

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado – Plan de Intervención
Licenciatura en Psicología
Dispositivo- taller de radio dirigido a pacientes que asisten a Hospital de Día
Autor: Vanessa, Giovannini
Legajo: PSI03442
Docente Director: Dr. Y Mgter. Ruben M, Pereyra
Rio IV, Córdoba –Abril 2021

Dedicatoria

A todos aquellos que formaron parte de mi vida durante este proceso y me alentaron a perseguir mis metas y sueños.

La ciencia moderna

aún no ha producido un medicamento tan eficaz

como unas pocas palabras bondadosas

Sigmund Freud

Creemos que pensamos

pero raramente lo hacemos

con real entendimiento y empatía.

Sin embargo, la verdadera escucha

es una de las fuerzas más potentes para el cambio que conozco.

Carl Rogers

Agradecimientos

A mis padres por transmitirme los valores que poseo y brindarme la posibilidad de formarme académicamente.

A mi hermano por su apoyo incondicional, su escucha y confianza.

A mis amigos de siempre por su compañía y sostén invaluable.

A los amigos que conocí transitando este recorrido. Gracias por lo compartido, el apoyo diario y el ánimo brindado.

A los docentes que dejaron una huella a lo largo de toda mi educación, transmitiéndome su pasión e incentivándome a superarme.

En memoria de mis abuelos.

Índice

Dedicatoria y agradecimientos	Página 2
Resumen	Página 6
Introducción	Página 7
Línea estratégica de intervención	Página 9
Resumen de la organización	Página 11
Organigrama	Página 13
Delimitación de la necesidad o problemática de intervención	Página 20
Objetivos	Página 27
Justificación	Página 28
Marco Teórico	
<u>Capítulo 1</u> : Primeros pasos hacia la desmanicomialización: Higiene Mental y Salud Colectiva. Contextualización mundial y nacional	Página 31
<u>Capítulo 2</u> : La transición hacia el dispositivo Hospital de Día en el marco de la Ley Nacional de Salud mental	Página 37
<u>Capítulo 3</u> : Construyendo con y desde otros: Una aproximación hacia la inclusión social	Página 43
<u>Capítulo 4</u> : Las nuevas miradas sociales en la práctica: Dispositivo – Taller de Radio	Página 47

Actividades	Página 55
Diagrama de Gantt	Página 70
Recursos	Página 73
Presupuesto	Página 75
Evaluación	Página 76
Resultados esperados	Página 77
Conclusión	Página 78
Referencias	Página 80
Anexo	Página 93

Resumen

En el marco de la asignatura “Seminario Final de Psicología” de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21, se expone el presente Trabajo Final de Grado, cuyo eje será la propuesta de un Plan de Intervención basado en la línea estratégica: Nuevos Paradigmas en Salud Mental e implementado en la organización: Nuevo Hospital Río Cuarto "San Antonio de Padua".

Luego de un análisis exhaustivo sobre la institución mencionada, se delimitó la necesidad de diseñar un abordaje centrado en la inclusión social de los pacientes que concurren a Hospital de Día, para lo cual se propone un dispositivo taller de radio con el fin de fomentar la misma en dichos sujetos. Se planificó un total de seis encuentros con una frecuencia de uno por semana y una duración de una hora y media de cada uno, en los cuales se desarrollarán actividades destinadas a el fortalecimiento de los vínculos sociales, la reflexión sobre los estigmas en torno a la enfermedad mental y la promoción de la libertad de expresión. Se aplicará un procedimiento de grabación y edición del material surgido en este espacio, cuyo producto final será la confección de una radio online.

Finalizado el taller, se realizará una evaluación de impacto con el propósito de valorar los logros obtenidos y efectuar futuras recomendaciones.

Palabras claves: Inclusión social - Salud Mental - Dispositivo taller de radio - Hospital de Día

Introducción

“Hoy por hoy, en el campo de la salud mental coexisten dos paradigmas: uno con el que tanto luchamos y combatimos, el manicomial con su modelo de encierro, de medicación, de medicalización de la vida, exclusión de las personas, de aislamiento. Y este nuevo paradigma que propone la ley que tiene que ver con pensar en espacios de libertad, de vida en comunidad, de construcción de ciudadanía” Fuente: Del Carpio, S (2019,08,18).

“De alguna forma aparece muy fuerte el discurso ligado a la impredecibilidad, a la incapacidad, a la imposibilidad; entonces en el sentido común hay una idea bastante generalizada que supone que, si una persona en algún momento de su vida sufrió un padecimiento, es como si eso fuera una sentencia que determinaría el resto del curso de la vida de esa persona y de hecho a partir de ese padecimiento se define, se clasifica. Entonces son cuestiones que generan muchas vulneraciones en distintos ámbitos de la vida, unos en relación al trabajo, otros en relación a la vivienda, otros a los vínculos personales” Fuente: Yoma, S (2019,08,18).

Estos fragmentos presentados remiten a la transcripción de un video que forma parte de la serie audiovisual "Entre muros y puentes", realizada en Córdoba con el fin de brindar información acerca de la Salud Mental desde una concepción integrada que favorezca la reflexión sobre los prejuicios en torno a la locura (Bertorello, Atala y Schwerkolt, 2019). Dicha perspectiva se vincula estrechamente con la línea estratégica escogida como eje del presente plan de intervención: Nuevos Paradigmas en Salud Mental.

Desde allí, se sostiene la existencia de un cambio en los modelos de abordaje de las nociones de salud y enfermedad, los cuales incluyen un punto de vista que engloba

una mayor complejidad en torno a los conceptos mencionados (Canvas, 2019). Esta postura integral se encuentra enmarcada por la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, que apunta a erradicar la lógica manicomial imperante a nivel mundial durante un largo periodo.

Entre los derechos y garantías establecidos en la mencionada Ley, es destacable la restricción de las internaciones junto a la necesidad de fomentar el mantenimiento de los contactos sociales de los sujetos con padecimiento mental, favoreciendo la comunicación con su entorno familiar, social y laboral (Ministerio de la Nación, 2010).

Siguiendo con este criterio, se sugiere la realización de un dispositivo taller de radio, cuya meta principal será fomentar la inclusión social de los pacientes de Hospital de Día del Nuevo Hospital San Antonio de Padua, institución escogida para el desarrollo de esta propuesta de intervención a partir de localizar una necesidad en dicha institución, vinculada a brindarles a este grupo de pacientes una mayor inserción en el contexto que los rodea.

Los beneficios que se esperarían adquirir con esta propuesta giran en torno al fortalecimiento de las redes sociales de pertenencia de los pacientes de Hospital de Día, junto a la deconstrucción de los mitos estigmatizantes referidos a la Salud Mental a partir de la promoción de la libertad de expresión y autonomía de estos sujetos con padecimiento mental, basándose también en su derecho a comunicarse.

Definición de la línea estratégica de intervención

El presente Trabajo Final de Grado, se enmarca en la línea estratégica de intervención: Nuevos Paradigmas en Salud Mental, la cual fue seleccionada luego de haber realizado una lectura exhaustiva del material propuesto por Canvas (2019). A continuación, se expondrá que se entiende por paradigma y su vinculación con ciertas nociones referidas a la Salud Mental.

Kuhn (1986) define la noción de paradigma como aquellas realizaciones científicas universalmente reconocidas que brindan modelos de problemas y por consiguiente de soluciones, a una comunidad científica en un tiempo y espacio determinado. De este modo, un paradigma implica una cosmovisión del mundo que es compartida por una comunidad científica, es decir, constituye una representación colectiva e ideológica que da cuenta de aquello que debe estudiarse, las preguntas y problemas que deben responderse siguiendo determinadas reglas.

Además, el autor anteriormente mencionado considera que los paradigmas se inscriben en una dinámica histórica conformada por dos periodos: la ciencia normal, en donde la comunidad comparte un paradigma aceptado; y el revolucionario, en el que surgen problemas y enigmas que no pueden ser respondidos por el paradigma vigente, originando una crisis en el mismo, y a su vez, dando lugar a numerosas teorías enfrentadas que pretende erigirse en un nuevo paradigma y como núcleo de la comunidad científica. En resumen, el desarrollo científico no es proceso lineal y estable, sino que implica discontinuidad y rupturas, sumado a que la comunidad científica se constituye como el sujeto productor de conocimiento a través de un paradigma compartido (Palma, 2008).

Siguiendo con el constructo de paradigma explicitado, pensar en salud y enfermedad implica centrarse en un modelo de abordaje que permita conceptualizar al

hombre como tal. Estos últimos han cambiado a lo largo de la historia de la humanidad, de modo tal que actualmente es posible pensar en nuevos modelos de Salud Mental que contemplen la complejidad de la naturaleza humana en todas sus formas de expresión. (Canvas, 2019)

Por su parte, Alicia Stolkiner (1987) ubica el campo de la salud como un espacio de discusión epistemológica y política, que emerge como un territorio de confrontación donde confluyen y antagonizan cuerpos conceptuales y paradigmas distintos. De modo tal que es de crucial importancia reconocer que cada momento histórico no sólo plasma una particular representación de hombre y de sus elementos entre sí y con la naturaleza, sino que también estructura una ideología, producto de un movimiento permanente de transformación, que se evidencia en prácticas sociales que subyacen el proceso de salud.

Sumado a ello, Galende (1994) postula que las cuestiones relativas a la salud y a la enfermedad mental no tienen su origen en datos naturales, sino en normas de relación que poseen un carácter social. Esto implica que los problemas comprendidos en el campo de la Salud Mental pertenecen enteramente a la producción y circulación de valores en las relaciones humanas.

De esta manera, toda representación de la enfermedad mental que posee tanto quien la padece, como quien construye saberes y prácticas sobre ella, se encuentra sustentada en un orden de lenguaje y significación. Entonces, el objeto de la Salud Mental tiene la particularidad de ser social e histórico, lo cual implica que no se restringe a la producción de enfermedades mentales sino a los valores positivos de salud mental donde pueden ser pensadas y explicadas (Galende, 1994).

Resumen de la organización

Nuevo Hospital Río Cuarto "San Antonio de Padua"

El Hospital Regional de Río Cuarto fue creado en el año 1948 como parte del Plan Nacional de creación de hospitales llevado a cabo por el ministro de Salud Pública, Ramón Carrillo, durante el gobierno de Juan Domingo Perón. Además, en este momento se estableció la gratuidad en la atención de salud, estudios, tratamientos y provisión de medicamentos (Canvas, 2019).

En sus inicios estuvo ubicado en la calle General Mosconi 486, al sur de la ciudad, en el sector del barrio Las Ferias y luego, en el año 2004, el hospital se trasladó a una nueva sede con dirección en Guardias Nacionales 1027, en el sector oeste de la ciudad, ubicación que se mantiene hasta la actualidad (Canvas, 2019).

Comenzó a funcionar como un hospital de nivel 2, brindando prestaciones de baja y mediana complejidad, e incluyendo solo cuatro 4 especialidades básicas: clínica médica, cirugía, pediatría y tocoginecología. Luego, en el año 1969, se habilitó el Servicio de Salud Mental por iniciativa del Instituto Nacional de Salud Mental, cuya dirección estaba a cargo del doctor Vicente Galli. Nueve años después, durante el gobierno de facto, los hospitales nacionales fueron transferidos a jurisdicción provincial, lo cual se evidenció cuando un director médico militar asumió la dirección del hospital (Canvas, 2019).

Misión y Visión Institucional

Con respecto a la misión de la institución, esta se dirige a atender la salud de la población en general perteneciente a la región comprendida por los 4 departamentos del sur de la Provincia de Córdoba. Para ello, las acciones son preponderantemente de prevención, asistencia y rehabilitación de las enfermedades en los niveles 2 y 3 (es decir, aquellas que involucran acciones de mediana y alta complejidad). En menor medida se

incluyen acciones de promoción de la salud, prevención y asistencia de enfermedades del primer nivel (o sea, acciones de baja complejidad), dado que esto es competencia de la jurisdicción municipal (Canvas, 2019).

En lo referido a la visión, esta se encuentra en consonancia con las políticas nacionales actuales y los pronunciamientos y recomendaciones de organismos transnacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se orientan a la preservación de la salud como eje central, evitando la adquisición de enfermedades, pero sin perder de vista las condiciones y la calidad de vida de la población en torno a las áreas de alimentación, condiciones sanitarias, educación e inmunizaciones. A su vez, cuando la enfermedad se manifiesta, el fin se dirige hacia el logro del mayor nivel de recuperación posible, intentando minimizar las secuelas a través de una rehabilitación integral que abarque aspectos físicos, psicológicos y sociales (Canvas, 2019).

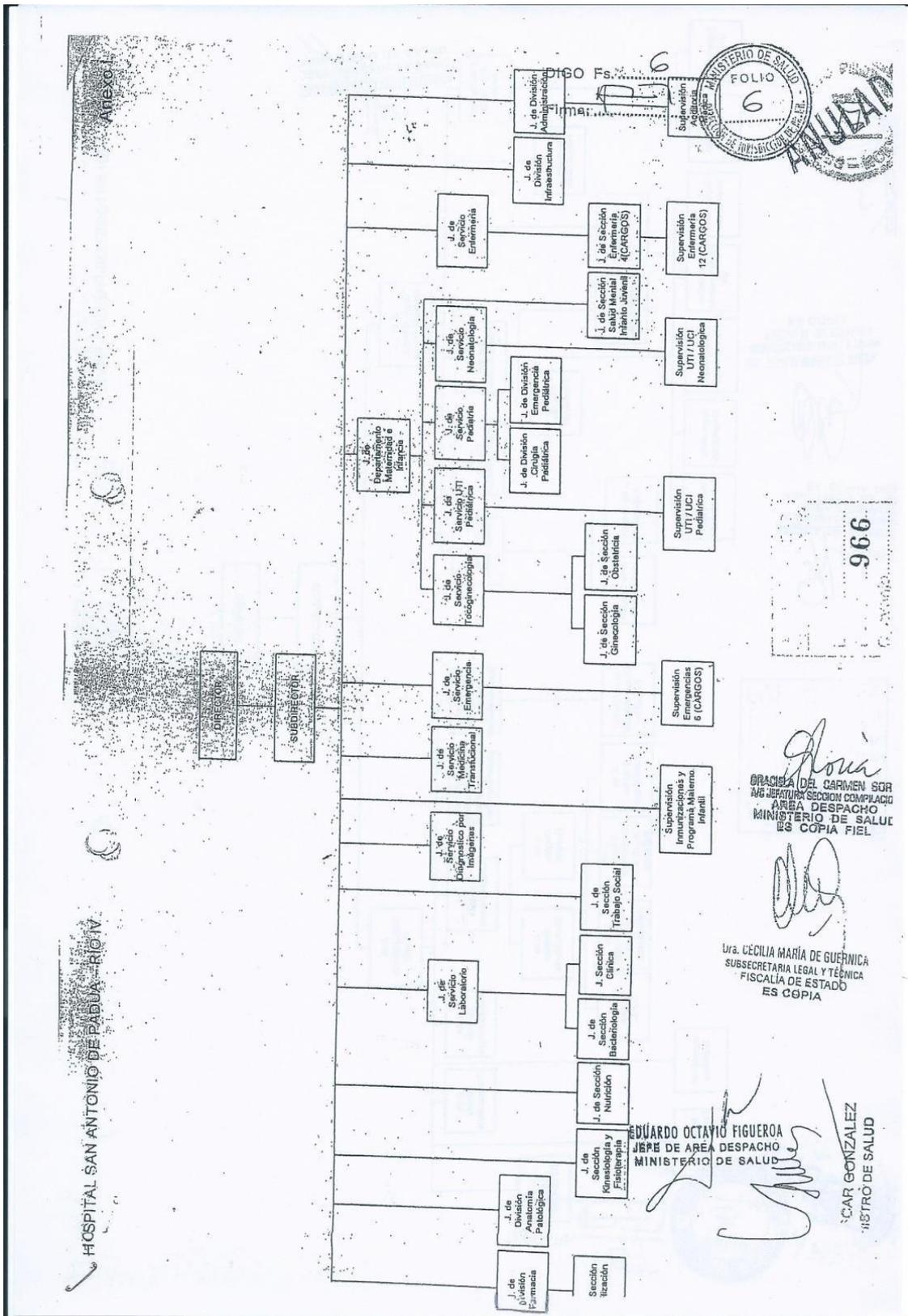
Por su parte, en el área de Recursos Humanos del hospital, se encuentra una división entre dos secciones. La primera de ellas es el área de Personal, encargada del control del ausentismo, inasistencias y las carpetas médicas; y la segunda, es el área de Recursos Humanos, la cual lleva a cabo tareas vinculadas a trámites referentes al personal, como, por ejemplo, pagos a los profesionales por su titulación, especialidades, ingreso a la administración pública (solicitud de documentación, control del cumplimiento de requisitos) y evaluaciones de desempeño anuales. El personal administrativo y de servicios generales, rigen sus actividades según la Ley N.º 72331; mientras que los profesionales del equipo de salud desarrollan sus funciones según lo establecido por la Ley N.º 76252. En el hospital en general trabajan aproximadamente 780 personas, incluidos los profesionales (Canvas, 2019).

