

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado Plan de Intervención

Licenciatura en Psicología

Abandono Terapéutico en el Hospital San Antonio de Padua

Autor: Rocio Zanlungo

Legajo: PSI03451

Docente Director: Dr. y Mgter. Rubén Pereyra

Río Cuarto, junio, 2021.

En este proceso de enseñanza-aprendizaje existieron personas que me acompañaron, me guiaron y que llenaron mis instantes de felicidad.

A ellos va dedicado este Trabajo de Grado:

A mi familia, que me enseña cada día sobre incondicionalidad en los pequeños y grandes momentos de la vida.

A mis amigos, de quienes aprendí que la belleza de los momentos se da cuando se comparten.

A mis compañeros de la Universidad, hoy también grandes amigos, quienes hicieron que el trayecto fuese inolvidable brindándome la calidez de su presencia.

A mis profesores, quienes me enseñaron sobre el poder de la escucha y de la palabra.

A Juli, de quien aprendí que la alegría es una forma de vida y que el tiempo es lo más valioso que poseemos. Gracias, amiga, por haber iluminado mi vida.

A estas grandes personas, va dedicado este Trabajo.

### El mundo

“El mundo es eso - reveló - un montón de gente, un mar de fueguitos.

Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás. No hay dos fuegos iguales. Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores. Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento, y gente de fuego loco que llena el aire de chispas. Algunos fuegos, fuegos bobos, no alumbran ni queman; pero otros arden la vida con tanta pasión que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca se enciende" Eduardo Galeano

## Índice

Resumen y palabras claves	5
Introducción	6
Línea estratégica de intervención	8
Resumen de la organización	11
Delimitación del problema o necesidad objeto de la intervención	18
Objetivos	21
Justificación	22
Marco Teórico	
Capítulo 1	23
Capítulo 2	27
Capítulo 3	31
Capítulo 4	35
Plan de Acción	37
Encuentro 1	38
Encuentro 2	41
Encuentro 3	43
Encuentro 4	46
Encuentro 5	48
Encuentro 6	51
Diagrama de Gant	52

Recursos	53
Presupuesto	54
Evaluación	55
Resultados esperados	58
Conclusión	59
Referencias	61
Anexo	66

## **Resumen y palabras claves**

El presente plan de intervención corresponde al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21. Luego de un análisis sobre las características del Hospital San Antonio de Padua se ha delimitado la necesidad de abordaje de los pacientes que abandonan el tratamiento. Para ello, se propone el desarrollo de un dispositivo taller para lograr la disminución de esta problemática. Se han planificado un total de 6 encuentros con frecuencia semanal en los cuales se desarrollan actividades en forma pautada para favorecer la adherencia terapéutica, facilitar la comunicación asertiva entre médico y paciente y favorecer redes de apoyo. Al final del mismo, se realizará una evaluación de impacto para valorar los logros obtenidos y efectuar las recomendaciones futuras en dicha institución.

Palabras claves: abandono terapéutico, taller, adherencia terapéutica, redes de apoyo, comunicación asertiva.

## **Introducción**

La OMS sostiene que la salud mental ha estado oculta tras una cortina de estigma y discriminación durante largo tiempo. La magnitud, el sufrimiento y la carga en términos de discapacidad y costos para los individuos, las familias y las sociedades son abrumadores. Las personas afectadas por trastornos mentales son víctimas de violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación, dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas. En los últimos años, el mundo ha tomado más consciencia de esta enorme problemática y del potencial que existe para hacer progresos en salud mental.

Los problemas de adaptación o funcionamiento psicológico constituyen una proporción significativa de la demanda de servicios de salud. Se estima que dichos problemas constituyen la tercera causa de consulta de primera ocasión en los servicios públicos de salud. (OMS)

Se ha observado que los recursos resultan insuficientes si su aplicación no se estudia y vigila cuidadosamente tanto en países "desarrollados" como en los de economía "en transición". Sumado a esta problemática, los pacientes no siempre cumplen o se apegan a su programa terapéutico. Una de las modalidades de esta carencia de adherencia terapéutica es el abandono o deserción de un tratamiento. Esta falta de cumplimiento o adherencia al tratamiento es un problema serio para cualquier componente del sector salud. (Velázquez, Sánchez Sosa., Lara, y Sentiés; 2000)

Las consecuencias negativas de la falta de adherencia impiden el buen control de la enfermedad y pueden llevar al fracaso terapéutico. Algunas de ellas son: empeoramiento de

la calidad de vida del paciente; mayor probabilidad de recaídas; agravamiento de las enfermedades; aumento de la frecuentación de consultas en asistencia primaria, especializada, urgencias, ingresos hospitalarios; incremento de la realización de pruebas diagnósticas o de control innecesarias; aparición de resistencias; mayor virulencia de la patología; aceleramiento de la intensificación de los tratamientos con el consiguiente aumento de reacciones adversas por el uso de medicamentos más potentes y el adelanto de escalones terapéuticos en procesos y aumento de los costos sanitarios. (Rioja Salud)

Es por ello que el aumento de la adherencia terapéutica es un trabajo multidisciplinar que requiere mejorar la comunicación, aumentar la formación, realizar de forma continuada y precisa ayudas y apoyos. Además, requiere cambios en la conducta de los pacientes respecto a cómo se afronta la enfermedad y necesita del compromiso personal de asumir la parte de responsabilidad que les corresponde en los resultados que se consiguen. (Rioja Salud)

Para finalizar, la OMS plantea que aumentar la efectividad de las intervenciones que abordan la adherencia puede tener una repercusión mucho mayor sobre la salud que cualquier mejora de los tratamientos.

Por todo lo expuesto anteriormente es que este trabajo de Graduación consiste en un Proyecto de Aplicación Profesional a través de un Taller Psicoeducativo que busca disminuir el abandono terapéutico. Los beneficios que se espera lograr con el mismo son el de aumentar la adherencia terapéutica, mejorar la comunicación asertiva y generar redes de apoyo para los pacientes de la Institución.

### **Línea estratégica de intervención**

El presente trabajo se realiza en la carrera de Licenciatura en Psicología, específicamente dentro de la materia Seminario Final, y se enmarca en una línea estratégica específica de intervención, la cual es vulnerabilidad y conductas de riesgo en la actualidad.

Por un lado, la vulnerabilidad puede definirse como una capacidad disminuida de una persona o colectivo para anticiparse, hacer frente y resistir ante los efectos o consecuencias de un peligro natural causado por la actividad específicamente humana y/o para recuperarse de las consecuencias del mismo. Por otra parte, las conductas de riesgo son todas aquellas acciones que ponen o pueden poner en peligro el equilibrio de la salud de la propia persona ya sea física o mental. (Canvas, 2019)

Según L. Feito (2007) “ser vulnerable implica fragilidad, una situación de amenaza o posibilidad de sufrir daño. Por tanto implica ser susceptible de recibir o padecer algo malo o doloroso, como una enfermedad, y también tener la posibilidad de ser herido física o emocionalmente.” Además, agrega, que se trata de un término polisémico, con muchos matices que hacen referencia, no obstante, a un denominador común: el daño. El daño puede ser entendido de muy diversos modos, el más evidente es la herida, el dolor. No en vano, el origen del término “vulnerabilidad” proviene del latino “vulnus”, que significa herida, golpe, punzada, y también desgracia o aflicción. Por último, explica que tiene una dimensión de susceptibilidad al daño, que está condicionada por factores intrínsecos y extrínsecos (anclada en la radical fragilidad del ser humano) pero que sin duda es atribuible en buena medida a elementos sociales y ambientales. El énfasis puesto en lo relacional, lo contextual y lo procesual, permite considerar que la vulnerabilidad no es una característica estable e



inmutable y que depende, en parte, de factores que pueden cambiarse sobre los que se puede intervenir. De ahí que ésta sea la clave que sustenta la obligación moral de una acción, preventiva, curativa, social, económica, o de cualquier otra índole, que pueda minimizar, paliar o evitar estas condiciones favorables al daño, estos espacios de vulnerabilidad.

Susana D. Pilnik (2010) sostiene que la búsqueda de respuestas acerca de por qué nos enfermamos nos fuerza a pensar en la relación entre la genética, el medio ambiente y las vulnerabilidades interindividuales en el proceso de enfermar. La autora plantea que la naturaleza nos ha brindado un sistema de defensa frente a la agresión, el cual, si se sostiene en el tiempo, cede y termina enfermándonos.

Define la alostasis como un concepto dinámico, una necesidad a la que se ve forzado el organismo de cambiar los puntos de estabilidad con el fin de mantener una adaptación ante demandas constantemente variables. Es un proceso activo, que implica lograr un nuevo equilibrio.

