

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de grado Plan de Intervención.
Licenciatura en Psicología.
Mejora del proceso de externación de los pacientes.
Salinas, Agustina.
PSI03477.
Docente Director: Dr y Mgter. Rubén M. Pereyra.
Rio Cuarto, diciembre del 2020.

AGREDECIMIENTOS

No me queda más que agradecer...

A mi familia, que me apoyó y bancó desde el principio. Este equipo de vida que celebra cada uno de mis logros como propios y permanece cuando las cosas no salen según los planes.

A mi abuela, que no solo me hizo un espacio en su vida hace tanto tiempo, sino también en su casa durante estos cinco años. Fue quien siguió de cerca todo este proceso y me acompañó durante las más variadas emociones.

A mis amigas de toda la vida, que permanecieron firmes a mi lado, confiando en mi capacidad y dándome un empujoncito cada vez que hizo falta. Ellas hicieron de cada regreso a casa una oportunidad para renovar ánimos y energías.

A mis amigos de la universidad, con los que compartí los momentos más hermosos y también los de mayor desesperación cuando los tiempos académicos corrían; los que me hicieron sentir como en casa a pesar de la distancia, los que siempre tuvieron palabras de amor y un abrazo contenedor. Ellos son quienes hicieron de esta etapa algo lindo de recordar y a quienes espero que la vida los mantenga siempre cerca.

A todo aquel que impartió confianza y cariño de corazón, que permaneció a mi lado en cada una de mis versiones, momentos y etapas.

Este no es el final, es solo el comienzo de lo que, espero, sea un camino de mucho aprendizaje y ganas de más.

INDICE

AGREDECIMIENTOS.....	1
RESUMEN	3
PALABRAS CLAVES.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
LINEA ESTRATÉGICA DE INTERVENCIÓN	6
RESUMEN DE LA ORGANIZACIÓN	8
DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA O NECESIDAD OBJETO DE LA INTERVENCIÓN.....	18
OBJETIVOS.....	21
JUSTIFICACIÓN	22
MARCO TEÓRICO	23
1. La externación y su devenir en el mundo.....	23
2. ¿Qué características definen a la POBLACIÓN involucrada en el PI?	26
3. Profundicemos el tema central del presente PI: Externación.	30
4. Dispositivo definido para llevar adelante el PI: GRUPO DE REFLEXIÓN.....	33
PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN	35
ACTIVIDADES.....	35
DIAGRAMA DE GANTT	47
RECURSOS	48
PRESUPUESTO.....	49
EVALUACIÓN.....	50
RESULTADOS ESPERADOS	51
CONCLUSIÓN.....	52
REFERENCIAS.....	53
ANEXOS	56

RESUMEN

El presente plan de intervención corresponde al trabajo final de grado de la carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21. A partir de una evaluación minuciosa de las características de la institución “Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua”, se ha establecido la necesidad de mejorar el proceso de externación de los pacientes internados en el área de Salud Mental. Para lograr dicho fin, se propone emplear un dispositivo grupal –grupo de reflexión-. A lo largo del proceso, se llevarán a cabo seis encuentros, con una frecuencia de uno por semana, desarrollando de forma pautada actividades que promuevan el manejo autónomo de los pacientes, que fortalezcan los factores de protección y reduzcan los factores de riesgo. Hacia el final del taller, se realizará una evaluación de impacto, con el fin de valorar los logros obtenidos y efectuar recomendaciones futuras en dicha institución.

PALABRAS CLAVES

Externación – Hospital – Grupo de Reflexión – Manejo autónomo – Factores de protección – Factores de riesgo.

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años, las personas con algún padecimiento mental, fueron internadas en pabellones en estados lamentables, despojados de sus derechos, marginados de la sociedad y olvidados por el Estado. No era de interés lograr una mejora en sus condiciones, sino, más bien, se trataba de medidas represivas y/o correctivas, prácticas propias de un modelo manicomial. Muchos de sus padecimientos, producto de las internaciones prolongadas, se volvían crónicos y avanzaban de manera precipitada. Además, se les realizaban prácticas que iban en contra de sus valores éticos y no se incluía, dentro de las posibilidades, la idea del alta.

A partir del decreto de la ley 448 de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2000 y de la Ley Nacional 26657 en el año 2010, se han ido investigando casos de verdadera desmanicomialización, de pacientes crónicos en hospitales monovalentes. Dentro de los cambios visualizados se observa la implementación de un enfoque en el cual se pone mayor énfasis en los derechos humanos. Asimismo, la internación pasa a ser un recurso más dentro de las estrategias empleadas para abordar el padecimiento psíquico, considerando, además, la dimensión social y comunitaria de la enfermedad. El abordaje de la psicopatología comienza a tener un carácter más holístico, integral e integrador, ya que se entiende que el sujeto está inmerso en una sociedad que él mismo condiciona y por la cual, a su vez, es condicionado.

Entre los beneficios que se pretenden conseguir con el presente plan de intervención, se encuentra la necesidad de llevar a cabo un proceso paulatino pero progresivo, de un estado de cierta dependencia de la institución a un manejo autónomo de la misma. Además, se intentará que el paciente, dentro de sus posibilidades, se pueda valer por sí mismo y desarrolle un sentimiento de autoconfianza para, de este modo, evitar futuras recaídas.

Asimismo, se busca que se transformen en sujetos de derechos plenos y que le exijan a la sociedad todo aquello que le corresponde a cualquier ciudadano. Las personas con algún padecimiento mental, producto de la ignorancia y la ineptitud de la sociedad, han sido discriminadas y marginadas durante mucho tiempo: es momento de derribar viejos conceptos y comenzar a asumir la responsabilidad que a cada uno nos toca para, de esta manera, construir un lugar que pueda ser habitado por todos.

LÍNEA ESTRATÉGICA DE INTERVENCIÓN

El siguiente trabajo final de grado, correspondiente a la última instancia de la carrera Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21 sede Río Cuarto, tiene por objetivo el desarrollo de un plan de intervención. Para el mismo, la línea temática estratégica seleccionada es “Nuevos paradigmas en salud mental”, y se enmarca en el instituto “Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua”.

Con referencia a la línea estratégica de intervención, Kuhn entiende por paradigma a “...realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica...” (Francisco R. Villatoro, 2016, parr. 1). Lo anteriormente mencionado puede ser visualizado en los comienzos de la institución escogida, en donde se llevaban a cabo prácticas propias del modelo manicomial y la modalidad de trabajo era la tradicional clínica bipersonal:

Es conocido y es indiscutible el desastroso estado de los manicomios argentinos al término de la dictadura 1976-1983. Muchos vimos con nuestros propios ojos hospitales y pabellones desolados, seres humanos olvidados por el Estado, prácticas incompatibles con los más básicos estándares de respeto al otro y de cuidado del más vulnerable, por no decir respeto de las leyes y las normas internacionales (Comisión Directiva APSA, 2019, parr. 1).

Con el correr de los años, los lineamientos básicos del paradigma expuesto se fueron dejando de lado, para pasar a adoptar un nuevo modelo con un abordaje grupal y un vínculo terapéutico de mayor cercanía. Con el que se busca crear redes para la atención de los pacientes, y se tiene por objetivo primordial el resguardo de sus derechos:

Los modelos de abordaje de las personas, en cuanto a salud y enfermedad se refieren, han cambiado con la historia de la humanidad. Actualmente, este recorrido en la historia del hombre, hace pensar en la posibilidad de nuevos modelos de salud mental, que contemplan la complejidad de la naturaleza humana en todas sus formas de expresión (Canvas, 2019).

En cuanto a salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (Página oficial, 2020, parr. 1). Este enfoque se visualiza en la modalidad de trabajo que sostiene actualmente la institución seleccionada, en donde se conciben a los pacientes que acuden como sujetos de derechos, inmersos en un contexto sociocultural particular, que influye en el padecimiento subjetivo de los individuos en cuestión. Dicho padecimiento es abordado de manera integral, por un equipo multidisciplinar, que persigue el bienestar físico, mental y social de los pacientes.

Luego de una lectura minuciosa y exhaustiva del material bibliográfico disponible de la institución, de entre las problemáticas y necesidades visualizadas, se abordará aquella que a criterio personal se encuentra dentro de las necesidades más trascendentes: *el limitado seguimiento por parte de los profesionales, durante el proceso posterior a la externación del paciente del Servicio de Salud Mental.*

RESUMEN DE LA ORGANIZACIÓN

La institución escogida, tal como se expresó anteriormente, es el Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua y, a partir de la lectura del material disponible en Canvas 2019, se puede decir que se trata de un instituto público, ubicado en la calle Guardias Nacionales 1027 en el sector oeste de la ciudad. En cuanto a los espacios y lugares con los que cuenta, hay un servicio de Salud Mental y de Hospital de Día.

Con respecto a los acontecimientos que han tenido lugar a lo largo de la historia y hacen a lo que el instituto es actualmente, se podrían mencionar algunos hitos relevantes. En 1948, como parte de un plan nacional de creación de hospitales, durante el gobierno del general Juan Domingo Perón, se creó el Hospital Regional de Río Cuarto. El ministro de Salud Pública en aquel entonces era Ramón Carrillo, quien llevó a cabo una transformación de la política de salud, con una concepción social de la medicina. Esta transformación dio lugar a que entre 1946 y 1951, se construyeran a lo largo del país 21 hospitales, entre ellos el de Río Cuarto. A la par, por cuestiones políticas del momento, se estableció la gratuidad en la atención de salud, estudios, tratamientos y provisión de medicamentos.

