de intervención en el Hospital de Día perteneciente al Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, el mismo se crea a través de los lineamientos de la ley de salud mental tanto a nivel provincial como nacional con la finalidad de generar procesos que faciliten la reinserción social de las personas que concurren a este lugar.

El proyecto apunta a la necesidad de generar un espacio donde estos pacientes puedan, a través del psicodrama, tomar contacto con su capacidad de crear, reconocer en sí mismos herramientas que tienen, trabajar en conjunto la posibilidad de desarrollar nuevas herramientas a través de la representación y dramatización en un proceso de co-construcción grupal.

Palabras claves: Ley de salud mental, desmanicomialización, reinserción social, psicodrama

Introducción

El siguiente trabajo consiste en la presentación de un proyecto de intervención en el Hospital de Día del Hospital San Antonio Padua de Rio Cuarto con la finalidad de promover la reinserción social de los participantes que asisten a dicha institución de día.

El proyecto se plantea a través de la información obtenida de dicha institución, la cual fue estudiada para poder detectar focos de demanda/necesidades a través de los cuales se pudiera intervenir con la finalidad de fortalecer los procesos de reinserción tanto a nivel individual como grupal.

Esta intervención se genera desde un enfoque holístico e integrador a través del cual se toma en cuenta no solo lo individual de cada sujeto sino sus vínculos significativos, el entorno al cual pertenece, lo social y lo cultural.

El proceso que se lleva a cabo apunta a un espacio de co-contrucción donde todos los sujetos que participen se vean involucrados y se reconozcan desde lo individual hasta lo grupal, donde puedan detectar y desarrollar herramientas que les permitan pensarse más allá de lo patológico, se abordará un sujeto desde un enfoque salubrista con la finalidad de que ellos puedan vincularse con un otro desde lo saludable y no solo desde la enfermedad.

El abordaje se realiza siguiendo la concepción con la que trabaja el Hospital de Día junto a la aplicación y seguimiento de las leyes de salud mental tanto a nivel provincial N° 9848, como nacional N° 26657, promoviendo la desmanicomialización y el trabajo comunitario con la finalidad de generar lazos sociales que permitan que los participantes vuelvan a incorporarse a su entorno habitual y por ende, a lo social. Presentación de la línea temática escogida

La elección de la temática se determina a través de la institución seleccionada, la necesidad delimitada, la forma de intervención desarrollada y por la posición que se tiene como futura profesional del área de salud mental.

Siguiendo a Kuhn (1962) se reconoce a un paradigma, como una concepción del mundo, un conjunto de valores y creencias que determina la forma de estructurar, categorizar y clasificar al mundo.

El paradigma de salud mental ha generado cambios complejos con el fin de generar un abordaje de las personas en cuanto a su complejidad: su salud y su enfermedad, sus componentes históricos, socio-económicos, culturales y biológicos, los cuales hay que tomar en cuenta para intentar preservar y abordar desde un enfoque multidisciplinar, promoviendo no desconectar a la persona de sus vínculos más cercanos y favorecer la reinserción a sus espacios habituales, en donde la persona pueda elegir seguir desarrollándose de forma saludable.

Con la siguiente intervención, se busca promover y contribuir a la reinserción y a la propia elección del paciente, en un trabajo en conjunto que permitirá tomar contacto y modificar aspectos de su vida que se han visto afectados por su patología, se busca fortalecer los vínculos sociales y principalmente sus vínculos significativos. Siguiendo el lineamiento sobre el cual el Hospital de Día de San Antonio de Padua de Río Cuarto, elabora sus intervenciones y hacia donde apuntan sus objetivos, apoyándose en las nuevas leyes de salud mental, tanto provincial N°9848 como nacional N° 26657, desde un abordaje integrador donde se incluye al paciente, a la familia, lo social y cultural.

Se considera que esta línea temática permitirá pensar en la salud y en la enfermedad no como algo contrapuesto sino como algo que tiene que encontrar un equilibrio con el cual una persona pueda funcionar en todas las aristas de su vida. Pensar la complejidad no desde lo complejo propiamente dicho, sino desde la retroalimentación que generan todos los procesos y cambios en los que se está inserto y permiten el movimiento y desplazamiento a otras etapas.

Reseña histórica de la Institución

En el año 1948, durante el gobierno del general Juan Domingo Perón, se creó el Hospital Regional de Río cuarto, con dependencia nacional, como parte de un plan nacional de creación de hospitales.

A mediados del año 1969, el doctor Lucero Kelly, médico psiquiatra, realizó gestiones en el Instituto Nacional de Salud Mental para abrir el primer Servicio de Salud Mental en el Hospital Regional de Río Cuarto. En ese mismo año se logró que comenzara a funcionar el Servicio de Salud Mental bajo la modalidad de comunidad terapéutica. El lugar destinado para este servicio fue el pabellón 5(cinco) del predio del hospital regional, ubicado al sur de la ciudad de Río Cuarto en barrio Las Ferias, con dirección en calle General Mosconi 486.

Este servicio fue uno de los primeros que se creó en el interior del país, contado desde siempre con un perfil multidisciplinario. Aunque se encontrara dentro del predio del hospital, funciono siempre de manera independiente tanto en su parte administrativa como en la técnica. Tenía un amplio equipo de salud, donde se incluían diversos profesionales como psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, personal de enfermería, técnicos en electroencefalogramas y terapistas ocupacionales. Poseían recursos humanos, técnicos, de infraestructura y financieros propios, sustentados con dinero que provenía del estado.

En la década de los 70, el servicio continuó con un funcionamiento independiente buscando dar siempre respuestas a las necesidades de salud mental. En esa misma década fallece el Dr. Lucero Kelley, por lo que fue llevando a la sucesión de diversos directores.

En el año 1978, durante el gobierno facto, por medio, se resolvió que los servicios nacionales pasarían a tener independencia provincial. En el marco de las legislaciones propias del proceso militar en curso, se produjo el traslado de todos los elementos del Servicio de Salud Mental hacia el Hospital San Antonio de Padua, que se encontraba casi desocupado. De este modo comenzó a ser un servicio del Hospital, dejando de ser independiente. Este cambio produjo que muchos profesionales renunciaran, se produjeron pérdidas materiales que nunca se recuperaron. En ese momento, se constituyó casi totalmente en un servicio de alcoholismo y patologías crónicas.

En el año 1984, se creó la Dirección de Salud Mental en la Provincia de Córdoba, esto y la apertura de la democrática permitieron un importante crecimiento para el servicio, de modo tal que la atención comunitaria y el área de rehabilitación se plantearon como estrategias terapéuticas no tradicionales que incluían teatro, talleres, huerta, artesanías, entre otros. Debido a las mayores afluencias de profesionales y preocupación por la salud mental, se produjeron cambios en la dinámica de trabajo.

En el año 1987, se contaba con tres psicólogos, una psicopedagoga y un licenciado en enfermería, de este modo, se constituyó el primer equipo de atención comunitaria.

En el año 1993, debido al cierre del Hospital San Antonio de Padua, se realizó un nuevo traslado hacia el Hospital Central de Río Cuarto, hubo un cambio de denominación del Servicio de Salud Mental, pasó a llamarse Unidad Programática de Salud Mental del Sur, con dependencia directa de la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Córdoba. Todo sucedió en el marco de las nuevas políticas de

transformación de la salud mental, pero con un nuevo enfoque que en general dio en llamarse “Democratización de la Salud Mental” a partir de la propuesta de Franco Basaglia en Trieste, Italia.

En ese mismo año, se incorporó la RISaM (Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental), ingresaron tres grupos de residentes, uno por cada año. En 1995, ingreso el último grupo de residentes, hasta el año 2004, cuando se reabrió y continua funcionando hasta la actualidad.

Debido a la crisis administrativa pública provincial, se restringieron los recursos y la unidad programática pasó a transformarse en un servicio más del hospital general. Es así, que en el año 1997, se comenzó a trabajar bajo la denominación Servicio de Salud Mental del Hospital Central de Rio Cuarto.

En el 2004, el hospital se trasladó al edificio actualmente denominado Nuevo Hospital de Rio Cuarto de San Antonio de Padua, exceptuando el Servicio de Salud Mental que quedo funcionado en el viejo predio, siendo aún dependiente del Hospital general.

En la segunda mitad del año 2005, comenzaron a realizarse Prácticas Profesionales de estudiantes de cuarto año de la carrera de Psicología de la Universidad Siglo 21, lo que permitió hasta la actualidad, poder contribuir en la formación de alumnos con orientación clínica a través del contacto directo con los pacientes y profesionales.

A partir del año 2010, ante un cambio de gestión en el servicio, se comenzaron a generar cambios de enfoque y apertura a nuevas prácticas. El servicio se encontraba organizado en el área asistencial, tanto en prácticas ambulatorias como internación. El

sistema de atención, la capacitación en servicio, los sistemas de capacitación de posgrado, la residencia interdisciplinaria de Salud Mental y la residencia en Psiquiatría, funcionaban de acuerdo con las disposiciones vigentes.