Continúa explicando que cuando la alostasis es ineficaz o inadecuada o el agente que la motiva se prolonga en el tiempo y no se alcanza la adaptación, se produce una activación desproporcionada o ineficaz, dando lugar a lo que se conoce como “carga alostática”, lo cual puede, a largo plazo, ser causa de patología tanto orgánica como psíquica. La carga alostática podría plantearse como desencadenante en un organismo susceptible y con cierta vulnerabilidad. Es decir que, la respuesta al estrés crónico no contrarregulada o frenada produce una carga alostática que impacta en diferentes sistemas, probablemente en aquellos en los que tenemos mayor vulnerabilidad.

Por otra parte, Adès y Lejoyeux (2004) definen a la conducta de riesgo como la búsqueda repetida del peligro, en la que la persona pone en juego su vida. Plantean que estas conductas, diferentes de las acciones peligrosas o arriesgadas realizadas cuando las circunstancias lo exigen, reflejan una atracción por el riesgo y, en especial, por las sensaciones fuertes relacionadas con el enfrentamiento, con el peligro y la muerte. Agregan, además, que los enfoques psicodinámicos subrayan el papel de la búsqueda de una autodestrucción (a veces casi el equivalente de una conducta suicida o de afectos depresivos) para los cuales la conducta de riesgo puede constituir un modo de defensa.

## **Resumen de la organización**

El Hospital Regional de Río Cuarto se creó en el año 1948 con el gobierno de Domingo Perón, el cual tenía dependencia nacional. En ese entonces, era Ramón Carrillo quien se encontraba como ministro de Salud; fue él quien generó una gran transformación en la Salud Pública, ya que poseía una concepción social de la medicina. (Canvas, 2019)

Por un lado, la misión del HSADP es atender la salud de la población en general; para cumplir con la misma, las acciones son preponderantemente de prevención, asistencia y rehabilitación de las enfermedades de mediana y alta complejidad. (Canvas, 2019).

Por otro lado, en cuanto a la visión, se orientan a preservar la salud como condición ineludible con la finalidad de evitar enfermedades, sin perder de vista las condiciones y calidad de vida de la población. (Canvas, 2019).

Además, el abordaje de la problemática psicopatológica tiene un carácter holístico, integral e integrador porque se entiende que el ámbito social y cultural de pertenencia del paciente es el lugar donde la problemática subjetiva emerge. (Canvas, 2019).

De acuerdo a Canvas (2019) la institución nombrada se ubicaba al sur de la ciudad, en la calle General Mosconi 486, barrio Las Ferias. En ese entonces, funcionaba como un Hospital de nivel dos, y ofrecía prestaciones de baja y mediana complejidad. Poseía 4 especialidades básicas: clínica médica, cirugía, pediatría y tocoginecología.

Con el pasar del tiempo, comenzaron a incluirse otras, entre ellas el Servicio de Salud Mental que se habilita en el año 1969 gracias al doctor Lucero Kelly, médico psiquiatra, quien realizó las gestiones en el Instituto Nacional de Salud Mental para lograr este propósito.

Este servicio fue uno de los primeros que se creó en el interior del país. A pesar de encontrarse dentro del mismo predio del hospital, funcionó de manera independiente y contó, desde sus inicios, con un perfil multidisciplinario que incluía a psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, técnicos en electroencefalogramas y personal de enfermería. (Canvas, 2019)

En el año 1978, con el gobierno de facto, se dispuso transferir todo el hospital general a jurisdicción provincial y la dirección del hospital fue intervenida y asumida por un médico militar. En el marco de este proceso, se produjo el traslado de manera repentina de todo el mobiliario, los recursos humanos y los pacientes del Servicio de Salud Mental hacia el Hospital San Antonio de Padua y fue así como dejó de funcionar como una entidad independiente. 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. Debido a este hecho y a la apertura democrática comenzó a darse un importante crecimiento en el servicio ya que la atención comunitaria y el área de Rehabilitación se plantearon con estrategias terapéuticas no tradicionales (teatro, talleres literarios, artesanías, huerta, etcétera.) (Canvas, 2019).

Como se explica en Canvas (2019) en el año 1993, hubo un cambio en la denominación del Servicio de Salud Mental el cual pasó a llamarse Unidad Programática de Salud Mental del Sur (con dependencia directa del Ministerio de Córdoba) tomando como base a nuevo enfoque que se conoce con el nombre de “democratización de la salud mental”. Ese mismo año, además, se incorporó la RiSaM (Residencias Interdisciplinarias en Salud

Mental). En el año 1997, debido a una crisis administrativa pública a nivel provincial, la unidad programática pasó a transformarse en un Servicio más del Hospital Central de Río Cuarto.

En el año 2004, el Hospital se trasladó a una nueva Sede en el oeste de la ciudad (en la calle Guardias Nacionales 1027), exceptuando el Servicio de Salud Mental el cual continuó funcionando en el viejo predio, pero con total dependencia del hospital general. Años más tarde, en el 2011 se crearon dos nuevas áreas en el servicio: Hospital de Día e Intervención en Comunidad. (Canvas, 2019).

En septiembre de 2014, el Dr. Héctor Schiaroli, en ese momento director del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, ordenó el traslado del Servicio de Salud Mental (con funcionamiento en calle Gral. Mosconi 426) al edificio central en calle Guardias Nacionales 1027. (Canvas, 2019).

Actualmente, en el hospital en general trabajan aproximadamente 780 personas, incluidos los profesionales residentes. Particularmente, en el Servicio de Salud Mental trabajan 15 personas: 9 pertenecen a personal de planta, 5 son contratados y 1 corresponde a locación de servicio (factura al hospital por las prestaciones que brinda). Estos profesionales son de diferentes disciplinas: psiquiatría, psicología, psicopedagogía, trabajo social y enfermería. Entre ellos, 8 son médicos psiquiatras, 2 son psicopedagogas y 5 son psicólogas. La jornada laboral de los profesionales es de 35 horas semanales. Además, en el Servicio, 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. Hoy en día, diez

profesionales se encuentran realizando su residencia: una de psiquiatría, cuatro de psicología, tres de trabajo social y dos de enfermería. (Canvas, 2019).

De acuerdo a Canvas (2019) la tendencia en los últimos 13 años ha sido promover prácticas de salud en la comunidad. Uno de los hechos más notorios es el cambio de estatus de la internación, que pasa a ser un recurso más dentro de un amplio espectro de herramientas para el abordaje del padecimiento psíquico. Esta política tiene un enfoque y le da especial atención a los derechos humanos. Se desalientan las prácticas de encierro, castigo y violencia subjetiva conocidas como modelo manicomial.

En lo que refiere a las modalidades de atención, existen dos ejes de acción: la asistencia a pacientes con cuadros psicopatológicos definidos y la demanda de interconsulta y trabajo disciplinar. Por otro lado, existen distintos sistemas de atención. (Canvas, 2019).

En primer lugar, se encuentra la modalidad de asistencia por guardia la cual funciona todos los días de la semana, las 24 horas y se encarga de la atención de casos de urgencia. (Canvas, 2019).

En segundo lugar, se encuentra la atención ambulatoria la cual comprende: la asistencia por consultorio (está a cargo de profesionales de psiquiatría y psicología mediante consulta individual) y el grupo terapéutico (está coordinado por dos psicólogas y una médica psiquiatra, se lleva a cabo una vez por semana, se reúnen entre 3 a 12 personas). (Canvas, 2019)

En tercer lugar, se encuentra la sección infanto juvenil (atiende la salud mental del niño desde su nacimiento hasta los 18 años). (Canvas, 2019).

En cuarto lugar, se encuentra la internación que se da ante una crisis aguda o cuando la persona sufre una descompensación en su cuadro psicopatológico. Se espera que el periodo de internación sea breve, lo cual depende del tiempo de recuperación de cada paciente. (Canvas, 2019).

Por último, se encuentra la sección comunitaria, la misma se trata de estrategias preventivas de acción pusieron en evidencia su lugar relevante en la reducción de la demanda hospitalaria teniendo como base la promoción de otros recursos. El agente de salud mental comunitaria es considerado un generador de cambios quien se basa en la detección de potencialidades y en la promoción de las mismas, como así también en la transformación de los modos de interpretar, enfrentar la realidad y accionar ante ella. Se presenta como un posibilitador y facilitador. (Canvas, 2019).

La intervención comunitaria comenzó a funcionar en el año 2011. Su creación se fundamentó en la necesidad de impulsar un modelo focalizado en la relevancia de la comunidad para la promoción y el sostenimiento de la salud, teniendo como base la atención primaria de la salud (APS). La Intervención Comunitaria en salud mental tiene como objetivo promover todas las acciones tendientes a lograr una atención participativa accesible que permita realizar tareas de prevención con compromiso comunitario con vistas a la integración e inclusión social. (Canvas, 2019).

Por último, el enfoque de abordaje es interdisciplinario; por lo tanto, actualmente el equipo se compone de 2 profesionales, un médico psiquiatra (coordinador de Intervención Comunitaria) y una psicóloga. Sin embargo, debido a que la cantidad de recursos humanos con la que cuenta el servicio resulta insuficiente para cubrir todas las tareas y demandas de

atención no hay profesionales del mismo con dedicación exclusiva para este sistema de atención. La externación de pacientes es uno de los ejes sobre los que se trabaja desde Intervención en Comunidad. (Canvas, 2019).