El Hospital de Río Cuarto, estuvo ubicado desde el momento de su fundación en el sur de la ciudad, en el barrio Las Ferias, con dirección en calle General Mosconi 486. En sus inicios contaba con cuatro especialidades básicas: clínica médica, cirugía, pediatría y tocoginecología. Comenzó brindando prestaciones de baja y mediana complejidad (de nivel dos), las cuales se fueron diversificando y perfeccionando debido al aumento de la demanda tanto local como regional. En el año 1969, se habilitó el Servicio de Salud Mental bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica y en el año 1978, durante el gobierno de facto, todo el hospital general pasó a la jurisdicción provincial. Desde el año 2014 hasta la actualidad, el hospital pasó a ubicarse en una nueva sede del sector oeste de la ciudad, con dirección en

Guardias Nacionales 1027. Otro gran avance que realizó el instituto, fue ser uno de los primeros cinco hospitales de la provincia de Córdoba en implementar el sistema de digitalización de las historias clínicas.

En cuanto a la *misión* de la institución, a partir de la lectura del material bibliográfico de Canvas 2019, se entiende que la misma pretende atender la salud de la población perteneciente a los cuatro departamentos del sur de la Provincia de Córdoba, mediante acciones de prevención, asistencia y rehabilitación de las enfermedades en los niveles 2 y 3 (mediana y alta complejidad). En menor medida y solo accesoriamente, despliega acciones referidas a enfermedades del primer nivel (baja complejidad), dado que este es competencia de la jurisdicción municipal.

En lo referido a la *visión*, la institución se orienta de manera primordial a preservar la salud y evitar enfermedades, sin dejar de atender a las condiciones y calidad de vida de la población. En los casos en que la enfermedad ya se ha manifestado, el objetivo esencial es lograr el mayor nivel de recuperación, minimizando las secuelas mediante una rehabilitación integral de los aspectos físicos, psíquicos y sociales.

Además, el Hospital cuenta con un área de Recursos Humanos que se divide en dos secciones: por un lado, el *personal* que se dedica a cuestiones como control de ausentismo, inasistencias y carpetas médicas; por el otro, *Recursos Humanos* que se encarga de los trámites referentes al personal (pagos a los profesionales, especialidades, ingreso a la administración pública y evaluación de desempeño). En esta área se trabaja en conjunto con asesoría letrada, ya que, para su funcionamiento, responden a las leyes correspondientes a la administración pública de la Provincia de Córdoba. En cuanto a la cantidad de trabajadores, el Hospital está conformado por 780 personas aproximadamente, pertenecientes a diferentes categorías (personal de planta, personal contratado y suplentes).

Con respecto al *servicio de Salud Mental del Hospital*, el material disponible en Canvas 2019 establece que comenzó a funcionar bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica, en el año 1969 a partir de gestiones realizadas por el doctor Lucero Kelly (médico psiquiatra). El lugar destinado a este servicio en el antiguo predio del instituto, fue el pabellón 5, aun así, funcionaba tanto técnica como administrativamente de forma independiente del organigrama del Hospital. Este servicio fue uno de los primeros que se crearon en el interior del país, contando desde sus inicios con un perfil multidisciplinario. El equipo de trabajo estaba integrado por psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, técnicos en electroencefalogramas y personal de enfermería. Contaba con elementos materiales y de infraestructura sofisticados, como una cámara Gesell, un salón de actos y un horno de cerámica. Todos ellos eran propios, sustentados con dinero que provenía del Estado.

Cabe destacar que la creación de unidades efectoras de salud mental formaba parte de una incipiente política de transformación que, si bien sus fundamentos no estaban tan desarrollados como lo están ahora, la inspiración ya se orientaba a un enfoque de derechos y desestigmatización social de la enfermedad mental. Sin embargo, no se planteaba la transformación de los hospitales monovalentes, que respondían a un modelo manicomial.

En el año 1978, por medio de una disposición, se resolvió que los servicios nacionales pasarían a tener dependencia provincial. En el marco de las legislaciones propias del proceso militar en curso, se produjo el traslado del Servicio de Salud Mental hacia el Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, dejando de funcionar la Comunidad Terapéutica de Salud Mental como entidad independiente y pasando a ser un servicio del mismo. Dicha situación generó descontento en muchos profesionales, los cuales decidieron renunciar, y con ellos se perdieron elementos esenciales que con el correr de los años, no fueron

recuperados. En ese momento, se constituyó casi totalmente en un servicio para alcoholismo y patologías psiquiátricas crónicas.

Asimismo, a partir de la lectura de Canvas 2019, se puede constatar que, en el año 1984, se creó la Dirección de Salud Mental en la Provincia de Córdoba, lo cual, junto a la apertura democrática, significó un importante crecimiento para el servicio. También se comenzaron a emplear estrategias terapéuticas no tradicionales (teatro, talleres literarios, artesanías, huerta), tanto en la atención comunitaria como en el área de Rehabilitación. Debido a la mayor afluencia de profesionales y preocupación por la salud mental, se produjeron cambios en la dinámica de trabajo.

En el año 1993, producto del cierre del Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, se realizó un nuevo traslado hacia el Hospital Central de Río Cuarto. Entre los cambios acontecidos, se modificó la denominación del servicio de Salud Mental, el cual pasó a llamarse Unidad Programática de Salud Mental del Sur. En ese mismo año, se incorporó la RISaM (Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental), la cual recibió grupos de residentes hasta el año 2005 en el que dejó de funcionar, para reabrir recién en el año 2004 y continuar hasta la actualidad.

En el año 2004, a excepción del Servicio de Salud Mental que continuó funcionando en el antiguo predio con dependencia del hospital general, todo el hospital se trasladó al Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua. A mediados del año 2005, los estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad Siglo 21 próximos a recibirse, comenzaron sus trabajos de Práctica Profesional, prácticas que contribuyen con su formación a partir del contacto directo con los pacientes y profesionales.

Además, a partir del material disponible en Canvas 2019, se conoce que, en el año 2010, el servicio se caracterizaba por su gran organización en las áreas de asistencia, de

prácticas ambulatorias e internación. Durante el mismo año, comienza a gestionarse un cambio de enfoque y se plantea como principal objetivo la formación de un espacio pensado desde la salud y dirigido a ex presos víctimas del terrorismo de Estado. En el año 2011 surgen dos áreas hasta el momento inexistentes, *Hospital de Día e Intervención en Comunidad*. En septiembre del 2014, quien en ese momento era el director del Nuevo Hospital Rio Cuarto San Antonio de Padua, el Dr. Héctor Schiaroli, ordena el traslado del Servicio de Salud Mental hacia dicha institución.

Actualmente, el servicio de Salud Mental está compuesto por 15 trabajadores (nueve son del personal de planta, cinco son contratados y uno corresponde a locación de servicio), ocho de ellos son médicos psiquiatras, dos psicopedagogas y cinco psicólogas, quienes cuentan con una carga horaria de 35 horas semanales. A través del formato de RISaM, se forma a profesionales de medicina (en la especialidad de psiquiatría), psicología, enfermería y trabajo social. También, para los alumnos de diferentes carreras, se constituye en un campo de práctica para su futura profesión.

Otra cuestión que vale la pena remarcar es que, desde hace 13 años, la modalidad de trabajo busca desalentar prácticas puramente institucionales, en pos de promover prácticas de salud en la comunidad. En dichas prácticas, por ejemplo, la internación deja de ser una medida represiva o correctiva, para pasar a ser un recurso más dentro de las estrategias empleadas para abordar el padecimiento psíquico, considerando, a su vez, la dimensión social y comunitaria de la enfermedad. Lo anteriormente mencionado responde a un enfoque en el cual se pone un mayor énfasis en los derechos humanos, dejando de lado las prácticas del modelo manicomial. Además, el abordaje de la psicopatología comienza a tener un carácter más *holístico, integral e integrador*, ya que se entiende que el sujeto está inmerso en un contexto social que él mismo determina, pero, a su vez, es determinado por éste, y en

donde los lazos sociales que entran en juego (incluida la familia), cobran un papel preponderante en su padecimiento subjetivo.

Con respecto a las modalidades de atención, luego de leer el material de Canvas 2019, se conoce que el servicio tiene dos ejes de acción, por un lado, la asistencia a pacientes con cuadros psicopatológicos definidos; por el otro, la demanda de interconsulta y trabajo interdisciplinar. Además, está compuesto por una *Asistencia por guardia* que funciona todo el día, todos los días de la semana y se encarga de atender los casos de urgencia. También, lleva a cabo *Atenciones ambulatorias*, que comprenden la asistencia por consultorio externo (consulta individual a cargo de profesionales de psiquiatría y psicología) y grupo terapéutico (coordinado por dos psicólogas y una médica psiquiatra). Cuenta con una *Sección Infanto Juvenil*, que atiende la salud mental del niño hasta los 18 años, y además una sección de *Internación*, debido a que se trata de un servicio de atención de agudos, que atiende los momentos de crisis o cuando la persona sufre una descompensación de su cuadro psicopatológico; se espera que el período de internación sea breve. No se cuenta con un programa de reinserción para pacientes internados, pero sí con prácticas de dispositivos alternativos como Hospital de Día e Intervención en comunidad, los cuales buscan la rehabilitación y reinserción sociocomunitaria. En cuanto a la *Sección Intervención Comunitaria*, comenzó a funcionar en el año 2011, frente a la necesidad de un abordaje que pusiera énfasis en la relevancia de la comunidad para la promoción y sostenimiento de la salud de quienes padecen problemáticas psíquicas. Dicha sección emplea la estrategia general de la atención primaria de la salud (APS).