A través del apoyo de la nueva jefatura y la Dirección del Nuevo Hospital Rio Cuarto San Antonio de Padua, se participó de manera activa y por primera vez de una actividad anual organizada por la Dirección de Salud Mental: la Semana Provincial de la Cultura, el Arte y la Salud Mental; esta actividad permitió la creación de nuevas áreas en el servicio.

En el año 2011, se puso en movimiento la creación de dos áreas hasta el momento inexistentes en el servicio: Hospital de Día e Intervención en Comunidad. Desde la Jefatura del Departamento y la Dirección del Hospital se apoyó la iniciativa, otorgando por resolución interina la posibilidad de disponer de un pabellón para el funcionamiento del Hospital de Día.

En el año 2014, el Dr. Héctor Schiaroli, director del nuevo Hospital Rio Cuarto de San Antonio de Padua, ordeno el traslado del Servicio de Salud Mental, con funcionamiento en los pabellones 5 y 6 de la sede hospitalaria de Gral. Mosconi 426. Dicho traslado se realizó de manera programada y progresiva, esto se vio momentáneamente imposibilitado por una epidemia regional, lo que atraso el cronograma de mudanza. Hospital de día se trasladó en diciembre de ese mismo año.

Uno de los objetivos que motivo este proceso de traslado fue el de adecuar el modo de abordaje de la salud mental a los fundamentos filosóficos y epistemológicos que subyacen a las nuevas leyes de salud mental, tanto provincial N°9848 como

nacional N°26657. El perfil, la ubicación y el modo de funcionamiento del Servicio de Salud Mental fueron cambiando a lo largo del tiempo.

Actualmente, el Servicio de Salud Mental funciona dentro del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, en calle Guardias Nacionales 1027.

El hospital de Día es un dispositivo terapéutico grupal que surge por iniciativa de la actual jefa de Servicio de Salud Mental. Se inicia con la intención de crear un nuevo espacio terapéutico intermedio entre la hospitalización compleja y la asistencia por consultorio externo. Se trabaja de forma interdisciplinaria para lograr la restitución psicológica, social y familiar de las personas que tienen algún padecimiento psíquico y evitar la exclusión familiar y social.

La tendencia de atención en los últimos 13 años, se ha visto promovida por desalentar las prácticas puramente institucionales en pos de promover prácticas de salud en la comunidad. Tiene como uno de sus ejes principales, el enfoque de derechos para el campo de la salud y una especial atención a los derechos humanos en lo que refiere a salud mental, por lo que se desalientan las prácticas de encierro, castigo y violencia subjetiva conocidas como modelo manicomial.

El abordaje de la problemática psicopatológica tiene un carácter holístico, integral e integrador porque se entiende que el ámbito social y cultural de pertenencia del paciente es el lugar donde la problemática subjetiva emerge. Este modelo de abordaje integral incluye todos los referentes sociales del paciente, entre los cuales está incluida la familia

En el servicio de salud mental trabajan 15 personas: 9 pertenecen a personal de planta, 5 son contratados y 1 corresponde a locación de servicios. Estos profesionales

son de diferentes disciplinas: 8 médicos psiquiatras, 2 psicopedagogas y 5 psicólogas. La jornada laboral es de 35 horas semanales, distribuidas en las diferentes prestaciones que brindan. En proceso de residencia en el servicio de salud mental, actualmente hay 10 profesionales de distintas disciplinas.

Este dispositivo está pensado para personas mayores de 18 años, con residencia en la ciudad de Río Cuarto o región sur de la Provincia de Córdoba que padecen una patología psiquiátrica neurótica o psicótica, se encuentran en tratamiento y permanecen estables en su afección o cuadro psicopatológico

El promedio de asistentes diariamente al Hospital de Día es de 15 personas, generalmente en su mayoría hombres.

Actualmente, los profesionales del Servicio de salud mental que trabajan en Hospital de Día son 2 psiquiatras y 2 psicólogas.

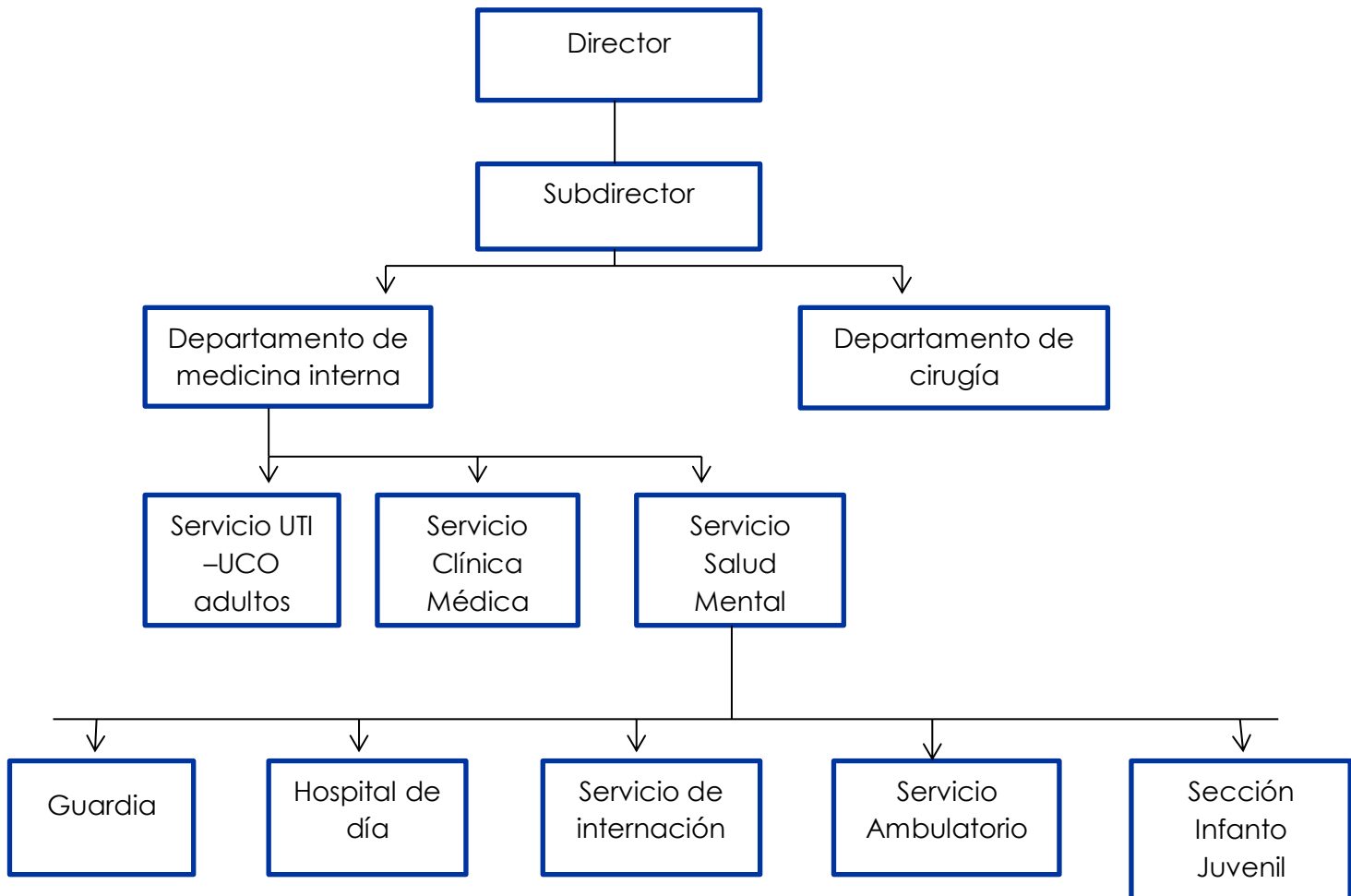
El hospital de día tiene como finalidad poder atender la salud de la población en general perteneciente a la región de integración sanitaria de los 4 departamentos del sur de la Provincia de Córdoba. Las acciones que generan son preponderantemente de prevención, asistencia y rehabilitación de las enfermedades en los niveles 2 y 3.

La labor que se lleva a cabo para lograr este fin, está enfocado en preservar la salud como condición ineludible, con la finalidad de evitar enfermedades sin perder de vista las condiciones y calidad de vida de la población. Del mismo modo, una vez presentada la enfermedad el propósito es lograr el mayor nivel de recuperación en aspectos psicológicos y sociales. La política actual está en consonancia con las políticas

nacionales y los pronunciamientos y recomendaciones de organismos transnacionales, como la Organización Mundial de la Salud y la Organización panamericana de la Salud.