Por último, se encuentra Hospital de Día, un dispositivo terapéutico grupal que se inicia con la intención de crear un nuevo espacio terapéutico intermedio entre la hospitalización completa y la asistencia por consultorio externo. Se trabaja de manera interdisciplinaria. Busca lograr la restitución psicológica, social y familiar de las personas con algún padecimiento psíquico y evitar la exclusión familiar y/o social. Está pensado para personas mayores de 18 años, con residencia en la ciudad de Río Cuarto o región sur de la Provincia de Córdoba que se encuentren en tratamiento y permanecen estables en su afección o cuadro psicopatológico. Se realiza un abordaje desde la salud, centrándose en los aspectos saludables del paciente, acompañándolo en el descubrimiento de sus recursos personales, sus potencialidades y sus propias capacidades. La idea es que los usuarios puedan tener una actitud activa, lograr autonomía e independencia. (Canvas, 2019).

Actualmente, los profesionales del Servicio de Salud Mental que trabajan en este dispositivo son 2 psiquiatras y 2 psicólogas; el mismo, funciona de lunes a viernes, con modalidad de media jornada, de 8 a 13 horas. Se basa en la modalidad de talleres disciplinares que tienen una finalidad terapéutica; actualmente se encuentran funcionando: taller de lectura de diarios, deporte y recreación, arte, teatro, comunicación, estimulación cognitiva, autogestión, autocuidado, folklore, asamblea de pacientes, actividades de la vida cotidiana. Para fomentar la inclusión social, cuenta con diferentes recursos de comunicación masiva, difusión y participación en eventos que favorecen su contacto con la sociedad en general.





### **Delimitación de la problemática objeto de intervención**

A partir de la lectura minuciosa del Material provisto por Canvas (2019) de la institución del Hospital San Antonio de Padua, se observan distintas problemáticas: falta de profesionales, sobrecarga laboral de los mismos, abandono de los tratamientos/internaciones de los pacientes, dificultades en la reinserción social de los pacientes, falta de espacios y ambientes para el Equipo de Salud Mental, dificultad en el seguimiento de los sujetos dados de alta, poca capacidad para pacientes en el área de internación y bajos ingresos por parte del estado.

Aquellos problemas que pueden ser trabajados desde la psicología son: por un lado, los que respectan al el equipo de Salud Mental la sobrecarga laboral; por otro lado, los relacionados a los pacientes: el abandono de los tratamientos/internaciones, la dificultad de reinsertarse socialmente y el bajo seguimiento de los mismos una vez dados de alta.

Se tomará para el desarrollo del presente Trabajo la problemática del abandono del tratamiento/internación de los pacientes del área de Salud Mental. En Canvas (2019) se explica que “en un 80 %, la salida se produce debido al alta; sin embargo, en menor medida, puede ocurrir por derivación o abandono de la internación”. También luego agrega que en el área intervención en Comunidad (que se encarga de la externación del paciente) no existen profesionales con dedicación exclusiva, debido a que la cantidad de recursos humanos con la que cuenta, el servicio resulta insuficiente para cubrir todas las tareas y demandas de atención.

Gavino y Godoy definen la situación de abandono terapéutico como una interrupción del tratamiento antes de alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos. (Méndez, M.; Sánchez, R.; Nieto, M., 2012). Estos dos autores, además, explican cuales son las causas que provocan este hecho, entre ellas nombran: el motivo de consulta comienza a ya no preocupar, aparece el consejo de otro profesional de una corriente teórica distinta, existe un cambio de ciudad del cliente, surge una desmotivación por la terapia, hay un incumplimiento de las instrucciones, tienden a relativizar el problema, surgen mejorías temporales, existe una tardanza en conseguir objetivos, hay una negación a tocar algunos temas o surge una falta de rapport con el terapeuta. (Campaña, B. 2012)

Por otra parte, la OMS (2003) sostiene que el incumplimiento del tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares, el VIH/SIDA o la depresión, conforman un problema mundial de gran magnitud que tiende a aumentar a medida que lo hace la carga mundial de enfermedades crónicas. En conjunto, las enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, los trastornos mentales, el VIH/SIDA y la tuberculosis representaron el 54% de la carga mundial de morbilidad en 2001, y se prevé que superarán el 65% en 2020. El Dr. Eduardo Sabaté, funcionario médico de la OMS, sostiene que una mayor observancia de los tratamientos no representa una amenaza para los presupuestos de la asistencia sanitaria. Por el contrario, el cumplimiento de los tratamientos prescritos producirá una importante reducción del presupuesto general para la salud, debido a la reducción de la necesidad de intervenciones más caras, como las hospitalizaciones frecuentes y prolongadas, el uso innecesario de los servicios de urgencia y los costosos servicios de cuidados intensivos. Por

último, la OMS (2003) afirma que los sistemas de salud no permiten que los profesionales sanitarios respalden los cambios de comportamiento de los pacientes, función para la cual no han sido diseñados.

Velázquez, R., Sánchez, J., Lara, M. y Sentiés, H. (2000) realizaron un estudio sobre los motivos del abandono del tratamiento psiquiátrico. Analizaron 314 expedientes clínicos (177 mujeres y 137 hombres). Produjeron un análisis retrospectivo que cubrió siete años. Los resultados revelaron un porcentaje acumulativo de abandono del tratamiento superior a 70% sin tendencias atribuibles a edad, sexo o lugar de residencia. Los motivos de abandono más frecuentes incluyeron los siguientes: sentirse mejor (19.6%), atenderse en otra institución (17.4%), falta de recursos económicos (10.9%), motivos no tipificados (7.6%), efectos colaterales de medicamentos prescritos (6.5%) y maltrato del tratante (6.5%). Se destaca la necesidad de diseñar e instrumentar intervenciones psicológicas para mejorar la atención y promover la adherencia terapéutica.

El paciente que consulta generalmente posee ya un grado de vulnerabilidad; el abandono del tratamiento puede generar un aumento de la misma así como también producir o añadir nuevas conductas de riesgo. Diversas investigaciones (Campaña, B., 2012) sostienen que tras la cesación del tratamiento la persona presenta una agudización en su patología de base. También puede surgir otro trastorno que lleva al sujeto a la comorbilidad. A su vez, la institución elegida, el Hospital San Antonio de Padua, trabaja sobre la vulnerabilidad del paciente que llega a la consulta y/o busca prevenir (a través de la atención primaria) la misma. Además, trata a las personas que tienen conductas de riesgo y también busca evitarlas ya que estas pueden generar en el sujeto daño psíquicos y/o físicos.

## **Objetivos**

### **General**

Atenuar la incidencia del abandono terapéutico en pacientes de Salud Mental del Hospital San Antonio de Padua a través de un dispositivo grupal.

### **Específicos**

Favorecer la adherencia terapéutica.

Facilitar la comunicación asertiva entre médico y paciente.

Favorecer redes de apoyo.

## **Justificación**

La OMS (2004) sostiene que 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta (más de 150 millones de personas sufren de depresión en un momento dado; cerca de 1 millón se suicidan cada año; Alrededor de 25 millones de personas sufren de esquizofrenia; 38 millones están afectadas por la epilepsia; y más de 90 millones sufren de trastornos causados por el uso de alcohol y las drogas) También, explica que una de cada cuatro familias tiene, por lo menos, un miembro afectado por un trastorno mental y que los mismos miembros son los cuidadores primarios de estos sujetos. La magnitud de la carga en la familia es difícil de justipreciar, y por eso es frecuentemente ignorada. Además de los costos de salud y sociales, las personas afectadas por trastornos mentales son víctimas de violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación (dentro y fuera de las instituciones psiquiátricas). Es por ello que propone como solución una combinación adecuada de programas de tratamiento y prevención (en los marcos de estrategias públicas generales) para evitar años vividos con discapacidad e, incluso, la muerte prematura, para reducir el estigma que rodea a las enfermedades mentales, aumentar considerablemente el capital social, ayudar a reducir la pobreza y a promover el desarrollo del país. Por último, da a conocer que existe una brecha considerable entre las necesidades de atención de los trastornos mentales y los recursos disponibles. Plantea que en países desarrollados (que cuentan con sistemas de atención bien establecidos) entre el 44% y el 70% de las personas con trastornos mentales no reciben tratamiento. En los países en desarrollo estas cifras son aún mucho más sorprendentes y llegan casi al 90%. Es por ello que el tratamiento y la adherencia al mismo se hacen indispensables en este grupo de la sociedad vulnerable.

## Marco Teórico

### Capítulo 1: “Otra pandemia oculta: el abandono terapéutico”.

Según la OMS (2004), el abandono del tratamiento a largo plazo de las enfermedades crónicas en los países desarrollados promedia 50%; en los países en desarrollo, las tasas son aún mayores. Dentro de las mismas, son las enfermedades no transmisibles y los problemas de salud mental las que prevalecen en los países en desarrollo, donde representaron hasta 46% de la carga total de enfermedad para 2001, y se estima que ascenderán a 56% para el año 2020.