En cuanto a la financiación de la institución, esta es únicamente estatal. Los fondos se constituyen por tres vías: en primera instancia, el presupuesto ordinario asignado por ley, que se renueva y actualiza anualmente según la Ley de Presupuesto de la Provincia de Córdoba; en segundo lugar, la recuperación del gasto hospitalario mediante el sistema de facturación de obras sociales y de seguros, y en última instancia, a través de fondos descentralizados de programas nacionales (Canvas, 2019).

Por otro lado, el hospital, como institución del estado provincial, tiene relaciones y vinculaciones institucionales por convenio con las jurisdicciones nacional y municipal, y con instituciones de otros sectores y jurisdicción (instituciones de salud privadas, ONG, instituciones educativas públicas y privadas). Aquellos que se encuentran vigentes hasta el momento implican instituciones educativas (tales como la Universidad Nacional de Río Cuarto, Universidad Siglo 21, Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Católica de Córdoba, Cruz Roja Argentina e Instituto Superior Berrotarán) y también Instituciones de salud (como el Instituto Médico Río Cuarto, Centro de Tomografía y Resonancia, Grupo OULTON) (Canvas, 2019).

Organigrama del Nuevo Hospital Regional Río Cuarto

Figura A4: Estructura orgánica según Decreto 966 (Continuación)



A continuación, se realizará una breve reseña histórica sobre el servicio de Salud Mental en el Hospital Regional de Río Cuarto, siendo esta pertinente ya que tanto el perfil, como la ubicación y el modo de funcionamiento del servicio fueron cambiando a lo largo del tiempo (Canvas, 2019).

A mediados del año 1969, el doctor Lucero Kelly, un 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. Así, logro que en ese mismo año comenzara a funcionar dicho servicio, bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica. Si bien el lugar destinado se ubicaba dentro del mismo predio del hospital, funcionó de manera independiente tanto lo administrativo como en lo técnico. Contaba con un amplio equipo que incluía a psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapistas ocupacionales, técnicos en electroencefalogramas y personal de enfermería. Además, en relación a la infraestructura, se disponía de una cámara Gesell, un salón de actos y un horno de cerámica. (Canvas, 2019).

Es importante mencionar que la creación de unidades de Salud Mental formaba parte de un proceso de transformación que había surgido en Europa durante la posguerra, con algunos movimientos que fueron precursores de lo que luego se consolidó como la Salud Mental como disciplina. Entre ellos es posible destacar: el movimiento anti psiquiátrico, la psiquiatría de sector en Francia, la psiquiatría social y comunitaria y las corrientes de psicoterapia institucional, los cuales sostenían una ideología basada en un enfoque de derechos y de desestigmatización social de la enfermedad mental. Pese a ello, todavía no se planteaba la transformación de los hospitales monovalentes, que respondían a un modelo manicomial (Canvas, 2019).

En el año 1978, por medio de una disposición, se resolvió que los servicios nacionales pasarían a tener dependencia provincial. De este modo, se trasladaron todos los elementos del Servicio de Salud Mental hacia el Hospital San Antonio de Padua, que en aquel momento brindaba atención a casos de tuberculosis, pero se encontraba casi desocupado. Simultáneamente la Comunidad Terapéutica de Salud Mental dejó de funcionar como entidad independiente, para comenzar a considerarse como un servicio brindado por la institución. Estos cambios condujeron a que muchos profesionales presentaran la renuncia, produciéndose grandes pérdidas materiales. Sumado a ello, en ese momento, se constituyó casi totalmente en un servicio para alcoholismo y patologías psiquiátricas crónicas (Canvas, 2019).

En el año 1984, se creó la Dirección de Salud Mental en la Provincia de Córdoba, ocasionando un importante crecimiento para el servicio, ya que se comenzaron a incluirse estrategias terapéuticas no tradicionales como teatro, talleres literarios, artesanías, huerta en el área de rehabilitación y atención comunitaria. (Canvas, 2019).

Más tarde, en 1993, debido al cierre del Hospital San Antonio de Padua, se realizó un nuevo traslado hacia el Hospital Central de Río Cuarto. Luego de este, en el marco de las nuevas políticas de transformación de la salud mental que reconocen como antecedentes los sucesos mencionados, teniendo como eje un nuevo enfoque denominado “democratización de la salud mental” (en consonancia y a partir de la propuesta de Franco Basaglia en Trieste, Italia) hubo un cambio en la denominación del Servicio de Salud Mental, que pasó a llamarse Unidad Programática de Salud Mental del Sur. En ese mismo año, se incorporó la RISaM (Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental) y en 2005 comenzaron los trabajos de Práctica Profesional de estudiantes de cuarto año de la carrera de Psicología de la Universidad Siglo 21. Sin embargo, debido a la crisis administrativa pública provincial de aquel momento, 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 Río Cuarto (Canvas, 2019).

Luego, en 2004, todo el hospital se trasladó al edificio actualmente denominado “Nuevo Hospital Río Cuarto: San Antonio de Padua”, exceptuando el Servicio de Salud Mental, que quedó funcionando en el viejo predio, aunque con total dependencia del hospital general (Canvas, 2019).

A partir de mayo de 2010, hubo un cambio de gestión en el servicio que posibilitó la apertura hacia nuevas prácticas. Así por primera vez se participó en una actividad anual organizada por la Dirección de Salud Mental: la Semana Provincial de la Cultura, el Arte y la Salud Mental. Pese a que en ese momento no se incluían tareas creativas en el servicio, se organizó una semana de actividades artísticas y culturales, con invitados de la comunidad y la participación de pacientes. Esto fue el disparador que posibilitó la creación de nuevas áreas en el servicio. Además, en este mismo año, se llevó a cabo un proyecto que buscaba generar un espacio desde la salud, destinado a ex-presos víctimas del terrorismo de Estado (Canvas, 2019).

Un año más tarde, en 2011, se crearon dos áreas dentro del servicio de Salud Mental: Hospital de Día e Intervención en Comunidad. Posteriormente, fue posible disponer de un pabellón exclusivo para el funcionamiento de Hospital de Día (Canvas, 2019).

En septiembre de 2014, el Dr. Héctor Schiaroli, quien era el director del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua (NHRC SAP), ordenó el traslado del Servicio de Salud Mental al edificio central en Guardias Nacionales 1027. Una de las principales motivaciones que guio el traslado fue el fin de adecuar el modo de abordaje de la salud

mental a los fundamentos filosóficos y epistemológicos que promueven las nuevas leyes de Salud Mental (tanto la Ley provincial N.º 9.848, como la Ley nacional N.º 26.657). Sin embargo, este traslado generó posicionamientos encontrados (Canvas, 2019).

Actualmente, en el Servicio de Salud Mental trabajan 15 profesionales con distinta formación disciplinaria: psicología, psicopedagogía, trabajo social y enfermería. Su jornada laboral es de 35 horas semanales. Sumado a ello, en el Servicio de Salud Mental, se forma a profesionales de medicina, en la especialidad de psiquiatría, y a profesionales de psicología, enfermería y trabajo social, a través del formato de RISaM (Canvas, 2019).

En los últimos 13 años se ha intentado desalentar las prácticas puramente institucionales en busca de promover prácticas de salud en la comunidad. Uno de los hechos más significativos es el cambio de status del recurso internación, el cual pasa de considerarse como una medida correctiva o represiva, a ser un recurso más dentro de un amplio espectro de herramientas para el abordaje del padecimiento psíquico, junto con la dimensión social y comunitaria de la enfermedad. Esto implica como eje central el enfoque de derechos en el ámbito de la salud, haciendo énfasis en la Salud Mental. Es por ello que se desalientan las prácticas de encierro, castigo y violencia subjetiva que eran intrínsecamente aplicadas por el modelo manicomial (Canvas, 2019).

Siguiendo con lo anterior, el abordaje de las problemáticas psicopatológicas implica una dimensión holística, integral e integradora que incluye el contexto de pertenencia del paciente, teniendo en cuenta la noción de que todo padecimiento subjetivo interactúa inevitablemente con el medio, tanto en su producción como en su recuperación (Canvas, 2019).

Delimitación de la necesidad o problemática de intervención

A lo largo de la reseña histórica anteriormente expuesta acerca de la formación del servicio de Salud Mental en el Nuevo Hospital San Antonio de Padua (Canvas, 2019), se advierte el recorrido que debió transitar esta área a través de un proceso que la llevó a adoptar distintos enfoques teóricos. Tal como fue mencionado, originariamente este servicio comenzó a gestarse en medio de un proceso de transformación que se manifestaba a nivel mundial, conocido como “desmanicomialización”. Este último se basa en la oposición de la internación crónica, el cierre definitivo de la institución manicomial y el cambio respecto a los modelos que atienden a las problemáticas de Salud Mental (Faraone, 1993).

A modo de un breve desarrollo histórico vinculado con la línea estratégica escogida: Nuevos Paradigmas en Salud Mental, en Argentina, entre 1880 y 1910 se consolidó un dispositivo psiquiátrico fundado en el “alienismo” inaugurado por Pinel, concepto que se asienta en los supuestos del positivismo y la psiquiatría francesa. A partir de 1960 comienzan a emerger interrogantes sustentados en el surgimiento del movimiento antipsiquiátrico, el cual se opone a la represión y a la violencia ejercida por el manicomio, sosteniendo a la vez una crítica en relación al mismo como dispositivo de “control social” (Lonigro, 2015).

Simultáneamente, en Italia, Franco Basaglia (1971) era el representante de las críticas al dispositivo manicomial. Este autor sostiene que el manicomio, la cárcel y la escuela tenían por objetivo el control de todas aquellas desviaciones en relación al desarrollo socioeconómico. Desde esta lógica, los diagnósticos se constituyen como juicios de valor que favorecen la conformación de estigmas sociales que sustentan la

“ideología de la diferencia”, magnificando la distinción entre salud y enfermedad, entre norma y desviación como opuestos antagónicos.

En relación a lo planteado anteriormente, Faraone (1993) postula que la institución manicomial surge como respuesta a conflictos sociales basados en una perspectiva de contención-segregación cuya finalidad es resguardar a la sociedad de las personas que le "representan una amenaza", según los patrones de la cultura dominante, constituyéndose así como un organismo ejecutor de control social. La reclusión en estas instituciones implicaba una forma de exclusión que implícitamente conlleva a la marginación social, la cual resulta fortalecida por la existencia de una situación estigmatizante vinculada con el diagnóstico psiquiátrico.

Así, la consolidación de una psiquiátrica sin manicomios involucra a todos los actores sociales implicados en la problemática, incluyendo aquellas redes vinculares que existen previo a la manifestación de la enfermedad y que al mismo tiempo son constitutivas de ella. Esto implica la transformación de los supuestos que sustentan las prácticas psiquiátricas basadas en la legitimación del paradigma positivista que aborda la noción de enfermedad como un hecho aislado e individual. (Faraone, 1993).

Al mismo tiempo, Galende (1997) señala que actualmente la asistencia en Salud Mental ha superado aquellas barreras impuestas desde una psicopatología ligada a la visión positivista de las enfermedades mentales. De este modo, a diferencia del paciente institucionalizado, el sujeto ya no afronta la pérdida de sus derechos como ciudadano, sino que ejerce los mismos al solicitar atención. El autor plantea que somos espectadores de la conformación de un nuevo escenario en Salud Mental, que debe ocuparse de redefinir las relaciones con el sector de la salud, y a su vez, requiere reconceptualizar las

nuevas interacciones con otros sectores e instituciones vinculados a los derechos sociales y humanos.

En definitiva, la existencia de un cambio de paradigma que privilegia la defensa de los Derechos Humanos de las personas internadas implicó necesariamente una transformación en la práctica, dejando de lado la mirada medica positivista y favoreciendo un enfoque y abordaje de intervención interdisciplinario que posibilite la consecución de estrategias (Faraone. 1993).

El desarrollo conceptual anteriormente expresado se vincula con los lineamientos que guían el desempeño actual del servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital, el cual cuenta con numerosas propuestas que dan cuenta del enfoque integral que se tiene como eje al momento de tratar a los pacientes, enmarcado en las leyes 26.657 y 9848 que se encuentran vigentes (Canvas, 2019).

En primera instancia, la Nueva Ley Nacional de Salud Mental: Ley 26657, tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la Salud Mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos. Además, establece que la internación debe considerarse como un recurso terapéutico cuya utilización es restrictiva y que por tanto solo puede utilizarse cuando aporte mayores beneficios que otras intervenciones; esta debe ser lo más breve posible. Sumado a ello, es importante la promoción del mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación entre los sujetos internados y personas de su entorno, tales como familia y allegados (salvo en excepciones) (Ministerio de la Nación, 2010).

En segunda instancia, la Ley sancionada por la Legislatura de la Provincia de Córdoba: Ley 9848, busca garantizar el acceso de toda la población sin ningún tipo de exclusión a la atención en Salud Mental, junto a la promoción, prevención, tratamiento y

rehabilitación a través de servicios adecuados, integrados y proporcionados por profesionales. Sumado a ello, en los artículos 27 y 28 establece que la planificación sanitaria deberá considerar la transformación de las instituciones y servicios de salud mental actuales, así como también la creación de nuevas instituciones y programas tales como hospital de día, centros de día, talleres artísticos, culturales, programas de rehabilitación socio – laboral, centros comunitarios de salud mental y acompañamientos terapéuticos, entre otros. Por su parte, los hospitales generales que cuenten con servicios de Salud Mental deben admitir personas con padecimiento mental en situaciones de crisis y durante periodos breves hasta que el equipo interdisciplinario evalúe su externación y reinscripción sociofamiliar, o bien, la derivación del paciente (Ministerio de la Nación, 2010).

Retomando las propuestas que brinda el servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital San Antonio de Padua, encontramos la Invención Comunitaria y el Hospital de día.

En primer lugar, la sección Invención Comunitaria, busca promover aquellas acciones que posibiliten el logro y acceso de una atención participativa que permita realizar tareas de prevención con compromiso comunitario; priorizando la rehabilitación, la promoción y la inclusión social (Canvas, 2019)

En segunda instancia se encuentra el servicio de Hospital de Día, caracterizado por ser un dispositivo grupal cuyo propósito es la creación de un espacio terapéutico intermedio entre la hospitalización completa y la asistencia por consultorio externo, que aspira hacia la no cronificación de los pacientes y la restitución psicológica, social y familiar de los mismos. Para ello, se trabaja de manera interdisciplinaria intentando evitar la exclusión familiar y social (Canvas, 2019).

El dispositivo terapéutico Hospital de Día está destinado a pacientes que poseen alguna patología psiquiátrica neurótica o psicótica y que no requieren permanecer con una internación total pero que tampoco pueden insertarse rápidamente a la vida en comunidad sin haber adquirido las destrezas necesarias para autosostenerse, facilitando esta transición, ya que, cuando aún no existía y el paciente se encontraba en un período intercrítico, se lo trasladaba directamente a internación, siendo estas más recurrentes (Canvas, 2019).

El Hospital de Día funciona de lunes a viernes en el horario de 8 a 13 horas. La modalidad se basa principalmente en el trabajo desde talleres disciplinares que poseen una finalidad terapéutica. Los que actualmente funcionan en este servicio de Salud Mental son: Asamblea de Pacientes, Autogestión, Autocuidado, Arte, Comunicación, Deporte y Recreación, Estimulación Cognitiva, Filosofía, Folklore, Lectura de Diarios, Literatura, Música, y Teatro. También se desarrollaron otros que ya no se encuentran en marcha tales como Actividades con Perros, Cine, Cine-debate, Cocina, Computación, Huerta, Pre alta, Desayunos – debates, Expresión musical (Canvas, 2019).

Por su parte, las producciones generadas en los talleres de Comunicación, Arte, Teatro y Literatura se articulan en la edición de una revista llamada “La Minga “, que es una publicación anual impresa que comenzó a divulgarse a partir del año 2012 y que se compone de los relatos escritos por pacientes de Hospital de Día. Suelen presentarse al público en el marco de la “Feria del Libro en Río Cuarto”, y también han participado en la Feria de Editores y en Fericambio. El principal fin de esta revista es fomentar la inclusión social de los pacientes del dispositivo, por medio del contacto con la sociedad en general, y a través de la participación y difusión masiva de estos eventos. Sumado a ello, con el mismo fin en cuanto a la publicación de las actividades realizadas, se utiliza la página de Facebook “Hospital de Día – Río Cuarto” (Canvas, 2019).