Los valores institucionales están determinados con el fin de lograr la restitución psicológica, social y familiar de las personas padecen algún daño psíquico, a través del trabajo integral, holístico e integrador con el ámbito social y cultural, lo que lleva a la responsabilidad social, el trabajo en red, el compromiso desarrollado con los pacientes y la familias que asisten y la ética profesional, trabajando siempre desde la transparencia y honestidad en pos de la comunidad.

Organigrama



Delimitación de la problemática objeto de la Intervención

El servicio de Salud Mental del Hospital de Día tiene como objetivo lograr la restitución psicológica, social y familiar de las personas con algún padecimiento psíquico, a través de distintos dispositivos grupales que permitan trabajar en conjunto la reinserción laboral, educacional y comunitaria de pacientes que no cumplen los requisitos para permanecer internados, pero presentan dificultades para elaborar ciertas cuestiones emocionales, de auto-cuidado y de relaciones sociales con otros y con ellos mismos.

Con la información obtenida al comienzo del proceso, se realizó un análisis para lograr delimitar la problemática/necesidad y elaborar una intervención que permitiera el crecimiento de la institución. Este análisis permitió detectar focos de atención sobre los cuales se pudiera actuar para implementar mejoras con el fin de lograr una reinserción más eficaz.

Se planteara un plan de intervención, a través del cual se delimitaran las vías de resolución, medios y recursos que se implementaran para llevar a cabo la acción de desarrollar el proyecto: “Conjunto de actividades concretas, interrelacionadas y coordinadas entre sí, que se realizan con el fin de producir determinados bienes o servicios capaces de detectar necesidades o resolver problema” (Carrión Rosende y Berasategui; 2010; p.12). Este proyecto parte desde una necesidad, considerando a esta última como la “discrepancia entre lo que es y lo que debería ser, es decir, la diferencia entre la situación actual y la situación deseada”. (Carrión Rosende y Berasategui; 2010; p.21)

A través de esta necesidad, se implementara un abordaje desde el dispositivo grupal: Psicodrama. Esta intervención se llevara a cabo en el Nuevo Hospital Rio Cuarto San Antonio de Padua, donde actualmente reside el servicio de Salud Mental.

El psicodrama, es creado por Jacob Levy Moreno, permite el abordaje del individuo, familia, grupos y comunidad. Etimológicamente drama significa acción o una cosa hecha; por lo cual, cuando se dice “psicodrama” se está diciendo “psique en acción”. Su origen se desarrolla en el teatro, la sociología y la psicología, lo que permite el desarrollo de este dispositivo en distintos ámbitos como la psicología, la pedagogía, la comunidad, entre otros.

Como expresa Reyes (2005) El psicodrama es un paradigma del que se deriva una teoría, un método y una técnica, paradigma en cuanto a visión integral del ser humano y de sus aspectos vitales más relevantes. Su característica más relevante es su fortaleza epistemológica y su visión psicosocial de las temáticas en salud mental. (Severino et al., p. 141)

Este dispositivo buscara a través del juego de roles, la actuación de la escena, el desarrollo del grupo en la misma y el vínculo que se genera entre los participantes, trabajar tanto el diagnostico nosológico como el contexto al cual pertenecen cada participante, promoviendo no quedarse atrapado en la patología sino trascenderla.

El objetivo de esta intervención estará guiada por un trabajo conjunto donde tanto el coordinador como los pacientes, co-contruyen un espacio en donde se puedan trabajar distintas problemáticas actuales que traen los integrantes, buscando a través de estas, elaborar recursos corporales, emocionales y vinculares que permitan el fortalecimiento tanto grupal como individual de cada sujeto, incluido en ellos el

coordinador, con el fin de lograr una mayor reinserción social desde un abordaje focalizado en la promoción y sostenimiento de la salud mental.

Se considera que esta intervención fortalecerá la institución y los trabajos generados anteriormente, ya que no solo buscara desarrollar herramientas para que los pacientes puedan reinsertarse en la sociedad, sino que permitirá que ellos mismos se reconozcan en ellas y tomen conciencia de las capacidades/recursos que tienen.

Objetivos del plan de Intervención

Objetivo general

- Promover la reinserción social de los pacientes del hospital de día a través de un taller de psicodrama

Objetivos específicos

- Facilitar el reconocimiento de recursos psíquicos y emocionales en los pacientes
- Fomentar el desarrollo de vínculos significativos saludables en los pacientes
- Favorecer el acompañamiento y seguimiento institucional de los pacientes en sus procesos de reinserción social

Justificación

Este proyecto de intervención, parte de una necesidad detectada en relación a la reinserción de los pacientes a sus vínculos más cercanos y a la sociedad en general. El dispositivo que se propone está vinculado en relación a la visión y objetivos que se propone el Hospital San Antonio de Padua a través del Hospital de día y la intervención comunitaria.

Siguiendo la Ley Nacional de Salud Mental N°26657 (2011) en donde se desarrollan y expresan los principios y derechos de los enfermos mentales en pos de un mejoramiento de la atención en salud mental, buscando que esta sea preventiva y rehabilitadora, se menciona:

Artículo N° 4 – “D”: “Derecho a recibir tratamiento y ser tratado con la opción terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertad, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria” (Ley Nacional de Salud mental, 12, 2011).

Se considera que esta intervención permitirá y buscara respetar los derechos de las personas que asisten al Hospital de Día, se promoverá la reinserción social de ellos y se buscara que estos trabajen sobre sus recursos psíquicos y emocionales, como con sus vínculos significativos en total libertad y brindando la posibilidad de elegir, no solo seguir desarrollando herramientas, sino trabajar desde la que cada paciente tiene en ese momento, posibilitando el reconocimiento de estas y el manejo en sus ámbitos sociales.

“La psicoterapia psicodramática forma parte de un abordaje interdisciplinario, en el que se integran terapéutica individual, grupal, abordajes familiares y comunitarios” (Severiono et al, 150, 2015) Este se presenta como un objetivo de la intervención a desarrollar, buscar el fortalecimiento y acompañamiento desde lo individual, grupal y

familiar para promover una mayor reinserción del individuo en sus medios cotidianos, sin dejar de lado su propia elección.

Siguiendo a Severino et al. (2015) en la acción participativa de cada uno de los integrantes del grupo es donde se va a generar el contacto entre el psicodrama y lo social creado por nosotros, lo que permitirá contribuir a dar una estructura y solidez al medio en el que habitamos. Se parte de un vínculo con el otro, donde hay un emisor y un receptor que interactúan y producen cambios durante el encuentro. En la sesión psicodramática, a través del vínculo terapéutico se intenta integrar lo cognitivo, corporal y afectivo.

Otro antecedente es el trabajo desarrollado por Reyes (2005) en donde menciona dos intervenciones que realiza a través del psicodrama en pacientes con depresión tanto de forma individual como grupal. Dicha autora menciona el psicodrama como una herramienta conceptual que permite una profundización para la comprensión de la dinámica de la depresión en los pacientes que intervino, donde se pudo definir y describir distintos elementos en relación a las defensas, las emociones, vínculos interpersonales y con la propia percepción de sí mismos.

Reyes (2005) reflexiona en relación al método del psicodrama, sus técnicas y sus herramientas vinculares que permiten la posibilidad de ser contenido y escuchado, sin juicio, accediendo a la mirada amorosa y compasiva que permite el reconocimiento del sí mismo y del otro, como forma de recuperar la confianza perdida. Puntualiza, que permite tomar conciencia de las defensas que ya no son funcionales y que entorpecen la adaptación del sujeto.

En su libro, Vaimberg y Lombardo (2015), hacen referencia a como a través de la aplicación del psicodrama, se detecta un aumento de la capacidad imaginativa, del pensamiento y de los actos creativos y como esto permite un cambio de visión activa hacia la vida.

A través de la selección de antecedentes mencionados entre muchos otros, se concluye que este plan de intervención apunta de forma directa a promover la reinserción de los pacientes a través del reconocimiento de sí mismos y de los otros. Promoviendo desde un abordaje integral y participativo en donde se vincule lo individual, grupal y social que cada participante traiga consigo mismos. Posicionándonos siempre desde el paradigma de la salud mental y sin olvidarnos que se co-construira con un otro que nos habilita y que se habilita a este proceso de reinserción.

Marco Teórico

Capítulo I: Contextualización

La ley Nacional de salud mental N° 26675 se sancionó en Noviembre del 2010, a través del senado y la cámara de diputados del congreso de la nación Argentina. Esta ley tiene por objeto asegurar el derecho de protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional. Integran a esta ley, los principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y mejoramiento de la salud mental (LNSM, 2011)

A través de la sanción de esta ley, se comienza a reconocer a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos. Se comienzan a reconocer los derechos de las personas con padecimiento mental con el fin de lograr un trato más humanizado, permitiendo que estos pacientes sean tenidos en cuenta y escuchados, promoviendo un rol activo en estos últimos. (LNSM,2011)

A su vez, en Octubre del 2010 en Córdoba, se aprobó la ley Provincial de Salud Mental N°9848, dicha ley tiene por objeto garantizar el ejercicio de derecho de la población a la salud mental, asegurando su promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; el acceso a la población sin ningún tipo de exclusión, integrados y conducidos por expertos en salud mental (LPSM, 2010)

La implementación de las leyes mencionadas, invito a repensar el paradigma vigente en salud mental. Se reconoció a las personas como sujetos de derecho y se estableció una forma diferente de abordaje de la problemática en cuestión.