Gómez, R. (2016) explica que a pesar de que el abandono terapéutico constituye un problema generalizado y que tiene importantes repercusiones en los resultados clínicos, no se comenzó a tratar como tema científico hasta la década de los 70. Agrega que el incremento del interés por el estudio del abandono terapéutico estuvo y está determinado por influencias tanto de carácter social, como económicas y clínicas. Fue a partir de ese momento que aparecieron numerosas publicaciones dedicadas a esta problemática específica.

El autor, Gómez R. (2016), continúa expresando que el problema del abandono o falta de adherencia al tratamiento ha sido definido de diferentes formas por los distintos autores. Entre las clasificaciones de abandono terapéutico propuestas, aquella que ha tenido una mejor consideración fue la realizada por Goodwin y Jamison (1990) (a la que, posteriormente, Gaebel en 1997 añadió otras tres categorías). Las pautas son:

a) Cumplimiento total: evidencia total por parte del paciente y otras personas significativas de que el régimen terapéutico ha sido llevado a cabo tal como se prescribió.

b) No cumplimiento parcial: evidencia por las mismas fuentes que en el caso anterior de que algunas prescripciones, pero no todas, se han cumplido consistentemente, o que todas se han cumplido de forma intermitente.

c) No cumplimiento total: evidencia de discontinuidad completa de la terapia.

Como expresó Gómez, R. (2016) posteriormente, Gaebel (1997) diferenció varios tipos de no cumplimiento, incluyendo entre ellos: el rechazo al tratamiento (el paciente no quiere ni siquiera iniciar un tratamiento, rechazando todo tipo de indicación o ayuda por parte del profesional), la discontinuidad de la terapia (interrupción del tratamiento por parte del paciente sin acordarlo con el profesional responsable o en contra del consejo del mismo) y las irregularidades en el tratamiento (pacientes que no cumplen con las advertencias clínicas tal y como han sido prescritas).

“Al fin y al cabo, el cumplimiento y el no cumplimiento de la terapia forman un continuo en el que los extremos representan los abandonos en un lado y los pacientes con completa adhesión terapéutica en el otro, mientras que el grupo irregular, es decir aquellos pacientes que no cumplen bien con el tratamiento pero que no lo abandonan, se sitúa en el espacio existente entre ambos extremos”. (Muñoz, 2004).

Durante los últimos decenios se presenciaron varias fases en el desarrollo de los enfoques encaminados a lograr que los pacientes siguieran el tratamiento de las enfermedades crónicas durante períodos largos. Al principio, se pensó que el paciente era la causa del “problema de cumplimiento”. Posteriormente, se abordó también la función del personal



asistencial. En la actualidad, se reconoce que se requiere un enfoque de sistemas. (OMS, 2004)

Es por ello, que hoy en día se sostiene que la capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima con frecuencia se ve comprometida por varias barreras, generalmente relacionadas con diferentes aspectos del problema. Estas son: los factores sociales y económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente. (OMS, 2004)

Además, la OMS (2004) sostiene que la relación entre el paciente y el prestador de asistencia sanitaria debe ser una asociación que recurra a las capacidades de cada uno. Agrega que la calidad de la relación de tratamiento se ha identificado como un determinante importante de la adherencia terapéutica. Las relaciones de tratamiento efectivos se caracterizan por una atmósfera en la cual se exploran medios terapéuticos alternativos, se negocia el régimen, se trata la adherencia terapéutica y se planifica el seguimiento.

Por otra parte, la OMS (2004) enumera los riesgos y consecuencias que surgen por el abandono del tratamiento. Entre ellos encontramos, en primer lugar, recaídas más intensas. En segundo lugar, existe mayor posibilidad de dependencia, ya que muchos medicamentos pueden producirla en forma grave si son tomados incorrectamente. En tercer lugar, se encuentra la abstinencia y el efecto rebote ya que cuando un medicamento se suspende o interrumpe bruscamente pueden ocurrir efectos adversos y posible daño. En cuarto lugar, se encuentra la posibilidad de desarrollar resistencia a los tratamientos. En quinto lugar, existe el riesgo de toxicidad que puede darse por el sobreuso de medicamentos. En último lugar (y

no por ello menos importante) existe probabilidad aumentada de accidentes debido a que muchos medicamentos deben tomarse junto con cambios del modo de vida (siendo así una medida preventiva).

Sostiene que es importante además de la relación médico-paciente, que prestar efectivamente atención a los procesos crónicos requiere que el paciente, la familia y la comunidad desempeñen una función activa. Se ha informado sistemáticamente que el respaldo social es un factor importante que influye en los resultados de salud y los comportamientos. (OMS, 2004).

Para finalizar, la OMS (2004) sostiene que la capacidad de los pacientes para seguir los planes de tratamiento de una manera óptima con frecuencia se ve comprometida por varias barreras: los factores sociales y económicos, el equipo o sistema de asistencia sanitaria, las características de la enfermedad, los tratamientos y los factores relacionados con el paciente. Es por ello que para solucionar esta problemática, es necesario resolver los problemas relacionados con cada uno de estos factores.

## **Capítulo 2: “La población más vulnerable: trastorno mental y abandono de tratamiento”**

Antes de analizar el concepto de trastorno mental y paciente, es necesario definir el término de Salud. Según la OMS (2001) se trata de un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. Cuando se habla de salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos.

La salud mental, la física y la social están íntimamente imbricadas. Desafortunadamente, en la mayor parte del mundo, no se le acuerda a la salud mental y a los trastornos mentales la misma importancia que a la física; en rigor, han sido más bien objeto de ignorancia o desatención. (OMS, 2001)

Según el DSM V (2013) un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Agrega que además, habitualmente, están asociados a un estrés significativo o a discapacidad, social, laboral u otras actividades importantes. Sin embargo, el diagnóstico de trastorno mental no equivale a una necesidad de tratamiento. La misma, es una decisión clínica compleja que debe tomar en consideración la gravedad del síntoma, su significado, el sufrimiento del paciente, la discapacidad que implican dichos síntomas, los riesgos y beneficios. Los trastornos mentales se definen en

relación a las normas y valores culturales, sociales y familiares. La cultura es la que proporciona marcos interpretativos que dan forma a la experiencia y expresión de los síntomas, signos y comportamientos que constituyen criterios para el diagnóstico. Es por ello que, los límites entre la normalidad y la patología de determinados tipos de comportamientos varían de una cultura a otra. Los umbrales de tolerancia de determinados síntomas o comportamientos difieren entre culturas, entornos sociales y familias.

Actualmente, cerca de 450 millones de personas están afectadas por un trastorno mental o de la conducta. De acuerdo con la Carga Global de las Enfermedades, el 33% de los años vividos con discapacidad (medida de carga de la enfermedad global, expresado como el número de años perdidos debido a enfermedad, discapacidad o muerte prematura) son causados por los trastornos neuropsiquiátricos. Según el Informe sobre la Salud, tres de los 10 factores de riesgo principales imputables a la carga mundial de las enfermedades, eran de naturaleza mental y/o conductual, mientras que otros tres están significativamente afectados por factores mentales y/o conductuales como el sobrepeso, la alta presión arterial y el alto colesterol. (OMS, 2004)

Las personas con trastornos mentales con frecuencia sufren un amplio espectro de violaciones de sus derechos humanos y de estigma social. En muchos países, esas personas tienen acceso limitado a la atención de salud mental que requieren, dado que no cuentan con servicios en su área de residencia o porque son escasos en todo el país. (OMS, 2004)

El Secretario General de las Naciones Unidas, Annan, K. (2001) sostiene:

“cuando estamos enfermos, trabajar es difícil y el aprendizaje es aún más duro. La enfermedad embota nuestra creatividad, limita las oportunidades. A menos que se prevengan las consecuencias de la enfermedad, o que al menos se las reduzca al mínimo, la enfermedad mina a las personas y las lleva al sufrimiento, la desesperanza y la pobreza.”

Continuando con esta idea, la OMS (2004) sostiene que la pobreza puede entonces considerarse un determinante importante de los trastornos mentales, y viceversa. De tal manera que ambos aparecen unidos en un círculo vicioso.



Esquema 2: Pobreza y trastornos mentales. (OMS, 2004).

Un estudio realizado en México arrojó información puntual sobre los pacientes que abandonan el tratamiento. En términos generales, se calcula que entre el 30% y 50% que solicitan consulta, no asisten a la misma. Se ha concluido que las causas se deben a una

compleja interrelación entre variables tales como demográficas, clínicas y las relacionadas con el sistema de atención. Los resultados que presentó el mismo fueron que los pacientes que más desertan son de sexo femenino. Sobre la edad, el promedio es de 42.7 años. El diagnóstico que prevaleció en primer lugar fue el de trastornos afectivos, seguido en segundo lugar por esquizofrenia, estados esquizotípicos y trastornos delirantes, en tercer lugar se encuentran los trastornos mentales orgánicos y por último los trastornos secundarios al consumo de sustancias. Las causas por las que se abandonan están relacionados con factores económicos (dificultad para comprar los medicamentos y trasladarse al instituto) y con problemáticas relacionadas con el mismo paciente. (Ávila, M., Rosales, M., García, F., Cisneros, C., 1997).