Mediante la lectura y el análisis del material proporcionado por Canvas (2019) anteriormente expuesto, surge la propuesta de un Plan de Intervención basado en el dictado de un taller de radio dirigido a pacientes que asisten a Hospital de Día. Si bien en la actualidad se encuentran disponibles en el servicio una amplia gama de talleres, solo a partir de la conformación de la revista “La Minga” y los intercambios sociales que se proponen desde esta actividad, es que los pacientes pueden tener un mayor contacto social. En consecuencia, este dispositivo taller podría añadirse a aquellos destinados a favorecer el contacto de los pacientes que padecen ciertas problemáticas psicológicas con la sociedad, promoviendo una mayor inclusión.

El mencionado taller de radio surge a partir de la detección de una necesidad instituida en torno al requerimiento de una mayor visibilización de los pacientes que asisten a Hospital de Día por parte del público en general (ya que solo se cuenta con la revista “La Minga”), teniendo como fin principal disminuir (y en lo posible evitar) la estigmatización y exclusión social que sufren gran parte de pacientes con enfermedades mentales crónicas al momento de su externación e inserción en su vida cotidiana. Esta propuesta se enfocaría en la posibilidad de darles voz a aquellos que durante muchos años fueron silenciados, acallados y vulnerabilizados en sus derechos a causa del prejuicio y discriminación que podría disminuirse brindando mayor conocimiento a la sociedad acerca de las habilidades y potencialidades que poseen por medio de la difusión de sus experiencias y actividades que realizan diariamente utilizando medios digitales.

En consecuencia, el taller que se propone, se añadiría a la difusión ya lograda a partir de la revista “La Minga”, buscando articular desde una perspectiva distinta los talleres implicados en la misma, es decir, focalizándose en los ya existentes (literatura y música) para generar contenido digital y radial que brinde una función terapéutica y a la vez inclusiva, enmarcada en los Nuevos Paradigmas de Salud Mental.

A modo de antecedente del mencionado taller de radio, se encuentra el “Centro Cultural Gomecito”, parte edilicia del Hospital psiquiátrico Agudo Ávila (Santa Fe), donde se implementó un proyecto conocido como “Tardes Nuestras en el éter” que apunta a generar un espacio terapéutico y de contención por medio de la cultura. Allí, funciona el programa de radio “Tardes Nuestras”, un dispositivo para los usuarios de salud mental mediante el cual se relacionan con la sociedad y a su vez, se potencia la comunicación de manera efectiva, conectándose entre sí y con la sociedad. Esta experiencia de desmanicomialización suma un aporte a la Lucha Antimanicomial (Molina Suárez, 2017).

Sumado a ello, en el servicio de Hospital de Día del Hospital Interzonal de Agudos General San Martín de la ciudad de La Plata, Buenos Aires, funcionan diferentes talleres, entre ellos uno de radio, que responde a la necesidad de propiciar espacios de integración socio-comunitaria que contribuyan al ejercicio de autonomía y a la restitución de derechos que resultaron cercenados por las antiguas prácticas de medicalización y encierro. Este taller se configura como un dispositivo de trabajo grupal que promueve la participación activa de sus integrantes, el intercambio de experiencias y la construcción grupal de los aprendizajes. Además, son los mismos destinatarios quienes proponen los temas sobre los que se planificará el programa y a partir de ello, se intercambian opiniones, se selecciona la música pertinente a los programas, se elabora la programación, se escriben relatos, entre otras tareas. (Lonigro, González y D’Alfonso, 2015)

Objetivos

Objetivo general

Fomentar la inclusión social de los pacientes de hospital de día del Nuevo Hospital San Antonio de Padua por medio de un dispositivo – taller de radio.

Objetivos específicos

-Fortalecer las redes sociales y los vínculos con su comunidad y grupos de pertenencia.

-Reforzar la desmitificación y la deconstrucción de los estigmas en torno a la enfermedad mental.

-Promover la libertad de expresión, la autonomía y el derecho a la comunicación.

Justificación

El dispositivo – taller de radio que se sugiere, se origina a partir de la observación y detección de la necesidad existente en el servicio de Hospital de día de brindar un espacio a los pacientes, por medio del cual puedan reforzar sus vínculos sociales en el contexto en el que se encuentran insertos, considerando que actualmente solo se cuenta con la difusión de la revista “La Minga”, como único producto realizado por los mismos que les otorga visibilización al participar en diferentes eventos públicos tales como la Feria del Libro, favoreciendo un mayor contacto con la sociedad en general (Canvas, 2019).

Además, si bien Hospital de Día cuenta con una página de Facebook en la que también se divulgan aquellas actividades que se realizan promoviendo un mayor conocimiento sobre el sujeto con padecimiento mental por parte del público en general (Canvas, 2019), la posibilidad de complementar estas estrategias ya mencionadas con otras intervenciones como la que se propone, otorgaría grandes beneficios en torno a reforzar los lazos entre los pacientes y la sociedad, facilitando la reinserción social y disminuyendo o bien, evitando, la estigmatización asociada a los mismos.

Esta propuesta se articula con los principales lineamientos que sustentan el dispositivo de Hospital de Día, vinculados a la restitución integral de los pacientes, intentando evitar la exclusión familiar y social, brindándoles herramientas para que puedan insertarse rápidamente a la vida en comunidad (Canvas, 2019); siendo central entonces, la noción de inclusión social.

Siguiendo a Sen (2000), los problemas de inclusión social son aquellos que afectan gravemente la calidad de vida de una parte de la población, ocasionando

desventajas en estos individuos o grupos causadas por la exclusión de los mismos frente a las oportunidades compartidas por otros.

En relación a ello, Carballada (2005) plantea la importancia de comenzar a revisar aquellas necesidades de los sujetos ocasionadas por derechos sociales insatisfechos, proponiendo acciones orientadas hacia la deconstrucción de los procesos de estigmatización y al abordaje de la singularidad del padecimiento, con el objetivo de generar un sistema de intervención articulado e integral basado en estrategias de reinscripción social en una sociedad fragmentada y escindida.

Además, Goffman (1963) define el término “estigma” como aquel que refiere a un atributo fuertemente desacreditador. Lo fundamental es la connotación social que encierra este último, pudiendo así desacreditar a un individuo mientras que confirma la noción de normalidad en otro. Por consiguiente, pueden producirse contradicciones en la “autoidentidad” del individuo que es estigmatizado, ya que por un lado él se define a sí mismo como igual a cualquier otro ser humano, y por otro, es definido por quienes lo rodean como un sujeto marginal.

Sumado a ello, el autor anteriormente mencionado (Goffman, 1961) postula que los pacientes que han sido internados en hospitales psiquiátricos atraviesan circunstancias similares en tono a la esfera social, las cuales no son consecuencia de su propia enfermedad mental sino de la distancia social desde la cual se juzga su situación.

Coincidiendo con lo expuesto previamente, Basaglia (1972), considera que la enfermedad mental intrínsecamente reviste un significado distinto según el nivel social del sujeto que la padece, de modo tal que su exclusión por parte de la sociedad está más relacionada con su falta de poder debido a su condición social y económica, que con su enfermedad mental en sí misma. Por ello, plantea que es importante tener en cuenta las

dos caras que componen la realidad de la persona con padecimiento mental: por un lado, los problemas psicopatológicos propios de su enfermedad, y, por otro lado, el de ser un excluido, un estigmatizado social. Tomando conciencia de esta doble realidad conformada por la enfermedad y la estigmatización es posible comenzar a articular estrategias para pensar en su inserción social.

Por su parte, retomando algunas cuestiones con respecto a la propuesta del dispositivo-taller de radio, esta se basa en numerosos antecedentes acerca de proyectos similares implementados que han producido grandes beneficios para los sujetos con padecimiento mental. La primera radio en el mundo que transmitió desde un neuropsiquiátrico es conocida como LT 22 “Radio la Colifata”, originada a partir de la iniciativa de Alfredo Olivera y llevada a cabo el 3 de agosto de 1991, en el hospital: Dr. José T. Borda, Buenos Aires, Argentina (Fernández Sande y Leal, 2015).

Su misión está centrada en producir conocimiento desde la interrelación del campo de la salud mental y los medios de comunicación, llevando a cabo distintas intervenciones que apuntan a la disminución del estigma social y a la promoción de recursos simbólicos; fomentando la autonomía y la creación de lazos (Fernández Sande y Leal, 2015).

Esta idea ha inspirado cientos de proyectos de radios terapéuticas en países europeos como Francia, Italia, España, Portugal, Suecia, Polonia y Alemania, (La Colifata, 2005) así como también en numerosos países de América Latina, donde es posible mencionar los siguientes programas de radio: “Los inestables” en Córdoba, Argentina; “Los Descosidos” en Perú; “Radio Abierta” en México; “Radio Maluco Bleza” en Brasil; “Vilardevoz” en Uruguay; “Radio Diferencia” en Chile y “Podemos Volar” en Costa Rica. (Fernández Sande y Leal, 2015).

Marco Teórico

Capítulo 1

Primeros pasos hacia la desmanicomialización: Higiene Mental y Salud Colectiva. Contextualización mundial y nacional.

A continuación, se expondrá un breve desarrollo histórico sobre la noción de Salud Colectiva, la cual será crucial para explicar el concepto central del presente Plan de Intervención: la inclusión social

En cuanto al contexto internacional, Galende (1994) plantea que en 1910 emerge en Estados Unidos un movimiento social, denominado como Higiene Mental, que denuncia el tratamiento inhumano sufrido por enfermos mentales que se encuentran internados en hospitales psiquiátricos. Así, se inicia la crítica y liquidación de los manicomios, proponiendo la búsqueda de nuevas formas de atención basadas en tareas de prevención y promoción de la Salud Mental.

Por consiguiente, el movimiento de Higiene mental se constituye como el antecedente más importante de la gran reforma que se llevó a cabo a partir de 1945 en el área de la Salud Mental. En esta última se realiza un pasaje desde la consideración de un mero sujeto enfermo hacia el reconocimiento de la dimensión colectiva que conforma la problemática, otorgando importancia a las intervenciones sobre los grupos sociales. Además, en este contexto de posguerra, se vuelven dominantes las teorías sociológicas de los pequeños grupos y las teorías políticas de la psiquiatría comunitaria, las cuales intentan dejar de lado la oposición individuo y sociedad, definiendo al sujeto como un ser político y social (Galende, 1994).

Las nuevas políticas de Salud Mental procurarán que las prácticas terapéuticas recuperen las dimensiones políticas y sociales que determinan el daño mental, brindando no solo una comprensión más adecuada, sino también, permitiendo llevar a cabo intervenciones orientadas a corregir la causación colectiva de la problemática. (Galende, 1994)

Por ende, Galende (1994) hace hincapié en la importancia de la acción sobre el tejido social, ya que los lazos sociales, la solidaridad grupal y la asunción colectiva de los problemas se constituyen como una condición necesaria para posibilitar un desarrollo subjetivo más pleno.

En relación a lo anterior, Stolkiner y Ardilla Gómez (2012), teorizan a cerca del pensamiento médico-social o lo que ellas también denominan como “Salud Colectiva latinoamericanos”, siendo semejantes ambas terminologías. Esta corriente se desarrolló a partir de los 70, coincidiendo con una crisis mundial respecto a la eficacia de la salud pública tradicional para responder a las dificultades generadas en los colectivos.

El término de medicina social surgió durante los grandes movimientos revolucionarios en Europa, hacia finales del siglo XIX, siendo utilizados por Guérin y Virchow para referirse a la relación entre la enfermedad y los problemas sociales, junto a la responsabilidad que tenía el Estado en torno a ellos, considerando a la población y a las instituciones como totalidades con características que trascienden las de los individuos que de ellas forman parte (Stolkiner y Ardilla Gómez, 2012).

Las autoras anteriormente mencionadas, (Stolkiner y Ardilla Gómez, 2012) postulan que en la corriente de pensamiento médico-social/salud colectiva latinoamericanos fue central el debate sobre los derechos de los ciudadanos y la forma en que estos se concretan, proponiendo un marco integral al referirse al derecho a la salud.

Paralelamente, Velandia (2005) considera que la idea de promoción de la salud comienza a gestarse a partir de mediados del siglo XIX, siendo considerado como el padre de la medicina social a Rudolf Virchow. Desde aquel entonces, se han cuestionado las prácticas y políticas de salud pertenecientes al del mundo occidental debido a su dependencia con un modelo asistencial individualista.

Más adelante, en el siglo XX, Henry Sigerist fue el primero en utilizar la terminología de “promoción de la salud” para referirse tanto a las acciones basadas en la educación sanitaria como también, a aquellas que debía llevar adelante el Estado para mejorar las condiciones de vida. Sin embargo, las ideas de este autor fueron retomadas hacia mediados de la década de los setenta por países de América Latina (entre los que se mencionan Brasil, México, Ecuador y Argentina) a modo de crítica del modelo de atención tradicional de salud, que sostenía el monopolio de los discursos biológicos en torno a ella (Velandia, 2005).

Siguiendo a Lonigro (2015), en Argentina el nacimiento del movimiento higienista data de 1929, momento en el que se fundó la Liga Argentina de Higiene Mental, que en sus orígenes pretendía mejorar y humanizar la atención de los pacientes, incluyendo luego, nociones asociadas a la prevención. Estas ideas se entrelazaron en el marco de un amplio conjunto de saberes y prácticas, denominado como medicina social.

Sin embargo, las críticas realizadas por este movimiento en relación al modelo asilar no lograron modificar las prácticas de encierro y de privación de derechos de los sujetos con padecimiento mental, sino que recién en la segunda mitad del siglo XX comenzaron a producirse transformaciones que marcaron el pasaje del enfoque psiquiátrico al campo de la salud mental (Lonigro, 2015).

Stolkiner (2015) agrega que las políticas en el área de Salud Mental comenzaron a trazarse a partir de 1949, momento en el que, bajo la dirección del ministro Ramón Carrillo, se crea el Ministerio de Salud. Inicialmente se reorganizan los establecimientos de internación de enfermos mentales para que pudieran estar más cerca de sus comunidades y de su familia, procurando evitar la cronificación.

Por su parte, aunque resulte paradójico, en 1967, bajo la dictadura de Juan Carlos Onganía se elabora el primer Plan Nacional de Salud Mental, el cual tomó como modelo al Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria y a la Ley Kennedy que había sido sancionada en 1936 en Estados Unidos. Dicho Plan proponía la externación de los grandes hospitales psiquiátricos y a su vez pretendía implementar un sistema de atención que fuese descentralizado a través de centros periféricos; sin embargo, estos objetivos no pudieron cumplirse (Stolkiner, 2015).

Unos años más adelante, una vez retornada la democracia en 1983, se elaboraron los lineamientos de un Plan Nacional de Salud Mental, que contaba con la asesoría del Dr. Goldemberg. En este entonces, se impulsaron Direcciones de Salud Mental en algunas provincias, de modo tal que se inician reformas comunitarias. A modo de ejemplo, en la provincia de Río Negro, en 1991, se sanciona una ley que establecía el cierre de las instituciones de internación. Luego de la crisis económica, política y social que finalizó en 2001 se generaron condiciones para que aparecieran nuevos actores en el campo de la Salud mental tales como los organismos de derechos humanos y las organizaciones de usuarios y familiares (Stolkiner, 2015).

Más tarde, en 2010 se creó nuevamente la Dirección Nacional de Salud mental y Adicciones, junto a la sanción de la Ley 26.657 (Stolkiner, 2015). Esta ley regula la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental, siendo concordante

con los derechos que han sido reconocidos en la Constitución Nacional y también en Tratados Internacionales de rango Constitucional, buscando efectivizar

la mejor atención disponible en salud mental y adicciones, trato digno, respetuoso y equitativo, propugnándose la responsabilidad indelegable del Estado en garantizar el derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con modalidades de atención basadas en la comunidad, entendiendo a la internación como una medida restrictiva que sólo debe ser aplicada como último recurso terapéutico (Ministerio de la Nación, 2010, <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>).

Además, la Ley 26.657 define la Salud Mental como un “proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ministerio de la Nación, 2010, <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>).

El fragmento expuesto da cuenta de la compleja comprensión del fenómeno que atañe a la Salud Mental, incorporando las distintas dimensiones que constituyen la perspectiva de determinación social de la salud; a la vez que deja de lado la antigua postura reduccionista que definiría esta noción desde una mirada exclusivamente biomédica (Carosella, 2019).