En relación al modelo comunitario de atención en salud mental, el mismo tiene tres perfiles de orientación básicos: el clínico, que emplea acciones curativas y de rehabilitación para sujetos enfermos, de segundo y tercer nivel de atención; el social, que considera las necesidades de salud de la población y fomenta la participación activa por parte de la misma

en la solución sus conflictivas; y el epidemiológico, empleado para lograr el diagnóstico de salud. Con respecto al rol del agente de salud mental comunitaria, se trata de un generador de cambios, un posibilitador y facilitador, que busca que los sujetos detecten y promuevan sus potencialidades, que se posicionen ante su realidad de una manera crítica y activa, para dar lugar a la transformación. El modo de abordaje es interdisciplinar, es decir, se requiere que los equipos de intervención estén constituidos por profesionales médicos, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales. Sin embargo, en el servicio no hay profesionales con dedicación exclusiva para Intervención en Comunidad, sino que los que trabajan en esta sección destinan un porcentaje de sus horas semanales al mismo. Actualmente, el equipo está constituido por dos profesionales, un médico psiquiatra - coordinador de Intervención Comunitaria- y una psicóloga. En cuanto a la metodología, este dispositivo emplea el diagnóstico participativo comunitario: investigación, acción y planificación local participativa tanto para el diseño como para la aplicación de los programas. Además, desde Intervención en Comunidad se intenta trabajar con un programa de externación asistida. Aun así, el proceso en general es un hecho complejo que reviste escaso seguimiento por parte de los profesionales, generando mayores dificultades en aquellas patologías que implican la ruptura de lazos sociales.

Otro dispositivo con el que cuenta el instituto y que fue descrito por Canvas 2019, es *Hospital de Día (HD)*, el cual se trata de un dispositivo terapéutico grupal, que funciona desde el año 2011 y que surge con el fin de ubicarse en un nuevo espacio terapéutico intermedio entre la internación y la asistencia por consultorio externo. En dicho espacio, a partir del trabajo interdisciplinario, se busca la restitución psicológica, familiar y social de las personas con algún padecimiento psíquico. En cuanto a la población a la que dirige su servicio, está pensado para personas mayores de 18 años, que padezcan alguna patología neurótica o psicótica, que se encuentran estables y en tratamiento. Los mismos, son

acompañados por profesionales que ocupan el rol de facilitadores, para que, de manera progresiva, la persona que padece vaya adquiriendo las destrezas necesarias para auto sostenerse. Actualmente, los profesionales que trabajan en HD son dos psiquiatras (una de ellas es la jefa de la sección y la otra coordina el taller de teatro), dos psicólogas (una de ellas colabora con la jefa de sección en la coordinación y realización de actividades y la otra coordina el taller de estimulación cognitiva) y un grupo de residentes.

Las actividades que se llevan a cabo se realizan de lunes a viernes de media jornada, y tienen una modalidad de taller con finalidad terapéutica. Hay talleres que se encuentran funcionando en la actualidad (lectura de diarios - deporte y recreación – taller de literatura – taller de arte – taller de teatro – taller de comunicación- taller de estimulación cognitiva – taller de autogestión – taller de autocuidado – asamblea de pacientes – taller de folclore – actividades de la vida cotidiana) y otros que actualmente no están siendo desarrollados (taller de huerta – actividades con perros – taller de computación – desayunos debates – taller de cocina – taller de expresión musical – taller de cine – taller de cine debate – taller de pre alta). Los mismos van variando todos los años, ya que se van seleccionando de acuerdo con las características e intereses de los grupos que asisten a HD, los convenios disponibles con otras instituciones y las sugerencias de los coordinadores. Además, no se establece una planificación de actividades rígidas ni estructuradas, ya que son muchos los factores que influyen al momento de desarrollar las tareas, por lo que se necesita de flexibilidad por parte de las personas que conforman HD. Cada taller cuenta con un coordinador técnico que es acompañado por un coordinador terapéutico.

En cuanto a la infraestructura, HD se encuentra en la planta baja del hospital general, con una entrada independiente. La dinámica de trabajo se caracteriza por un abordaje desde la salud que concibe a cada paciente como sujeto de derecho, abordaje cuyo principal objetivo es lograr su autonomía e independencia. Además, a partir de la constitución de este

espacio, los profesionales debieron modificar su modalidad de trabajo -se pasa de la tradicional clínica bipersonal a un abordaje desde lo grupal-, lo cual implicó una transformación en el vínculo terapéutico, a través de una mayor cercanía.

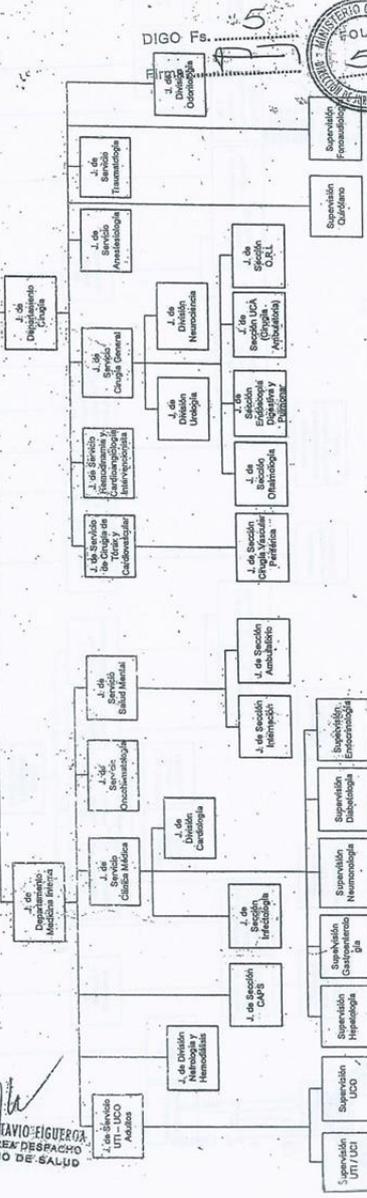
Con respecto a este dispositivo, queda pendiente establecer de manera más clara los criterios de alta de los pacientes: momento adecuado, de qué modo trabajarlo y quiénes estarían preparados para dicho proceso. Un avance en cuanto a lo mencionado anteriormente ha sido trabajar en conjunto con la sección Intervención Comunitaria, gestionando la posibilidad de inserción laboral de quienes se encuentran en condiciones de hacerlo.

HOSPITAL SAN ANTONIO DE PADUA - RIVIV

Anexo

DIRECTOR
SUBDIRECTOR

EDUARDO CHAVIO FIGUEROA
JEFE DE AREA DESPACHO
MINISTERIO DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD
FOLIO 5
ANEXO

966
22 JUN 2011

GRACIELA DEL CARMEN
NO SE FIRMAR SECCION COMIS
AREA DESPACHO
MINISTERIO DE S
ES COPIA FIE

Dra. CECILIA MARIA DE GUER
SUBSECRETARIA LEGAL Y TECN
FISCALIA DE ESTADO
ES COPIA

Dr. OSCAR GONZALEZ

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA O NECESIDAD OBJETO DE LA INTERVENCIÓN.

Luego de un estudio minucioso realizado de la documentación proporcionada por Canvas 2019, en relación a la institución Nuevo Hospital Rio Cuarto San Antonio de Padua, se han podido visualizar problemáticas como, la inexistencia hasta el momento de convenios de capacitación y formación para el personal, que se desarrollen de manera sistemática con instituciones educativas; no hay, en el servicio de Salud Mental, un programa establecido que incluya el trabajo conjunto con otras instituciones; no existen programas de reinserción para pacientes internados; la cantidad de recursos humanos con los que se cuenta en el servicio, resulta insuficiente para cubrir todas las tareas y demandas de atención; no hay profesionales del servicio con dedicación exclusiva para Intervención en Comunidad, sino que aquellos que ya se encuentran desempeñando algún rol en otra área del hospital, destinan un porcentaje de su carga horaria al mismo, como así tampoco hay profesionales que tengan dedicación exclusiva en Hospital de Día (HD); tampoco se cuenta con datos estadísticos que reflejen los resultados positivos que atribuye la inclusión de HD en la institución; la transformación que tuvo lugar con respecto al modo de concebir a la salud, impactó en la modalidad de trabajo de los profesionales y en sus conceptualizaciones teóricas; no se cuenta con criterios precisos para dar de alta a quienes participan de HD (cuál sería el momento más adecuado, de qué manera trabajarlo y quiénes estarían preparados para tal proceso); no se realiza un seguimiento exhaustivo por parte de los profesionales, durante el proceso posterior a la externación del paciente del Servicio de Salud Mental. Esta última, será tomada para ser abordada desde la Psicología, y sobre esta necesidad, “Limitado seguimiento por parte de los profesionales, durante el proceso posterior a la externación del paciente del Servicio de Salud Mental”, se va a basar el desarrollo del presente trabajo.

Cabe aclarar, que por *necesidad* se entiende a una “*Discrepancia entre lo que es y lo que debería ser, es decir la diferencia entre la situación actual y la situación deseada*”. (Carrión y Berasategi, 2012, p.22). Para ahondar específicamente en la necesidad, la externación de pacientes es uno de los ejes de Intervención en comunidad y se pudo confirmar que esta necesidad está presente en la institución, a partir de la problemática descripta de la siguiente manera en el material de Canvas:

El proceso posterior a la externación del paciente del Servicio de Salud Mental es en general un hecho complejo que reviste escaso seguimiento por parte de los profesionales del servicio. Esto adquiere particular importancia en el caso de personas con patologías que impactan en el lazo social, como es el caso de algunos trastornos psicóticos –entre otros- que impiden revincularse y sostenerse en el medio social” (Canvas, 2019).