### **Capítulo 3: “El abandono del tratamiento: consecuencia y causa de la vulnerabilidad”.**

Ruiz (2009) comenta que existe una dura controversia sobre la pertinencia o no de emplear los vocablos “cumplimiento”, “abandono” y “adherencia” para designar el éxito o fracaso en la viabilidad de un tratamiento. Sobretodo, el término “cumplimiento” tiene significaciones pasivizantes para el paciente que sugieren la búsqueda de otras palabras más pertinentes, que connoten una participación activa y dinámica del sujeto quien pasa a ser agente de su tratamiento.

. El abandono constituye un proceso complejo determinado por múltiples componentes: específicos del individuo, el trastorno mental que éste padece, la terapia proporcionada por el profesional y el contexto terapéutico en el que se desarrolla. Es por ello que para tener una visión completa del fenómeno de abandono es necesario conocer tanto los factores implicados como las consecuencias de la interrupción de la terapia y, aunque no es tarea fácil, controlar, organizar y analizar la interrelación de las variables que conducen al mismo. (Gómez, 2016)

Se podría decir que el abandono terapéutico puede producirse en tres formas: a) de manera imprevista y no avisada por el cliente; b) avisando previamente a su terapeuta; o c) ambos, terapeuta y cliente, pueden llegar a un acuerdo para finalizar el mismo. De esta manera se establece un continuo gradual de menos a más fracaso terapéutico dependiendo de la forma que el abandono haya tenido lugar. (Gómez, 2016)

Ciertos autores como Murdock y Edwards indican que hay una tendencia de los terapeutas a considerar el abandono como mejoría o como manifestación de dificultades del

cliente no relacionadas con el proceso terapéutico. Nombraron a este fenómeno sesgo de autoservicio que se caracteriza por ser egosintónico y estar destinado a proteger el autoconcepto. (Gómez, 2016)

Castillo et al hacen un resumen de las causas más frecuentes de abandono de la psicoterapia y recogen, entre otras, las siguientes: bajo estatus socioeconómico, escasa motivación, gravedad y cronicidad del trastorno psicopatológico, débil alianza terapéutica, exceso de actividad verbal del terapeuta (incluso factores como la inmigración o la etnia también han sido evaluados) (Ruiz, 2009)

Es por ello que en las investigaciones sobre abandono terapéutico las variables más ampliamente estudiadas han sido, y continúan siendo, las relacionadas con factores demográficos. En referencia a la edad la mayor parte de los autores sostienen que la juventud de los pacientes influye de forma negativa en la adherencia al tratamiento siendo los adultos de edad avanzada y los ancianos los que tienden a abandonar menos. En relación al género un gran abanico de autores afirma que el sexo es uno de los factores determinantes, siendo las mujeres menos propensas que los hombres a abandonar su tratamiento. Sin embargo, otros autores han encontrado los resultados contrarios. En lo que respecta al estado civil, la mayoría de los investigadores están de acuerdo en señalar que los pacientes solteros “cumplen” menos que los casados. Por otra parte, el bajo nivel socioeconómico está claramente relacionado con la terminación prematura del tratamiento. Ligado a este último factor, aparece emparejado con frecuencia un bajo nivel educativo, que también está asociado con problemas en la adherencia al tratamiento. (Gómez, 2016)



Hay estudios que constatan cada vez más la importancia de la alianza terapéutica como predictor del abandono. La misma, es un componente fundamental del proceso terapéutico (Gómez, 2016). Thompson, L. y McCabe, R. (2012) sostienen que la comunicación colaborativa y la inclusión de la perspectiva del paciente en relación con las decisiones de tratamiento, es decir, la toma de decisiones compartida, ha surgido como un componente fundamental en la política de salud mental. La alianza y la comunicación médico-paciente se asocian con una adherencia más favorable del paciente. La investigación adicional de la comunicación calificada por observadores facilitaría mejor la aplicación de los hallazgos en la práctica clínica. El establecimiento de un acuerdo sobre las tareas del tratamiento, la utilización de estilos colaborativos de comunicación y la discusión de los detalles del tratamiento pueden ser importantes para que los médicos promuevan la cooperación con los regímenes. El acuerdo sobre las tareas del tratamiento, la participación colaborativa y la regularidad del contacto con los médicos, por ejemplo, emergen como elementos "activos" de la alianza.

Por otra parte, diversos estudios sostienen que la entrevista motivacional se perfila como un instrumento a tener en cuenta y que puede ser útil para impulsar estrategias de prevención en psiquiatría, suponiendo un importante cambio ante la clásica actividad profesional de "dar consejo". La motivación ante el tratamiento prescrito es un factor pronóstico de buen cumplimiento. Este tipo de entrevista fue ideada por William Miller y Steve Rollnick en 1991, con la intención de trabajar la motivación, centrándose en el paciente, ayudándolo a resolver contradicciones sobre conductas o hábitos insanos y a

desarrollar habilidades propias utilizando para ello preguntas abiertas, escucha reflexiva, ofreciendo soporte, resumiendo y generando frases auto-motivacionales. (González, 2007)

#### **Capítulo 4: “El dispositivo grupal:**

El vocablo “dispositivo”, en términos generales, significa artificio, mecanismo, artefacto, órgano o elemento de un sistema. Tiene la finalidad de producir y/o abrir un área de observación de un determinado fenómeno que está en consonancia con un objetivo. (Muzlera; Guidolín; Kahane de Gordon; Puebla, 2012)

Para Kaës existen cuatro elementos que son condición para que se produzca una situación psicoanalítica grupal: primero, las invariantes del encuadre. Segundo, la formación de los fenómenos de la transferencia. Tercero, la construcción de un discurso asociativo por efecto de la regla de la asociación libre. Y cuarto, el lugar y la función del psicoanalista en esta situación. (Muzlera et. Al 2012)

Para Kaës el concepto de “trabajo psíquico grupal” alude a un proceso de transformación. Este trabajo psíquico impuesto por el hecho de la intersubjetividad está conformado por: la posibilidad de investir libidinalmente a otro y transformarlo en alguien significativo; por los procesos identificatorios, introyectivos, que permiten mantener vínculos psíquicos con los objetos; por las renunciadas a la descarga directa de las pulsiones y por la operatoria de dar sentido e interpretar. (Muzlera et. Al 2012)

Cada dispositivo se construye permitiendo procesar determinados fenómenos y no otros. A esta cualidad se la ha denominado “visibilidad o invisibilidad” del dispositivo, en la medida en que, por su diseño, ilumina, hace visibles, determinados aspectos de la realidad psíquica grupal y deja en la oscuridad otros. (Muzlera et. Al 2012)

Ander- Egg (1991) reconoce en el taller una estrategia pedagógica basada en la acción protagónica libre, responsable y placentera, en la que se elabora y se transforma algo para ser utilizado. El taller es un tiempo y espacio para la vivencia, la reflexión, la conceptualización; como un momento de síntesis del pensar, sentir y hacer, en el que se aprende haciendo. Como un lugar de vínculo, comunicación y, por tanto, un lugar social de objetos, hechos y conocimientos. Se basa en una metodología participativa, es una pedagogía de la pregunta, tiende al enfoque sistémico y existe una tarea en común.

Los talleres psicoeducativos resultan un dispositivo preventivo por excelencia, apuntan a la transmisión y elaboración de información que intenta influenciar un proceso de cambio. Por medio de los mismos se busca potenciar las capacidades y recursos propios de las personas, en pos de su salud y su bienestar. A partir de diversas investigaciones se ha logrado dar cuenta de los procesos de transformación observados a partir de ciertas intervenciones psicoeducativas. (Miracco, M., Scappatura, M.L., Traiber, L., De Rosa, Lo., Arana, Fernan, A., Partarrieu, A., Galarregui, Ma., Nussold, P. y Keegan, E. 2012)

## Plan de Acción

### Actividades

Se presenta el Plan de Acción correspondiente a la materia Seminario Final de Psicología de la Universidad Siglo 21 en el cual se propone un Dispositivo Grupal Psicoeducativo que constará de 6 encuentros, con frecuencia semanal y con una duración de seis semanas. A continuación se detallan las actividades del mismo.