Sumado a ello, Carosella (2019) plantea que las personas con algún tipo de padecimiento mental que viven en la comunidad tienen la capacidad de desplegar en su vida cotidiana distintas estrategias que favorecen su salud. Además, postula que la

existencia de algún tipo de lazo con un otro, (sobre todo afectivo, puede ser un familiar o incluso un profesional de la salud) es fundamental en la contención y sostén, donde la escucha y el establecimiento de un vínculo desempeñan un papel clave.

Esta misma autora (Carosella, 2019) hace hincapié en la dificultad surgida a partir de las internaciones prolongadas, basada en el arrasamiento subjetivo que conlleva a la pérdida de las habilidades sociales necesarias para el desenvolvimiento cotidiano, siendo necesaria la búsqueda de nuevas posibilidades de abordaje.

Lo mencionado se encuentra estrechamente vinculado con el Capítulo VII: Internaciones, de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 (Ministerio de la Nación, 2010), que resalta el carácter restrictivo que deben tener estas, siendo llevadas a cabo exclusivamente como un recurso terapéutico que sea lo más breve posible; no siendo indicada en ningún caso de manera prolongada con el fin de resolver problemáticas sociales o de viviendas, ya que en estos casos el Estado deberá proveer de los recursos necesarios. Solo será indicada cuando aporte mayores beneficios según cada caso.

Además, salvo en excepciones, debe promoverse el mantenimiento de los vínculos de la persona con padecimiento mental con su entorno. Se incluyen también aclaraciones detalladas respecto a aquellos casos donde la internación voluntaria e involuntaria, con el fin de resguardar y garantizar los derechos de los sujetos con padecimiento mental. (Ministerio de la Nación, 2010).

Esta ley, menciona que la creación de nuevos neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes está prohibida, y que aquellos existentes deberán adaptarse a los principios expuestos, con el fin de ser sustituidos y adaptados. Las internaciones de Salud Mental deben llevarse a cabo en hospitales generales, por lo cual estos deberán contar con los recursos que sean necesarios para ello (Ministerio de la Nación, 2010).

En lo que respecta a su aplicación, es necesario el trabajo en coordinación de los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social para formular planes de prevención en Salud Mental que garanticen la inserción social y laboral de las personas con padecimiento mental, debiendo contener mecanismos de participación comunitaria, sobre todo, entre usuarios y familiares (Ministerio de la Nación, 2010).

Por otra parte, Campodónico (2018) plantea que la Ley Nacional de Salud Mental expresa su decidida voluntad social en torno a la transformación del campo de prácticas de Salud Mental que históricamente ha naturalizado la violación de los derechos humanos de las personas asistidas. El autor considera que el cambio hacia un nuevo paradigma se vincula con la revisión de los supuestos tradicionales, centrados en una perspectiva ética que sigue los principios de autonomía, dignidad y equidad social.

Capítulo 2

La transición hacia el dispositivo Hospital de Día en el marco de la Ley Nacional de Salud mental

Siguiendo lo estipulado en la mencionada Ley 26.657, se propusieron distintos cambios en torno a la internación que propiciaron la utilización de otros recursos terapéuticos que promueven derechos y libertades, otorgando un lugar central a la integración familiar, laboral y comunitaria. De este modo, el dispositivo de Hospital de Día cobra gran relevancia al consolidarse como una modalidad específica de tratamiento y asistencia que busca dar respuesta a problemáticas específicas, privilegiando lo grupal y la recuperación del lazo social (Bertran, 2004).

Además, Vigo (2012) agrega que durante los últimos años se ha producido un desplazamiento conceptual en torno al tratamiento del sujeto con padecimiento mental, centrándose en la comunidad como espacio de localización, lo cual implica que los objetivos terapéuticos no solo abarcan la dimensión sintomática, sino que también se hará hincapié en la capacidad del paciente para desarrollar una vida integrada a la sociedad y a la vez satisfactoria según sus deseos y objetivos personales. Es por ello que este autor considera que Hospital de Día constituye un dispositivo de atención en Salud Mental destinado a aquellos sujetos con padecimiento psiquiátrico, que si bien no presentan signos de riesgo que exigirían su internación, tampoco el tratamiento ambulatorio es una alternativa óptima.

Por su parte, Llimos, Pirovani, y Oszlak (2012) conceptualizan al Hospital de Día como un lugar vinculado a la idea de límite, la cual se manifiesta entre distintas nociones: exclusión y marginalización, internación y consultorio externo, internación y reinserción del paciente en su vida cotidiana. Por ello, los autores exponen que este dispositivo se basa en la apuesta en torno a las posibilidades del paciente para reanudar los lazos sociales. Debido a ello, actualmente ocupa un lugar central en la transición hacia un nuevo paradigma basado en políticas sobre Salud Mental, las cuales fomentan la desmanicomialización y la reflexión acerca de la estigmatización en torno a las enfermedades mentales, la rehabilitación y la reinserción social.

Asimismo, Maureso (2012) señala que Hospital de Día es un dispositivo de tratamiento ambulatorio dirigido hacia pacientes severamente perturbados y enmarcado en instituciones que pueden ser tanto de carácter público como privado. Este servicio posee características intermedias de dos procesos terapéuticos: por un lado, la internación, semejante en la intensidad, es decir, la frecuencia diaria y por otro, el consultorio externo, relacionado por su modalidad ambulatoria.

A continuación, se expondrá una breve reseña histórica referida a la conformación del dispositivo de Hospital de Día.

El primer antecedente data de 1933, cuando se realizó un ensayo de tratamiento diurno con pacientes, llevado a cabo en el Hospital Psiquiátrico de Moscú (perteneciente en ese momento a la Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas, conocida como la URSS) y dirigido por Dzaghárov. Se destinaba a pacientes psicóticos y en él se realizaron cinco grandes talleres: fabricación de calzado, encuadernación, costura, estampado, cartonería y jardinería. Los pacientes podían concurrir durante un turno completo de 9 a 16 hs, o en turnos de 6 hs que podían ser matutinos o vespertinos. Allí se intentaba favorecer la permanencia en un ambiente libre, los contactos sociales, la organización grupal de actividades y los encuentros periódicos entre el personal médico y la familia del paciente. Sin embargo, esta experiencia estuvo limitada a la URSS, sin poder ser conocida por otros países (Stagnaro, 2012).

Más tarde, en 1941, Bierer creó un club social en el Hospital Psiquiátrico Runwell con el fin de dar una respuesta a dos problemas; por un lado, el de la ocupación, y por otro, el de las relaciones sociales. Además, el término “Day Hospital” fue acuñado por Donald Ewen Cameron en 1946, y al año siguiente en la reunión anual de la American Psychiatric Association, presentó: “El hospital de día, una forma experimental de hospitalización para los enfermos psiquiátricos” (Stagnaro, 2012).

La gran difusión de Hospital de Día inició en Gran Bretaña, entendiéndose luego a EE.UU. y en otros países occidentales durante la década de 1960. En América Latina, el primero fue en 1962, en Porto Alegre. Respecto a Argentina, se crearon entre los 60’ y los 70’ a partir de una serie de experiencias en torno a la reforma de atención psiquiátrica;

siendo en 1967, la inauguración del primer Hospital de Día del país, en el servicio del Hospital “J.T Borda”, en Buenos Aires (Stagnaro, 2012).

Así pues, en lo que refiere a Argentina, la Secretaría de Gobierno de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación en el año 2019, aprobó la Resolución 715/2019, a través de la cual se confeccionaron: “Pautas para la organización y funcionamiento de dispositivos de Salud Mental”, con el fin de proveer de recomendaciones en cuestiones vinculadas a la organización y al funcionamiento de los establecimientos de Salud Mental, según el cumplimiento del Artículo 27 de la Ley N° 26.657, en el que se establece la prohibición de crear nuevos neuropsiquiátricos y la adaptación de los ya existentes (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019).

En estas pautas se define a Hospital de Día como un dispositivo ambulatorio y diurno de tratamiento, a tiempo parcial y de carácter transitorio y breve que se constituye como uno de los efectores de la Red Integrada de Salud Mental con base en la comunidad. Se destina a personas con padecimiento mental que se encuentran antes, durante o después de una situación de crisis, en la que no es necesario recurrir a una internación. Apunta a la preservación del vínculo entre el sujeto y la comunidad a través de proyectos individualizados que requieren de su participación y la de sus referentes vinculares. Por otra parte, puede formar parte del hospital general o bien, ubicarse en un inmueble en el seno de la comunidad, aunque en este último caso deberá tener un convenio con alguna institución polivalente de salud (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019).

Con respecto a las prestaciones establecidas, si bien se detalla un gran número, podemos mencionar las siguientes entre muchas otras:

implementación de los apoyos sociosanitarios necesarios para cada persona en articulación con otros efectores de la Red Integrada de Salud Mental intervinientes y con los actores de la comunidad que resulte pertinente, promoción de las habilidades de las personas en función de sus necesidades e intereses, identificación y fortalecimiento de los recursos de cada persona, de su entorno relacional y de la comunidad de referencia, promoción de la red vincular de cada persona tanto respecto a los referentes afectivos históricos, como a los actuales y al desarrollo de nuevas relaciones, revinculación o reactivación de la red social de apoyo, en caso de corresponder, apoyos para la inclusión laboral, apoyos para la inclusión educacional (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019, p.33).

Por otra parte, en el marco de la implementación de la Ley de Salud Mental, durante los años 2018 y 2019, se realizó el 1° Censo de Personas Internadas por Motivos de Salud Mental, llevado a cabo por la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación junto al apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, con el fin de caracterizar a la población que se encuentra internada por motivos de Salud Mental en establecimientos monovalentes de la República Argentina. De esta manera, se realizó un relevamiento de 21 jurisdicciones junto al censo de 162 instituciones y 12.035 personas, entre las cuales la edad media fue de 50 años. Entre ellas, el 28,5% firmaron un consentimiento informado, mientras que el 36,4% continuaban internadas por presentar riesgo cierto e inminente para sí o para terceros (Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, 2019).

Asimismo, en el año 2017 se llevó a cabo un informe epidemiológico en el Servicio de Hospital de día en el “Hospital Nacional en Red Especializado en Salud

Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”, ubicado en Combate de los Pozos 2133, Buenos Aires, que pretende constituirse como un referente nacional respecto a la formación de profesionales y también en cuanto a los equipos interdisciplinarios en cuestiones vinculadas a Salud Mental y Adicciones. El estudio incluyó una muestra de 67 pacientes y los resultados obtenidos se resumirán a continuación (Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones, 2017).

En primera instancia, los varones componen el 79% de los casos, mientras que las mujeres el 21% restante. Los rangos etarios oscilan entre los 19 y los 62 años, observándose dos grupos: el 21% de los casos tienen edades de entre 26 y 30 años, y por otro, el 20% entre 36 y 40. La edad de las mujeres que inician un tratamiento en el servicio es mayor a la de los varones (Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones, 2017).

Además, el 94% de los casos es de nacionalidad argentina. Con respecto a su estado civil, el 87% es soltero mientras que el 7% se encuentra en pareja o casado y un 5% se encuentra divorciado. En lo que remite al tipo de hogar, el 51% vive en hogares unipersonales, el 33% en hogares familiares nucleares, el 7% en hogares familiares compuestos y el 9% en hogares no familiares (Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones, 2017).

A cerca del nivel educativo que alcanzaron, el 15% nunca asistió a la escuela, el 58% posee estudios secundarios incompletos, mientras que el 7% concluyó sus estudios primarios. En lo que atañe a su ocupación, el 20% posee un trabajo fijo, el 9% realiza changas o trabajos ocasionales, el 6% realiza actividades no especificadas, el 64% se encuentra desocupado y el 18% no trabaja ni busca trabajo, solo un 3% estudia (Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones, 2017).

Por último, en lo que remite a su ingreso al servicio, el 79% fue voluntario mientras que el 16% fueron casos derivados. El 94% tiene antecedentes vinculados a una problemática psiquiátrica mientras que el 39% posee dificultades de orden judicial (Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones, 2017).

Capítulo 3

Construyendo con y desde otros: Una aproximación hacia la inclusión social

En el primer capítulo de esta sección denominada como marco teórico, se realizó una aproximación hacia la noción de Salud colectiva. Este concepto comienza a constituirse como un campo de conocimiento que surge con la intención de estudiar la realidad social y sanitaria, al mismo tiempo que procura establecer medidas alternativas para intervenir positivamente sobre ella. Sumado a esto, reconoce la existencia de una relación dialéctica entre el individuo y la sociedad, la cual influye en el desarrollo de cada sujeto, siendo imposible pensarlo como aislado de su contexto geográfico, histórico y socio-cultural (Velandia, 2005).

En coincidencia a lo mencionado anteriormente, Bertolozzi y De la Torre (2012) postulan que la Salud colectiva aborda los procesos de salud y enfermedad teniendo como eje una perspectiva histórica de los sujetos, los cuales son considerados dentro de grupos sociales que se encuentran determinados por las formas particulares de inserción de sus miembros, es decir, según su participación en procesos de producción y reproducción social. Además, esta noción conlleva una serie de luchas hacia la defensa de las igualdades sociales y de la salud.

Se retoman estas cuestiones ya que la vinculación entre el individuo y su contexto social tal como lo proponen las definiciones de Salud Colectiva anteriormente expuestas,

son fundamentales al momento de incursionar a cerca de la inclusión social del enfermo mental.

En relación a ello, Ardila Gómez, Hartfiel, Fernández, Ares Lavalle, Borelli y Stolkiner (2016) exponen que las relaciones sociales constituyen uno de los principales aspectos de la vida de las personas que se ven afectados por la presencia de un trastorno mental severo. En este sentido, históricamente, los hospitales psiquiátricos contribuyeron al empobrecimiento relacional de los pacientes, ya que generaban un distanciamiento entre ellos y sus lugares de origen, aislándolos de sus espacios cotidianos de socialización.

Asimismo, Faraone (2013) postula que el modo de definir a la enfermedad mental encuentra un paralelismo con el proceso diagnóstico (desde la lógica del etiquetamiento) y la terapéutica del encierro, provenientes de la psiquiatría tradicional. Este rótulo imprime un estigma social asociado a un conjunto de valores negativos que serán adjudicados al sujeto con padecimiento mental; siendo determinante el concepto de “peligrosidad” forjado de estos sujetos en el imaginario social.

En consecuencia, el concepto de enfermedad mental plantea dificultades al momento de precisarlo, ya que remite a definiciones de salud y enfermedad que cambian con el tiempo y varían según la región en el que se desarrolla, por lo cual no pueden ser definidos de manera absoluta (Faraone, 2013).

Debido a ello, los movimientos de reforma en Salud Mental procuran modificar esta situación, favoreciendo la recuperación, la ampliación y el fortalecimiento en los vínculos de los pacientes. Este cambio conceptual implica el traslado desde el foco puesto en ellos, hacia las relaciones sociales entre los mismos y la comunidad de la que forman parte. Así, el énfasis en lo relacional permitió comprender que la inclusión social no solo beneficia a las personas con padecimiento mental, sino que también, enriquece a los

demás integrantes de la comunidad, en tanto les otorga la oportunidad de convivir con la diferencia, la cual constituye una parte fundamental de la sociedad (Ardila Gómez et al., 2016).

En base a lo mencionado anteriormente, puede decirse que la integración social implica que una persona a la que se haya identificado como diferente con respecto al grupo mayoritario social, pueda ser un miembro activo e insertarse en este conjunto, produciéndose una apertura hacia espacios de socialización más abarcativos. Sin embargo, los autores plantean que las intervenciones no implican adaptarse a quienes son distintos, sino que apuntan hacia la modificación del ambiente que suele estar basado en un concepto de normalidad homogéneo y limitante, favoreciendo así la participación y la igualdad de oportunidades de todos los miembros de la sociedad (Ardila Gómez et al., 2016).

Paralelamente, García Ruiz y Fernandez Moreno (2005) sugieren que la inclusión no es una estrategia que busca ayudar a que las personas para que estas encajen en el sistema social, sino que se propone transformar las estructuras para que todos tengan acceso a las mismas. Desde una lógica de exclusión, la socialización posibilita insertar solo a los sujetos “normales”, negando a todos aquellos que se consideran diferentes.

Por ello, es importante configurar una visión orientada hacia la promoción los sujetos a partir del reconocimiento de sus potencialidades en cuanto a su realización personal y colectiva. Esto implica articular políticas de igualdad, según las cuales “tenemos derecho a ser iguales cada vez que la diferencia nos inferioriza; tenemos derecho a ser diferentes cuando la igualdad nos descaracteriza” (García Ruiz y Fernández Moreno, 2005, p.11.)

