

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado Plan de Intervención  
Licenciatura en Psicología

**“La interdisciplina como baluarte del ejercicio profesional”**

Nuevo Hospital “San Antonio de Padua”

Autor: Briña Luca

Leg. PSI 03886

Tutor: Dr. y Lic. Rubén M. Pereyra

Río Cuarto, Córdoba

Julio 2021

A mi familia

A mis amigos

A mis compañeros

A mis profesores

De corazón, gracias.

Nada es el amor sin el tú y el yo  
Brindándose en el beso y el vivir  
Hay abismo y fe, luz y oscuridad  
Laberintos, confusiones, pequeñez

- Divididos –

Y deberás crecer  
Sabido reír y llorar  
La lluvia borra la maldad  
Y lava todas las heridas de tu alma

- Luis Alberto Spinetta –

## Índice

|  |         |
|--|---------|
| Resumen  | Pág. 6  |
| Introducción   | Pág. 7  |
| Línea estratégica de Intervención  | Pág. 9  |
| Síntesis de la Organización  | Pág. 12 |
| Organigrama  | Pág. 16 |
| Delimitación del problema o necesidad objeto de la intervención  | Pág. 18 |
| Objetivos  | Pág. 20 |
| Justificación  | Pág. 21 |
| Marco Teórico  | Pág. 22 |
| <i>Capítulo 1: Explicación panorámica sobre las consecuencias<br/>de la falta de interdisciplina en hospitales</i> | Pág. 22 |
| <i>Capítulo 2: Sobre aquellos/as que trabajan con la salud mental</i>  | Pág. 24 |
| <i>Capítulo 3: El Grupo Balint y el profesional como fármaco</i>   | Pág. 28 |
| <i>Capítulo 4: La interdisciplina, una actitud de trabajo</i>  | Pág. 30 |
| Planificación de actividades   | Pág. 33 |
| <i>Encuentro 1: Conociéndonos</i>  | Pág. 34 |
| <i>Encuentro 2: Escuchemos</i>   | Pág. 36 |
| <i>Encuentro 3: Complejicemos</i>  | Pág. 38 |
| <i>Encuentro 4: Intercambiemos</i>   | Pág. 40 |
| <i>Encuentro 5: Ayudándonos</i>  | Pág. 41 |
| <i>Encuentro 6: Reflexionemos</i>  | Pág. 43 |
| Diagrama de Gantt  | Pág. 45 |

|                      |         |
|----------------------|---------|
| Recursos             | Pág. 46 |
| Presupuesto          | Pág. 48 |
| Evaluación           | Pág. 50 |
| Resultados esperados | Pág. 51 |
| Conclusión           | Pág. 53 |
| Referencias          | Pág. 55 |
| Anexos               | Pág. 59 |

## Resumen

El presente Plan de Intervención corresponde al Trabajo Final de Graduación de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21 con sede en la ciudad de Río Cuarto, Córdoba.

A partir de un detallado análisis del Nuevo Hospital de Río Cuarto “San Antonio de Padua”, se ha delimitado la necesidad de reforzar la interdisciplina entre los profesionales de Salud Mental de dicho hospital.

A partir de la aplicación de un dispositivo de grupo “Balint”, de talleres de aprendizaje y de múltiples debates, se buscará favorecer los canales de comunicación asertiva entre disciplinas, integrar una ética de trabajo desde la complejidad y formar perfiles profesionales interdisciplinarios.

Para lograrlo se ha planificado una serie de actividades divididas en 6 encuentros en total. Los mismos tendrán una frecuencia de uno por semana. Entre las actividades que allí se desarrollarán se encuentran los debates, dinámicas de grupo, espacios de aprendizaje, entre otras.

Al finalizar, se realizará una evaluación de impacto para dimensionar los logros obtenidos, los obstáculos de la aplicación del dispositivo y efectuar las recomendaciones futuras a la institución.

Palabras claves: Interdisciplina - Grupo Balint - Nuevo Hospital “San Antonio de Padua”.

## Introducción

Un *baluarte* es una fortificación para resistir ataques enemigos. A su vez, la Real Academia Española establece que el concepto es sinónimo de amparo y defensa. Por otro lado, la *interdisciplina* como termino aparece por primera vez en 1937 y se le atribuye al sociólogo Louis Wirth. A este concepto se lo ha definido como un proceso en el que se articulan disciplinas conexas entre sí, con relaciones definidas, para que sus actividades no se den de forma aislada y dispersa. Se caracteriza por la búsqueda de integración de teorías, métodos e instrumentos de diferentes disciplinas, partiendo desde una concepción multidimensional, relativa y compleja de los fenómenos.

Considerar a “la interdisciplina como un baluarte”, para el ejercicio profesional de servicios aplicados a la preservación, rehabilitación y restablecimiento de la salud mental, implica que ante las complejidades y las problemáticas que puedan surgir en la práctica, la interdisciplinariedad sea una herramienta, una ética de trabajo, una fortaleza de piedra que proteja al sujeto (tanto al paciente como al profesional) de las amenazas que puedan desfavorecer los resultados. En el caso del profesional, por un lado, para que tenga la ayuda y el conocimiento de otros profesionales para no obrar de forma desesperada, aislada u omnipotente. Y por el lado del paciente, la interdisciplina como baluarte en el profesional, lo protegerá, de manera preventiva, de profesionales que actúen de forma iatrogénica por no contemplar su complejidad y su continuo devenir como sujeto.