Línea estratégica de la Intervención	Problema o necesidad de la intervención	Objetivo General	Objetivo Específico	Encuentros	Actividades
Vulnerabilidad y conductas de riesgo.	Abandono del tratamiento.	Atenuar la incidencia del abandono terapéutico en pacientes de Salud Mental del Hospital San Antonio de Padua a través de un dispositivo grupal.	Favorecer la adherencia terapéutica.	Encuentro 1	1
				Encuentro 2	2
				Encuentro 3	1
				Encuentro 4	2
			Facilitar la comunicación asertiva entre médico y paciente.	Encuentro 1	1
				Encuentro 2	2
				Encuentro 3	1
				Encuentro 4	2
			Ejecutar entrevistas motivacionales	Encuentro 5	1
				Encuentro 6	2
				Encuentro 7	1
				Encuentro 8	3

## Encuentro N 1

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

**Tema:** Presentación

**Objetivo general del encuentro:** dar la bienvenida a los pacientes y explicar el motivo del taller así como también brindar un primer acercamiento sobre el abandono terapéutico.

**Actividad 1:** Tu nombre, mi nombre, su nombre.

**Materiales:** sillas, papel de color de 10x5 cm, lapiceras y ganchitos.

**Tipo de Estrategia:** puesta en común.

**Tiempo Estimado:** 30 minutos.

**Instrucciones del coordinador:**

1. Se espera que todos los usuarios del dispositivo estén presentes en el salón para comenzar.
2. Se da la bienvenida en forma general. Se comenta el nombre del taller así como también se presenta a cada coordinador.
3. Se les pide que formen un círculo con las sillas.
4. Una vez formado el mismo, se le entrega un papel y una lapicera a cada uno de ellos.
5. Se les pide que escriban su nombre en la parte superior de la hoja.
6. Luego, se les pide que escojan al menos una letra de su nombre y formen un adjetivo calificativo positivo de su persona y los escriban al otro lado de la hoja.

7. Luego de 10 minutos, se pide silencio y orden y se les pregunta si hay alguien que desee comenzar contando cómo se llama y qué adjetivos escribió.
8. A medida que van comentando y presentándose, se le entrega el ganchito para que se enganchen su nombre en la remera/sweater/campera. Esto permitirá saber quién ya se presentó y quién no y facilitará reconocer al otro más fácilmente.

**Actividad 2:** Una palabra, muchos significados.

**Materiales:** sillas, papel y lápiz.

**Tipo de Estrategia:** puesta en común.

**Tiempo Estimado:** una hora.

**Instrucciones del coordinador:**

1. Una vez finalizada la presentación. Se le entrega a cada uno nuevamente una hoja.
2. A continuación, se les pide que piensen en el abandono terapéutico. Y se les pregunta: ¿Qué creen que genera que una persona abandone su tratamiento psicológico o psiquiátrico?
3. Se les pide que escriban en la hoja tres palabras como máximo, una como mínimo.
4. Luego de 10 minutos, se les pide que compartan aquello que han escrito, esta vez el coordinador designará a un usuario para comenzar y a partir de allí seguirá la ronda como las agujas del reloj.
5. Así, cada persona irá leyendo aquello que escribió, mientras un coordinador anota las palabras en la pizarra. Aquellas que se van repitiendo, se les hará una raya al lado de la misma.

6. Una vez finalizada la puesta en común, se les pide que comenten con unas palabras que piensan sobre la pizarra quien desee hacerlo.
7. Luego, se da una breve charla sobre la multicausalidad del abandono terapéutico.
8. Por último, se les pide que tomen una palabra de todas aquellas que están escritas en el pizarrón (de ser posible, una que no hayan escrito ellos) y que traigan información sobre ella para el encuentro siguiente.
9. Se da cierre al primer encuentro, se les da las gracias y se informa sobre el horario y fecha del próximo.



## Encuentro N 2

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

**Tema:** acercamiento conceptual sobre el abandono terapéutico.

**Objetivo general del encuentro:** brindar a los usuarios información sobre el abandono terapéutico.

**Actividad 1:** exponiendo a partir de palabras claves.

**Materiales:** sillas, cinta, papel, lapiceras, plasticola, papeles, diarios, láminas.

**Tipo de Estrategia:** puesta en común.

**Tiempo Estimado:** una hora.

### Instrucciones del coordinador:

1. Se les da la bienvenida a los usuarios conforme van llegando al salón.
2. A medida que van entrando, se los va designando en distintos grupos según la palabra sobre la que han traído información.
3. Una vez formados los grupos (la cantidad variará según cuantas palabras se hallan escogido) se les pide que socialicen la información traída y que diseñen una lámina de la forma que deseen para luego compartir con los demás grupos y exponerla en 5 minutos. Para ello se les brindará papel, lapiceras, plasticola, papeles, diarios, láminas.

4. Luego de 30 minutos, se le pedirá al grupo que desee comenzar, que pegue su lámina en la pizarra y exponga sobre el tema en un tiempo de 5 minutos. Así pasará sucesivamente hasta que todos los grupos hayan expuesto.

**Actividad 1:** Soluciones y propuestas para el cambio.

**Materiales:** sillas.

**Tipo de Estrategia:** puesta en común.

**Tiempo Estimado:** una hora.

**Instrucciones del coordinador:**

1. Una vez finalizadas las exposiciones, se volverán a sentar cada uno con su grupo.
2. Cada grupo deberá designar un delegado.
3. Se le pedirá al grupo 1 que piense posibles soluciones sobre lo expuesto por el grupo 2, el grupo dos deberá pensar soluciones para el tema del grupo 3 (y así sucesivamente).
4. Luego de 20 minutos, se realizará un círculo con todos los usuarios del dispositivo y cada delegado de cada grupo comentará aquellas soluciones que pensaron para el otro grupo.
5. Una vez que cada grupo haya compartido las posibles soluciones, se dará por finalizado el segundo encuentro. Se agradecerá la presencia y participación y se recordará fecha y hora del tercer encuentro.

### Encuentro N 3

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

**Tema:** Comunicación Asertiva.

**Objetivo general del encuentro:** reflexionar y practicar la comunicación asertiva.

**Actividad 1:** Adivina adivinador.

**Materiales:** sillas, imágenes, pizarra, fibra, cañón, pc, PowerPoint.

**Tipo de Estrategia:** Resolución de conflictos.

**Tiempo Estimado:** una hora.

**Instrucciones del coordinador:**

1. Se les da la bienvenida a los usuarios a medida que van llegando al salón.
2. Se les pide que formen una U con las sillas alrededor de la pizarra.
3. Se comenta que se necesitan dos voluntarios.
4. Una vez designados, al voluntario 1 se le da una fibra y se lo coloca frente a la pizarra.  
Al número 2, se le da una imagen impresa en papel y se le pide que se coloque de espaldas al voluntario 1 y al grupo, ubicándose al final de la U.
5. El voluntario 1 quien no podrá realizar preguntas irá dibujando lo que el voluntario 2 le irá describiendo.
6. Una vez finalizada la descripción, sin borrar el primer dibujo, se le pide que realicen la misma actividad. A diferencia de antes, el voluntario 2 mirará hacia la pizarra y el voluntario 1 podrá hacer preguntas sobre las descripciones.

7. Una vez finalizado el segundo dibujo, se sentarán en ronda todos los usuarios.
8. Se les pedirá a los voluntarios que comenten cómo se sintieron.
9. Luego, se compararán ambos dibujos. Se discutirá qué elementos influyeron para que la comunicación se distorsionara o se facilitara.
10. Por último, se les pedirá a los usuarios que se sienten en filas mirando hacia el cañón. Se dará una pequeña charla sobre la comunicación asertiva, los componentes de la misma y las herramientas para llevarla a cabo con un powerpoint.

**Actividad 2:** Peloteando la asertividad.

**Materiales:** sillas y pelotas.

**Tipo de Estrategia:** Resolución de conflictos.

**Tiempo Estimado:** una hora.

**Instrucciones del coordinador:**

1. El coordinador dividirá al grupo en subgrupos (según cuantos usuarios sean)
2. Se les dará una pelota a cada subgrupo.
3. El coordinador comentará sobre una situación conflictiva (por ejemplo: una discusión de pareja), se le pedirá a cada subgrupo que elija a tantos voluntarios como la situación implique para que interprete a un protagonista de la escena en conflicto. Luego, se comenzará con la interpretación la cual durará 15 minutos. Se dará la regla que sólo puede hablar un protagonista a la vez (aquel que posea la pelota). Aquellos que no interpreten serán el público que observa la situación. Luego, aquellos que observaron serán protagonistas y viceversa.

4. Por último, al finalizar las teatralizaciones, se pondrán de pie todos los usuarios y formarán un círculo. Así, se dará cierre al encuentro número tres y se recordará la fecha del siguiente.

## Encuentro N 4

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

**Tema:** Practicando la comunicación Asertiva.

**Objetivo general del encuentro:** reflexionar y practicar la comunicación asertiva.

**Actividad 1:** Dígalo con mímica.

**Materiales:** sillas, lapiceras y papeles escritos con una situación cotidiana o emoción.

**Tipo de Estrategia:** Lenguaje gestual.

**Tiempo Estimado:** media hora.

**Instrucciones del coordinador:**

1. A medida que los usuarios van llegando al salón, se les pide que se sienten en alguna de las dos hileras (la izquierda o derecha). La izquierda corresponderá al grupo 1, la derecha al grupo 2. Además, se van tomando 10 personas como voluntarios quienes se sentarán en una hilera de sillas enfrentados a las otras dos hileras, separados por aproximadamente por unos 3 metros.
2. A cada voluntario se le otorgará un papel en donde estará escrita una situación de la vida cotidiana (como por ejemplo, haber sido despedido, desaprobado, divorciarse) o una emoción (alegría, aburrimiento, cansancio).
3. Los observadores, separados en dos grupos (1 o 2) deberán designar a un delegado a quien se le dará una hoja y una lapicera.