“Un paradigma está constituido por un cierto tipo de relación lógica extremadamente fuerte entre nociones maestras, nociones claves, principios claves. Esa relación y esos principios van a gobernar todos los discursos que obedecen, inconscientemente a su gobierno” (Morin, 1990) Repensar el paradigma vigente, genero una transición de un pensamiento simplista, lineal, donde toda causa tiene su fin, donde lo singular y lo múltiple se reconocía, pero no se podía unir, a un paradigma de la complejidad, pensado desde la complejidad no como complicación, sino como la posibilidad de pensar los sucesos individuales y sociales en conjunto, desde donde lo cultural, socio-económico, lo biológico, se relacionan y conforman un sujeto que interactúa en un contexto y donde ambos se retroalimentan constantemente conformando la realidad.

La ley nacional de salud mental (2011) y La ley provincial de salud mental (2010), mencionan entre sus artículos: el abordaje de la salud mental como un proceso dinámico y contextual que incluye la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con el objetivo de asegurar la recuperación y preservar la salud; la articulación del sistema de salud mental con el sistema general de salud promoviendo el trabajo interdisciplinario y en red permitiendo a la comunidad participar en dicho proceso; promueven la integración familiar de las personas con algún padecimiento mental, fomentando el contacto con sus medios habituales y evitar de esta forma las internaciones y los aislamiento sociales a los estas personas se veían afectados.

El hospital de Día de San Antonio de Padua, desarrolla sus abordajes desde las nuevas leyes de salud mental, tanto provincial N° 9848 como nacional N°26657. La tendencia se ve promovida por desalentar las prácticas puramente institucionales en pos de promover las prácticas de salud en la comunidad. Tiene como uno de sus ejes

principales, el enfoque de derechos y una especial atención a los derechos humanos en lo que refiere a la salud mental, desalientan las prácticas de encierro, castigo y violencia subjetiva conocidas como modelo manicomial. (Canvas, 2019)

Es un dispositivo terapéutico grupal que surge por iniciativa de la actual jefa de Servicio de Salud Mental. Se inicia con la intención de crear un nuevo espacio terapéutico intermedio entre la hospitalización compleja y la asistencia por consultorio externo. Se trabaja de forma interdisciplinaria para lograr la restitución psicológica, social y familiar de las personas que tienen algún padecimiento psíquico y evitar la exclusión familiar y social. (Canvas, 2019)

Los valores institucionales están determinados con el fin de lograr la restitución psicológica, social y familiar a través del trabajo integral, holístico e integrador con el ámbito social y cultural, lo que lleva a la responsabilidad social, el trabajo en red, el compromiso desarrollado con los pacientes y la familias que asisten y la ética profesional, trabajando siempre desde la transparencia y honestidad en pos de la comunidad. (Canvas, 2019)

Capítulo II: Población

“La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurran exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal. La calidad de la vida, el cuidado y la promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud, y la muerte misma, acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal”
(Costa, M. y López, E., 1986)

Estamos seguros que existen personas enfermas, pero... ¿podemos afirmar que la enfermedad existe? ¿Acaso no es una construcción de nuestra mente formada con lo que creemos que poseen en común las personas enfermas? Aplicamos a un hecho concreto una abstracción ideal, quizás existente solo en nuestro cerebro. De la misma manera actuamos con la idea de salud. Vemos y conocemos personas sanas, pero ¿existe la salud? ¿De qué está hecha? En este caso y al Igual que hemos hecho con el constructo enfermedad, decimos que la salud es lo que tienen en común las personas sanas. Pero entonces nos debemos preguntar ¿qué es una persona sana? ¿Qué tienen en común las personas que así denominamos? (Gavidia y Talavera, 2012)

El concepto de salud no es único y universal, como tampoco lo es el de enfermedad. Son cambiantes y dependen de las personas y de los contextos desde donde se conceptualizan. Cada época y cada contexto ha realizado su aportación con la que se ha construido el edificio actual que conocemos. (Gavidia y Talavera, 162, 2012)

A lo largo de la historia, el valor dado a la salud en cada sociedad es fundamental, influenciado por ideologías y corrientes de pensamiento que han

dominado el mundo a través del tiempo respecto a la concepción de la salud. (Macaya Sandoval et al. 2018)

Las ideas de salud y de enfermedad han ido siempre unidas, existiendo un binomio salud-enfermedad que se mantiene y ha experimentado cambios con el tiempo. La medicina antigua poseía una concepción unitaria y globalizadora del fenómeno de la enfermedad, entendiéndolo como algo esencial a la propia naturaleza humana, de forma que cualquier enfermedad era la pérdida de la “normalidad”. Sin embargo, la medicina moderna le ha ido dando pluralidad al concepto, tratando de identificar y diferenciar diversos tipos de enfermedades, teniendo en cuenta la variada sintomatología que aparece en las personas. (Gavidia y Talavera, 2012)

El racionalismo ilustrado del siglo XIX propugnaba la lesión como elemento definitorio de la enfermedad, lo que permitió una visión fisiopatológica de la misma y dirigir los esfuerzos a objetivar las alteraciones funcionales del organismo. Se entiende la enfermedad como un proceso con alteraciones locales (lesiones) que provoca trastornos funcionales (disfunciones) debidas a causas identificables (internas/genéticas, o externas) y que siguen una evolución peculiar, constante y medible.

La salud tiene el sentido de oposición a lo que se entendía por enfermedad. Leriche (1937) la define, dentro de este paradigma, como “la vida en el silencio de los órganos”. Esta representación entiende la salud como la condición “normal” de la vida y ésta es la causa de que no nos percatemos de ella. (Gavidia y Talavera, 2012) Entre los dos forman un continuo lineal con ciertos gradientes. Se llegan a desarrollar en la época modelos de linealidad entre la salud y la enfermedad que acabarían en la muerte.

La reducción de la enfermedad a un problema meramente biológico, en el que su origen consiste en un agente identificable mediante técnicas de laboratorio, no sirve para enfrentarse a ciertas situaciones y formas de enfermar. A principios del siglo XX y con la obra de Sigmund Freud empieza a reconocerse la importancia de los procesos psíquicos en la génesis de muchas enfermedades, se intenta comprender y explicar la génesis y desarrollo de las enfermedades psíquicas en función de los procesos mentales.

Teniendo en cuenta esta idea de nueva idea de enfermedad, la O.M.S. en su Carta Constitucional (1946) define la salud como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (Gavidia y Talavera, 167, 2012) Frente a las anteriores representaciones, ésta ofrece aspectos innovadores como mostrarse en términos positivos y añadir el área mental y social a la puramente biológica aceptada hasta el momento. La nueva concepción considera la salud como un objetivo social que se debe tener presente.

A pesar de los aspectos criticables de esta definición, el hecho de indicar con claridad las tres dimensiones de la salud, física, psíquica y social, ha supuesto una gran aportación, dotándola de una concepción más global. Sin abandonar el paradigma tradicional, la representación de la salud comienza a construirse, no sólo en relación con el concepto de enfermedad, que también ha cambiado, sino también en función de características más positivas y diferenciadoras.

La construcción de los conceptos de salud y enfermedad ha continuado evolucionando. El pensamiento de que existe una sola causa en cada una de las enfermedades y que la mayoría de ellas son producidas por gérmenes ha sido criticado, por la importancia del psiquismo, por la influencia del entorno físico y social, y como resultado del análisis de las principales enfermedades actuales.

En la construcción del concepto de salud todas las ideas anteriores han sido importantes para modelar la representación actual: oposición a la enfermedad, bienestar físico, psíquico y social, capacidad de funcionamiento, equilibrio con el entorno, manera de vivir alejada del riesgo. Ahora debemos añadir la *acción* para modificar nuestro propio entorno. (Gavidia y Talavera, 2012) La salud se entiende como una conquista diaria, por la que podemos mejorar nuestra calidad de vida. No consiste en un proceso acabado, en algo determinado que se tiene o no se tiene, sino que se trata de la posibilidad de conseguir cada vez mayores cuotas de salud.