Por último, uno de los institutos que ha abordado una necesidad similar a la descripta, fue El Hospital Interzonal “José A. Esteves” (Temperley, pcia.de Buenos Aires), que, en el año 1999, comenzó a implementar el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida (P.R.E.A.), el cual tiene por objetivo la reinserción a la comunidad de pacientes internados y la restitución de sus derechos civiles. Las usuarias que han accedido al programa, han sido mujeres que han pasado largos periodos internadas y que no cuentan con familia ni ingresos económicos que les permitan sostener su alta. Los trabajadores que integran el P.R.E.A., entienden por “externación asistida” al “*proceso de acompañamiento que estas pacientes atraviesan hacia una vida social en pleno ejercicio de sus derechos ciudadanos, contando con la asistencia de los profesionales del equipo técnico del programa*” (Ministerio de Salud, 2008).

Esta institución cuenta con dispositivos intrahospitalarios (Dispositivos de admisión y talleres) y extrahospitalarios (Dispositivo centro de día y casas de convivencia). En la primera etapa de evaluación de aquellas pacientes que desean externarse y que presentan las características requeridas para ingresar al programa, trabaja el Equipo de Admisión junto a los Equipos de Sala. A partir de allí, se inicia el proceso de rehabilitación mediante un abordaje grupal en el cual se les exige a las pacientes un rol activo en pos de la meta. Luego, se incorporan a los Dispositivos Talleres para la Externación -cuidados de la salud, convivencia, lazo social, comunicación y taller de mudanza para quienes se encuentran en condiciones de externarse- los que se intenta proveer de herramientas para que puedan proyectar un pasaje a la vida en comunidad haciendo uso de sus derechos ciudadanos. Una vez externadas, el Equipo de Visitas Domiciliarias (compuesto por enfermeras, acompañantes comunitarios y terapeutas ocupacionales), acuden a sus domicilios de forma periódica para supervisar y para tener una idea más acertada de la situación real de cada usuaria: estado de la vivienda, acompañar en trámites de contenido social, cuidado personal y hasta capacitaciones laborales. El equipo de Continuidad de Tratamiento, que atiende en Centro de Día “Libremente”, lleva a cabo una atención psicológica grupal, por ejemplo, asambleas entre las personas que comparten vivienda, para atender conflictos de la vida cotidiana, y, en los casos que así lo requieran, de manera individual, por ejemplo, la intervención de médicos psiquiatras supervisando tratamientos farmacológicos. Con respecto a los resultados, de las usuarias externadas bajo programa, actualmente cincuenta y ocho (58) están alojadas en diferentes domicilios; y de las usuarias internadas que están en proceso de rehabilitación bajo programa, ocho (8) están en condiciones de externarse y veintidós (22) se encuentran transitando los talleres para la externación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar el proceso de externación de los pacientes internados en el Servicio de Salud Mental, a través de un dispositivo grupal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Proporcionar herramientas para el manejo autónomo de los pacientes.

Fortalecer los factores de protección.

Reducir los factores de riesgo.

JUSTIFICACIÓN

En primer lugar, vale la pena aclarar qué se entiende por intervención. Para ello se tomará la definición de intervención en lo Social, la cual es descripta como *“una forma de encuentro, diálogo y transformación a través del sistema de protección que posee una sociedad. Esto es, instituciones, políticas, planes y programas que en la singularidad de cada situación tendrán algún tipo de expresión”* (Carballeda, 2012, p. 39).

En el presente trabajo se plantea como objetivo *“Mejorar el proceso de externación de los pacientes internados en el Servicio de Salud Mental, a través de un dispositivo grupal”*, para que los pacientes puedan, luego de un período de internación en el Hospital, reanudar con sus funciones cotidianas, responder de una manera más saludable a las diversas circunstancias y gozar de una vida social en pleno ejercicio de sus derechos. Para la viabilidad de dicho objetivo, y debido a que la necesidad detectada se trata de un proceso complejo, sobre todo en aquellos cuadros en donde se les dificulta establecer lazos sociales, la tarea primordial será proporcionarles a los pacientes las herramientas necesarias para su manejo autónomo, para que, de esta manera, se desarrollen sentimientos de confianza y autosatisfacción. Además, se intentará fortalecer los factores de protección y reducir los factores de riesgo, para evitar posibles recaídas y lograr que los cambios generados durante la etapa de internación, sean consistentes en el tiempo. El beneficio que se persigue con la intervención planteada, es un estado de completo bienestar físico, pero también mental y social de las personas implicadas.

MARCO TEÓRICO

1. La externación y su devenir en el mundo.

Al término de la dictadura, entre los años 1976 y 1983, se ha podido visualizar el estado lamentable de los diversos pabellones y hospitales presentes en Argentina. Además, muchas de las personas internadas, olvidadas por quien debiera ser garante de la democracia y la justicia social (el Estado), no eran atendidas ni tratadas con el debido respeto. Sus derechos eran vulnerados y las prácticas ejercidas sobre ellos, no respetaban las leyes ni las normas internacionales.

Antes del decreto de la ley 448 de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2000 y de la ley nacional 26657 en el año 2010, se han examinado, aunque sin grandes repercusiones, casos de verdadera desmanicomialización de pacientes crónicos en hospitales monovalentes, lo cual deja en evidencia la cuestión política de trasfondo. Dicha problemática no podía ser resuelta únicamente derribando edificios o derogando leyes, se necesitaba, además, un cambio en la postura política del profesional del campo de la Salud Mental, *“Para los equipos de trabajo en el campo de la Salud Mental el enemigo no es el hospital monovalente sino un sistema sanitario vaciado, desfinanciado y exánime. Un sistema que no puede dar respuesta a las necesidades reales de la población”* (Comisión Directiva APSA, 2019, parr. 6).

Como se mencionó anteriormente, en el año 2010, se estableció la Ley Nacional de Salud Mental 26657, que -si bien contribuye en materia de derechos de pacientes con trastornos mentales y en la instauración de principios de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)- a la hora de redactarla, olvida y deja de lado muchas otras cuestiones teóricas y de experiencias

clínicas. Entre las cuestiones pasadas por alto se encuentra la necesidad de que previo al cambio de una ley, se requiere de un cambio social consolidado mediante costumbres y/o políticas, lo cual no se realizó. Además, dicha ley instauro como enemigo al manicomio y, como representante del mismo, al médico psiquiatra, por lo que, al momento de la redacción, no se incluyó la opinión de los mismos, lo cual era igual de indispensable que la presencia de psicólogos. Asimismo, hubiese sido mucho más fructífera la integración de todos los sectores directamente involucrados, como las asociaciones de familias y pacientes. Pese a lo anteriormente mencionado, la norma realiza aportes significativos en cuanto a los derechos de los internados, la promoción del trabajo interdisciplinario y prevé la construcción de una red de dispositivos alternativos que sustituyan al hospital monovalente; red que jamás se creó.

Otro concepto que cobra relevancia y sobre lo que se debería trabajar e intentar derribar, es la lógica manicomial, entendiendo por tal al:

Abandono convertido en razón técnica, naturalizada, especie de crueldad ilustrada y racionalizada desde una filosofía de la exclusión. La lógica manicomial es heredera de rancias concepciones racistas y discriminadoras, de las que nuestra historia como Humanidad tiene, por desgracia, ejemplos múltiples (Comisión Directiva APSA, 2019, parr. 19).

La Asociación de Psiquiatras Argentinos, se pronuncia en contra de la lógica manicomial y sostiene que, tanto los hospitales especializados como así también los hospitales generales, deben contar con una red de atención de Salud Mental de la población. “*El lema de la Salud Pública es “lo que existe para algunos, se pretende para todos”.* Y ese debería ser el espíritu de cualquier plan de salud, y dentro de él *de Salud Mental*” (Comisión Directiva APSA, 2019, parr. 26). Un hospital, de no

contar con el mejor nivel de psiquiatría, debería ser denunciado por la comunidad. El manicomio existió y continúa existiendo: aunque parezca que se están dejando de lado viejas prácticas, el manicomio está en los pacientes con trastornos mentales abandonados en las calles, en aquellos hospitales generales que les niegan una atención médica a las personas, en quienes producto de su condición, son encarcelados e involucrados en delitos; está en la cabeza de quienes descuidan a los más vulnerables, entre otras muchas situaciones que caracterizan el día a día. *“La política de desmantelamiento de los recursos es una política manicomial: una política de restricción de derechos. La política de externaciones compulsivas a redes inexistentes es una política manicomial”* (Comisión Directiva APSA, 2019, parr. 29).

La Ley 26657 tiene sus ventajas y desventajas, pero el mayor problema es que no se cumple en su totalidad. Todavía queda un largo camino, y no solo debemos centrar la atención en el cierre de la institución manicomial en sí, sino también en la construcción de hospitales especializados en Salud Mental, en el mejoramiento de los centros de atención, en lograr un cambio en las concepciones de quienes trabajan con pacientes, en la constitución de políticas inclusivas, en la creación de dispositivos alternativos y en la elaboración de una red interdisciplinaria que guíe todo el proceso de externación.

2. ¿Qué características definen a la POBLACIÓN involucrada en el PI?

A partir de una investigación llevada a cabo en el año 2018 en el Hospital Víctor Larco Herrera de Perú, cuya población objeto de estudio estuvo constituida por pacientes que llevaban más de sesenta días internados allí, se pudo visualizar que la mayoría de ellos eran jóvenes y jóvenes adultos, que presentaban disfuncionalidad y abandono familiar. Además, un gran porcentaje de ellos presentaban trastornos de personalidad, superando por mucho, a los trastornos afectivos. Asimismo, varios de los casos allí presentes, se trataban de reingresos, lo cual deja en evidencia que más allá de que se dé una evolución favorable, no se les realiza el seguimiento ni control adecuado en los niveles correspondientes, y, por lo tanto, reinciden. En cuanto al motivo de ingreso, el principal fue por causas judiciales, y, en segundo lugar, por factores clínicos. Además, en mucho de ellos se presentan factores sociales como carencias de lazos afectivos y cuestiones socioeconómicas.