A partir de un análisis exhaustivo del material brindado por la universidad Siglo 21 sobre el Nuevo Hospital “San Antonio de Padua” de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba, se delimita como necesidad, el reforzamiento del ejercicio interdisciplinar entre los

profesionales del Servicio de Salud Mental de la institución. El dispositivo a utilizar es el de grupo Balint. El mismo será acompañado de distintas actividades de dinámica de grupo y debates que lleven a un fortalecimiento de la comunicación asertiva, una ética de trabajo desde la complejidad y la formación de profesionales con competencias interdisciplinarias, por nombrar algunos de los objetivos.

El dispositivo de grupo Balint, fue diseñado por Michael Balint en los años posteriores a la segunda guerra mundial. Orquestado en distintos seminarios, estos dispositivos habilitaban un espacio en el que el médico podía hablar de las inquietudes y problemáticas que surgían a partir de la relación médico-paciente. En este trabajo se plantea la aplicación del dispositivo no solo en médicos, sino en todo profesional que trabaje con la salud mental.

Al plantear la aplicación de un dispositivo de esta índole (y otras prácticas de dinámica de grupo), se aspira a ir logrando una mejoría en la comunicación entre las disciplinas y sus profesionales. Integrar una manera de trabajar anclada en la diversidad, la complejidad y el cambio continuo que plantea un objeto de estudio tan paradigmático como lo es la psiquis de las personas. De esta manera, la interdisciplina será una fortaleza, un baluarte del grupo profesional ante las amenazas que puedan presentarse.

Al finalizar los encuentros se toman las respuestas de dos encuestas individuales y anónimas a los participantes para cotejarlas en una matriz de evaluación de impacto. Posteriormente, se comparan las respuestas y, a partir de los resultados, se evalúa la eficacia de la intervención.



### **Línea estratégica de Intervención**

El plan de intervención esta desarrollado a partir de la línea temática denominada “Nuevos Paradigmas en Salud Mental”.

“En nuestra concepción, un paradigma está constituido por un cierto tipo de relación lógica extremadamente fuerte entre nociones maestras, nociones clave, principios clave. Esa relación y esos principios van a gobernar todos los discursos que obedecen, inconscientemente, a su gobierno” (Morin, 1990, p.89).

A través del paradigma de la simplicidad, el conocimiento científico perseguía el orden detrás de este aparente desorden. Se daba un fenómeno denominado *especialización* en donde todo profesional intentaba especializarse lo máximo posible en una determinada disciplina. A su vez cada disciplina se encargaba de estudiar al objeto desde su marco teórico, es decir, explicaban los fenómenos de la realidad sin tener la necesidad de recurrir a los conocimientos de otra disciplina. “La simplicidad ve a lo uno y ve a lo múltiple, pero no puede ver que lo Uno puede, al mismo tiempo, ser Múltiple” (Morin, 1990, p.89).

En el siglo XX tuvo lugar la irrupción del desorden en el universo a partir de nuevas formas de concebir al mundo, como el que establecía el segundo principio de la Termodinámica, propuesto por Carnot y por Clausius. El mismo propone que la materia posee la característica de ser degradable. Otro descubrimiento que llevo a que el paradigma de lo múltiple se instale, fue la teoría del Big Bang, a través del telescopio espacial Hubble en los años 60. Morin (1990), explica que fue a partir de la captación de radiación que semejaba ser el resto fósil de una suerte de explosión inicial (p.92). Por lo que ahora se concibe que el universo se organiza desintegrándose, está en constante

expansión. Estas y otras teorías, posteriores al determinismo de Newton (que a pesar de que a partir de sus descubrimientos la ciencia comenzó a ser más armónica, se considera que sentó las bases de un posterior reduccionismo científico), como la teoría de la relatividad de Einstein y la teoría de cuerdas, establecieron una nueva concepción y explicación del suceder fenomenológico. Una concepción más compleja, que convive con las complicaciones e incógnitas contingentes.

“La aceptación de la complejidad es la aceptación de una contradicción, es la idea de que no podemos escamotear las contradicciones con una visión eufórica del mundo” (Morin, 1990, p.95).

“En la visión clásica, cuando una contradicción aparecía en un razonamiento, era una señal de error. Significaba dar marcha atrás y emprender otro razonamiento. Pero en la visión compleja, cuando se llega por vías empírico-rationales a contradicciones, ello no significa un error sino el hallazgo de una capa profunda de la realidad que, justamente porque es profunda, no puede ser traducida a nuestra lógica” (Morin, 1990, p.100).

Cuando un fenómeno no puede ser traducido a una determinada lógica, no puede ser entendido desde una disciplina independiente, la *interdisciplina* puede ser un recurso de gran utilidad.

Ya desde la época de la Antigua Atenas, Platón remarcaba la importancia de una visión de la salud que sea interdisciplinar y compleja:

“Porque es uno de tal clase que no solo tiene la virtud de sanar la cabeza, sino que pasa con él lo que, seguramente, has oído de los buenos médicos cuando se les acerca alguien que padece de los ojos, que dicen algo así como que no es posible

ponerse a curar solo los ojos, sino que sería necesario, a la par, cuidarse de la cabeza, si se quiere que vaya bien lo de los ojos. Y, a su vez, creer, que se llegue a curar jamás la cabeza en si misma sin todo el cuerpo, es una soberana insensatez. Partiendo pues, de este principio y aplicando determinadas dietas al cuerpo entero, intentan tratar y sanar, con el todo, a la parte” (Platón, Carmides, 156b).