En los años noventa, se inicia el estudio de la salud desde las representaciones sociales que tienen los individuos y la sociedad en general. Los individuos se expresan a propósito de la salud y la enfermedad en un lenguaje elaborado a partir de la relación que establecen con la sociedad. Es así como en la actualidad se abre paso a un análisis de la salud y la enfermedad, no como entidades cuya definición es evidente, sino como el resultado de procesos sociales, elaboraciones intelectuales y continuos intercambios de la colectividad. (Vergara Quintero, 2007)

Pese a los continuos cambios en la concepción de la salud y la enfermedad, en la Práctica, parece seguir predominando, con cierto grado de generalidad, el modelo biomédico. Este modelo, sin embargo, ha entrado en crisis, a partir de la crítica de su deshumanización y su racionalidad exclusivamente técnico-instrumental. (Vergara Quintero, 2007)

Lo anterior y la magnitud de los problemas actuales en salud, han conducido al intento de comprender el problema de la salud y la enfermedad desde otros referentes.

Se podría pensar en una perspectiva postepistemológica que dé cabida a categorías centrales de la vida y sus relaciones con la sociedad, que posibiliten un horizonte más integral de la salud humana. (Vergara Quintero, 2007)

El paciente pasa de tener un rol pasivo, donde es poseído por espíritu o por dioses, donde las causas de su enfermedad son únicamente orgánicas y sobre las cuales no puede hacer nada, a ser un paciente activo, en constante búsqueda de su salud, pasa a ser una persona portadora de derechos donde importan sus componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, donde se lo reconoce como ser social y donde los vínculos con los que cuenta son importantes para su tratamiento y mejoría, un paciente que deja de ser paciente y al cual el estado debe asegurarle el regreso a sus vínculos, a su cultura, asegurarle la externación y dejar a tras los modelos manicominiales que solo aislaban al sujeto y lo llevan a enfermar aún más.

Capítulo III: Tema Central de la Intervención

Desde una perspectiva histórica, el surgimiento del manicomio se ubica a fines del siglo XIX sostenido por los valores de la modernidad y bajo la influencia sociocultural del positivismo. El estado generado a partir de 1880 consideraba al sujeto como “sujeto de tipo moral” sobre el que había que influir con el objetivo de mejorar su calidad de agente económico. En este contexto, el manicomio se constituye como dispositivo disciplinar para dar una respuesta científica, moralmente aceptada e institucionalmente organizada a la presencia de la locura (De amico, 2004)

El objetivo original del manicomio, fue dar un lugar de contención a la locura, la diversidad y la marginalidad improductiva, para limpiar la ciudad y sostener el sistema, aunque por ello, se legitimara la negación de los derechos individuales y permitiese formas de represión agresivas aplicadas para curar al paciente.(De amico, 2004)

Una institución psiquiátrica presenta tendencias absorbentes o totalizadoras simbolizada por los obstáculos que se oponen a la interacción y circulación de los internos con el medio social. Provoca en el paciente una fragmentación, un estigma y deterioro en la construcción de la identidad por la etiqueta y la marginación social. El aislamiento de los enfermos mentales y su reclusión en los manicomios de ninguna manera favorece a su salud, sino ocurre todo lo contrario, su deterioro. (De amico, 2004)

En diciembre de 2010 se sancionó la Ley nacional de salud mental N°26.657. La misma, avalada por la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y considerada como la más avanzada de la región, apunta y se pronuncia por un nuevo paradigma de atención. Su propuesta se fundamenta a partir de

principios y declaraciones internacionales de derechos humanos y se sostiene en una concepción de salud entendida como proceso determinado por múltiples factores. Esta nueva concepción cuestiona la lectura biologista de la salud e introduce la idea de un abordaje interdisciplinario en el cual se reconoce al paciente como sujeto de derecho. (Rojas et al, 132, 2014)

Se privilegia la prevención y la promoción como las mejores estrategias para trabajar en pos de la salud mental, estrategias en la cuales se incluyen los distintos campos en los que se desarrollan las personas. Se propone un abordaje interdisciplinario e intersectorial para responder a las distintas problemáticas que se presentan en este campo. La propuesta de un abordaje de estas características supera la idea que reduce a la salud mental al campo de una sola disciplina. (Rojas et al,2014)

Otro de los puntos cruciales que establece la ley es el de un proceso de desmanicomialización. A partir de la misma se prohíbe la apertura de nuevos manicomios con el proyecto de adaptar los que actualmente existen hasta sustituirlos por dispositivos en los que el paciente no pierda el vínculo con la comunidad. Entre estos dispositivos se destacan: la atención e internación de pacientes de salud mental en hospitales generales, equipos interdisciplinarios en los centros barriales, centros de día, casas de convivencia, cooperativa, acompañamiento terapéuticos (Rojas et al,2014) En el contexto de esta Ley la misma será utilizada como un recurso terapéutico sólo en los casos extremos, o sea, en los casos que el paciente presente un riesgo cierto e inminente.

La ley 26.657 (2010) devuelve a pacientes con padecimientos mentales la capacidad jurídica, reconociendo que dicha persona está legalmente habilitada para celebrar acuerdos vinculantes y que, ya en el plano social, no se la debe privar de la

posibilidad de elegir y actuar. La capacidad jurídica puede entenderse como la aptitud de una persona de ser titular de derechos, así como la capacidad o posibilidad concreta de ejercer esos derechos. Se pasa así de un sujeto incapaz que debía ser tutelado por el estado a un sujeto de derechos con igual dignidad y valor que los demás.

Se tratará así de fortalecer la capacidad de los sujetos, para enfrentar sus problemas sobre la base de sus propias pautas culturales y políticas, más que de resolvérselos desde afuera o de inyectarles productos, soluciones y pautas culturales, extraños y distorsionantes o, al menos, inoportunos. (Aguila et al, 2010)

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. (LNSM, 2010)

Como ya decía Bleger (1999) hay que salir de los estrechos marcos de una actividad profesional interesada exclusivamente en aspectos curativos e individuales de la enfermedad, para entrar en el campo de las ciencias del comportamiento, volverse de lo individual a lo social. Lo psíquico, lo orgánico, lo emocional, lo individual y lo social son inseparables en el hombre y al ambiente en el que nace, crece, se desarrolla y muere.

Que el paciente vuelva a sus vínculos y a su cultura, que pueda elegir y ser consciente de las herramientas con las que cuenta para habituarse a su entorno y a su día a día, es uno de los objetivos de esta intervención, lograr la reinserción social desde lo comunitario y lo sistémico, dejando de lado de opresivo, agresivo y deshumanizado como lo fue y es el manicomio.

Capítulo IV: Dispositivo Grupal

El psicodrama fue creado por Jacob Levy Moreno en el año 1910 en Viena. (Vaimberg y Lombardo, 2015) “Es un método de abordaje del individuo, la familia, los grupos y la comunidad, tuvo sus orígenes en el teatro, la sociología y la psicología. Se desarrolla en diferentes ámbitos: clínica, psicoterapia, pedagogía y comunidad”. (Severino et al. 139, 2015)

Moreno, logro desarrollar una teoría basada en una concepción del hombre y de la salud que tiene como núcleo su espontaneidad, el optimismo acerca de lo vital, el amor, la catarsis y los roles que van conformando el yo del individuo. (Albizuri de Garcia, 1999)

El desarrollo de lo que llamaría posteriormente axiodrama – recuento con los verdaderos valores éticos, religiosos y culturales en una forma dramática espontanea – fue el primer contenido del psicodrama, luego desarrollo el sociodrama y por último el psicodrama aplicado a la psicopatología. (Albizuri de Garcia, 1999)

Los aportes más conocidos y medulares de la teoría de Moreno, deviene de la nueva mirada que fue capaz de dar a la improvisación dramática, retomando a partir de lo espontaneo, el concepto de catarsis. Este término que significa purificación, ya había sido usado por Aristóteles en cuanto a los efectos del drama en el público, emociones que surgen de la participación activa – identificación- es la acción dramática. (Albizuri de Garcia, 1999)

La catarsis se puede dar, en el espectador, que al identificarse con lo representado y sus protagonistas tiene la posibilidad de expresarse a través de ellos,

resonando haciendo eco desde sus vivencias e historias. En los protagonistas, que mientras se desarrolla el drama, crean en el mismo, lo co-crean con los demás, expresándose a través del tratamiento de la temática y de los juegos vinculares. (Albizuri de Garcia, 1999)

La representación escénica, los juegos dramáticos y la intervención del psicodramatista recogen el sentido lúdico y pedagógico de la comunicación grupal. Surge así la expresión y la comprensión de la temática expuesta facilitando la exploración y la exteriorización a través de lo vivencial y lo corporal. (Severino et al, 140, 2015)

La acción participativa de los integrantes del grupo es el punto de contacto entre el psicodrama y lo social creado por nosotros. Moreno, lo define como un juego dramático donde se representa y se actúa la situación emergente de un grupo. (Severino et al, 2015)