4. Los voluntarios irán pasando uno a uno y en un tiempo de un minuto cronometrado deberán interpretar el papel que se le otorgó.
5. Los observadores, deberán adivinar de qué situación o emoción se trata y deberán discutir para elegir una u otra y ordenarle al delegado que la escriba en la hoja.
6. Al finalizar las interpretaciones, el grupo con mayores aciertos será el ganador.

**Actividad 2:** Qué hubiese pasado si...

**Materiales:** sillas, lapiceras y papeles.

**Tipo de Estrategia:** Simulación.

**Tiempo Estimado:** una hora.

**Instrucciones del coordinador:**

1. El coordinador pedirá a los usuarios que se dispersen con su silla alrededor del salón, les dará una hoja y una lapicera a cada uno.
2. Luego, les dirá que recuerden alguna discusión que hayan tenido y que haya terminado “mal”.
3. Luego, les pedirá que en la hoja dibujen un cuadro. En el primero, escriban la discusión real que tuvieron y en el otro, la que hubiesen tenido si hubiesen utilizado las herramientas para una comunicación asertiva.
4. Luego de 30 minutos, se les pedirá que realicen un círculo con las sillas. El coordinador pedirá que el que desee, comente brevemente las diferencias entre la discusión real y la ideal. Se socializará aproximadamente 20 minutos y luego se dará cierre al cuatro encuentro recordando la fecha del quinto.

## Encuentro N 5

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

**Tema:** Redes de apoyo.

**Objetivo general del encuentro:** aprender y conocer sobre redes de apoyo.

**Actividad 1:** “¿Qué son las redes?”

**Materiales:** prezi, hojas en blanco, lápices y caja.

**Tipo de Estrategia:** puesta en común

**Tiempo Estimado:** una hora y media.

### **Instrucciones del coordinador:**

1. Se da la bienvenida a cada uno de los usuarios del dispositivo.
2. Se ubican las sillas alrededor del cañón en forma de círculo.
3. Se explica que hoy se trabajará sobre las redes de apoyo y se pregunta qué saben sobre ellas y qué relación piensan que tienen con el abandono terapéutico. Para ello, se pasa una hoja con un lápiz a cada usuario y se dan 10 minutos para responder de forma breve y sencilla. Se explica que a medida que vayan terminando deberán doblar el papel y depositarlo en una caja que colocaremos al medio del círculo.
4. Pasado los 10 minutos, se toma la caja y se le pide a los usuarios que formen una U y miren hacia el cañón en el cual se pasará un Prezi explicativo sobre qué son las redes de apoyo y cuales son.



5. Una vez finalizada la exposición, se les pide que vuelvan a formar el círculo. Se comenta que se necesitan dos voluntarios para que lean. Así, el voluntario 1 toma una hoja de la caja y lee. El grupo comenta sobre el escrito y compara entre lo que sabía y sabe ahora. Luego sigue el voluntario 2 y se realiza el mismo ejercicio. Se puede repetir cuantas veces el coordinador crea necesario o hasta que se cumpla la hora y media.

**Actividad 1:** “Mi sostén”

**Materiales:** hojas en blanco, lápices y lápices de colores.

**Tipo de Estrategia:** puesta en común

**Tiempo Estimado:** una hora y media.

**Instrucciones del coordinador:**

1. Así sentados en círculo como se encuentran, se les entrega una hoja en blanco, lápiz y lápices de colores.
2. Se les pide a los usuarios que piensen en sus redes de apoyo y que las dibujen. Pueden dispersarse por el salón. Se pone música tranquila para que se inspiren.
3. Luego de 20 minutos, se les pide que de pie formen un círculo.
4. El coordinador designará a 10 personas para que cuenten sobre sus redes de apoyo y sobre quiénes son.
5. Luego, se le pedirá que cada uno piense en su mayor sostén. En aquella persona que es su mayor red de apoyo y que lo tengan en mente para el próximo encuentro.

6. Por último, se cierra el encuentro agradeciendo y recordando la fecha del último encuentro.

## Encuentro N 6

Para este encuentro se ha dispuesto llevar a cabo 3 dinámicas.

**Tema:** Redes de apoyo.

**Objetivo general del encuentro:** fortalecer redes de apoyo y dar cierre al taller.

**Actividad 1:** “A puño y letra”

**Materiales:** sillas, lapiceras, hojas en blanco y sobres.

**Tipo de Estrategia:** Comunicación.

**Tiempo Estimado:** media hora.

**Instrucciones del coordinador:**

1. Se les da la bienvenida a cada usuario del grupo. A medida que van entrando, se les va otorgando una hoja, una lapicera y un sobre. Se le indica que tome una silla y se siente en donde desee.
2. Una vez que todos estén sentados con los materiales en mano, se les pide que rememoren a aquella persona quien es su mayor sostén. Luego, se les indica que intenten escribir una carta para esa persona, una frase, una canción, etc. recordando aquellas herramientas que aprendieron en los encuentros de comunicación asertiva.
3. Al pasar los 30 minutos, se les pide que guarden la carta en un sobre. Se les explica que pueden entregársela a la persona a quien se la escribieron o simplemente despojarse de ella.

**Actividad 2:** “Creando puentes”.

**Materiales:** sillas, papeles escritos con un tipo de red de apoyo (institucional, comunidad, familiar, amistad), cartulina, fibrones y fotocopias de bibliografía sobre estrategias para favorecer las redes de apoyo y 8 alfajores.

**Tipo de Estrategia:** Comunicación.

**Tiempo Estimado:** una hora.

**Instrucciones del coordinador:**

1. Se divide a los usuarios en 4 grupos. Se les entrega un papel por grupo en el cual está escrito un tipo de red social de apoyo.
2. Luego, se les pide que piensen en una persona que no cuenta con esta red, o que su red se encuentra debilitada.
3. Se les pide que piensen posibles actividades o soluciones para que la persona puede integrarse a esa red. Se le brinda información complementaria para que lean, cartulinas y fibrones para que luego realicen una presentación de 10 minutos por cada grupo. La presentación deberá contar con información escrita pero además deberá incluir algo creativo que represente las soluciones posibles. (un baile, una actuación, una canción, etc.)
4. Se informa que la presentación más creativa tendrá premio (un alfajor por usuario).
5. Luego de 30 minutos, se reúnen todos los usuarios y forman una U. Comienza exponiendo el grupo 1, luego el 2 y así sucesivamente.
6. Por último, los coordinadores votarán por el grupo más creativo, se dará a conocer cuál es y se entregarán los premios.

**Actividad 3:** “El fin del viaje”.

**Materiales:** sillas.

**Tipo de Estrategia:** Comunicación.

**Tiempo Estimado:** una hora.

**Instrucciones del coordinador:**

1. Luego de 15 minutos de descanso, se les pide a los usuarios que formen un círculo.  
Cada coordinador se despedirá del grupo, les agradecerá, les contará como se sintió y dará las instrucciones de cierre.
2. Colocará 3 sillas, una al lado de la otra, enfrentando al grupo.
3. Se colocará en la primer silla un cartel que diga “Cómo llegué”, en la del medio “Cómo me sentí y que aprendí en los talleres” y la última “Cómo me voy”.
4. Irá haciendo pasar uno a uno a cada usuario, quien se irá sentando en las sillas e irá expresando su transcurso por el taller.
5. Una vez que todos los usuarios pasaron por las sillas, se les agradece y se da por finalizado el taller.