En síntesis, la noción de integración social se asocia a los estados normativos, simbólicos y materiales en los cuales se encuentra inmerso el individuo, y que se ocupan de reglamentar su conducta y su proyecto colectivo (López de Roda y Sánchez Moreno, 2001) Por ello, las problemáticas de inclusión social afectan la calidad de vida de una parte de la población, tanto a nivel material como simbólico, debido a las desventajas que surgen por estar excluidos de las oportunidades que son compartidas por el resto (Ardila Gómez et al., 2016).

Asimismo, Muntaner (1995) expone que es esencial que la sociedad pueda aprender a respetar las diferencias, dejando de centrarse en las deficiencias sino en las capacidades de los sujetos, para poder comenzar a hablar acerca de la participación en la comunidad y de una igualdad real de oportunidades. Para ello, es necesario contar con el compromiso de toda la sociedad, ya que no basta el de los sujetos afectados y el de los profesionales para lograr un verdadero cambio.

Por su parte, Tundidor (2013) expresa que la conformación de comunidades inclusivas lleva implícito el concepto de justicia social, basado en la igualdad de oportunidades y de derechos humanos. Esta noción implica la promoción de un cambio en el que cada ciudadano pueda participar alcanzando su mayor potencial.

El autor anteriormente mencionado, (Tundidor 2013) postula que en el área de la cohesión social se distinguen tres zonas: integración, vulnerabilidad y la de exclusión, frente a las cuales se llevan a cabo distintas intervenciones. En cuanto a las estrategias en torno a la primera, el principal desafío es la reinserción de los sujetos marginados a partir de la recuperación de los vínculos sociales. Con respecto a la vulnerabilidad, plantea que las intervenciones se orientarán hacia la formación general, con el objetivo de paliar la precarización laboral fragilización en ciertos pilares de la sociabilidad. Por último, piensa

la exclusión como la discriminación expresada en las políticas públicas que acentúan la estigmatización, imposibilitando la reintegración laboral y social real, ya que conllevan a planes de inserción que se reducen a mantener el estatus quo de ciertos sectores de población, proponiendo entonces, el análisis y revisión de las mismas.

Sumado a ello, Tundidor (2013) se ocupa de enlazar la cuestión social con la salud mental, expresando la necesidad de formular nuevos interrogantes en torno a los clásicos dispositivos clásicos de intervención. A lo largo del tiempo, emergieron nuevas formas de sufrimiento asociadas a la injusticia, ya que, durante años, los sujetos con padecimiento mental fueron privados de su libertad y de la participación en su vida cotidiana. En este contexto, la cuestión social implica la responsabilidad de la sociedad frente al problema de la integración de ellos. La reclusión en una institución asilar conllevó hacia una forma de exclusión que favoreció la marginación social, obstaculizando, por ende, los procesos constitutivos y de reconstrucción de la sociabilización de la persona.

Capítulo 4

Las nuevas miradas sociales en la práctica: Dispositivo – Taller de Radio

Inicialmente, a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental, se conforma un marco legal que implica un cambio de paradigma en el que se destaca la importancia de la inclusión de los sujetos con padecimiento mental. Sin embargo, es esencial que esta ley se complemente con acciones que busquen interpelar las prácticas de marginación instituidas desde un enfoque manicomial (Lonigro et al., 2015).

De este modo, Ponce de León Muriel (2015) explica que es necesario preguntarse acerca de las acciones que se están llevando a cabo en nuestro contexto, las cuales deben apuntar hacia la lucha contra el estigma de los sujetos con padecimiento mental; en otras

palabras, observar cuales son las iniciativas surgidas socialmente que favorecen la deconstrucción de los conceptos de salud y enfermedad, y que a su vez, permiten visibilizar a las personas con padecimiento mental como sujetos de derecho.

Por consiguiente, resulta esencial comprender el papel que cumple la comunicación en el proceso de desmanicomialización. El manicomio constituye una institución en la que predominó implícitamente un modelo de comunicación verticalista, donde tanto el poder de la palabra como la toma de decisiones sobre el paciente, era solo responsabilidad del profesional de salud (Escobar y Barragán, 2016).

Sin embargo, las actuales prácticas de Salud Mental implican nuevos modos de percibir, representar y comunicar desde dispositivos desmanicomializantes que promueven la autonomía de los individuos dentro de la sociedad, favoreciendo instancias de diálogos entre los sujetos, entre ellos y los profesionales de diversas disciplinas, así como también entre estos últimos a partir de reuniones en equipo. En este sentido, se construye un posicionamiento político e ideológico que legitima en primera instancia, el modo en que los sujetos se relacionan con otros y a su vez, las prácticas en Salud Mental, reconociendo a las personas con padecimiento mental como un sujeto de derecho (Escobar y Barragán, 2016).

Concatenado a ello, Escobar y Barragán (2016) exponen que las prácticas sociales implican elementos de enunciación que se conforman a partir de narraciones, habilidades y técnicas expresivas que influyen en el discurso entramado de la cultura, pues ninguno se presenta de modo aislado. Así, es posible identificar componentes vinculados a las concepciones de Salud Mental y al proceso de desmanicomialización tales como: lucha, resistencias, discursos, prácticas y estigmas, los cuales se constituyen como nudos que marcan el camino hacia el cambio que se pretende alcanzar.

En relación a lo expuesto, cabe destacar que la comunicación es fundamental al momento de caracterizar la dinámica de la vida contemporánea (Díaz y Uranga, 2011). En concordancia con ello es posible mencionar la Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual (Ley 26.522), sancionada en el año 2009, en Argentina, la cual expone que la comunicación es un proceso fundamental y, por lo tanto, una necesidad básica; de modo tal que todas las personas deben tener la oportunidad de participar en la Sociedad de la Información, sin quedar excluido de los beneficios que esta puede otorgar (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2009).

Además, la Ley 26.522 propone la importancia de centrarse en valores aceptados universalmente como la paz, la igualdad, la tolerancia, la solidaridad, entre otros, todos ellos dirigidos hacia el bien común. Es pertinente aclarar que esta ley se encuentra en concordancia con los lineamientos internacionales de derechos humanos tales como: la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH artículo 13.1), la Convención UNESCO de Diversidad Cultural, artículos de la Constitución Nacional, entre otros (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2009).

En cuanto a la noción de comunicación, comienza a ganar un lugar fundamental dentro de los procesos de salud a partir de la Primera Conferencia Mundial de la Promoción de la Salud, celebrada en 1986 en Ottawa, Canadá, donde se proponen estrategias que la implicaban como un elemento central en programas de promoción de la salud (Díaz y Uranga, 2011).

Al momento de relacionar la comunicación y la salud, es crucial la concepción del individuo situado en su contexto cultural próximo, en el cual ejerce su capacidad y su potencialidad a través de la transformación del entorno. Esto da cuenta de una perspectiva

en la que se privilegian los vínculos entre los sujetos, quienes se ocupan de interpretar, comprender y construir desde el tejido social que los contiene (Díaz y Uranga, 2011).

De esta manera, la comunicación implica una mirada integral y a la vez integradora, que pretende articular los saberes y miradas de los distintos actores sociales, apuntando hacia el conocimiento de su lenguaje, los modos de relacionarse y las mediaciones en la comunidad a través del diálogo y el encuentro; evitando la escisión entre las problemáticas en salud y el espacio cotidiano, ya que este se constituye como el ámbito en el que se representan los primeros (Díaz y Uranga, 2011).

Asimismo, Méndez Torres y Madrigal (2017), proponen que la comunicación masiva posee la potencialidad de producir mensajes vinculados a la salud, teniendo en cuenta que los medios, entre ellos la radio, disponen de un poder de influencia cultural en el comportamiento de los sujetos. Esta última emerge a partir de un experimento realizado alrededor de la comunicación a distancia, sin embargo, con el tiempo fue transformándose hasta convertirse en un elemento comunicativo que apunta hacia el bien social.

El medio de comunicación anteriormente mencionado, la radio, es un instrumento que puede colaborar en la integración comunitaria, ya que les permite a los usuarios tomar un rol activo, expresar sus ideas, trabajar en equipo, entre otros. (Fernández Sande y Leal 2015).

De igual modo, Peirano, Videla y Lenta (2007) explican que la radio posibilita la expresión, la participación y la creación. Además, se articula con la noción de salud al facilitar la co -construcción de estrategias de promoción y prevención de la misma, para lo cual es necesaria la colaboración de los actores sociales involucrados desde la producción, dando lugar a la palabra como un medio de intercambio e interacción que promueve nuevas significaciones.

En este sentido, el dispositivo radial estimula la acción colectiva a través de la construcción de sentidos y la posibilidad de transformar las significaciones estigmatizantes que ocasionan efectos negativos en la subjetividad de las personas con padecimiento mental (Lonigro, et al., 2015). Así pues, el hecho de que estos últimos puedan acceder a los medios de comunicación, les permite “empezar a escribirse, para dejar de leerse en la prosa de otros” (Lonigro, et al., 2015, p. 22.)

Además, esto motiva la ampliación de derechos y deberes que pueden ejercer, vinculándose con la noción de “democratización de la comunicación”, planteada por la autora, la cual es entendida como la facultad de construir los propios discursos que poseen aquellos que siempre fueron hablados por otros (por ejemplo, por discursos totalizadores). Entonces, la radio no solo se consolida como un sitio de emisión y creación, sino que también constituye un lugar de escucha (Lonigro, et al., 2015).

En lo que respecta taller de radio que se propone en el presente plan de intervención, resulta necesario conceptualizar la noción de taller. Este remite a un lugar donde se trabaja, elabora y trasforma algo, implicando una forma de enseñar y sobre todo de aprender por medio de la acción grupal, siendo el trabajo cooperativo la base del mismo. Si bien la organización y el funcionamiento de cada taller dependerá de las circunstancias en las que se lleve a cabo, pueden distinguirse dos grandes objetivos generales: el primero de ellos apunta hacia la formación profesional en prácticas de una disciplina particular, mientras que el segundo, implica la adquisición de destrezas y habilidades que luego pueden ser aplicadas a un campo específico. (Ander Egg, 1991).

Es destacable la metodología pedagógica del taller, según la cual, los procesos de enseñanza y aprendizaje no se desarrollan de manera lineal sino de modo progresivo y siguiendo una lógica circular. Este espacio también afecta y define las relaciones, los

roles, las funciones y los comportamientos de quienes participan en él de manera activa y responsable; favoreciendo la apertura hacia la reflexión y el trabajo en grupo, motivando y mejorando la autoestima de los integrantes, y fomentando la iniciativa, la expresividad, la autonomía y la creatividad (Ander Egg, 1991).

Por otro lado, Lonigro, et al., (2015) definen al taller de radio como un dispositivo de trabajo grupal que busca promover la participación activa de las personas que lo integran, al mismo tiempo que propicia el intercambio de experiencias y la construcción de manera grupal. En este sentido se orienta hacia la producción de lo singular, pero anudándolo desde lo colectivo, o sea, desde tejidos grupales que les otorguen protagonismo a los sujetos. Cabe mencionar entonces que la práctica radial, como herramienta que facilita la producción y circulación de representaciones, significados y valores, favorece el diálogo con la comunidad, a partir del cual se aportan elementos que pueden incidir en un cambio social.

Asimismo, Ponce de León (2015) expone que el dispositivo de radio otorga beneficios en torno a la reivindicación y recuperación de aquellas voces precarizadas a causa de las condiciones sociales, históricas e institucionales; emergiendo en los sujetos una demanda relacionada a la capacidad de expresarse, de “poder decir”, lo cual propicia el hacer uso del espacio para exigir derechos, cuestionando las lógicas hegemónicas y propiciando la reflexión de manera colectiva acerca de la Salud Mental.

A continuación, se realizará un breve recorrido con respecto a distintos antecedentes de proyectos radiales que son impulsados desde el área de la Salud Mental.

Como ya fue mencionado, la primera emisora radial en transmitir desde un hospital psiquiátrico a nivel mundial fue la radio La Colifata. Desde ella, se propone una labor terapéutica caracterizada por la reconstrucción de la identidad de los sujetos a través

de la restauración de sus redes sociales y la revalorización del discurso que circula a través de los medios de comunicación. Se trata de una práctica que pretende deconstruir aquellas significaciones instauradas en el imaginario social, potenciando la integración por medio de la comunicación. Así, se constituye como una herramienta de concientización y a la vez como un dispositivo con valor terapéutico (Ponce de León, 2015).

Además, es posible mencionar la radio “Maluco Beleza” en Campinas, Brasil. Se trata de un programa de radio online llevado a cabo por usuarios de la red de salud mental, destacando la utilización de las TIC en el ámbito de la salud y aplicadas desde una perspectiva relacional que promueve la expresión y la participación. Por medio de este espacio, se plantea que la enfermedad como producción de saberes, no está contemplada en el discurso hegemónico de los medios de comunicación, en los cuales se privilegian los tradicionalmente autorizados tales como los de Instituciones de Salud (Rosa, 2015).

De este modo, al participar en el programa, los sujetos logran salirse de una posición única impuesta por su diagnóstico, para adentrarse hacia un lugar más amplio. Por ello, la autora toma el concepto de polifonía para referirse no solo a la posibilidad de oír muchas voces sino también a la comprensión de que cada persona está formada por una multiplicidad de voces en disputa que son instituidas e instituyentes (Rosa, 2015).

Así pues, la sociedad se funda como productora responsable de la circulación de sentidos, adoptando un papel esencial en la construcción de redes de convivencia y de modos discursivos y existenciales que se extrapolan hacia el lugar de la enfermedad mental y del manicomio. En resumen, este proyecto favorece el proceso de educación y de inclusión social a través del espacio de radio, el cual emerge como un espacio de construcción mediante el diálogo que promueve la participación e interpretación de los sujetos con padecimiento mental (Rosa, 2015).

En un contexto más cercano, se encuentra la radio “Los inestables”, la cual funciona en Córdoba, Argentina, a partir del año 2010, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, ubicado en León Morra 172. Este proyecto se origina frente a la necesidad de contar con espacios de diálogo y de escucha, vinculados a las condiciones sociales e institucionales que vivenciaban los sujetos, promoviendo nuevas formas de abordaje de la salud, siguiendo una perspectiva inclusiva que contempla derechos y prácticas participativas, basadas en la igualdad y la justicia, mientras que apuntan a la adecuación de este hospital en torno a las leyes de Salud Mental (Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, 2014)

En dicha radio participan 35 personas aproximadamente, quienes comparten una tarea grupal vinculada a la construcción colectiva, que pretende reflejar la premisa de horizontalidad que rige los lineamientos de sus actividades, en el marco de la libertad de expresión y la comunicación participativa, dialógica y también alternativa que posibilita que “otras voces” se expresen, más allá de las dominantes (Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos, 2014).

Plan de acción

Actividades

A partir de la detección de la problemática: inclusión social de los pacientes de Hospital de Día del Nuevo Hospital San Antonio de Padua, se propone el presente plan de acción basado en la instauración de un dispositivo – taller de radio. Este último constará de seis encuentros con una frecuencia de un solo día a la semana y una duración de una hora y media, tiempo en que se abarcarán dos actividades.

Encuentro 1

En este primer encuentro se llevarán a cabo 2 dinámicas

Tema: Presentación del taller

Objetivo: Presentar generalidades teóricas y técnicas acerca del dispositivo - taller de radio y crear un espacio de intercambio entre los miembros del mismo.

Actividad 1: Conociéndonos a través del dado preguntón

Materiales: Dado confeccionado por el coordinador para lo cual se necesitará: 6 trozos de cartón de 20 x 20 cm, 6 trozos de cartulinas de distintos colores (rojo, amarillo, naranja, celeste, rosa y verde manzana), plasticola, rectángulos de hoja A4 de 15 x 5cm, fibrón negro – sala de reuniones – 25 sillas

Tipo de estrategia: Presentación grupal

Tiempo estimado: 45 minutos

Instrucciones para el coordinador:

Se iniciará con la presentación de los integrantes del taller utilizando la dinámica del dado preguntón. Previo a ello, es necesario que el coordinador confeccione un dado

de tamaño grande y lo suficientemente resistente como para arrojarse al suelo. En cada cara se escribirán preguntas que deberán ser respondidas por los participantes, según el lado que les toque al azar, con el fin de efectuar una dinámica de presentación entretenida.

Se incluirán las siguientes seis preguntas en función del número de lados del dado: ¿Dónde naciste? - ¿Qué es lo que más te gusta hacer? - ¿Cuál es tu color favorito? - ¿Cuál es tu animal preferido? - ¿Cuál es tu apodo? - ¿Cómo te sentís en este momento? (ver anexo).