## Síntesis de la Organización

### Antecedentes del Hospital

En 1948 se crea el Hospital Regional de Río Cuarto, como parte de un plan nacional de creación de hospitales. Comienza a funcionar como un hospital de nivel 2, brindando prestaciones de baja y mediana complejidad.

En el año 1969, se habilita el Servicio de Salud Mental.

En 2004, el hospital se traslada a una nueva sede en el sector oeste de la ciudad y conserva esta ubicación en la actualidad.

“La *misión* de la institución es atender la salud de la población en general perteneciente a la región de integración sanitaria E, que comprende los 4 departamentos del sur de la Provincia de Córdoba, con una población estimada en 450.000 habitantes. Para cumplir esta misión, las acciones son preponderantemente de prevención, asistencia y rehabilitación de las enfermedades en los niveles 2 y 3 (acciones de mediana y alta complejidad)” (Material de CANVAS, 2019, p.7).

La *visión* por su lado está orientada 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” (Material de CANVAS, 2019, p.7).

Dentro del hospital trabajan aproximadamente 780 personas. A su vez, los trabajadores pertenecen a distintas categorías: personal de planta, personal contratado y suplentes.

Los fondos del hospital provienen en general de tres vías:

- Presupuesto ordinario asignado por ley, que se renueva y actualiza anualmente (Ley de Presupuesto de la Provincia de Córdoba).
- Recupero del gasto hospitalario mediante el sistema de facturación de obras sociales y seguros.
- Fondos descentralizados de programas nacionales.

### **Antecedentes del Servicio de Salud Mental**

A mediados de 1969, a partir de gestiones realizadas por el doctor Lucero Kelly, se logra abrir el primer Servicio de Salud Mental en el Hospital Regional de Río Cuarto.

Este servicio fue uno de los primeros en el interior del país, contando desde sus inicios con un perfil multidisciplinario, sustentado con dinero que provenía del Estado.

En 1978, a partir de una disposición, los servicios nacionales pasan a ser parte de la dependencia de la provincia. Esto lleva al traslado del Servicio al Hospital San Antonio de Padua y así deja de ser una entidad independiente.

En septiembre de 2014, el Dr. Héctor Schiaroli, quien fuera en ese momento director del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, ordena el traslado del Servicio de Salud Mental.

En el Servicio de Salud Mental trabajan profesionales de distintas disciplinas: psiquiatría, psicología, psicopedagogía, trabajo social y enfermería. El recurso humano está compuesto por personal de planta, contratados y residentes. La jornada laboral ronda las 35 horas semanales.

“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 y es

indudable que todo padecimiento subjetivo interactúa inevitablemente con el medio, tanto en su producción como en su recuperación. Por ese motivo, en el modelo de abordaje integral se incluyen todos los referentes sociales del paciente, entre los cuales está incluida la familia” (Material de CANVAS, 2019, p.18).

### **Modalidades de atención**

- Asistencia por guardia.
- Atención ambulatoria.
- Sección Infanto Juvenil.
- Internación.
- Sección Intervención Comunitaria.
- Hospital de día.

Este último es un espacio terapéutico intermedio entre la hospitalización completa y la asistencia por consultorio externo. Se trabaja de manera interdisciplinaria para lograr la restitución psicológica, social y familiar de las personas con algún padecimiento psíquico y evitar la exclusión familiar y/o social.

A través de este dispositivo, se aspira a la no cronificación de los sujetos en una institución de salud mental.

Los talleres que funcionan en el Hospital de Día son los siguientes:

- Lectura de diarios.
- Deporte y recreación.
- Taller de literatura.
- Taller de arte.
- Taller de teatro.
- Taller de comunicación.

-Taller de estimulación cognitiva.

-Taller de autogestión.