Con respecto a la intervención propuesta, si se quiere que la misma sea realmente efectiva para los pacientes externados, la comunidad en donde están inmersos dichos sujetos, pasaría a ocupar un rol esencial. Por lo anteriormente mencionado, es importante destacar que:

A la vez que son necesarias transformaciones importantes de las representaciones de la sociedad respecto de la “enfermedad mental” para producir una reforma efectiva de la asistencia, resulta bastante posible que las reformas mismas produzcan modificaciones sinérgicas en las representaciones y prácticas de la sociedad. (Ardila Gómez, Fernández, Hartfiel, Ares Lavalle, Borelli, Canales, Stolkiner, 2015, p. 125).

La investigación “Convivencia barrial con pacientes psiquiátricos y sus efectos en las actitudes de la comunidad”, llevada a cabo en Buenos Aires, entre el año 2012 y 2013, nos permite visualizar cómo el compartir ámbitos cotidianos de socialización con personas que presentan alguna “enfermedad mental”, puede relacionarse con una reducción en los prejuicios, el estigma y la discriminación hacia las mismas. Además, desde esta perspectiva, la cual considera que la salud mental se construye a partir de las relaciones que se establecen en los grupos sociales (relaciones que se enraizarán en los sujetos, materializándose en formas específicas de sentir, pensar y comportarse), podría señalarse que los efectos de la convivencia comunitaria con personas externadas de hospitales psiquiátricos, no solo generan resultados positivos en ellos mismos, sino también, impactan de manera favorable en la salud mental de la comunidad a la cual éstas pasan a vivir. Por todo lo dicho, es importante destacar que:

Interactuar con personas que, aunque normales, son diferentes, podría potenciar la construcción de relaciones sociales humanizantes, es decir, aquellas relaciones en las cuales están presentes a nivel colectivo e individual rasgos humanos tales como la capacidad de pensar procurando identificar y superar temores irracionales, prejuicios y todo aquello que imponga una relación predominantemente defensiva con el mundo, la sensibilidad ante el sufrimiento de los otros y el sentido solidario. (Ardila Gómez et al. 2015, p. 131).

En este caso particular, el procedimiento constó de la administración de un cuestionario, el cual arrojó respuestas positivas a contar entre los vecinos a personas externadas de hospitales psiquiátricos. Además, frente a la pregunta de qué se podría hacer por otro vecino con enfermedad mental, los encuestados expresaron poder ayudar con las tareas de la vida cotidiana como ir a comprar, colaborar con la comida, vestimenta, etc. Aun

así, la mayor aceptación fue hacia personas con retardo mental, discapacidad física y enfermedad mental, no así, hacia quienes presentaban un consumo problemático de alguna sustancia psicoactiva. Además, otro porcentaje de los encuestados manifestó que los vecinos pueden hacer poco o nada por una persona con enfermedad mental, añadiendo que tal imposibilidad estaba ligada a la falta de capacitación respecto de la problemática o que se trataba de una cuestión que era responsabilidad de la familia.

Recapitulando, las características que priman en aquellos pacientes que pasan un período de internación mayor son: abandono familiar, trastornos de personalidad y conductas de impulsividad que los llevan a tener problemas con la justicia. Asimismo, si a estos pacientes no se les realiza un seguimiento adecuado, más allá de las evoluciones favorables que se pudieran visualizar, lo más habitual es el reingreso en Salud Mental. En cuanto a la comunidad, dentro de la agenda de las políticas públicas, no solo hay que velar por los derechos de las personas con alguna enfermedad mental – lo cual es una cuestión fundamental- sino también luchar por construir sociedades más pluralistas e inclusivas.

Por último, un trabajo llevado a cabo desde un enfoque de Psicología Social Comunitaria, cuyo objetivo era caracterizar los obstáculos y resistencias en el proceso de externación de usuarios/as de un programa de pre alta de un hospital monovalente de la ciudad de Buenos Aires, ha posibilitado tener acceso a las opiniones de las personas que se encontraban internadas allí. En cuanto a la dimensión laboral -la cual no solo favorece la calidad de vida y de la salud, sino también les posibilita cumplir con sus aspiraciones y proyectos- se ha visualizado que a mayor tiempo y/o número de internaciones, la relación de las personas con el trabajo se torna distante, lo cual dificulta la posibilidad de inserción laboral en la comunidad. Por lo anteriormente mencionado, se adhiere a la siguiente afirmación:

Las largas internaciones y la consecuente pérdida de capacidades laborales, operan resistencialmente en la posibilidad de desear un futuro diferente para algunos/as usuarios/as. Asimismo, la ausencia de programas y/o dispositivos laborales con apoyo en la comunidad, son obstáculos que demoran la externación y refuerzan resistencias subjetivas (Zaldúa et. Al., 2011b).

Con respecto a la vivienda, la misma no solo implica la apropiación objetiva de una casa, sino también la asimilación subjetiva en cuanto al proceso de apropiación simbólica. En el caso de los pacientes investigados, la mayoría de ellos expresó poder volver a la vivienda que habitaban antes de la internación, refiriéndose muchos de ellos a la casa familiar. Aun así, los mismos expresaron que la relación con la familia era regular, mala o ausente. En cuanto a los vínculos sociales, muchos expresaron que sus relaciones con amigos por fuera del hospital, fueron interrumpidas por los períodos de internación. Asimismo, se visualizó una mayor vinculación con otros pares al interior del hospital, ya que luego de internaciones prolongadas, el mismo comienza a ser el único lugar en donde se desarrolla la relación social. La escasa apropiación de espacios y lazos sociales por fuera de la institución, limitan los recursos que darían lugar a la externación y a la inclusión social, acentuando una situación de vulnerabilidad. *“Según los datos analizados, las internaciones prolongadas en el tiempo resultaron concomitantes al deterioro de las redes sociales, habitacionales y laborales, generando una habituación institucional que profundiza las resistencias subjetivas a procesos de externación.”* (Tisera, Leale, Lohihorry, Pekaren, Joskowics, 2013, p. 257).

3. Profundicemos el tema central del presente PI: Externación.

Como primera instancia, es fundamental remarcar qué se entiende por “externación”. Dicho concepto “...se utiliza para hacer referencia a programas dirigidos a personas con internaciones prolongadas en instituciones psiquiátricas, y que buscan, como su nombre lo indica, que tales personas salgan o se externen del hospital.” (Ardila Gómez et al., 2015, p. 124).

La creación de servicios y dispositivos sustitutos se dio, tanto internacional como nacionalmente, como un suceso simultáneo al desmantelamiento de los manicomios. Desde ese entonces, se persigue como objetivo primordial, intentar proteger de manera integral la Salud Mental a través de diversos procedimientos, como los mencionados en la siguiente afirmación:

Las estrategias de asambleas, clubes –incluyendo a pacientes, familiares y profesionales-, fueron y son facilitadores de lazos sociales. Reafirmando la inclusión social a través del trabajo en cooperativas o empresas sociales, la construcción de residencias integradas en la ciudad para el alojamiento y la invención de múltiples formas de participación y producción social (Tisera et al., 2013, p. 252).

Desde este mismo paradigma, a fines del año 2010, se aprueba y promulga La Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones 26.657, la cual busca poner en cuestión la lógica manicomial y la asociación directa entre locura y peligrosidad. Además, pone en relieve una fuerte tensión entre lo instituido y lo instituyente en Salud Mental y establece un piso básico de derechos que deben cumplirse sin excepción alguna. Con respecto a las cuestiones que la Ley dictamina, la misma expresa lo siguiente:

Plantea que la atención de la Salud Mental debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario, basarse en los principios de la atención primaria y orientarse al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. Asimismo garantiza asistencia legal, revisión y excepcionalidad de las internaciones prolongadas y el consentimiento informado, así como el derecho de los/as usuarios/as a tomar decisiones vinculadas al tratamiento y rehabilitación e integración en la comunidad (Tisera et al., 2013, p. 252).

En cuanto a las propuestas que surgieron luego de la reforma en el campo de la Salud Mental, muchas de ellas han estado orientadas a desarrollar servicios en la comunidad, como forma de dar respuesta a la exclusión imperante hacia las personas con algún sufrimiento mental. Entre las estrategias de intervención fundamentales, se encuentra la *rehabilitación*, la cual “...permite la reconstrucción de la ciudadanía plena de los sujetos con sufrimiento mental, favoreciendo la externación e inclusión social, distanciándose de intervenciones intramuros en el hospital psiquiátrico que producen cronicidad...” (Serraceno, 2003). Además, se intentan desarrollar habilidades sociales que les posibiliten a los sujetos en cuestión participar de manera activa en la sociedad y hacer uso de sus derechos civiles. Entre las capacidades sociales se encuentran cuestiones referidas al cuidado corporal, intercambios cotidianos, manejo de su propio dinero, participación en espacios sociales, etc. El objetivo de lo anteriormente mencionado no solo persigue cuestiones materiales, sino también, simbólicas.

De acuerdo con Sarraceno (2003), el proceso de rehabilitación se lleva a cabo a partir de considerar tres ejes: Habitat; Bazar o Red Social y Trabajo:

Eje Hábitat: refiere al proceso de consolidación de un lugar para habitar, logrando la pertenencia simbólica y material del espacio. Estrategia de rehabilitación que se desarrolla en conjunto, aunque no se confunden, con la adquisición de la casa.