Al momento del comienzo del encuentro, las sillas estarán distribuidas formando una media luna, de modo tal que al medio quede el suficiente espacio para tirar el dado. Estas ya deben encontrarse ordenadas previo al inicio de esta actividad.

En lo que remite a la dinámica propiamente dicha, en primer lugar, se dispondrán sentados todos los participantes y el coordinador explicará en qué consistirá la actividad que se va a llevar a cabo diciendo: “Cada uno de ustedes deberá presentarse al momento en que se le entregue el dado, poniéndose de pie y diciendo su nombre y edad; (acto seguido mencionará que se debe arrojar el dado hacia el suelo). Este no contiene números, sino que está formado por preguntas que deberán responder según cual sea la que le toque al azar. Una vez respondidas, tendrán que entregarle el dado a la persona que se encuentra a su lado a la derecha, para que este realice lo mismo”. Al finalizar la explicación, el psicólogo será quien iniciará con la presentación a modo de ejemplo, para que los demás integrantes lo imiten. Esta actividad finaliza cuando todos los integrantes se hayan presentado.

Actividad 2: Acercamiento hacia los constructos generales en los que se basará el dispositivo – taller de radio.

Materiales: Power Point - notebook – pen drive – proyector – pizarrón o pantalla blanca- sala en la que se llevarán a cabo todos los encuentros – 25 sillas

Tipo de estrategia: Presentación del dispositivo – taller de radio

Tiempo estimado: 45 minutos

Instrucciones para el coordinador:

Se partirá de la confección de un Power Point previo al primer encuentro (ver anexo). Este contendrá los constructos principales incluidos en el taller y las actividades que se llevarán a cabo, explicitando las cuestiones técnicas referidas al lugar en el que se llevarán a cabo los encuentros como días y horarios, junto a una explicación abarcativa sobre las actividades que se realizarán y el objetivo principal del taller. En lo que remite a temáticas teóricas, se justificará en palabras sencillas la importancia de llevar a cabo el taller de radio y los beneficios que este podría aportar.

Luego, se procederá a grabar este material en un pen drive para ser presentado posteriormente. Para ello, se deberá contar con un proyector que servirá como medio para transmitir el contenido del Power Point que se encuentra en el pen drive conectado a la notebook. De modo tal que también se requerirá de un pizarrón blanco o una pantalla que reflejará el material visual que se está exponiendo. Los participantes continuarán sentados a modo de media luna, tal como se encontraban dispuestas las sillas en la actividad anterior. Una vez expuesto el mencionado recurso, se aclarará que este Power Point quedará a disposición tanto para los profesionales que forman parte del servicio de Hospital de Día como también para los familiares de los pacientes que opten por conocer en mayor medida el dispositivo taller que se implementará.

Lo siguiente será explicar que la mayor parte de los encuentros serán grabados y luego editados para conformar un audio que constituirá el eje del taller de radio. Se

aclarará que pueden decidir no ser grabados o no responder a ciertas preguntas si no lo desean. Posteriormente, se preguntará si alguien tiene alguna duda con respecto a lo expuesto o si quieren comentar que les parece la idea de llevar a cabo este dispositivo.

Luego de este intercambio, se dará por concluido el primer encuentro.

Encuentro 2

El siguiente encuentro estará conformado por 2 actividades.

Tema: Reflexión sobre la importancia de los vínculos sociales

Objetivo general: Identificar la existencia de los distintos grupos sociales de pertenencia y reflexionar sobre la importancia que estos adquieren en la cotidianeidad

Actividad 1: El camino recorrido en torno a las relaciones sociales

Materiales: sala de reuniones, 25 sillas, 5 mesas, 5 cartulinas, 25 imágenes, 5 rollos de cinta adhesiva tipo scotch fina, 5 cartulinas, fibrón negro, 25 hojas A4, grabadora de voz y cámara de fotos.

Tipo de estrategia: Producción grupal

Tiempo estimado: 45 minutos

Instrucciones para el coordinador:

El coordinador deberá seleccionar y recortar imágenes de revistas en las que se observen distintas situaciones de intercambio entre personas, las cuales deben estar realizando alguna acción. Pueden ser imágenes o fotografías de personas reales o dibujitos tipo caricaturas; como, por ejemplo, una familia jugando en el parque o charlando, reuniones de amigos tomando mate o conversando, vecinos haciendo algo, una pareja tomados de la mano, entre otras.

Al comienzo del encuentro, el psicólogo les indicará a los pacientes que a partir de ese encuentro se grabarán las tareas que se lleven a cabo, las cuales luego van a formar parte del dispositivo de radio. Les comentará que se contará con la ayuda de un diseñador gráfico que será quien diseñe el espacio radial vía digital, editando los registros de voz obtenidos y a su vez, armando la página web.

Este diseñador gráfico debe ser previamente contactado por el psicólogo para comenzar con la edición de las grabaciones de manera conjunta entre ambos desde este segundo encuentro. Además, no tendrá contacto con los pacientes, sino que solo se comunicará con el psicólogo.

Seguidamente, les pedirá a los pacientes que conformen grupos de 4 o 5 personas o bien, él mismo los dividirá manera arbitraria. En este momento se sumará otro psicólogo a modo de apoyo con respecto al coordinador, para guiar a los pacientes en las distintas actividades. Él deberá presentarse e informarles a los miembros del taller que a partir de ahora trabajará con ellos en algunas actividades.

Luego de esto, el psicólogo coordinador del taller, le entregará 4 imágenes a cada grupo, junto a una cartulina que tendrá las palabras: Pareja - Familia - Amigos – Vecinos (ver anexo). Los sujetos deberán intercambiar opiniones entre sí y luego pegarán con rollitos de cinta previamente colocados en las mesas y facilitados por el psicólogo auxiliar, la imagen debajo de la palabra escrita en la cartulina según corresponda; identificado así grandes grupos de pertenencia y sociabilización.

Una vez dispuestas las imágenes en la cartulina, el coordinador le entregará a cada paciente una hoja A4 junto con lápices y crayones distribuidos en cada mesa y les solicitará que hagan un dibujo con una persona o más que sean importantes para ellos, pudiendo pertenecer a cualquiera de los grupos sociales que identificaron previamente.

Actividad 2: Telaraña de relaciones

Materiales: sala de reuniones, 25 sillas, elaboración de la actividad anterior (dibujos realizados y cartulina con imágenes pegadas).

Tipo de estrategia: Puesta en común

Tiempo estimado: 45 minutos

Instrucciones para el coordinador:

Finalizada la dinámica anterior, se realizará una puesta en común que consistirá en que cada grupo pueda explicar porque identificaron la imagen con la palabra correspondiente. Previo a ello, se les explicará a los pacientes que sus respuestas van a ser grabadas para conformar micro segmentos que luego serán compartidos en la radio online. También se les preguntará si es posible que el psicólogo auxiliar fotografíe las cartulinas y los dibujos, al igual que pueda retratar algunas fotos espontáneas mientras se encuentran compartiendo, ya que todo esto constituirá material producido en el taller que se expondrá en el dispositivo anteriormente mencionado.

Además, al momento en el que cada grupo se encuentre justificando su tarea y cada participante mostrando su dibujo, el coordinador realizará preguntas directivas tales como: ¿Por qué colocaron esta imagen en pareja/familiar/amigos/vecinos? ¿Qué se imaginan que están haciendo? ¿Pueden imaginarse una historia que tenga como protagonistas a las personas que pueden observar? ¿Cómo piensan que se sienten las personas de la ilustración? ¿Recuerdan haber vivenciado alguna situación similar a las que ven en estas imágenes? ¿Cómo se sintieron en ellas?

El encuentro concluirá cuando todos los integrantes hayan hablado y compartido al menos en breves palabras o gestos.

Encuentro 3

Este encuentro se compone de dos dinámicas que serán presentadas a continuación.

Tema: Inclusión social de las personas con padecimiento mental

Objetivo general: Reflexionar acerca de la noción de inclusión social del enfermo mental

Actividad 1: Somos distintos pero también iguales

Materiales: sala de reuniones, 25 sillas, Power Point, pen drive, proyector, pizarra o pantalla, proyector, canción, grabadora.

Tipo de estrategia: Presentación de una canción

Tiempo estimado: 30 minutos

Instrucciones para el coordinador:

Al comenzar el encuentro se les solicitará a los pacientes que se sienten en las sillas dispuestas frente a la pantalla o pizarra. Seguidamente se informa que las actividades que se llevarán a cabo están siendo grabadas y luego se inicia la grabación utilizando la grabadora. El paso consecutivo consiste en comentarles a los pacientes que se escuchará una canción y luego se visualizará un video. Posteriormente, se comentará entre todos cuál es su opinión respecto a los mismos.

Acto siguiente, se acciona sobre el parlante para reproducir la canción “Iguales” cuyo autor es Diego Torres (ver anexo), descargada previamente en un pen drive que se conectará al parlante. Mientras la canción está sonando, el coordinador procederá a

mostrar en la pantalla un Power Point con la letra de la misma, el cual debe ser elaborado por este mismo antes del encuentro (ver anexo).

A continuación, se pretenderá reflexionar sobre distintos fragmentos (ver anexo), con el fin de pensar grupalmente nociones vinculadas a la inclusión de las personas con padecimiento mental.

Estos fragmentos serán señalados en el Power Point, de modo tal que el coordinador los deberá leer de a uno, posibilitando la apertura de un espacio de escucha y reflexión en conjunto.

Actividad 2: Repensando con collage

Materiales: sala de reuniones, 25 sillas, 5 afiches, 15 frases con letras dibujadas para ser rellenas, lápices, crayones, cintas de color: rojo, azul, dorado y plateado, plasticolas de color rojo, amarillo, verde y azul, papel de lustre, brillantina de color dorada, plateada y rosa, figuras recortadas en cartulinas de distintos colores que deberán pegar para adornar el afiche: flores, corazones, estrellas, medias lunas, tréboles, círculos, cuadrados, triángulos.

Tipo de estrategia: Producción grupal artística

Tiempo estimado: 1 hora

Instrucciones para el coordinador:

Ulteriormente, una vez concluido el espacio grupal, se les solicitará a los miembros del taller que se dividan en grupos y a cada uno de ellos se le entregará un afiche que contendrá escrita alguna de las frases de la canción, cuyas letras fueron dibujadas por el psicólogo previamente, de modo tal que puedan colorearse en su interior (ver anexo). Los pacientes deberán rellenar estas letras y luego decorar el afiche

utilizando lápices, crayones, cintas de color, plasticola de color, papel de lustre, brillantina, figuras recortadas que deberán pegar para adornar el afiche: flores, corazones, estrellas, medias lunas, tréboles, círculos, cuadrados, triángulos (las cuales deben ser previamente recortadas por el coordinador). A lo largo de este proceso de producción, tanto el psicólogo auxiliar como el coordinador irán pasando por cada grupo para resolver dudas, y este último también se ocupará de observar su tarea y preguntar cómo se sienten sus integrantes, que les parece la frase que les toco, sienten que los identifica o les recuerda algo o a alguien. Es importante que utilice la grabadora para registrar las respuestas.

Encuentro 4

Se presentarán dos dinámicas incluidas en este encuentro.

Tema: Distinguir distintas connotaciones positivas y negativas, fomentadas por la visualización de un video.

Objetivo general: Identificar connotaciones positivas y negativas en torno a la enfermedad mental

Actividad 1: Lazos invisibles que nos conectan a través de nuestros sentidos

Materiales: sala de reuniones, 25 sillas, Power Point, pen drive, proyector, pizarra o pantalla, proyector, video

Tipo de estrategia: Visualización de un video

Tiempo estimado: 20 minutos

Instrucciones para el coordinador:

El coordinador inicia el encuentro explicándoles a los pacientes las dos actividades que se realizarán. Les dirá que, en primer lugar, verán un video, luego realizarán una puesta en común del mismo, en tercera instancia se les entregarán situaciones o palabras que deben ubicar en un afiche que se encuentra dividido en dos partes, por un lado, una carita sonriente y una tilde verde, y por otro, una carita triste y una cruz roja (ver anexo).

Ulteriormente, se proyectará el video. Aquí el coordinador debe aclarar que además de visualizarlo, es importante que puedan escuchar la canción. Finalizado esto, se hará hincapié en diferentes frases de la misma, promoviendo un intercambio de opiniones entre los integrantes del taller (ver anexo).

Actividad 2: Cuestionarse y cuestionarnos

Materiales: sala de reuniones, 25 sillas, 5 mesas, 17 frases escritas o impresas en hojas A4, 5 afiches (cada uno debe estar dividido en dos partes, una tendrá dibujada una cara feliz y una tilde verde y la restante, una cara triste con una cruz roja), fibrón negro, fibra verde y roja, 5 plasticolas, grabadora, cámara de fotos.

Tipo de estrategia: Producción grupal

Tiempo estimado: 1 hora y 10 minutos.

Instrucciones para el coordinador:

A continuación, se procederá a dividir a los pacientes en grupos y se les entregarán algunas de las oraciones o palabras escritas en trozos de hojas (ver anexo). El coordinador les indica que deberán pegarlas en un lado del afiche, según consideren que son positivas o negativas. Para ello, contarán con la supervisión del mismo y de otro psicólogo auxiliar que se encontrará acompañando las actividades.

Luego de que cada grupo haya podido identificar y pegar estas palabras u oraciones en el lado del afiche que corresponda, se procederá a generar un espacio de compartida, en donde se escogerá un representante por grupo que pueda explicar y justificar la tarea realizada. El coordinador debe reiterarles a los pacientes que este espacio se grabará.

Encuentro 5

Este encuentro estará conformado por 2 actividades que serán realizadas de manera simultánea. Los miembros del taller se dividirán en dos según su preferencia por actividades vinculadas a la música o a la literatura. Paralelamente, el psicólogo coordinador estará solicitando a los pacientes para realizar entrevistas individuales.

Tema: Elaboración de contenido musical y literario. Entrevistas Individuales

Objetivo general: Fomentar la participación de los sujetos con padecimiento mental a través de la generación de material musical y auditivo. Compartir sus experiencias y vivencias expresadas desde su propia voz

Actividad 1: Construcción colectiva

Materiales: 3 salas de reuniones o 1 sala de reuniones y dos espacios al aire libre, 27 sillas, notebook, instrumentos elaborados por los pacientes en el taller de música, parlantes, pen drive con listado de canciones, hojas A4, lapicera, teléfonos para grabar, cámara de fotos, registro de las producciones de los pacientes en la revista La Minga, dos grabadoras, cámara de fotos.

Tipo de estrategia: Trabajo grupal

Tiempo estimado: 1 hora y media

Instrucciones para el coordinador:

Para comenzar con la primera actividad, el coordinador les mencionará a los miembros del taller que a continuación se trabajará en torno a dos áreas: música y literatura. Cada una de ellas, estará a cargo de quienes dictan estos talleres en el servicio de Hospital de Día. Es importante que previo a este encuentro, el coordinador se haya comunicado con quienes lideran estos talleres con el fin de articular una producción integrada. Además, es esencial que a lo largo del proceso en que se está ejecutando el dispositivo – taller de radio, el psicólogo coordinador de este último haya mantenido un diálogo atento y abierto con los líderes de los talleres de literatura y música para informarles sobre esta propuesta a fin de mantener un trabajo en conjunto a través de distintos intercambios en torno a propuestas, materiales que deben ser utilizados, entre otros; teniendo en cuenta que este taller de radio se encuentra íntimamente ligado con otras actividades que anteriormente se venían produciendo en sus respectivos espacios de Hospital de Día.

Una vez divididos los grupos según la preferencia de los miembros, estos procederán a ocupar distintos espacios. El taller de música se quedará en la sala de reuniones en la cual se llevaron a cabo todos los encuentros de este dispositivo de radio, mientras que el taller de literatura puede trasladarse a otra sala o bien a un espacio al aire libre, lo cual debe ser previamente pautado con la autoridad que corresponda y que se encuentre a cargo de la organización general de los talleres y actividades de Hospital de Día. El psicólogo coordinador del taller de radio se trasladará también a otro espacio. De modo tal que se requerirá de tres salas o una sala y dos espacios al aire libre, ya que se realizarán dos grandes actividades en simultáneo.

Por un lado, el coordinador del taller de música utilizará la computadora, los parlantes y el pen drive para que los pacientes puedan escuchar distintas canciones previamente seleccionadas en conjunto por quien encabeza este taller y el psicólogo

coordinador del dispositivo de radio. Sumado a ello, los pacientes podrán escoger otras canciones que consideren a su gusto, lo cual será registrado por el psicólogo auxiliar que los acompañará. Al inicio de la actividad, se les explicará que se seleccionarán distintos materiales musicales con el fin de que puedan formar parte del espacio radial y que, además, es importante que sea escogido por ellos y que aluda a cuestiones vinculadas a la Salud Mental.