En la sesión psicodramática, a través del vínculo terapéutico se intenta integrar lo cognitivo, corporal y afectivo. En el psicodrama todo ocurre en el “aquí y ahora” y en el “como si” de la dramatización. Las acciones se desarrollan en un lugar determinado y concreto (locus), en un entorno (matriz) y tiene un desarrollo temporal (status nascendi), se recrea lo vivido en el aquí y en el ahora. (Severino et al, 2015)

Los conceptos mencionados anteriormente, son relevantes para construir un diagnóstico y un plan terapéutico, estos nos permitirán conocer el terreno que estamos pisando cual y como fue la red vincular fundante de la persona, los procesos dentro de los cuales se fueron desarrollando y por ultimo permiten establecer los puntos de conflictos. (Reyes, 2005)

Otro aspecto importante que complementa y profundiza el diagnóstico, es el vínculo y los roles. La calidad y red vincular del sujeto permiten establecer un sociodrama de su vida, como elige o lo eligen, la valencia de sus vínculos, la complementariedad o suplementariedad de los mismos y como estos van conformando su identidad (Reyes, 2005)

La regla fundamental es la interacción libre y espontánea, y el objetivo es favorecer la integración del individuo y del grupo. (Albizuri de García, 1999)

El rol del coordinador, es como un riel para trabajar la comunicación e incidir en el desempeño de los roles, la flexibilidad es uno de los objetivos para evitar que se estereotipen los roles. Por lo que se puede indicar que es el encargado de discriminar el material a dramatizar detectando el emergente grupal, indicar consignas, auxiliar para que los pacientes sean creativos y no hacer lo que el paciente no puede y efectuar un análisis final de lo trabajado. (Severino et al, 2015)

Siguiendo a Albizuri de García (1999) se puede indicar que el método general del psicodrama cuenta con diferentes técnicas para desarrollar al máximo la exploración y la creatividad. Se distinguen en el desarrollo de la acción dramática tres momentos:

- Una primer fase denominada Caldeamiento en donde se prepara el clima del grupo, donde se elige un tema y un protagonista y se intenta adentrar al mismo, es fundamental la espontaneidad y la creatividad en este momento, ya que el sujeto tiene que poder desprenderse de la realidad para adentrarse a la dramatización. En este punto es fundamental el rol del coordinador.
- El segundo momento o fase es la Representación- Dramatización propiamente dicha de la escena dramática. Aquí cobran importancia los yo-auxiliares, serán

los encargados de jugar a roles complementarios a los del protagonista. Deben crear el clima adecuado a nivel emocional para que sea efectivo el proceso terapéutico.

- El tercer momento es el de Compartir- Comentarios es donde el grupo participa terapéuticamente. Hasta el momento el que se expuso fue el protagonista, en esta etapa el grupo devuelve, comparte, sus sentimientos y vivencias, todo lo que fue sucediendo y resonando lo que en ellos se produjo.

Las diversas técnicas dramáticas fueron pensadas por Moreno en relación con su teoría de la evolución del niño:

- A la primer etapa de indiferenciación del yo corresponde la técnica del doble, en esta técnica un yo-auxiliar complementa aquello que realiza el protagonista.
- A la segunda del reconcomiendo del yo, la técnica del espejo, implica la imitación del yo-auxiliar de todo lo que realiza el protagonista, se busca que el paciente se reconozca en esa representación. Lo importante de esta técnica es que reconozca comportamientos y aspectos que son desconocidos.
- A la tercer etapa le corresponde la técnica de inversión de roles, implica ponerse en el lugar del otro. Es la técnica básica del psicodrama

Tomando el modelo teatral, se distinguen cinco elementos o instrumentos de la escena dramática:

- Escenario: El espacio dramático donde se formara la escena
- Protagonista: Es quien, en psicodrama, protagoniza su propio drama. Se representa a sí mismo y sus personajes son parte de él.

- Director: El psicoterapeuta del grupo es también el director psicodramático. Tiene una doble función cuando coordina la escena dramática y cuando el grupo está en la etapa de comentarios.
- Yo- Auxiliares: Tiene la función de auxiliar al protagonista, dramatizando roles y lo que este le indique que necesita para realizar la escena, también recibe consignas del director. Son los mismos compañeros del grupo y en algunas ocasiones los terapeutas.
- Público: Es el grupo terapéutico, el grupo resuena con lo que recibe desde la escena, aportando opiniones, expresando afectos, escuchando con su propia historia.

Este dispositivo busca a través del juego de roles, la actuación de la escena, el desarrollo del grupo en la misma y el vínculo que se genera entre los participantes, trabajar tanto el diagnóstico nosológico como el contexto al cual pertenecen cada participante, promoviendo no quedarse atrapado en la patología sino trascenderla. (Reyes, 2005)

Plan de trabajo

Actividades

Se invitara a los pacientes del hospital de día a que se involucren en el nuevo taller que se realizara los días miércoles de cada semana, se desarrollara en 6 encuentros, se trabajara con grupos cerrados de 6 personas, en el salón de multiuso del hospital.

Esquema Modelo de Encuentros Del Taller

Encuentro (N° 1)

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo la siguiente dinámica

Tema: Conocernos y hacer un “Como si”

Objetivo general del encuentro: Conocernos y presentarnos entre todos para comenzar a desarrollar el dispositivo.

Actividad 1: Como si

Materiales: Títeres

Tipo de estrategia: presentación grupal, reconocimiento del espacio, relajación del cuerpo, dramatización, puesta en común, fin.

Tiempo estimado: 1 hs 30 min.

Instrucciones para el Coordinador:

- Caldeamiento: Primero se pedirá que se presenten en el grupo, que brinden su nombre, edad y hace cuanto pertenecen al hospital de día y que relación

mantienen entre ellos para poder tomar estos datos y desarrollar un sociodrama de cada paciente.

- Luego de que se realice esta actividad se pedirá que realicen un recorrido del espacio , en donde se les va a pedir a los participantes que se conecten con ellos en el aquí y ahora, que recorran el espacio mirando al piso, luego que levanten la mirada y cambien el recorrido, tomen contacto con sus compañeros y simplemente hagan un gesto al verse, luego se les pide que vuelvan a cambiar el sentido caminando para atrás y cuando se crucen con un compañero se despidan con un gesto de mano.

Se llevara una actividad ya planificada por la terapeuta, se llevaran títeres con la finalidad que tomen contacto, pero no se involucren directamente, se les pedirá a cuatro participantes que se postulen o serán elegidos por el terapeuta para llevar a cabo la siguiente escena: Recrear un día común en el hospital de día, se pedirá un protagonista y auxiliares que acompañen el momento de dramatización.

- Una vez finalizada la escena, se pedirá al protagonista que comente su vivencia en el desarrollo de la escena y luego se compartirá a nivel grupal.

Por último, se les pedirá que realicen en un papel y anoten en una o dos palabras la relación que mantienen con sus compañeros y con el espacio que se empieza a co-construir.

- Se contara con un observador participante para tomar nota de lo realizado en el encuentro desde que comienza hasta que termine. Un enfermero en caso de que haya alguna complicación en el momento desde que se comienza hasta que finalice el encuentro)

Encuentro (N° 2)

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo la siguiente dinámica

Tema: Cambio de roles

Objetivo general del encuentro: Trabajar la percepción y la forma de mostrarse con otro.

Actividad 2: Reconocimiento

Materiales: Equipo de música

Tipo de estrategia: Técnica de relajación, trabajo en pareja, role playing.

Tiempo Estimado: 1 hs.

Instrucciones para el Coordinador:

- En un primer momento se pondrá música tenue, se les pedirá a los pacientes que busquen un lugar cómodo en la sala y una vez que lo encuentren se acomoden y cierren los ojos. Se utiliza la técnica de relajación muscular progresiva, la que se implementara para pedirles a los participantes que tensen sus músculos por 30 segundos y luego los relajen, se comenzara pidiendo por los pies, luego las pantorrillas hasta llegar a los hombros, se pedirá luego que inclinen la cabeza de forma lenta para un lado y luego para el otro. Una vez finalizado este momento se les pedirá que lentamente abran los ojos, y se paren, en caso de estar sentados, lentamente tomando contacto con todo su cuerpo.
- Al momento de la dramatización se utilizara la técnica del role playing, con la finalidad de que trabajen con un compañero/a y representen sus

comportamientos más habituales, con la finalidad de verse en un espejo y reconocer como el otro me percibe y como se percibe uno mismo en relación a esa actuación.

- Por último, se compartirá la experiencia de cada pareja al momento de la dramatización y se pedirá una conclusión a nivel grupal de que se reflejó en el otro compañero que no puede uno reconocer en sí mismo, ya sea positivo o negativo.
- Se contara con un observador participante para tomar nota de lo realizado en el encuentro desde que comienza hasta que termine. Un enfermero en caso de que haya alguna complicación en el momento desde que se comienza hasta que finalice el encuentro)

Encuentro (N° 3)

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo la siguiente dinámica

Tema: Familia

Objetivo general del encuentro: Desarrollar una actividad en relación a la convivencia con la familia/vínculos significativos

Actividad 3: Convivencia

Materiales: Equipo de música, sillas.