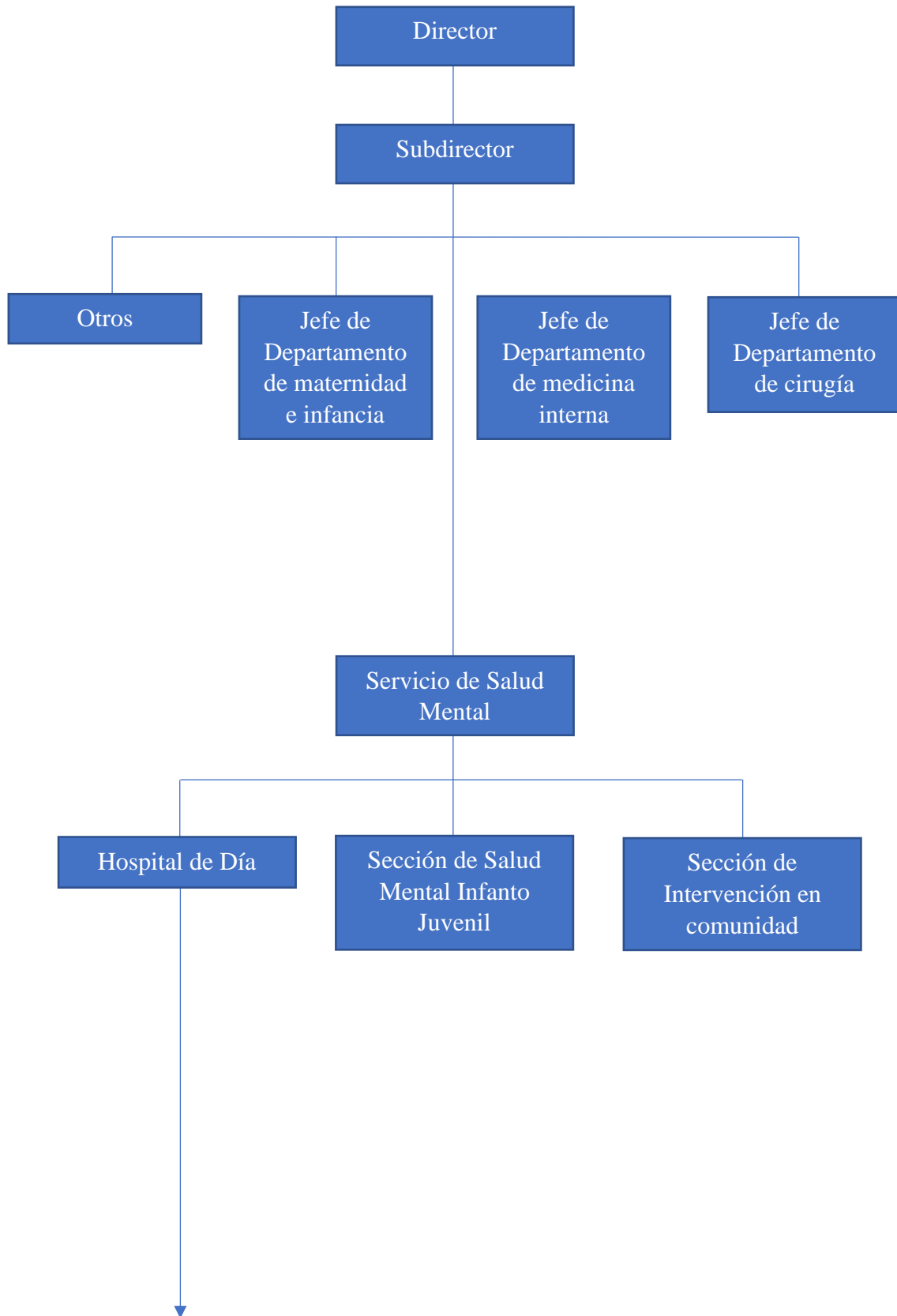
-Taller de autocuidado.

-Asamblea de pacientes.

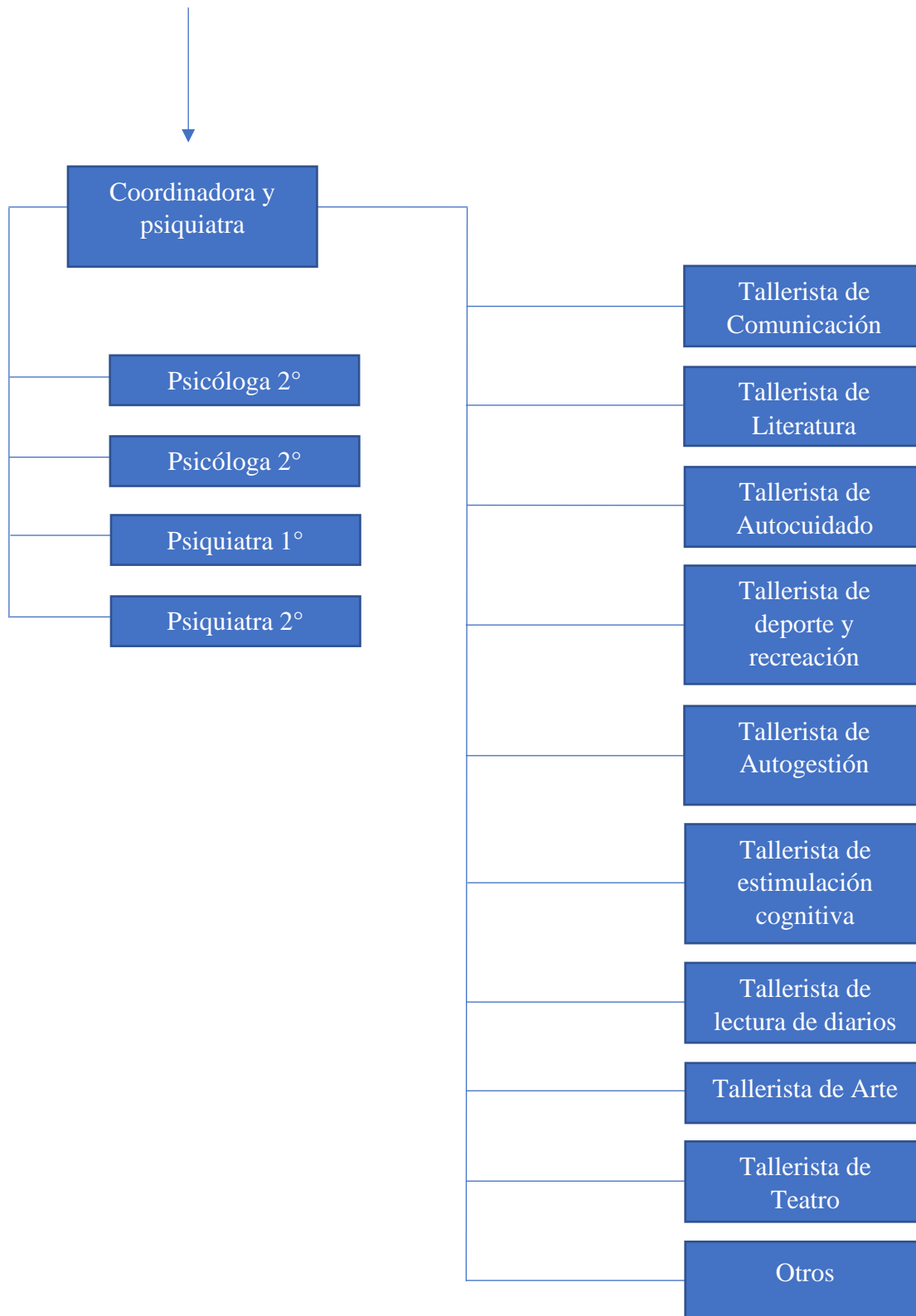
-Taller de folklore.