Finalizada esta actividad, procederán a escoger entre todos una canción y la representarán con los instrumentos que tengan a su disposición, sumándole a ello el canto.

Paralelamente, en la otra sala, el coordinador del taller de literatura llevará a cabo algo semejante, explicándoles a los pacientes que se van a seleccionar algunas de sus producciones, incluso aquellas que han sido publicadas en la revista La Minga, para ser compartidas en el espacio radial que se conformará a partir del taller. Es posible que sea la persona que guía este taller quien se encargue de leer las producciones de los pacientes o ellos mismos quienes se ocupen de transmitir al público aquello que plasmaron en sus producciones. En este último caso, se organizará un acuerdo entre el psicólogo coordinador del taller de radio, quien conduzca este taller de literatura y por último los pacientes que deseen leer los escritos para poder llevar adelante las grabaciones en un día y horario determinado.

Finalizada esta actividad, se brindarán las grabaciones al diseñador gráfico para que las edite. Es importante que en ambas actividades es importante que se registren fotográficamente las tareas que se llevan a cabo, a modo de ilustración de las mismas. Esto puede ser llevado a cabo por el coordinador de cada taller o bien por el psicólogo auxiliar. Cuando se editen estas fotografías al igual que otras en donde se exponga la

identidad de los pacientes, esta deberá ser resguardada utilizando stickers o iconos sobre sus rostros.

Actividad 2: Escuchando la voz de los silenciados

Materiales: dos sillas, una mesa o espacio para apoyarse, hojas A4, lapicera, grabadora.

Tipo de estrategia: Entrevistas individuales

Tiempo estimado: 1 hora y media

Instrucciones para el coordinador:

Esta dinámica se desarrollará al mismo tiempo que las dos actividades anteriores, tal como fue planteado. En ese caso, el psicólogo coordinador se ocupará de demandar a cada uno de los pacientes, uno a uno, para realizar con ellos una pequeña entrevista. En todos los casos es importante que remarque la cuestión del anonimato y el hecho de que ese material está siendo grabado, aclarando que van a charlar un ratito y que si ellos lo desean pueden no responder o bien retirarse y volver al grupo en el que se encontraban trabajando previo a ello.

En la entrevista se indagarán cuestiones vinculadas a: que actividades realizan en el servicio de Hospital de Día; cuáles son las que más les gustan; como se sienten en este lugar; como se llevan con el resto de los pacientes; que les pareció este taller de radio; si les gustaría continuar con esta actividad o no y porqué; que piensan sobre la enfermedad mental (como pueden definirla, que saben de ella, que escucharon que es); que creen que piensa la sociedad sobre las personas sobre la enfermedad mental, que piensan que es la enfermedad mental. No es necesario que todas estas preguntas sean respondidas e incluso

los pacientes pueden mencionar que no quieren que alguna de sus respuestas o todas sean grabadas y esto debe ser respetado.

Encuentro 6

Este será el último encuentro, por lo que se llevará a cabo el cierre del dispositivo - taller de radio a través de dos dinámicas.

Tema: Presentación a modo de cierre que incluirá la visualización en soporte digital de las actividades realizadas a lo largo de todo el proceso del taller.

Objetivo general: Presentar las tareas efectuadas en el dispositivo taller de radio a través de un espacio de intercambio entre los participantes del encuentro.

Actividad 1: ¡Qué equipo!

Materiales: Power Point - notebook – pen drive – proyector – pizarrón o pantalla blanca- 50 sillas – sala de reuniones

Tipo de estrategia: Presentación grupal

Tiempo estimado: 45 minutos

Instrucciones para el coordinador:

El coordinador comenzará explicando que con este encuentro se dará por finalizado el taller de radio. A continuación, mientras los pacientes se encuentran sentados frente a la pantalla o pizarrón, el psicólogo transmitirá un Power Point con fotografías de las producciones realizadas en el taller. Luego se mostrará la página web que se ha conformado, pudiendo escucharse algunas grabaciones ya editadas que se han confeccionado a través de las tareas realizadas en los distintos encuentros.

Por ser el último encuentro, estarán invitados los profesionales del servicio de Salud Mental y los coordinadores que acompañaron sobre todo en el último trayecto de este taller, al igual que todo el personal del hospital que se encuentre interesado en participar de esta instancia final. También se extenderá la invitación a los familiares de los pacientes que quieran acompañarlos. Se permite llevar comida para compartir como bizcochuelos, jugos y mate.

Actividad 2: La complejidad de la labor codo a codo

Materiales: Power Point - notebook – pen drive – proyector – pizarrón o pantalla blanca- 50 sillas – sala de reuniones - Canción

Tipo de estrategia: Cierre del taller a través de una presentación audiovisual

Tiempo estimado: 45 minutos

Instrucciones para el coordinador:

Una vez visualizadas las producciones radiales en la página web, el coordinador dará lugar a un espacio en el que se pueda opinar sobre este taller, brindar críticas o sugerencias, compartir sus opiniones y demás, tanto por parte de los profesionales como también de los familiares y sobre todo los pacientes, los protagonistas de este espacio.

Finalmente, el psicólogo dirá algunas palabras de agradecimiento y compartirá su vivencia en torno a la guía y ejecución del dispositivo de radio y proyectará en la pantalla la canción “Que se escuche nuestro canto” (ver anexo), explicando que se trata de una producción realizada en el contexto de la 4° Marcha por el Derecho a la Salud Mental. Seguidamente, procederá a mostrar la última filmina del Power Point que solo contendrá un gran “GRACIAS” (ver anexo), dando por culminado este dispositivo – taller de radio.

Diagrama de Gantt

A continuación, se presentará un diagrama de Gantt en el que se encuentra plasmado la planificación del taller de radio, facilitando la visualización de cada uno de los encuentros, las actividades y el periodo de tiempo que abarcarán.

Recursos

Seguidamente se presentará en formato tabla los recursos y el presupuesto que se requerirían para llevar a cabo este plan de intervención.

Recursos	Categoría	Descripción del recurso	Cantidades
Materiales técnicos	Infraestructura	Sillas	50
		Mesas	5
		Sala de reuniones	2
		Espacio al aire libre	1
		Pizarrón o pantalla blanca	1
	Tecnología	Notebook	1
		Cámara de fotos	1
	Equipamiento	Instrumentos elaborados en el taller de música	-
Producciones literarias elaboradas a través del taller de literatura		-	
Materiales Económicos	Librería	Cajas de cartón reforzada 60x40x40	3

	Cartulina	20
	Revistas infantiles Genios	3
	Revistas Paparazzi	2
	Resma de hojas	1
	Plasticolas pequeñas	7
	Rollos de cinta scotch fina	7
	Fibrón negro	1
	Cajas de lápices	2
	Caja de fibras	1
	Caja de crayones	5
	Cinta de color	5
	Plasticola de color pequeña	5
	Papel de lustre	5
	Brillantina	1 pack
	Afiches	5
Dispositivos tecnológicos	Grabadora	2
	Pen Drive	1

Presupuesto

Recursos	Categoría	Descripción del recurso	Costo estimado
Recursos Humanos	Profesionales	Psicólogo coordinador del taller general	\$ 340 por integrante
		Psicólogo ayudante que intervendrá en algunos encuentros	\$340 por integrante
		Diseñador gráfico	Edición del audio: \$763 por minuto (estimación de 120 minutos en total) Desarrollo de web site institucional: 14,057
Materiales Económicos	Librería	Cajas de cartón reforzada 60x40x40	\$223,58
		Cartulina	\$39,32
		Revistas infantiles Genios	\$220
		Revistas Paparazzi	\$250
		Resma de hojas	\$350
		Plasticolas pequeñas	\$60
		Rollos de cinta scotch fina	\$25
		Fibrón negro	\$380
		Cajas de lápices	\$80

		Caja de fibras	\$120
		Caja de crayones	\$64
		Cinta de color	\$35
		Plasticola de color pequeña	\$70
		Papel de lustre	\$39
		Brillantina	\$120
		Afiches	\$55
	Dispositivos tecnológicos	Grabadora	\$2.300
		Pen Drive	\$780
TOTAL			\$191.333, 74

Evaluación

Por su parte, para llevar a cabo la evaluación del dispositivo – taller de radio se utilizará una Matriz de Impacto (ver anexo). Esta constituye un elemento que se ha conformado a través de la creación de tres categorías de análisis, las cuales se basan en los objetivos específicos. Paralelamente, cada una de ellas se corresponde con dos indicadores que poseen la finalidad de recolectar la información que luego se presentará en la ya mencionada matriz.

Es por ello, que se aplicará una metodología centrada en la elaboración de un Cuestionario (ver anexo), el cual se ejecutará siguiendo el formato de pretest y post test a través de entrevistas individuales dirigidas a los pacientes de Hospital de Día que participen del taller.

Resultados esperados

Desde la puesta en marcha de este Plan de Intervención se pretende potencializar la inserción social de los pacientes de Hospital de Día. En base a ello, se anhela el fortalecimiento o ampliación de sus redes sociales mediante una mayor participación en los vínculos que entablen con los miembros de su familia, amigos, vecinos de su comunidad, entre otros grupos frecuentados.

Además, se aspira a que los pacientes cuenten con la posibilidad de desmitificar los conceptos estigmatizantes que aún en la actualidad se reproducen colectivamente alrededor de quienes poseen un padecimiento mental, imposibilitándolos al momento de establecer vínculos sociales o insertarse funcionalmente en un grupo de pertenencia, lo cual se extiende incluso hacia distintas áreas de la vida de estos individuos.

Por ello, el dispositivo taller de radio que se propone sería el conveniente para alcanzar estas metas, a las que se le sumaría la consecución de una mayor concientización sobre el derecho que poseen los sujetos con padecimiento mental a comunicarse libremente, expresándose de manera genuina y auténtica; favoreciendo un mayor grado de autonomía personal que sería sumamente conveniente en los vínculos en los que el paciente se introduzca.

Estos fines que se pretenden conseguir se acrecentarán a través del trabajo grupal dispuesto en varios encuentros del Plan de Intervención, en los que no solo se dispone la realización de actividades en las cuales deben intercambiar opiniones con un grupo reducido de sus compañeros, sino que también se delimitarán espacios para que todos los miembros de taller puedan compartir y reflexionar sus producciones, incluso al finalizado el mismo los pacientes podrán extender estas ideas a los profesionales del servicio de Salud Mental y sus familiares.

Conclusión

A lo largo del proceso de elaboración de este Plan de Intervención se distinguieron diversas fortalezas y limitaciones.

En lo que respecta las fortalezas, la confección de este Trabajo Final de Grado de manera progresiva en etapas, constituyó un gran apoyo al momento de proyectar y resignificar las ideas iniciales respecto al taller, a partir de la focalización realizada en distintas secciones del mismo y en diversos momentos temporales.

Sobre las limitaciones, la más significativa se vincula con la imposibilidad de recolectar y registrar los datos de primera mano, de modo tal que la propuesta posee una mayor carga hipotética en relación a la viabilidad que podría determinarse al protagonizar la asistencia, observación y análisis de la institución.

Sin embargo, la limitación anteriormente mencionada pudo convertirse en favorable, debido a los tiempos actuales que se transitan, en los que la virtualidad cobró un rol esencial debido a la imposibilidad manifiesta de la presencialidad.

En relación al Plan de Intervención, a futuro podría recomendarse evaluar la viabilidad de extender el dispositivo – taller de radio más allá de los seis encuentros propuestos, a fin de intensificar los beneficios esperados. Para ello será esencial tener en cuenta el deseo y las opiniones que tengan los miembros del taller respecto a la prolongación de este espacio.

Sumado a ello, en el caso de decidir extender este taller, con el paso del tiempo podría evaluarse la posibilidad y viabilidad de que el material obtenido sea reproducido en una sección destinada a la Salud Mental en la programación de radio local en la Ciudad de Río Cuarto, donde actualmente no se cuenta con ningún espacio de este tipo, pudiendo también ser enriquecedor socialmente para esta región.

Otra sugerencia sería que, durante el mes de octubre, en el cual se llevan a cabo distintas actividades en torno a Salud Mental, surja una mayor convocatoria de oyentes que puedan acceder al material radial surgido a través del taller. Para ello podría disponerse de un vehículo con parlantes que pueda expandir esta información a lo largo de distintos sectores de la ciudad de Río Cuarto.

Referencias

Ander Egg, E. (1991). *El taller, una alternativa para la renovación pedagógica*. Buenos Aires: Magisterio del Río de La Plata.

Ardila Gómez, S., Hartfiel, M. I., Fernández, M. A., Ares Lavalle, G., Borelli, M., y Stolkiner, A. (2016). El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. *Salud colectiva*, 12, 265-278. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73146051009>.

Basaglia, F. (1971). *La mayoría marginada (la ideología del control social)*. Barcelona, España: Laia.

Basaglia, F. (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Barral.

Bertolozzi, M., y De la Torre, M. (2012). Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*, 1(1), 24-36. Recuperado de <https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/view/309>.

Bertorello, E., Atala, L., y Schwerkolt, G. (2019). *Guía de trabajo: Entre muros y puentes*. Córdoba, Argentina. Recuperado de <https://drive.google.com/file/d/1l19vNdJNJGo6HApLu3YF7hrCGGEhAeUR/view>.

Bertrán, G. F. (2004). *Hospital de Día: Particularidades de la clínica, temas y dilemas*. Buenos Aires: Minerva.

Campodonico, N. (2018). La configuración de las políticas públicas en Argentina. Desde la profesionalización de la Psicología hasta la Ley de Salud Mental (1954–2010). *Coordenadas. Revista de Historia Local y Regional*, 5, 67-89. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7043472>.

Carballeda, A. (2005). Políticas de Reinserción y la integración de la sociedad. Una mirada desde las Políticas Sociales. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, 1(39), 1-6. Recuperado de <https://www.margen.org/suscri/margen39/polit.html>.

Carosella, V. (2019). Reflexiones en torno a la idea de riesgo en Salud Mental. *XI Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional: "Disputas por el Estado, la democracia y las políticas públicas. Concentración de la riqueza y poder popular"* 1-8, La Plata. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/93991>.

Del Carpio, S. (2019, 8, 18). Entre muros y puentes - Capitulo 1: Mitos y prejuicios en salud mental. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=Bdvi_Dy_OUA&t=330s.

Díaz, H., y Uranga, W. (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud: RCyS*, 1(1), 113-124. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3648922>.

Dirección Nacional de Salud mental y Adicciones (2019). Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. *Pautas para la organización y funcionamiento*

de dispositivos de salud mental. Recuperado de:
http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001448cnt-2019-04_pautas-organizacion-funcionamiento-salud-mental.pdf.

Dirección Nacional de Salud mental y Adicciones (2019). Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. *Censo Nacional de Personas Internadas por motivos de Salud Mental.* Recuperado de
http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001537cnt-2019-08-01_informe-ejecutivo-censo-salud-mental.pdf.

Escobar, M. D., y Barragán, M. P. (2016). *Comunicar es salud: el rol de la comunicación en el proceso de desmanicomialización* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires. Recuperado de <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/59248>.

Faraone, S. (1993). Desmanicomialización: notas para un debate sobre los procesos de transformación de las Instituciones Psiquiátricas asilares. *Revista Margen 3*, 1-10. Recuperado de <http://www.margen.org/suscri/margen03/faraone-03.pdf>.

Faraone, S. (2013). Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. *Salud Mental y Comunidad-UNLa*, 3(3), 29-40. Recuperado de http://www.unla.edu.ar/documentos/centros/salud_mental_comunitaria/revista/saludmentalalycomunidad3.pdf#page=29.

Fernández Sande, L., y Leal, C. (2015). La radio como instrumento de rehabilitación y recuperación en trastorno mental severo y crónico: experiencias en la Comunidad de Madrid. In *Radio, sound and Internet. Proceedings of Net Station International Conference*. CECS - Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade. Universidade do Minho, Braga (Portugal) 99-110. Recuperado de <http://www.cecs.uminho.pt/en/publicacao/radio-sound-and-internet/>.

Galende, E. (1994). *Psicoanálisis y Salud mental*. Buenos Aires: Paidós.

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto*. Buenos Aires: Paidós

García Ruiz, A., y Fernández Moreno, A. (2005). La inclusión para las personas con discapacidad: entre la igualdad y la diferencia. *Revista Ciencias de la Salud*, 3(2), 235-246. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/562/56230213.pdf>.

Goffman, E. (1961). *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones, “Lic. Laura Bonaparte”. (2017). “*Informe Epidemiológico*” Servicio Hospital de Día. Período: año 2017. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalbonaparte/institucional/estadisticas>.