Eje Bazar o Red Social: se busca crear o potenciar lugares que posibiliten el intercambio y consoliden estrategias de afrontamiento junto a familiares o vínculos afectivos de la persona, a fin de evitar recaídas, mejorar la calidad de vida de la persona y su familia, etc.

Eje Trabajo: entendido como inserción laboral, se considera que el trabajo puede promover un proceso de articulación de intereses, necesidades y deseos, consolidándose como medio de subsistencia y de realización personal y del cumplimiento de aspiraciones y proyectos.

Para que las prácticas y experiencias de desinstitucionalización (externación e inclusión social), se consoliden y produzcan las modificaciones deseadas, se requiere de una intervención llevada a cabo de manera interdisciplinaria, intersectorial y que promulgue la protección de los derechos, la recuperación y la rehabilitación de las personas que padecen algún sufrimiento mental.

4. Dispositivo definido para llevar adelante el PI: GRUPO DE REFLEXIÓN.

En primer lugar, el Grupo psicoanalítico de reflexión es aquel destinado a aplicar la teoría psicoanalítica para investigar y modificar el impacto que, en la tarea de estructura de roles grupal, producen los procesos inconscientes generados a partir de los fenómenos de regresión, pertenencia, entre otros, que resultan de toda inmersión social. El énfasis está puesto en lo que el agrupamiento produce en los agrupados, más que en lo que éstos llevan al grupo en función de su experiencia individual. Además, es un instrumento útil para grupos de personas que comparten una problemática común y que, para poder encararla, deben afrontar diversos recursos personales.

El objeto de análisis de estos grupos es *la fantasía*, la cual, cuanto más primitiva, mayor será el monto de sincretismo que soporta. Este sincretismo da cuenta de una de las cualidades más significativas de las fantasías: su capacidad distributiva y permutativa de roles. Cuanto menos progresiva sea la fantasía, menor discriminación yo-no yo se va a presentar, lo cual va a poner al sujeto en posición de no poder prescindir del apoyo grupal para el mantenimiento de su identidad. La proyección necesaria del mundo interno sobre la estructura de roles grupal centrada en la tarea, produce por parte del sujeto, la propuesta al grupo de una estructura de roles alternativa, en la que su propio rol tendrá sentido.

El psiquismo individual, producto de su inmersión en la grupalidad, sufre una desestructuración, que luego se reestructurará incorporando nuevos contenidos; ese momento de desestructuración, da lugar a la dramatización. La posibilidad de formarse nuevamente no implica adquirir una nueva forma concreta, sino más bien, perder formas conocidas y adquirir plasticidad para ir adoptando distintas formas, las cuales incluyen apertura hacia la vida. La tendencia a la isomorfía, producto del

sincretismo fantasmático, exige que la identidad de percepción se establezca entre la fantasía y la escena de la que el grupo va a ser soporte. El mecanismo es empleado por uno de los miembros del grupo, el cual proyecta su fantasía en el mismo, formando una infraestructura imaginaria de un sistema de roles, que lo contiene y canaliza. Si el resto de los integrantes aceptan participar de esta estructura, el sujeto proyectante tiene asegurado su apoyo, coincidiendo la escena interna con la externa ocupada por los otros en roles complementarios. La fantasía organizadora ha *resonado* en los otros agrupados; el grupo se ha organizado, produciéndose un pasaje de lo intrasubjetivo a lo intersubjetivo.

Por último, en el grupo de reflexión participan un coordinador y un observador, que si bien son lugares que pueden estar ocupados por distintas personas, se tratan de dos funciones: la función interpretante y la función observadora, las cuales son inherentes a todo coordinador. El lugar del mismo deberá caracterizarse por una cierta autonomía con respecto a la institución, para poder realizar una lectura a partir de una disociación a la misma y para posibilitar que se mantenga siempre una terceridad institución-coordinador-integrantes y coordinador-teoría-integrantes.

PLAN DE ACCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

ACTIVIDADES

Para empezar, se detallará una serie de actividades que se llevarán a cabo con el fin de concretar los objetivos específicos propuestos, los cuales son: *proporcionar herramientas para el manejo autónomo de los pacientes; fortalecer los factores de protección; y reducir los factores de riesgo*. En cuanto al tiempo estimado como necesario para la concreción de nuestro cronograma es de seis encuentros, de dos horas cada uno, llevados a cabo una vez a la semana. La coordinación de cada uno de ellos será responsabilidad de la Lic. Agustina Salinas, quien será acompañada, de acuerdo con la actividad del día, del personal necesario para llevar a cabo la propuesta. Con respecto al lugar, se le pedirá a la institución en cuestión la facilitación de un espacio físico amplio, iluminado y con buena ventilación. Además, se localizará a la persona encargada de llevar a cabo un registro de los pacientes y se le pedirá un contacto de aquellos que estén próximos a recibir el alta. Una vez localizados, se les hará llegar una notificación, en la cual se detallará la fecha y el lugar en donde se llevará a cabo un encuentro informativo. El grupo estará integrado por un mínimo de 8 y un máximo de 16 pacientes, los cuales tendrán que llamar a la institución para confirmar que han recibido la notificación.

Encuentro N°1

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 2 dinámicas.

Tema: Construyendo sentido de grupo.

Objetivo general del encuentro: - Establecer cohesión grupal.

Actividad 1: “Recuérdame por aquello que me haga bien”.

Materiales: Sillas ubicadas en semicírculo, 17 hojas tamaño oficio y 17 fibrones.

Tipo de estrategia: Presentación grupal - Puesta en común.

Tiempo estimado: 40 minutos para la primera parte, 1 hora 20 minutos para la segunda.

Instrucciones para la Coordinadora:

- Llegado el día acordado, la coordinadora a cargo comenzará presentándose, comentando brevemente por qué surgió la iniciativa, en qué consiste la misma, cómo operará la estrategia y cuáles son los beneficios de dicha intervención.
- Luego, se abrirá un espacio para sus dudas e inquietudes.
- Como segunda instancia de ese primer encuentro, se dará inicio a la actividad “*Recuérdame por aquello que me haga bien*”, la cual tendrá por objetivo establecer una cohesión grupal.
- La coordinadora será quien comience, escribiendo en un papel una serie de palabras que sienta que la definen -ya sea, cuestiones físicas, de su vida privada que quisiera compartir y otras cuestiones por las cuales quisiera ser recordada por el resto del grupo-, y luego las leerá en voz alta.

- A continuación, se le entregará al resto de los integrantes, una hoja y una fibra a cada uno y se le pedirá que hagan lo mismo sin mostrar lo que escriben a los demás.
- Luego se mezclarán las hojas, y se le devolverá una a cada uno, para que sean leídas en voz alta, y entre todos se sugerirá de quién podría ser cada descripción.
- Cuando todos tengan en sus manos sus supuestas características, se verificarán cuáles fueron acertadas y cuáles no.
- En el caso de no acertar, se preguntará en voz alta a quién pertenece dicha descripción. Al finalizar la ronda, todos deberán tener su papel correspondiente.
- El fin de dicha actividad es que sean ellos mismos quienes decidan por qué cuestiones ser recordados y que no sean meras etiquetas (por ejemplo, llamados por la problemática que los lleva allí). Además, la misma les posibilitará conocerse entre ellos e ir estableciendo un sentimiento de grupo.
- Por último, se despedirán hasta el próximo encuentro, que será el mismo día, la semana siguiente.

Encuentro N°2.

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

Tema: Lucha por nuestros derechos.

Objetivo general del encuentro: - Conocer nuestros derechos y obligaciones.

- Exigir una vida digna.

Actividad 2: “Portavoces de derechos”.

Materiales: PowerPoint, material audiovisual, cartulinas, afiches, hojas oficio, revistas, pegamento, cinta adhesiva y tijeras.

Tipo de estrategia: Exposición informativa – Collage.

Tiempo estimado: 1 hora para la primera parte, 1 hora para la segunda parte.

Instrucciones para la Coordinadora:

- La coordinadora del grupo solicitará la participación de algunos miembros del personal de salud y profesionales del área del Derecho, para brindarles a los pacientes, en un primer momento del encuentro, conocimientos básicos sobre diversos temas de salud y habilidades para la vida, que les posibilitarán adoptar decisiones responsables para su autocuidado.
- El objetivo principal es trabajar cuestiones que los pacientes necesitan manejar correctamente y de las cuales es indispensable tener pleno conocimiento para su auto desarrollo una vez dados de alta.
- Como soporte de dicha actividad, podrán utilizar materiales audiovisuales, PowerPoint o cualquier otra plataforma con la que estén familiarizados y les sirva para impartir información.
- Se les pedirán a los pacientes ejemplos de sus vidas cotidianas.
- Como segunda instancia, se dará inicio a la actividad “*Portavoces de derechos*”, para la cual se les facilitará a los pacientes, cartulinas, hojas oficio, revistas, fibrones, tijeras, cinta adhesiva y pegamento.
- Como consigna, se les solicitará que armen un folleto en el cual compartan aquello que les haya quedado presente de la charla llevada a cabo minutos antes.

- Además se les pedirá que, en algún momento disponible de los próximos días, lleven su producción a algún lugar público que suelen frecuentar, y los peguen en algún espacio visible.
- El fin es que sean replicadores y multiplicadores de la información adquirida, que lo compartan con sus pares, con el núcleo familiar y con la comunidad; que se vuelvan promotores de prácticas saludables y personas exigentes de sus derechos esenciales.

Encuentro N° 3.

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 2 dinámicas.

Tema: Derribando falsas creencias.

Objetivo general del encuentro: - Reconocer y expresar nuestras emociones.

Actividad: “En teoría, todo es práctica”.

Materiales: Pizarra, fibrones, hojas oficio.