-Actividades de la vida cotidiana.

## Organigrama







*Organigrama obtenido del Trabajo Final de Graduación “Inclusión Social en pacientes de Hospital de Día en vinculación con sus familiares” (2018) de la Lic. Peña, Florencia (se hicieron algunas modificaciones debido a su antigüedad).*

### **Delimitación del problema o necesidad objeto de la intervención**

A partir del análisis de la información brindada por la cátedra de Seminario Final de la Universidad Siglo 21, con sede en Río Cuarto, sobre el Nuevo Hospital “San Antonio de Padua”, se plantea la hipótesis de que una de las necesidades existentes en dicha institución es la de reforzar el ejercicio de la interdisciplina entre los profesionales que trabajan en el sector de Salud Mental.

El concepto de interdisciplina es utilizado por primera vez por Louis Wirth (1897-1952) para indicar la importancia de estudiar a los fenómenos entre disciplinas, además de la inseparabilidad entre las mismas. De esta forma, lograr una visión integral del objeto de estudio. Se diferencia de la multidisciplina, ya que, ésta última hace referencia al uso de distintos saberes de diferentes disciplinas para estudiar un objeto concreto en un determinado momento y lugar. Es más localizada y puntual, además plantea un grado menor de comunicación entre las disciplinas. También se diferencia de la transdisciplina donde los límites entre disciplinas se funden completamente.

Se considera importante trabajar sobre este concepto en la institución, ya que, no solo es un método de trabajo integral, sino que, además, fomenta una ética de trabajo que trata de despojarse de la omnipotencia reduccionista en la que un solo profesional tenía todas las respuestas. Es un concepto que acompaña al crecimiento del conocimiento, refuerza la comunicación y el trabajo en equipo.

A continuación, se exponen ciertos indicadores encontrados en la información sobre el estado actual del Nuevo Hospital “San Antonio de Padua” que llevan a determinar tal necesidad. En el material de CANVAS al referirse sobre la distribución de personal en el nuevo dispositivo “Hospital de Día” se establece lo siguiente:

“Hasta el momento, no hay profesionales que tengan dedicación exclusiva a HD”  
(Material de CANVAS, 2019, p.33).

Gloria Jure, Medica Psiquiatra y jefa de Servicio de Salud Mental en el Hospital cuenta en su entrevista hecha por la Universidad Siglo 21 que hay cierta escasez de personal en el Hospital de Día. El reforzamiento de la interdisciplina podría generar, por un lado, nuevos puestos que sean especializados en el enfoque y conocimiento necesarios para cada taller y, por otro lado, podría formar profesionales competentes en múltiples talleres y así, de ser necesario, cubrir la falta de personal de forma más eficiente.

Estas citas y referencias hacen evidente la escasez de recursos humanos en el Hospital, ante esto la necesidad más obvia sería la de contratar más personal. Lo que plantea este trabajo es reemplazar esta necesidad por otra, ya que, hasta el día de hoy, la contratación en sí y por qué no hay más profesionales en la institución es otro problema a solucionar. Se plantea, por lo tanto, una necesidad distinta, la de reforzar la interdisciplina entre los profesionales. Solucionando esta necesidad se podrían resolver varias cuestiones como cubrir espacios laborales, mejorar la comunicación entre los profesionales de distintas áreas, formar profesionales más competentes con una visión más integral de las producciones y el desarrollo de los pacientes, moldear una ética de trabajo más compleja, entre otras.

### **Objetivo general**

Reforzar la interdisciplina entre los profesionales del servicio de Salud Mental del Nuevo Hospital "San Antonio de Padua" de Río Cuarto a través de grupos Balint.

### **Objetivos específicos**

- Favorecer canales de comunicación asertiva entre disciplinas.
- Integrar una ética de trabajo desde la complejidad.
- Formar perfiles profesionales interdisciplinarios.

## **Justificación**

Un tipo de dispositivo como el grupo Balint, podría mejorar la transmisión de conocimientos entre los profesionales del área de Salud Mental y de esta manera generar nueva información, más integral y completa sobre pacientes o actividades a realizar en el servicio.

Como se estableció anteriormente, el hecho de reforzar la interdisciplina en cualquier institución lleva a crear redes de comunicación donde no las había, mejorar las que ya había, problematizar situaciones normalizadas, abrir debates e intercambio de opiniones.

Este plan de intervención plantea una solución distinta a la falta de recursos humanos. Se considera que este plan de intervención podría generar conocimientos más integrales entre los profesionales y una de sus consecuencias podría ser la formación de perfiles profesionales más preparados para abarcar las tareas que se lleven a cabo en los talleres, por nombrar un espacio de trabajo. Otra cuestión a tener en cuenta es que estos dispositivos grupales podrían trabajar sobre las posibles causas que lleven a los profesionales, residentes y otros trabajadores a desertar, y de esta forma, poder revertir esta situación de falta de personal en algunos sectores.