Tipo de estrategia: Se buscara que el participante trabaje junto a un yo-auxiliar una situación cotidiana de su entorno que le genere malestar para poder trabajar distintas formas de afrontamiento, buscando que el paciente se empodere y pueda trabajar esa situación

Tiempo estimado: 1 hs.

Instrucciones para el Coordinador:

- En la primer etapa se le pedirá a los integrantes que formen un círculo, se introducirá música y se le pedirá que se muevan con el ritmo sin preocuparse por como lo hacen, se les indicara que pueden desplazarse por todo el espacio, haciendo énfasis en que se conecten con lo que sienten en ese momento en el cuerpo y lo expresen a través del baile.
- En un segundo momento se les pedirá que se conecten con algún compañero/a y sin dejar de bailar expresen lo que sienten en el cuerpo, el compañero en un primer momento seguirá su movimiento y luego responderá a lo que el otro le demuestra.
- Se indicara que una pareja quede sola en el escenario, se pedirá que uno sea el protagonista y el otro el yo- auxiliar, se le pedirá al protagonista que piense en algún vínculo con alguien que le genere incomodidad o algún malestar y lo plantee para poder trabajarlo, al yo-auxiliar se le pedirá que represente a esta persona y se acomoden en las sillas y que las posicionen como lo sienta el protagonista. El terapeuta seguirá la escena y en los momentos que el protagonista se vea sin herramientas para hacer frente a lo que le plantea la otra persona, incorporara un yo-auxiliar más que lo acompañe para poder enfrentar la situación y superarla, permitiendo verla desde otra perspectiva y enfrentándola desde otro lado.
- Al finalizar se le pedirá al protagonista que utilice la técnica del soliloquio y exprese desde el primer momento todo lo que sintió en ese momento, el terapeuta buscara remarcar los aspectos que el este no reconozca como positivos

con la finalidad de que el participante se reconozca en estas devoluciones y se apropie de ellas. Luego se pedirá una devolución de los yo-auxiliares y por ultimo del público, se pedirá en este momento que expresen lo que sintieron y como ellos lo hubiesen enfrentado con el fin de que puedan ver las distintas perspectivas y formas de afrontar un momento que genere incomodidad, miedo o angustia.

- Se contara con un observador participante para tomar nota de lo realizado en el encuentro desde que comienza hasta que termine. Un enfermero en caso de que haya alguna complicación en el momento desde que se comienza hasta que finalice el encuentro)

Encuentro (N° 4)

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo la siguiente dinámica

Tema: Sociedad

Objetivo general del encuentro: Indagar la experiencia de los pacientes a nivel social al momento de la externación

Actividad 4: Sensaciones y experiencias

Materiales: Equipo de música, telas, títeres, almohadones, ropa.

Tipo de estrategia: Afrontamiento de situaciones cotidianas en la vida de los participantes.

Tiempo estimado: 1 hr

Instrucciones para el Coordinador:

- Al comienzo del caldeamiento se les pedirá a los participantes que se desplacen por la sala con movimientos lentos, saluden a sus compañeros/as y compartan con ellos algo que les haya ocurrido en la semana para poder conocer de esta forma como es el estado de ánimo a nivel general y como impacto el encuentro anterior en ellos. La sala contará con diversos elementos como telas, títeres, almohadones, ropa, con el fin que en la dramatización los participantes lo utilicen. Lo cual se mencionará antes de comenzar la siguiente etapa.
- Luego se les pedirá que entre todos construyan como la sociedad o sus círculos cercanos toman contacto con ellos al momento de la externalización y luego de esta, que sienten ellos en relación al trato que se genera hacia ellos y como lo enfrentan en el día a día. Se les pide que se imaginen un día común, con sus actividades actuales y como es el encuentro con los otros. Se pide que no dejen de moverse, que lo expresen hablando con ellos mismos, con algún compañero, con algún gesto, seña o movimiento corporal. El terapeuta tendrá que estar atento a todos los movimientos y comentarios, para poder apuntalar en participantes que se angustien y pueda guiarlos a que superen ese momento, funcionara como un yo auxiliar en este momento y se le pedirá al participante observante que funcione también como yo auxiliar en caso de ser necesario.
- En el momento de comentarios se pedirá que expresen en palabras aspectos positivos y negativos de sus vivencias y como las enfrentan, favoreciendo el comentario de los participantes y buscando distintas formas de afrontamiento con el fin de que los participantes se amolden a estas y puedan fortalecerse.

- El observador participante volverá a su rol y se contara con un enfermero hasta que termine el encuentro.

Encuentro (N° 5)

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo la siguiente dinámica

Tema: Proyecto Futuro

Objetivo general del encuentro: Fomentar una visión posible sobre el futuro de cada participante en su vida cotidiana

Actividad 5:

Materiales: Equipo de música

Tipo de estrategia: Que los participantes puedan visualizarse en un futuro y reconociéndose en él. Técnica de Soliloquio y role playing individual.

Tiempo estimado: 1 hr

Instrucciones para el Coordinador:

- En un primer momento se pondrá música tenue, se les pedirá a los pacientes que busquen un lugar cómodo en la sala y una vez que lo encuentren se acomoden y cierren los ojos. Se utiliza la técnica de relajación muscular progresiva, la que se implementara para pedirles a los participantes que tensen sus músculos por 30 segundos y luego los relajen, se comenzara pidiendo por los pies, luego las pantorrillas hasta llegar a los hombros, se pedirá luego que inclinen la cabeza de forma lenta para un lado y luego para el otro.

- Luego se les pedirá que imagen como se ven de acá a 5/10 años, en un futuro, que se ven haciendo, quienes creerían que serán en un futuro, como serán sus vidas y quienes les gustaría que estén en ella, pudiendo ser personas que ya existen o personas que aún no pertenecen a su contexto cotidiano.
- Se contara con un observador participante para tomar nota de lo realizado en el encuentro desde que comienza hasta que termine. Un enfermero en caso de que haya alguna complicación en el momento desde que se comienza hasta que finalice el encuentro)

Encuentro (N° 6)

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo la siguiente dinámica

Tema: Conclusión final

Objetivo general del encuentro: Compartir las experiencias y sensaciones que se generaron en el desarrollo del dispositivo

Actividad 1: Última etapa

Materiales: hojas, papeles, afiche, lapiceras, marcador, equipo de música, ovillo de lana

Tipo de estrategia: Se buscara generar un cierre sobre el espacio co-contruido donde se buscara que los participantes compartan sus experiencias y aprendizajes.

Tiempo estimado: 1 hs 30 min.

Instrucciones para el Coordinador:

- En este último encuentro se les pedirá a los participantes que se sienten en ronda, queda a elección si en sillas o en el piso, pero lo importante es que todos

mantengan contacto visual, se seleccionara música armónica para ambientar el espacio y que todos puedan relajarse y conectarse con el momento. Se pedirá a alguno de los participantes que tome el ovillo de lana del centro de la ronda y comience a decir las sensaciones, emociones, vivencias que se generaron al largo del dispositivo, luego que le tire el ovillo a algún compañero/a y así continuamente hasta que llegue el último participante a contar su experiencia.

- Luego de esta actividad, se entregara 1(unos) afiche y 6(seis) marcadores para que tracen una línea del tiempo y que pongan las vivencias de cada encuentro, sin importar si son positivas o negativas.
- Una vez finalizada la actividad se les entregara una hoja y una lapicera a cada participante y se le pedirá que realicen nuevamente un sociodrama en relación a ellos y sus compañeros.
- Para finalizar el dispositivo, se pedirá volver a conformar una ronda, en donde se incluirá tanto terapeuta como el observador participante y se pedirá unas palabras alusivas finales de cada participante, el último en hablar será el terapeuta y cerrara su despedida pidiendo un aplauso para todo lo generado hasta el momento y por el aprendizaje que cada uno se lleva.
- Se solicitara la presencia de un enfermero en todo momento de la actividad.

Cronograma

A continuación se realiza la presentación final del cronograma de la intervención:

Nº de Actividad	Inicio	Final	1ºMiercoles	2ºMiercoles	3ºMiercoles	4ºMiercoles	5ºMiercoles	6ºMiercoles
Conocernos y hacer un "Como si"	06/11/2019	06/11/2019	■					
Cambio de roles	13/11/2019	13/11/2019		■				
Familia	20/11/2019	20/11/2019			■			
Sociedad	27/11/2019	27/11/2019				■		
Proyecto Futuro	04/11/2019	04/11/2019					■	
Conclusion Final	11/11/2019	11/11/2019						■

Recursos

Para llevar a cabo la intervención a lo largo del plazo estipulado se requerirá lo siguiente:

Recursos Humanos

- 1 Terapeuta, quien llevara a cabo la organización de los encuentros y quien guiara cada momento y a los participantes en las actividades seleccionadas.
- 1 Observador participante, quien se encargara de tomar nota de todo lo que suceda en cada encuentro y quien en momentos indicados por el terapeuta formara parte de los momentos de dramatización
- 1 enfermero/a, desde el momento que inicia el encuentro hasta que finaliza.