Tipo de estrategia: Construcción conjunta – Rol play.

Tiempo estimado: 40 minutos para la primera parte, 1 hora 20 minutos para la segunda.

Instrucciones para la Coordinadora:

- La actividad que dará inicio a la jornada será la construcción conjunta en un pizarrón, de una lista de pros y contras de recibir el alta médica.
- La coordinadora irá escribiendo en la pizarra todo aquello que vaya surgiendo de los pacientes.
- Además, se le pedirá a uno de los integrantes que vaya escribiendo en una hoja, a la par de la coordinadora, para que quede constancia de todo lo ocurrido.

- La idea sería comenzar por aquello que genere menos ansiedad, para luego intentar indagar cuestiones que tienen que ver con lo emocional.
- Cuando ya no se les ocurra nada más, se pasará a construir una segunda lista, en la que de un lado irán las cuestiones que los alegran de recibir el alta médica y, por otro lado, aquello que les genere miedo e inseguridad.
- En un segundo momento de este tercer encuentro, se dará lugar a la actividad denominada “*En teoría, todo es práctica*”, la cual se tratará de un Rol play, en donde se les pedirá a los pacientes, que tomen algunas de las cuestiones surgidas por ellos anteriormente, e intenten escenificarla e idear formas de enfrentamiento.
- Cada uno, deberá asumir un rol y deberá actuar de acuerdo a cómo se lo imagina.
- El objetivo del encuentro es, en un primer momento, que puedan poner en palabras todo aquello que la externación remueve en ellos. Hay que tener en cuenta que, en muchos casos, asistir al hospital constituye una parte fundamental de sus rutinas y que, muchas veces, se trata de la única actividad del día, que los pacientes sienten como algo que les es propio. Además, el fin de la actividad es que los pacientes tomen conciencia de que no se puede controlar el comportamiento de los demás, que todo el tiempo estamos recibiendo respuestas tanto positivas como negativas del medio, pero lo que marcará la diferencia será el poder que nosotros le asignemos en nuestras vidas. Asimismo, se pretende que los pacientes puedan pensar en un proyecto de vida propio y esforzarse para alcanzarlo. También se intentará que acepten que hay metas que no están al alcance de nuestras manos y que eso no conlleve sentimientos de tristeza e inutilidad.

Encuentro N° 4.

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 2 dinámicas.

Tema: Introspección.

Objetivo general del encuentro: - Reconocer aptitudes propias y de los demás.

Actividad: “Hoy soy...”.

Materiales: Pizarra, 17 hojas oficio y 17 fibrones.

Tipo de estrategia: Puesta en común – Actividad lúdica.

Tiempo estimado: 30 minutos para la primera parte y 1 hora 30 minutos para la segunda.

Instrucciones para la Coordinadora:

- En este encuentro se trabajará el tema de la autoestima, ya que la pieza fundamental de todo este proceso es que los pacientes tengan presente que todos poseemos cualidades positivas, más allá de los problemas que nos puedan llegar a surgir.
- La actividad de dicho encuentro, se denomina “*Hoy soy...*” y la coordinadora deberá comenzar diciendo brevemente qué se entiende por autoestima.
- Además, es esencial que se incluya la perspectiva de los pacientes a la hora de definir el constructo, para involucrarlos en la temática.
- A continuación, se le entregará a cada uno una hoja, en la que deberán escribir como título “*Hoy soy...*” y debajo, un listado de las características positivas que consideren que ellos poseen (cualidades, logros, destrezas, conocimientos, capacidades, etc).

- Luego, se les pedirá que vayan pasando de a dos al centro del semicírculo, y que uno haga de vendedor de sí mismo y otro de comprador, y después a la inversa.
- Cuando todos hayan finalizado, se indagará por las dificultades que se pudieran haber presentado al momento de completar la frase “Hoy soy...”, y se les explicará que a la mayoría de las personas nos es difícil reconocer nuestras cualidades positivas, porque lo que solemos hacer habitualmente es compararnos con algún modelo, y de acuerdo a con quién nos comparemos, es que nuestra evaluación va a ser más positiva o más negativa.
- Lo anteriormente mencionado, se aclarará con el fin de que los pacientes intenten comenzar a hacer comparaciones lo más realistas posibles, para que el resultado sea ajustado a la realidad, y así, sus autovaloraciones no se vean afectadas.
- Además, el objetivo de la actividad es que aprendan a reconocer las características positivas de los demás y que intenten potenciar su autoestima mutuamente.
- Asimismo, es fundamental que la coordinadora haga énfasis en la palabra HOY del título de la actividad, ya que es importante que los pacientes entiendan, que aquellos atributos o comportamientos que hoy poseen y que pudieran considerar poco funcionales, pueden ser modificados, como así también podrían, aprender y potenciar aquello que consideren que les sería funcional para sus vidas; nada es de una vez y para siempre.

Encuentro N° 5.

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 2 dinámicas.

Tema: Buscando alternativas.

Objetivo general del encuentro: - Controlar los impulsos.

Actividad: “Resist-ir”.

Materiales: Pizarra, fibrones y 17 globos.

Tipo de estrategia: Puesta en común – Actividad lúdica.

Tiempo estimado: 30 minutos para la primera parte, 1 hora 30 minutos para la segunda.

Instrucciones para la Coordinadora:

- El quinto encuentro, partirá de imaginar que el alta ya es un hecho y lo que interesaría ahora es indagar por las herramientas de las que se valdrían los pacientes frente a dicha situación.
- Esta actividad se denomina “*Resist-ir*”, y para la misma, se les deberá entregar un globo a cada integrante del grupo.
- En un primer momento, la coordinadora deberá explicar brevemente qué se entiende por ansiedad.
- Además, tal como se mencionó en la actividad anterior, es esencial que se incluya la perspectiva de los pacientes a la hora de definir el constructo, para involucrarlos en la temática.
- A continuación, se pasará a explicitar la consigna, en la cual se le pedirá a cada uno, que tomen su globo y que soplen sin soltarlo, por cada vez que escuchen una frase que les genere ansiedad.
- Las frases estarán orientadas a visualizar sus respuestas frente a situaciones que podrían llegar a enfrentar al momento de ir en busca de oportunidades laborales, que les posibiliten su autonomía. Como, por ejemplo: no conseguí el trabajo que tenía en mente, no me pagan lo que esperaba, ya fui a varios lugares y aún no conseguí nada, la gente no me apoya, siento que no se

valoran mis capacidades, tengo una rutina demasiado estricta, me cuesta adaptarme a situaciones nuevas, entre otras que se le pudieran ocurrir en el momento, a la coordinadora.

- Además, se les deberá mencionar que cuando sientan que el globo se va a reventar, se detengan.
- Una vez que se hayan expresado todas las frases, y que los participantes tengan su globo muy inflado, se les comentará que la ansiedad puede ser como el globo, que diversas situaciones hacen que el mismo vaya creciendo hasta reventar, y eso genera daños a todo aquello que se encuentra próximo. Por ello es de suma importancia ir detectando aquellas situaciones que influyen sobre nuestros estados de ánimo e intentar buscar maneras de disminuir las sensaciones negativas o de manejarlas de un modo más favorable.
- Asimismo, es fundamental aclararles que, cuando sientan que las situaciones los desbordan, a diferencia de lo que pudieran haber hecho anteriormente y que los llevó a estar hoy en donde están, pueden recurrir a la ayuda de algún profesional o persona cercana de contención. Es decir, se buscará que los pacientes tengan un mayor reconocimiento de sí mismos y de lo que les pasa, como así también, se intentará que recurran a respuestas más saludables a los problemas y que puedan aceptar la ayuda de los demás.

Encuentro N° 6.

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 2 dinámicas.

Tema: Hilvanando perspectivas.

Objetivo general del encuentro: - Aprender a pedir y a brindar ayuda.

Actividad: “Perspectivas”.

Materiales: Ovillo de hilo.

Tipo de estrategia: Actividad lúdica – Puesta en común.

Tiempo estimado: 1 hora 30 minutos para la primera parte, 30 minutos para la segunda.

Instrucciones para la Coordinadora:

- La actividad del último encuentro se denomina “*Perspectivas*”, y está pensada no solo para que los pacientes puedan reconocer y compartir aquello que les genera malestar, sino también para que sean capaces de idear y proponer soluciones.
- En cuanto al procedimiento, de manera aleatoria se le dará el ovillo a uno de los integrantes y se le pedirá que comience exponiendo un conflicto con el que este lidiando actualmente.
- Luego deberá arrojarle cuidadosamente la bola a otro compañero, el cual también deberá describir un conflicto que le preocupe, y así sucesivamente hasta formar una red y que todos hayan participado.
- La última persona en exponer su conflicto, regresa la madeja de hilo al compañero anterior, el cual propondrá una solución al conflicto del compañero que le devolvió el hilo, y así hasta deshacer la red.
- El fin de esta actividad es que los pacientes den cuenta de que muchos de nuestros problemas tienen soluciones, solo que muchas veces no los encontramos porque no nos corremos del ángulo desde donde los estamos visualizando o porque la implicancia es tanta que las emociones que nos invaden, no nos permiten abrir el abanico de posibilidades. Es por ello que, muchas veces, necesitamos de otro que nos aporte su perspectiva. Eso,

además, nos podría ayudar a adoptar otro modo de percibir el mundo, y en situaciones futuras, poder solucionar nuestros problemas por nosotros mismos.

- Por último, para dar cierre a todo el proceso, se abrirá un espacio de puesta en común, en donde aquel que quiera compartir con el grupo, expresará qué cambios percibió en sí mismo, a partir de los encuentros llevados a cabo.