Por último, pero no menos importante, dispositivos de este tipo están diseñados, entre otros objetivos, a mejorar la relación entre profesional-paciente a través de la verbalización y el esclarecimiento de problemas que surjan en dicha relación. Es decir, el dispositivo permitiría establecer una mejor comunicación tanto en las relaciones con sus compañeros/as, como así también, con sus respectivos pacientes.

## Marco teórico

### Capítulo I: Explicación panorámica sobre las consecuencias de la falta de interdisciplina en hospitales.

En primer lugar, ¿Qué es la falta de interdisciplina? La respuesta a esta pregunta se podría comenzar explicando a través de su antagónico, su opuesto: lo “unidisciplinar”. Una forma de explicar cómo sería trabajar desde un solo punto de vista puede darlo el Paradigma de la Simplicidad. Edgar Morin lo define de la siguiente manera:

“Así es que el paradigma de simplicidad es un paradigma que pone orden en el universo, y persigue al desorden. El orden se reduce a una ley, a un principio” (Morin, 1990, p.89).

Morin, ampliando sobre el tema establece que “el principio de simplicidad o bien separa lo que está ligado (disyunción), o bien unifica lo que es diverso (reducción)” (1990, p.89).

Otros autores postulan lo siguiente:

Este paradigma postula un orden que implica la estabilidad y previsibilidad de los fenómenos, asumiendo que los mismos son explicables utilizando una relación causa simple-efecto simple. Estas determinaciones causales aspiran a ser plasmadas en leyes inmutables, permanentes y a-históricas que den cuenta del funcionamiento del mundo. Todo este enorme avance del conocimiento científico especializado produjo, como una consecuencia inevitable, una parcelación cada vez mayor del conocimiento y una gran dificultad para coordinar e integrar los saberes producidos. El paradigma mecanicista entró en crisis, ya que se puso cada vez más de manifiesto la imposibilidad de dar

respuesta a las exigencias que plantea la interconexión cada vez mayor de los saberes científicos y la necesidad de resolver problemas concretos que afectan a las personas en sociedad (De Lellis y Fotia, 2019).

En contraste con el paradigma de la complejidad, el paradigma simplista reduce el intercambio de opiniones al punto de que ya no es necesario, ya que hay un solo punto de vista compartido por todos, no hay disenso, no hay contradicción. Estas características, hoy en día, no estarían adaptadas a la agenda o el paradigma desde el cual se trabaja en la mayoría de los ámbitos. La omnipotencia y el fanatismo por ideas lleva a puntos ciegos, llegando hasta la mala praxis.

El problema del cambio de paradigma es que lleva a un cuestionamiento de certezas y principios que, hasta ese momento, constituían la cosmovisión de muchas personas, una forma de vivir determinada. Como lo manifiesta Kuhn cuando habla sobre la resistencia al cambio que las comunidades científicas ejercen al ver que sus postulados ya son caducos, “aun cuando pueden comenzar a perder su fe y, a continuación a tomar en consideración otras alternativas, no renuncian al paradigma que los ha conducido a la crisis” (1962, p. 128). Esta puede ser una de las razones por las que todavía hasta el día de hoy existen instituciones en las que se trabaja desde el paradigma de la simplicidad. Si bien se considera que son una minoría, todavía existen profesionales que no permiten incorporar nuevas ideas, opiniones y conocimientos.

## **Capítulo II: Sobre aquellos/as que trabajan con la salud mental.**

Dentro de esta categoría podemos encontrar múltiples profesiones, psiquiatra, psicólogo/a, enfermero/a, médico/a, entre otras. Separando sus diferencias, una cuestión que todas comparten, es que todas trabajan con personas. Una de las consecuencias que puede ocasionar este tipo de trabajos asistenciales es el Síndrome de Burnout. Maslach y Jackson (1981), lo definen como un síndrome caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo, que puede ocurrir entre individuos cuyas tareas diarias se circunscriben al servicio de personas.

“Dentro de las profesiones asistenciales existen ciertas características del rol que convierten a los psicoterapeutas en un grupo de riesgo de padecer estrés crónico, aumentando la probabilidad de padecer BO (Síndrome de Burnout)” (D’Ambrosio, 2016).

En relación con lo establecido previamente, existe un estudio realizado en varias provincias de Argentina en el cual se registró de forma estimada la frecuencia del Síndrome de Burnout en profesionales de salud mental:

Se observó que, del total de los participantes, solo el 9.6 % obtuvo niveles altos de BO, cifras similares a las reportadas en otros estudios en poblaciones de psiquiatras (Tejada & Gómez, 2012, como se citó en Giménez et al., 2018) y psicólogos (Berjot, Altintas, Grebot & Lesage, 2017; Isaac-Otero et al., 2013; Ortiz-Viveros & Ortega-Herrera, 2009, como se citó en Giménez et al., 2018). En las tres dimensiones del BO, las medias de los participantes de este estudio fueron superiores a las obtenidas por Neira (2004, como se citó en Giménez et al., 2018) en profesionales de la salud argentinos y al grupo sanitario estudiado por Maslach (1986, como se citó en Giménez et al., 2018) en Estados Unidos. A su vez, los



porcentajes hallados en cada dimensión (53.7 % en Agotamiento Emocional, 27.6 % en Despersonalización y 48.2 % en Realización Personal) son similares a los reportados por Gil-Monte y Peiró (2000, como se citó en Giménez et al., 2018) en una muestra multiprofesional, aunque visiblemente superiores a los del personal de un servicio de psiquiatría de Chile (20 % en AE, 22 % en DP y 26 % en RP) (Avendaño-Bravo, Bustos, Espinoza, García & Pierart, 2009 como se citó en Giménez et al., 2018) y a los de psicólogos de España y Brasil (Benevides-Pereira et al., 2002 como se citó en Giménez et al., 2018). Por último, cabe destacar el porcentaje obtenido en los niveles moderados (81.6 %) en el presente estudio, el cual da cuenta de una alarmante proporción de personas en riesgo (Giménez et al., 2018).