Recursos Materiales

- Se solicitara utilizar la sala multiuso con la que cuentan en el hospital de día, la cual tiene que contar con buena iluminación, sillas en caso de ser utilizadas para el momento de dramatización

Recursos Económicos

- La intervención se llevara a cabo en el hospital de día y los gastos correrán a cargo de la institución.

Presupuesto

La institución cuenta con materiales y recursos que forman parte de la infraestructura del hospital de día, se detallan aquellos que han sido estipulados y estarán disponibles para la realización de los encuentros:

- Salón multiuso con sillas
- Equipo de música

Los siguientes materiales serán llevados por el terapeuta:

Cantidades	Materiales	Costo Estimado
4	Títeres	\$450
3 metros	Telas	\$400
6	Almohadones	\$1000
6	Hojas	\$18
1	Afiche	\$20
6	Lapiceras	\$200
6	Marcadores	\$400
1	Ovillo de hilo/lana	\$60
1	Cinta de papel	\$70
1	Cd de música grabada	\$20
Total		\$2638

El Colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba, establece en la resolución de junta de gobierno 137/14 que los honorarios mínimos éticos profesionales son:

- Psicoterapia individual \$750
- Psicoterapia de Pareja y Familia \$ 1155.-,
- Psicoterapia Grupal \$ 285.- (por integrante)
- Psicodiagnóstico \$ 4230.- (hasta 6 sesiones)
- Atención Domiciliaria \$1500.-
- Psicoprofilaxis: \$ 3705.- (módulo de 8 sesiones).

- Emisión de Apto Psicológico: \$ 855.

Teniendo en cuenta la modalidad de taller desarrollado, se estipulan como honorarios profesionales una inversión de \$1710 en cada encuentro de trabajo, se aplica a todos los grupos a los que se les brindara el dispositivo.

Evaluación

Para la evaluación del taller se utilizaran dos herramientas antes y después del desarrollo del mismo, con la finalidad de conocer el impacto que genero a nivel individual y grupal la intervención.

Se aplicara un cuestionario realizado con preguntas cerradas y se les pedirá la elaboración de un sociograma para poder tener principalmente datos que nos permitan fortalecer la intervención tanto a nivel individual como grupal en distintas aristas: familia, hospital de día, relación entre ellos y el contacto a nivel social.

Se plantean estas dos evaluaciones ya que con la primera nos permitirá realizar una tabulación de datos y una evaluación a nivel cuantitativo mucho más eficaz y el sociograma nos permitirá trabajarlo de forma más personal desde los vínculos y desde la subjetividad puntual de cada participante dentro de la grupalidad del taller.

Resultados Esperados

Luego de la realización de la intervención a través de un trabajo conjunto con los participantes y a quienes intervinieron a lo largo del proceso, se espera principalmente el logro de los objetivos planteados para el mismo, los cuales están vinculados a que quienes participen del taller se fortalezcan y logren reconocer herramientas que estaban en ellos y no reconocían o bien las que hayan desarrollado a lo largo del trabajo.

Se estima que se generen cambios tanto a nivel individual como grupal, que el trabajo les permita verse desde otro lugar y vincularse con un otro de la forma más saludable y positiva que puedan generar en ellos.

Se considera que las actividades desarrolladas apuntan a un objetivo específico, sean trabajadas y generen cambios significativos para los participantes y los habiliten a fortalecer los procesos de grupalidad ya que estos permitirán una reinserción social más favorable y significativa.

Conclusiones

El Hospital de Día del Hospital San Antonio de Padua, se crea como un espacio intermedio entre las internaciones y los consultorios externos, con la modalidad de que los sujetos puedan asistir a este lugar, continuar con un seguimiento de su tratamiento, poder guiarlos y fortalecerlos en su mantenimiento promoviendo el contacto con la sociedad en pos de una reinserción social eficaz y positiva.

Este plan de intervención está pensado con la finalidad de fortalecer a estos sujetos en su proceso de reinserción social, de acompañar al hospital de día y brindar alternativas a las ya generadas hasta el momento.

Se considera que los trabajos ya generados se verán fortalecidos ya que esta intervención los incluye y permite el trabajo en conjunto, lo que genera un mayor abanico de posibilidades para todos.

Como limitación se puede pensar la disponibilidad de cada sujeto a participar y que se permitan en el espacio crear y verse desde otro lado. Es un dispositivo que se implementaría desde cero y que podría generar resistencia ya que promueve cosas nuevas que antes no habían sido desarrolladas.

En cuanto al rol del psicólogo se considera que tiene que insertarse en el campo, trabajar desde el mismo y responder a las necesidades detectadas desde lo objetivo, en pos de promover la prevención y promoción de la salud.

Bibliografía

Amico, C (2004) Desmanicomialización: “Hacia una transformación de los dispositivos hegemónicos en salud mental” Periódico de trabajo social y ciencias sociales, versión electrónica. Edición N°35

Bleger J (1999) Psicohigiene y Psicología Institucional. Editorial Paidós

Canvas (2019) Universidad Siglo XXI “ Servicio de Salud Mental: Reseña Histórica” Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/4713/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>

Carrión Rosende y Berasategui (2010) Guía para la elaboración de proyectos. Jose Miguel Oskoz Izazelaia

Gavidia, V y Talavera, M (2012) “La construcción del concepto de salud” Didáctica de las ciencias experimentales y sociales, 26. 2012, 161-175

Legislatura de la Provincia de Córdoba (2010) Ley Provincial de Salud Mental N°9848

Macaya Sandoval, X; Pihan, R y Vicente, B (2018) Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario, 8(2):215-232

Ministerio de Salud (2011) Ley Nacional de Salud Mental N°26657

Moreno, J. (1972) Psicodrama. Ed. Home

Morín, E. (1990) Introducción al pensamiento complejo. Cap. 3: El paradigma de la complejidad. Gedisa. Ed. Bs As

- Palma, H. (2008)** Filosofía de las ciencias, temas y problemas: “Cap. 4 La ciencia como proceso”. Unsam, San Martín.
- Reyes, G (2005)** “Psicoterapia psicodramática: una forma de diagnóstico y tratamiento para la depresión” *Revista Brasileira de Psicodrama*
- Severino, Maiolino y Severino. (2015)** Psicodrama: cuerpo, espacio y tiempo hacia la libertad creadora. *Revista Arteterapia, 10*, 139-151.
- Vaimberg y Lombardo (2015)** “Psicoterapia de grupo y psicodrama: Teoría y técnica”. Ediciones Octaedro
- Vergara Quintero, M (2007)** “Tres concepciones históricas del proceso de salud-enfermedad” *Hacia la Promoción de la Salud, 12*, 2007, 41 – 50

Anexos

Cuestionario

En el siguiente cuestionario se le pedirá al participante que lea atentamente las preguntas y sus respuestas, una vez que se haya identificado con una respuesta o sienta que es la más correcta para usted, tídela con una cruz.

Preguntas	Si	No	Podría Mejorar
1. ¿Me siento acompañado por los profesionales del hospital de día?			
2. ¿Siento que ayudan en mi proceso de reinserción a mis círculos cercanos?			
3. ¿Me identifico con los profesionales y el espacio habilitado?			
4. ¿Cómo siento que es la relación con mis compañeros del hospital de día?			
5. Se podría decir que el contacto que tengo con ellos es:			
6. ¿Me identifico con ellos a través de los encuentros cotidianos?			
7. ¿Me siento acompañado y apoyado por ellos?			
8. ¿Cómo siento el acompañamien			

to de mis círculos cercanos en este proceso de reinserción?			
9. ¿Mi círculo cercano me acompaña?			
10. ¿Me siento contenido por ellos?			
11. ¿Siento que estos talleres sirven en mi crecimiento personal?			
12. ¿Considero que me brindan herramientas para poder reinsertarme a nivel social?			
13. ¿Considero que este taller me permitirá desarrollar herramientas para fortalecerme?			

Sociograma

En la siguiente hoja te pediremos que completes tus datos personales y luego grafiques tu relación con tus compañeros de taller, te pediremos que te grafiques a vos como lo desees y luego a tus compañeros, con flechas o cruces te pedimos que marques tu relación con cada uno.

Se brindara a modo de ejemplo un sociograma ya elaborado con la finalidad que puedan guiarse y armar el suyo propio.

El siguiente es a modo de ejemplo.