DIAGRAMA DE GANTT

ENCUENTROS	ACTIVIDADES	SEMANA 1	SEMANA 2	SEMANA 3	SEMANA 4	SEMANA 5	SEMANA 6
Encuentro 1	Actividad 1	■					
	Actividad 2						
Encuentro 2	Actividad 1		■				
	Actividad 2						
Encuentro 3	Actividad 1			■			
	Actividad 2						
Encuentro 4	Actividad 1				■		
	Actividad 2						
Encuentro 5	Actividad 1					■	
	Actividad 2						
Encuentro 6	Actividad 1						■
	Actividad 2						

RECURSOS

Para poder llevar a cabo el plan de intervención propuesto, se necesitará disponer de una serie de recursos. Entre los recursos humanos indispensables, se requerirá la participación de quien llevará a cabo el rol de coordinadora durante todo el proceso. La misma será una Licenciada en Psicología. Además, para uno de los encuentros, se necesitará la intervención de un grupo de profesionales que les puedan proporcionar a los pacientes la información necesaria acerca de sus derechos y obligaciones (profesionales del área del Derecho y de la Salud). En cuanto a los materiales técnicos requeridos, se necesitará un espacio amplio, iluminado y con buena ventilación, la disponibilidad de por lo menos diecisiete sillas y equipamientos que posibiliten proyectar/reproducir contenidos audiovisuales. Con respecto a los recursos de contenidos necesarios, la coordinadora deberá tener a disposición documentos con información sobre los temas que se abordarán en los diversos encuentros (ansiedad, autoestima, etc), que procedan de fuentes confiables. Y, por último, se requerirá de recursos económicos, que serán detallados en una tabla que se presentará en el apartado siguiente.

PRESUPUESTO

Entre los materiales no provistos por la institución, será necesario adquirir los siguientes:

CANTIDADES	MATERIALES	COSTO ESTIMADO
1	Resma de hojas oficio	\$400
35	Fibrones negros	2.100
35	Fibrones de colores	2.100
20	Cartulinas varios colores	1.240
20	Afiches varios colores	1.340
5	Pegamento vinílico	290
5	Rollos de cinta adhesiva	190
20	Revistas	600
16	Tijeras	1.392
17	Lapiceras	834
1	Bolsa de globos	200
1	Ovillo de hilo	260
5	Marcador para pizarra	250
6 encuentros	Recursos Humanos	\$340 por cada participante por encuentro

EVALUACIÓN

Con el fin de conocer el impacto y los resultados que se obtuvieron con la implementación del Grupo de Reflexión, llevado a cabo con los pacientes próximos a recibir la externación del servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital Rio Cuarto San Antonio de Padua, se han diseñado una serie de evaluaciones cuyas respuestas permitirán tener noción de la efectividad o no del mismo, y qué aspectos deberían modificarse. Para lograr dicho objetivo, se utilizará una matriz de evaluación de impacto creada ad-hoc (ver anexo I). En esta matriz de evaluación de datos, se han creado tres categorías de análisis a partir de los objetivos específicos propuestos en el presente plan de intervención, y sobre cada categoría de análisis, se han elaborado siete indicadores. Para acceder a los datos que son de interés y luego volcar la información recabada en la matriz de evaluación de datos, se trabajará con un cuestionario construido ad-hoc (ver anexo II), el cual consta de diez preguntas con escala Likert, que se aplicará en formato de pre-test (en el primer día del encuentro) y pos-test (último día del encuentro), a través de entrevistas individuales.

RESULTADOS ESPERADOS

Lo que se pretende lograr con el presente plan de intervención es que los pacientes que se encuentren internados en el área de Salud Mental del hospital logren, de manera paulatina, independencia del mismo. Es decir, que la externación de los pacientes no sea de manera abrupta ya que, por lo general, incide en futuras recaídas, sino más bien que se trate de un proceso a conciencia. Asimismo, se busca que los pacientes incorporen sentimientos de autoconfianza, mayor autoestima, que puedan adoptar diversas perspectivas frente a las distintas situaciones y dar respuestas alternativas a los problemas.

Además, se intenta que el proceso cubra todas las esferas de la vida de los pacientes, es decir, no solo generar modificaciones en ellos mismos, sino también en su círculo familiar y social. Se intentará que sea un proceso que va de adentro hacia afuera, en el que reconozcan las herramientas con las que ya cuentan y aquellas que se pueden desarrollar y, de esta manera, se abran nuevos horizontes.

CONCLUSIÓN

Pese al año particular que se está atravesando, se debe valorar la posibilidad de llevar a cabo de igual manera, el trabajo final de grado y el poder contar con un seguimiento de cerca del director de tesis, más allá de la distancia física. Con respecto a las limitaciones del trabajo, sería conveniente que tanto la institución objeto de estudio como la temática, sean de libre elección, según los intereses de cada uno, ya que podría dar lugar a un mayor involucramiento y mayor creatividad por parte del estudiante. Además, debido al escaso tiempo con el que se cuenta para llevar a cabo la producción del trabajo, quedan fuera muchas aristas, que podrían ser desarrolladas si el tiempo disponible fuera mayor. Con respecto al plan en sí, sería enriquecedor incluir en el mismo a algún miembro del grupo familiar o persona significativa del paciente, ya que, para poder sostener el proceso, el entorno cumple un rol fundamental. En cuanto a la fuente de información disponible, pese a que la misma es proporcionada por terceros, su análisis minucioso, permite realizar un acercamiento bastante completo a la institución.

En relación con las fortalezas, se puede mencionar la impronta holística e integral que se le intentó dar al trabajo, en donde no solo se considera al paciente en su particularidad, sino también al contexto social y cultural. Además, se buscó que las actividades propuestas para los encuentros, sean abarcativas de toda la problemática y que den lugar a una externación sostenida en el tiempo.

Referencias

Abanto, R., Valdivieso-Jiménez, G., Arévalo, A. & Orihuela, S. (2018).

“Características personales, clínicas y sociales en pacientes con estancia hospitalaria prolongada en los pabellones de pacientes agudos del Hospital Víctor Larco Herrera”. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n2.10>

Ardila Gómez, S. E., Fernández, M., Hartfiel, M. I., Ares Lavalle, G., Borelli, M.,

Canales, V. y Stolkiner, A. I. (2015) “Convivencia con Pacientes Externados y sus efectos en la salud mental de la comunidad: Estudio en la provincia de Buenos Aires, Argentina. 2012-2013”. Recuperado de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/19866>.

Carballeda, A. J. M. (2012) “La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud

Mental. Algunos interrogantes y perspectivas”. Salud mental la polisemia de un concepto. Vol. 23 – N° 101.

Comisión Directiva APSA (2019) “*LEY DE SALUD MENTAL, DESMANICOMIALIZACIÓN Y SALUD PÚBLICA*”. Recuperado de <https://www.apsa.org.ar/docs/leym052019.pdf>

Edelman, L. y Kordon, D. (S/D) “Los grupos de reflexión como espacios intermediarios para la articulación psicosocial”. Recuperado de <http://www.aappg.org/wp-content/uploads/1996-N%C2%BA1.pdf>

OMS. Página oficial (2020). Recuperado de <https://www.who.int/about/es/>

Provincia de Buenos Aires Ministerio de Salud (2008) “Programa de Rehabilitación y Externación Asistida” Recuperado de https://conferenciabasagliargentina.org/wp-content/uploads/2015/04/PREA-EXPERIENCIA-H-ESTEVEES-_1999-2008_.pdf

Tisera, A., Leale, H., Lohihorry, J., Pekaren, A. L. y Joskowics, A. (2013). “Salud mental y desinstitucionalización: resistencias y obstáculos en los procesos de externación en un hospital monovalente de la zona sur de la ciudad de Buenos Aires”. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3691/369139949063>

Universidad Siglo 21 (2019). “*Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua*”. Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/9721/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>

Villatoro, F. R. (2016) “*Extractos filosóficos: Los paradigmas según Thomas Kuhn*”. En el blog <https://francis.naukas.com/2016/01/24/kuhn/>

ANEXOS

Anexo I

CATEGORÍA DE ANÁLISIS	POSIBLES INDICADORES	RESPUESTAS
Proporción de herramientas para el manejo autónomo.	Autoestima.	
	Autoeficacia.	
Fortalecimiento de factores de protección.	Pertenencia a grupos sociales.	
	Experiencia laboral.	
	Posee hogar.	
Reducción de factores de riesgo.	Control de los impulsos.	
	Posibilidad de pedir ayuda.	

Anexo II

Cuestionario

Lo que se le solicita a continuación, es que por favor lea individual y detenidamente, las siguientes preguntas. Vale aclarar, que no hay respuestas correctas, lo que interesa es que responda lo más sinceramente posible.

1. ¿Cuál es la percepción que usted tiene de sí mismo?
Mala – Regular - Buena – Muy Buena – Excelente
2. ¿Confía es sus capacidades a la hora de alcanzar objetivos?
Siempre – Casi siempre – Casi nunca – Nunca
3. ¿Cuenta usted con grupos de pares?
Si - No
4. ¿Pertenece a algún grupo social?
Si – No
5. ¿Desempeñó alguna vez una actividad laboral?
Si – No
6. ¿Realiza algún trabajo/labor en la actualidad?

Si – No

7. ¿Dispone de una vivienda?

Si – No

8. ¿Con quién convive?

Solo – Pareja – Pareja e hijos – Familiar/es – Conocido/s - Otros

9. ¿Hace cosas de las que después se arrepiente?

Siempre – Casi siempre – Casi nunca – Nunca

10. Cuando se le presenta algún problema, ¿Pide ayuda?

Siempre – Casi siempre – Casi nunca - Nunca