De acuerdo a los resultados, y como conclusión, es posible afirmar que las variables sociodemográficas y laborales influyen en los niveles de BO y que éstos a su vez inciden en el grado de malestar general; sin embargo, a pesar de que los resultados aportan datos útiles para el trabajo con profesionales de la salud mental, es preciso plantear las limitaciones del estudio. En primer lugar, es importante señalar que la muestra utilizada quedó conformada en su mayor parte por mujeres y psicólogos de las provincias de Buenos Aires y Córdoba, por lo que la generalización de los resultados está circunscripta a grupos similares a los del estudio (Giménez et al., 2018).

El siguiente artículo científico se explaya sobre el impacto que tiene ejercer una profesión que se encarga de la salud mental de otras personas:

Pines y Maslach (1977, como se citó en Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991) en sus primeros estudios vieron que los trabajadores de salud mental que estaban en un proceso de desgaste y sobrecarga, (es decir, con una tensión en su trabajo frecuente y prolongada) tenían modelos de respuesta similares que incluían pautas tales como distanciamiento, intelectualización de sus conflictos, desilusión; manifestaciones somáticas como dolores de cabeza, espalda, gastritis... entre otros. En su investigación encontraron que:

-a mayor tamaño de la institución mayor proporción pacientes/terapeuta lo que contribuía a que los terapeutas comenzaran a percibir a sus clientes cada vez de forma más negativa debido a su cansancio emocional. Faber y Hifetz (1982, como se citó en Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991) consideran que hay un límite en el número de pacientes que se pueden ver por día;

-a mayor gravedad de la enfermedad de los pacientes, más baja satisfacción de quienes lo atienden;

-los trabajadores con menor cualificación (auxiliares y voluntarios) solían ser los que se pasaban más tiempo en contacto directo con los pacientes, y a mayor contacto o intensidad de la relación, mayor desgaste;

-la orientación terapéutica también parecía estar relacionada con la posibilidad de experimentar cansancio emocional. Los trabajadores de orientación más organicista tenían menor ansiedad manifiesta, si bien los estudios más recientes (Ackerley y col, 1988, como se citó en Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991) opinan que sea cual sea su orientación, todo terapeuta es susceptible de "quemarse".

En cuanto a las condiciones laborales, todas las que se alejaban de un salario adecuado, estabilidad laboral, oportunidades de crecimiento y progreso, autonomía, presión de trabajo moderada, apoyo laboral de los compañeros, suponían una influencia negativa para el sujeto (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991).

En el mismo trabajo, se exponían algunas pautas preventivas como:

Thacker (1984, como se citó en Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991) sugiere que el psicodrama utilizado por el staff es un medio eficaz para hacer frente a los conflictos laborales. Kestnbaum (1984, como se citó en Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991) está más de acuerdo con una supervisión eficaz, de manera que los terapeutas y demás personal, puedan ir adaptando sus expectativas sobre las posibilidades de tratamiento de los pacientes.

Todo el conjunto de estudios nos señala que el "burnout" puede depender de cada individuo particular y de sus características (de personalidad, de formación, etc.), pero que normalmente intervienen a la vez factores referidos a las peculiaridades de su profesión y a las condiciones laborales en las que esta se realiza (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991).

La aproximación de este capítulo a las profesiones asistenciales encargadas de la Salud Mental se enfoca principalmente en las consecuencias que trae un trabajo de este tipo. De esta forma poder buscar una solución a estos problemas a través de, por ejemplo, la interdisciplina y un dispositivo de grupo Balint. De fortalecer el diálogo entre profesionales para poder modificar estas condiciones, tanto individuales como contextuales, que llevan a consecuencias como puede ser el Síndrome de Burnout.

### **Capítulo III: La interdisciplina, una actitud de trabajo.**

El concepto de interdisciplina surge en un intento de superar los límites estrechos que cada disciplina impone al análisis de los problemas cuando aborda restrictivamente su objeto de estudio desde un enfoque teórico prefijado y a través de opciones metodológicas fuertemente influidas por el enfoque positivista.

Esta perspectiva, que excede la sumatoria de miradas disciplinares parciales para avanzar en un nuevo modo de construir el objeto basado en el intercambio de saberes, no supone el borramiento de las disciplinas sino, por el contrario, el reconocimiento de la estrecha vinculación entre las mismas (García, R. 2006, como se citó en De Lellis y Fotia, 2019). Desde este enfoque, la construcción de un espacio de conocimiento que expande las fronteras de lo disciplinario surge de la interpelación entre disciplinas particulares que problematizan la demarcación de su objeto por medio de interrogaciones o cuestionamientos recíprocos y, al mismo tiempo, contribuyen a la revisión de los supuestos teóricos y metodológicos en los que se basa cada especialización profesional (De Lellis y Fotia, 2019).