## Diagrama de Gantt

Encuentros	Actividades	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
1	Act 1						
	Act 2						
2	Act 1						
	Act 2						
3	Act 1						
	Act 2						
4	Act 1						
	Act 2						
5	Act 1						
	Act 2						
6	Act 1						
	Act 2						
	Act 3						

## Recursos

Recursos	Categorías	Descripción del recurso	Cantidades
<b>Materiales Técnicos</b>	Equipamientos	Sillas	35
		PC	1
		Cañón	1
		Equipo reproductor de sonido.	1
		Pizarra	1
	Infraestructura	Salón amplio e iluminado	1
	Dispositivos	PowerPoint.	1
De contenidos	Didácticos	PowerPoint sobre la comunicación asertiva.	1

**Presupuesto**

<b>Recursos</b>	<b>Categoría</b>	<b>Descripción del recurso</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo estimado.</b>
Materiales	Librería	Papeles de color de 10x5 cm.	35	\$223
	Librería	Lapiceras.	35	\$600
	Librería	Alfiler de Gancho.	35	\$150
	Librería	Rollo de cinta.	2	\$150
	Librería	Papel en blanco.	200	\$400
	Librería	Plasticola.	5	\$850
	Librería	Láminas varios colores.	10	\$265
	Librería	Diarios.	10	\$900
	Librería	Lápices.	35	\$450
	Deporte	Pelotas de goma.	5	\$800
	Librería	Fibras para pizarra.	5	\$500
	Librería	Imágenes	3	\$100
	Librería	Papeles escritos con una situación o emoción.	10	\$50
	Librería	Sobres	35	\$300
	Librería	Cartulinas	10	\$216
	Librería	Papeles escritos con un tipo de red de apoyo	3	\$50
	Librería	Lápices de colores	70	\$644
	Librería	Fibrones	20	\$1200
	Librería	Fotocopias sobre bibliografía sobre estrategias para favorecer las redes de apoyo	50	\$250
		Golosinas	Alfajores	8
Humanos.	Profesional	Licenciado en Psicología	3	\$410 (por integrante)
<b>TOTAL:</b>				\$20.646



## **Evaluación**

Con el objetivo de conocer el impacto y los resultados que se obtuvieron con la implementación del taller psicoeducativo realizado en el Hospital San Antonio de Padua, se han diseñado una serie de evaluaciones cuyas respuestas permitirán tener noción de la efectividad o no del mismo, y qué aspectos han de mejorarse. Asimismo, se evalúa para saber qué nuevos conocimientos se han obtenido, teniendo en cuenta un antes y un después.

En el Anexo I se incluye el Modelo de Evaluación de Impacto (matriz) creada ad-hoc a partir de las categorías de análisis extraídos de los objetivos específicos del taller.

Para recolectar y volcar los datos en la matriz se aplicará una metodología pre y post test a partir de un cuestionario creado ad-hoc a partir de la matriz, con la intención de informarse sobre las consideraciones en relación al taller en sí mismo, modo de exposición, recursos utilizados, manejos de tiempo, entre otros. El mismo, cuenta con X preguntas las cuales pueden enumerarse del 1 al 7, siendo 1 muy malo/nada/totalmente en desacuerdo/nunca y siendo 7 excelente/mucho/totalmente de acuerdo/siempre. (Escala Likert)

**Resultados esperados**

A partir de la intervención realizada a través de un Taller para los pacientes del área de Salud Mental del Hospital San Antonio de Padua se espera que se reduzca el abandono terapéutico por parte de los mismos.

Para lograr esto se espera que los pacientes puedan conocer y aprender sobre la problemática, generar un acercamiento conceptual sobre la comunicación asertiva, instruirse sobre ella y practicarla, conocer sobre redes de apoyo así como también fortalecer las mismas, crear nuevas y lograr adherencia terapéutica por parte de los usuarios del dispositivo.

## Conclusiones

La propuesta planteada nace no sólo de lo leído y aprendido a través de Canvas (que se trata de información tomada pero recogida y procesada por otro) sino también de la propia experiencia de las prácticas realizadas en el Hospital San Antonio de Padua (lo que se considera una fortaleza a tener en cuenta).

Si bien la intervención fue pensada en profundidad, existen muchas limitaciones y recomendaciones que pueden realizarse. Una de ellas es el tiempo con el que se cuenta para realizar el plan de intervención, que es breve y acotado el cual sería más enriquecedor si se planteara y pensara a más largo plazo.

Otra limitación podría ser la disponibilidad profesional de los psicólogos del Hospital para llevar a cabo el proyecto debido a que generalmente están sobrecargados de trabajo y pacientes. Es por ello que una recomendación sería que el plan lo lleven a cabo personas ajenas al Hospital y que cuenten con el tiempo necesario para aplicarlo de manera correcta (a pesar de que no conocerán tanto a los usuarios como los profesionales del mismo).

Se podría pensar como limitación al Taller en si, el cual se trata de una intervención que tiene fecha de inicio y de fin, por lo que sería de mayor productividad si se pudiese realizar un seguimiento de los pacientes y, de ser posible, generar más intervenciones para lograr así un cambio en profundidad.

Por último, existe una limitación que va más allá del plan de intervención en si y se trata de las condiciones sociales, laborales y económicas de cada paciente en particular. Diversos estudios han demostrado la importancia de estos factores en lo que refiere al

abandono y adherencia terapéutica. Es por ello que el Taller puede realizar cambios a nivel intra e interpersonal pero existen otras limitaciones que van más allá del mismo y que influyen de igual manera en el proceso terapéutico.

En conclusión, el abandono terapéutico es un fenómeno multidisciplinar que debe abordarse no sólo a través de Talleres u otras intervenciones sino que debe abordarse con políticas públicas que apoyen y protejan a los sujetos, con redes de apoyo que contengan y acompañen y con igualdad de oportunidades que incluyan a todos y permitan el crecimiento individual de cada uno.

## Referencias

*Adés, J. & Lejoyeux, M. (2004). "Conductas de riesgo". Francia, Paris.*

*Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2013) "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM V". Estados Unidos.*

*Ávila, M., Rosales, M., García, F., Cisneros, C. (1997). "Frecuencia y causas de deserción de los pacientes que asisten a consulta subsecuente de la División de Servicios Clínicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría". México.*

*Campana, B. (2012). "Abandono del tratamiento Psicoterapéutico en el área de Consulta externa del Hospital Psiquiátrico "San Lázaro". Ecuador, Quito.*

*Egg, Ander E. (1991). "El taller: una alternativa de renovación pedagógica". Argentina, Buenos Aires.*

*Feito, L. (2007). "Vulnerabilidad". Universidad Rey Juan Carlos. Madrid.*

*Gómez, R. (2016). "La predicción del abandono terapéutico a través de variables de construcción de significado: un estudio con clientes de la práctica privada". España.*

*González, V. (2007). "Abandono del tratamiento antipsicótico: la entrevista motivacional".*

*Barcelona.*

*Miracco, M., Scappatura, M.L., Traiber, L., De Rosa, Lo., Arana, Fernan, A., Partarrieu, A.,*

*Galarregui, Ma., Nusshold, P. y Keegan, E. (2012). "Perfeccionismo en la universidad: talleres psicoeducativos, una intervención preventiva". Argentina,*

*Buenos Aires.*

*Méndez, J., Sánchez, R & Nieto, M. (2012). "Permanencia y abandono terapéutico en un*

*centro de servicios psicológicos". Colombia, Bogotá.*

*Muzlera, S., Guidolín E., Kahane de Gordon, G. y Puebla, P. (2012) "Coordinación de*

*grupos Experiencias y aportes técnicos". Mendoza, Universidad del Aconcagua.*

O.M.S. (2002). *“Invertir en Salud Mental”*.  
[https://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf). Recuperado el 12/09/20.

O.M.S. (2003). *“El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura”*  
<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>. Recuperado el 23/08/20.

O.M.S. (2004). *“Adherencia a los tratamientos a largo plazo”*.  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>. Recuperado el 20/09/20.



*Pilnik, S. (2010). "El concepto de alostasis: un paso más allá del estrés y la homeostasis".*

*Rev. Hosp. Ital. B. Aires.*

*Ruiz Carlos Sirvent. (2009). "Fracaso, abandono y cumplimiento terapéutico". Madrid.*

*Thompson, L. y McCabe, R. (2012). "El efecto de la alianza y la comunicación médico-paciente sobre la adherencia al tratamiento en la atención de salud mental: una revisión sistemática".*

*Universidad Siglo 21 (2020). “Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua”.*

*Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/9721/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>*

*Velázquez R., Sánchez Sosa J., Lara M.C., y Sentiés, H. (2000) “El abandono del tratamiento psiquiátrico: motivos y contexto institucional”. México.*

## Anexo

1)

Categoría de Análisis	Indicador	Respuestas
Favorecimiento de la adherencia terapéutica.	Asistencia a las consultas/sesiones.	
	Cumplimiento de la medicación prescrita.	
	Compromiso para el cumplimiento de los objetivos.	
Facilitación de la comunicación asertiva.	Expresión de emociones y pensamientos de forma clara, coherente y consciente.	
	Lectura de la conducta no verbal y para verbal del receptor.	
Favorecimiento de redes de apoyo.	Pertener a grupos barriales, comunitarios, voluntarios.	
	Satisfacción en los vínculos personales.	

2)

Preguntas	Respuesta						
¿Asiste a las consultas/sesiones?	1	2	3	4	5	6	7
¿Cumple con la medicación prescrita?	1	2	3	4	5	6	7
¿Se siente comprometido con el cumplimiento de los objetivos?	1	2	3	4	5	6	7
¿Expresa sus emociones y pensamientos de forma clara, coherente y consciente?	1	2	3	4	5	6	7

Cuando está comunicándose ¿Realiza una lectura de la conducta no verbal y para verbal del receptor?	1	2	3	4	5	6	7
¿Pertenece a grupos barriales, comunitarios, voluntarios?	1	2	3	4	5	6	7
¿Se siente satisfecho en sus vínculos personales?	1	2	3	4	5	6	7