Khun, T. (1986). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Llimos, S., Pirovani, C., y Oszlak, C. (2012). Cuando el hospital se hace de día... *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(102), 132-136. Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex102.pdf#page=6>.

Lonigro, S. (2015). Del paradigma manicomial al campo de la salud mental. Puntuaciones de su historia política en argentina. En I. Toimil (coord.), *Lazo social y procesos de subjetivación. Reflexiones desde la época*, núm.380, 5-20. Buenos Aires: Editorial de la Universidad de La Plata 47.

Lonigro, S., González, Ma., y D'Alfonso, K. (2015). Salud mental y comunicación. Aportes desde un proyecto de extensión universitaria. En I. Toimil (coord.), *Lazo social y procesos de subjetivación. Reflexiones desde la época*, núm. 380, 20-29. Buenos Aires: Editorial de la Universidad de La Plata 47.

López de Roda, A., y Sánchez Moreno, E. (2005). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13(1), 17-23. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72713103.pdf>.

Mauroso, P. (2012). Nuevos desafíos y actualidad de la práctica privada en los Hospitales de Día y otros dispositivos intermedios. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(102), 137-149. Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex102.pdf#page=6>.

Mesa Federal de Salud Mental, Justicia y Derechos Humanos (2014) *Prácticas Inclusivas en Salud Mental y Adicciones con enfoque de Derechos Humanos*. Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Pr%C3%A1cticas%20inclusivas%20en%20salud%20mental%20y%20adicciones%20con%20enfoque%20de%20derechos%20humanos.pdf>.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2009) *Ley de Servicios de Comunicación Audiovisual: Ley 26.522*. Sancionada en Octubre 10 de 2009. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26522-158649/actualizacion>.

Ministerio de la Nación. (2010) *Ley Nacional de Salud mental: Ley 26.657*. Sancionada en Noviembre 25 de 2010. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>.

Ministerio de la Nación. (2010) *Ley Provincial de Salud mental: Ley 9.848*. Sancionada en Octubre 20 de 2010. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-9848-123456789-0abc-defg-848-9000ovorpyel>.

Molina Suárez, G. (2017). La radio comunitaria como un modo de transformación: práctica territorial en el programa radial Tardes Nuestras realizado por usuarios de Salud Mental del Hospital Agudo Ávila (tesis de Licenciatura). *Revista RepHipUNR Aprendizaje e Investigación*, Universidad Nacional de Rosario. Recuperado de <http://rehip.unr.edu.ar/handle/2133/12347>.

Muntaner, J. (1995). *La sociedad ante el deficiente mental: normalización, integración educativa, inserción social y laboral*. España: Narcea.

Palma, H.A. (2008). *Filosofía de las ciencias. Temas y problemas*. Buenos Aires: Universidad Nacional de San Martín.

Peirano, R., Videla, G., y Lenta, M. (2007). La radio en la cabeza. Espacios y estrategias radiales de prevención y promoción de la salud colectiva. *In XIV Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología–UBA y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, Universidad de Buenos Aires, 1-6. Recuperado de <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/64>.

Ponce de León Muriel, J. C. (2015). *Radio descosidos: una experiencia en salud mental comunitaria con usuarios de un hospital especializado de Lima.*(tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/6425>.

Radio La Colifata (2005). *La Colifata, Salud Mental y Comunicación Asociación Civil.* Recuperado de <https://lacolifata.com.ar/>.

Rosa, N. S. F. (2015). La perspectiva relacional de la comunicación en los procesos de e-Salud en Brasil: el proyecto Maluco Beleza. *Revista de Comunicación y Salud*, 5, 555-67. Recuperado de <http://www.revistadecomunicacionysalud.es/index.php/rcys/article/view/86>.

Sen, A. (2000). *Social Exclusion: Concept, Application and Scrutiny*. Manila, Filipinas: Oficina de Medioambiente y Desarrollo, Banco Asiático de Desarrollo. Recuperado de <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/29778/social-exclusion.pdf>.

Stagnaro, J. C. (2012). El Hospital de Día: historia y conceptualización. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(102), 107-118. Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex102.pdf#page=6>.

Stolkiner, A. (1987). Distintos paradigmas de salud, sus instituciones y el psicólogo en ellas. *Revista Salud y sociedad*, 4(14/15), 25-31. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-64169?lang=es>.

Stolkiner, A., y Ardila Gómez, S. (2012). Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanos. *Vertex –Revista Argentina de Psiquiatría*, 23, 57-67. Recuperado de <http://www.eutm.fmed.edu.uy/LICENCIATURAS%20MVD/materias%20basicas/psico>

logia/2020/Salud%20Mental/Conceptualizando+la+Salud+Mental+en+las+pr%C3%A1cticas%20%281%29.pdf.

Stolkiner, A. (2015). Salud Mental: Avances y contradicciones de su integración a la salud comunitaria. *¿Qué hacer en salud? Fundamentos políticos para la soberanía sanitaria*, 57-70. Buenos aires: Colihue.

Torres, V., y Madrigal, J. (2017). Algunas consideraciones teóricas sobre la función de la radio en la promoción de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(2), 238-250. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79182>.

Tundidor, M. (2013). Puntos de encuentro entre justicia ocupacional y social, exclusión de oportunidades, pobreza y salud mental. *Margen*, 69, 1-8. Recuperado de <https://www.margen.org/suscri/margen69/tundidor.pdf>.

Universidad Siglo 21 (2019). *Líneas temáticas estratégicas*. Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/9721/pages/plan-de-intervencion-modulo-0>.

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>.

Velandia, I. (2005). La salud colectiva y la inclusión social de las personas con discapacidad. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23(1), 92-101. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/iei/iee/v23n1/v23n1a08>.

Vigo, D. (2012). Esto no es un Hospital de Día. Abordaje de la investigación en Hospital de Día. *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría*, 23(102), 119-131. Recuperado de <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex102.pdf#page=6>.

Yoma, S (2019, 8, 18). Entre muros y puentes - Capítulo 1: Mitos y prejuicios en salud mental. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=Bdvi_Dy_OUA&t=330s.

Anexo

Esquema 2: Encuentro 1. Actividad 1 “Conociéndonos a través del dado preguntón”



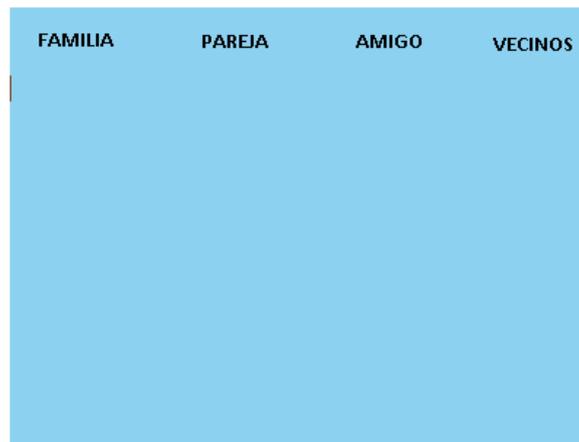
Fuente: Ad Hoc

Esquema 3: Encuentro 1. Actividad 2 “Acercamiento hacia los constructos generales en los que se basará el dispositivo – taller de radio”.



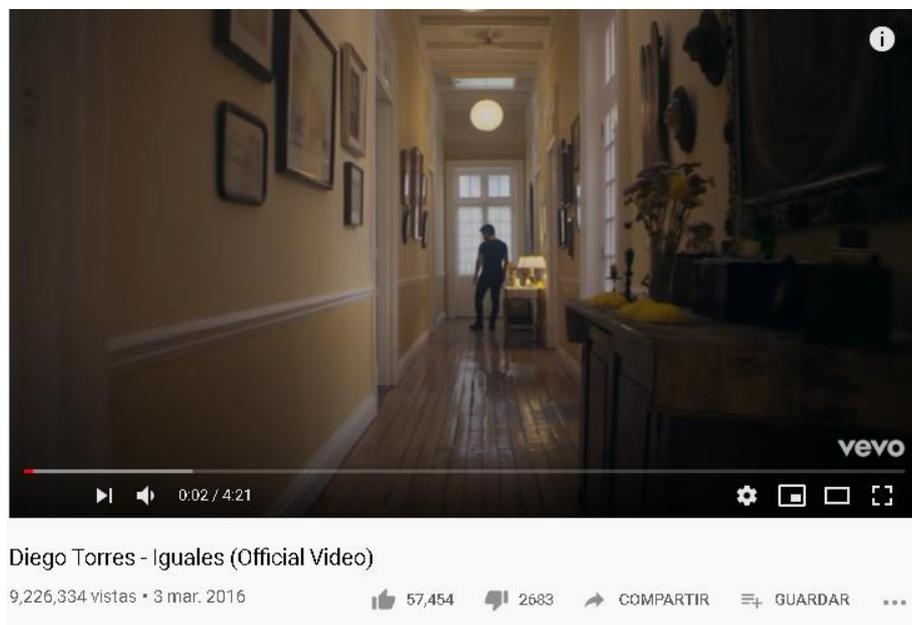
Fuente: Ad Hoc

Esquema 4: Encuentro 2. Actividad 1 “El camino recorrido en torno a las relaciones sociales”



Fuente: Ad Hoc

Esquema 5: Encuentro 3. Actividad 1 “Somos distintos pero también iguales”



Fuente: Torres, D. [Diego Torres]. (2016, 03, 03). Iguales (Official Video). Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=XnuuvDT2xxY>

Esquema 6: Encuentro 3. Actividad 1 “Somos distintos pero también iguales”



Fuente: Ad Hoc

Esquema 7: Encuentro 3. Actividad 1 “Somos distintos pero también iguales”

“Cada paso y cada huella tuya es única

De la cabeza a los pies

Cada uno es como es

Por eso dejame vivir

Yo elegiré la manera”

“Yo soy igual a ti

Tú eres igual a mi”

“Siempre hay más de una visión de la película

Otros modos de mirar

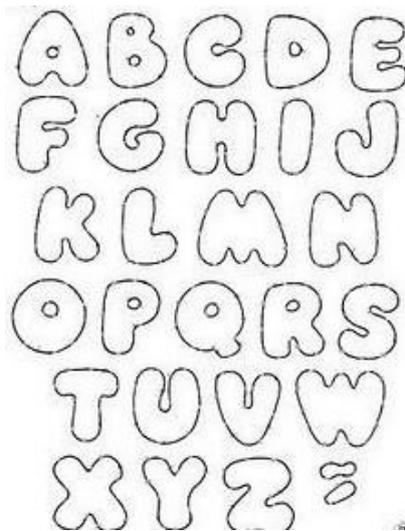
Muchas formas de escribir

Y nadie tiene la verdad

Las voces son infinitas”

Fuente: Torres, D (S.A) Letra de la canción “Iguales”. Recuperado de <https://www.letras.com/diego-torres-musicas/iguales/>.

Esquema 8: Encuentro 3. Actividad 2 “Repensando con collage”



Fuente: Marcano, F (S.A) Letras redondeadas. [Figura] Recuperado de https://ar.pinterest.com/pin/417638565440488885/?nic_v2=1a7chJY7Q.

Esquema 9: Encuentro 3. Actividad 2 “Repensando con collage”

-Cada uno es como es

-Por eso dejame vivir

-Yo elegiré la manera

-Yo soy igual a ti

-Tú eres igual a mi

Fuente: Fuente: Torres, D (S.A) Letra de la canción “Iguales”. Recuperado de <https://www.letras.com/diego-torres-musicas/iguales/>.

Esquema 10: Encuentro 4. Actividad 1 “Lazos invisibles que nos conectan a través de nuestros sentidos”



Fuente: Velasco, J.F [CANTANDOCONTIGOWEB]. (2015, 08, 25). Todos somos distintos. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=dQkWLcXdgl8&feature=emb_title.

Esquema 11: Encuentro 4. Actividad 1 “Lazos invisibles que nos conectan a través de nuestros sentidos”

-Que bonitos todos somos distintos, por eso nos llevamos bien

-Yo sé que tú me aceptas tal como soy

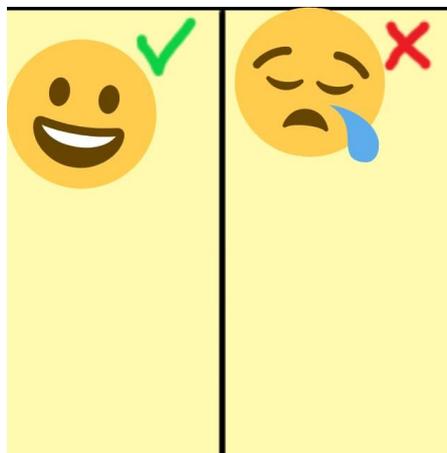
-No me importa como seas, lo que tengas o como te veas, solo importa tu corazón.

-Si el corazón está lleno de amor nos une a los dos.

Fuente: Velasco J.F (S.A) Letra de la canción Todos somos distintos. Recuperado

<https://www.musixmatch.com/es/letras/Juan-Fernando-Velasco/Todos-Somos-Distintos>.

Esquema 12: Encuentro 4. Actividad 2 “Cuestionarse y cuestionarnos”



Fuente: Ad Hoc

Esquema 13: Encuentro 4. Actividad 2 “Cuestionarse y cuestionarnos”

- Te cruzas con un vecino en la calle y lo saludas, pero él te ve y no te saluda.
- Estas en una fiesta, pero ninguno de los invitados te habla
- Estaba triste pero un amigo se sentó a mi lado y escucho mis preocupaciones

- Todos somos distintos
- Charlar con mis familiares o amigos
- La ayuda de mi entorno: amigos, familia, vecinos, pareja, entre otros.
- Ayudar y que nos ayuden
- Comunicarnos
- Socializar
- Aceptarnos a nosotros mismos y aceptar al resto
- Recibir afecto de quienes me rodean
- Cooperación y tareas grupales
- No quiero escucharte
- Falta de apoyo social y familiar
- Aislamiento
- Discriminación
- Falta de comprensión
- Soledad
- Bienestar y redes sociales
- Exclusión y rechazo

Fuente: Ad Hoc

Esquema 14: Encuentro 6. Actividad 2 “La complejidad de la labor codo a codo”.



Fuente: Colectivo por el Derecho a la Salud Mental Córdoba. [Marcha de la Salud Mental]. (2017, 08, 2). Todos somos distintos. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=Tqv6k7hyYdY>.

Esquema 15: Encuentro 6. Actividad 2 “La complejidad de la labor codo a codo”.



Fuente: Ad Hoc

Esquema 16: Matriz de Impacto

CATEGORIA DE ANALISIS	INDICADOR	RESPUESTAS (entrevista individual, entrevista grupal)
Fortalecimiento de las redes sociales y los vínculos con su comunidad y grupos de pertenencia.	Pertenencia a más de un grupo en su comunidad	
	Intercambio social con algún miembro del grupo en el que participa	
Refuerzo de la desmitificación y la deconstrucción de los estigmas en torno a la enfermedad mental.	Reconocimiento de los estigmas existentes respecto a la enfermedad mental en los grupos sociales que los rodean	
	Actitud hacia las connotaciones vinculadas a la enfermedad mental	
Promoción de la libertad de expresión, la autonomía y el derecho a la comunicación	Escucha atenta por parte de distintos grupos sociales	
	Grado de tolerancia ante las diversas significaciones que pueden manifestar los sujetos con padecimiento mental	

Esquema 17: Cuestionario

¿Con cuantas personas suele rodearse en su vida cotidiana?

Muchas – Algunas - Pocas - Ninguna

¿Forma parte de algún grupo social extrafamiliar?

Si - No

¿Cuán a menudo frecuenta este grupo?

Siempre – Casi siempre – A veces – No muy seguido – Nunca

¿Realiza alguna actividad con dicho grupo de individuos?

Si – No

¿Alguna vez se sintió excluido por una persona o varias personas?

Si -No

¿Piensa que en algún momento se le negó la posibilidad de participar en una actividad masiva?

Si – No

¿Cree que las personas con padecimiento mental se encuentran en desventaja en relación al resto de la sociedad?

Si – No

¿Está de acuerdo con la siguiente afirmación: “Las personas con padecimiento mental son estigmatizadas actualmente por distintos grupos sociales”?

Si – No

¿Tienen alguna persona de confianza en tu círculo social a quien puedas contarle tus vivencias sin sentirte juzgado?

Si - No

¿Considera que los demás tienen una actitud de escucha auténtica antes deseos, dudas, experiencias y demás cuestiones que les comentas?

Si – No

¿Cree que quienes lo rodean suelen tolerar sus opiniones?

Si – No

¿Has vivenciado alguna situación en la que sentiste que no podías expresar aquello que pensabas o sentías ya que te negaron esta posibilidad?

Si – No