La Ley Nacional de Salud Mental, N° 26.657, entro en vigor en el año 2010. De Lellis y Fotia establecen lo siguiente sobre este hecho:

Apoyado en un enfoque que aspira a superar el enfoque monodisciplinario tradicional, la Ley Nacional de Salud Mental propone una definición del objeto que refleja una perspectiva novedosa, ya que habilita un trabajo interdisciplinario, una redistribución del poder en el seno del equipo de salud y de este con la

comunidad, y propone reconocer también la perspectiva que aportan actores no convencionales, tales como los usuarios y familiares (2019).

La Ley 26.657, en el Artículo 5 del Capítulo II (“Definición”) se refiere a la importancia de la interdisciplina en el diagnóstico:

La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que sólo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado (2010).

Más adelante, en el Capítulo V sobre “Modalidad de Abordaje”, se establece que la atención debe estar a cargo de un *equipo interdisciplinario*. Además, el Capítulo 6 se titula “Del equipo interdisciplinario”, en el Artículo 13 que allí se desarrolla, establece que:

Los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de los servicios y las instituciones, debiendo valorarse su idoneidad para el cargo y su capacidad para integrar los diferentes saberes que atraviesan el campo de la salud mental. Todos los trabajadores integrantes de los equipos asistenciales tienen derecho a la capacitación permanente y a la protección de su salud integral, para lo cual se deben desarrollar políticas específicas (Ley N° 26.657, 2010).

#### **Capítulo IV: El Grupo Balint y el profesional como fármaco.**

Michael Balint, su creador, durante los años posteriores a la segunda guerra mundial, organizo varios seminarios de investigación en la Clínica Tavistock. Estos estaban orientados a la verificación de las implicaciones psicológicas en los médicos en su práctica de medicina general. En uno de sus seminarios donde el tema a abordar era el uso de las drogas prescritas por los médicos, se arribó como conclusión de las discusiones que la droga que más frecuentemente era utilizada en la práctica era el mismo médico. Es decir, durante el tratamiento del paciente no solo era importante las medicinas prescritas, sino el modo en como el medico las ofrecía al paciente (Balint, 1977). Uno de los problemas que esto trae consigo es que, a palabras de Balint, no hay libros, ni farmacología que establezcan como y cuanto debe administrarse del médico como “droga” en sí. Es decir, los profesionales desconocían como manejarse de esta manera ante el paciente.

En su artículo “The doctor, his patient, and the illness” (“El doctor, su paciente y la enfermedad”) publicado en la revista médica británica “The Lancet” en 1955, Michael Balint, comenta el caso de un médico que al “prescribirse” demasiado a una paciente con depresión, el primero terminó obrando de manera iatrogénica. En este caso la paciente llega a consulta por unos síntomas fisiológicos, el profesional observa que estos problemas no tenían una causa exacta y que podían deberse a una patología psicológica. Al hacerle unas preguntas sobre su actividad sexual con su pareja, la paciente se va del hospital pensando que sus problemas se deben a una falta de relaciones sexuales con su pareja. Esto generó una aversión a los médicos por parte de la paciente que no vuelve a ir a chequeos médicos por mucho tiempo. En parte, la respuesta automática del médico al

suponer que la falta de relaciones llevaría a un estado de “infelicidad”, expuso como la individualidad y las creencias influyen en las decisiones.

Siguiendo lo anteriormente establecido, Balint habla de una *función apostólica* del médico, es decir, el intento de este mismo de convencer al paciente sobre su punto de vista. Uno de los objetivos sería tratar esta *falla narcisista* o esta sensación de “no ser un buen profesional”.

Balint (1977) establece que a través de su obra intentara seguir “los sinuosos senderos que desembocan en la concertación de un compromiso entre el médico y su paciente, las diversas etapas de esta ruta y las numerosas propuestas, contrapropuestas, sugerencias, acepciones, rechazos que surgen durante el proceso” (pp. 37-38).

Lo establecido expone la inclinación de Balint en investigar la relación entre médico-paciente. “El grupo Balint es un grupo homogéneo de médicos que opera como un instrumento de investigación, enseñanza y aprendizaje de la relación médico-paciente” (Luchina, 1982, p. 18).

Este instrumento de investigación, tiene la función de enseñar y aprender a través de él. En principio fue desarrollado para comprender mejor la relación médico-paciente y cuáles eran los contingentes que llevaban a no resolver una determinada problemática por cuestiones que surgían en esa relación.

En 1977, al referirse sobre el dispositivo en sí, Balint argumenta:

Nuestro trabajo adopto exclusivamente la forma de grupos de discusión, integrados por ocho a diez médicos generales y uno o dos psiquiatras. Los grupos se reunieron una vez por semana durante dos o tres años, aunque algunos se prolongaron más. Las reuniones se realizaban a primera hora de la tarde del medio

día libre que habitualmente se toman los médicos generales. Este sistema les permitía asistir sin que se produjeran interferencias serias con la consulta de cada profesional; en realidad, esta disposición dio tan buenos resultados que aun durante los meses más activos para el médico general, de diciembre a marzo, la asistencia fue muy buena; es decir, un promedio, para el año redondo, del noventa al noventa y cinco por ciento del total posible (p.19).

Balint destaca la importancia del obrar del médico en su dispositivo al establecer:

Fue mi punto de partida la idea de que, desde el punto de vista psicológico, en la práctica general hay más entre el paciente y el medico de lo que se dice en los tradicionales libros de texto. Si mis conceptos eran correctos, los hechos que yo deseaba someter a examen solo podían ser observados por el propio medico; la presencia de una tercera persona, por mucho tacto y objetividad que ella demostrara, inevitablemente destruiría la atmosfera de llaneza e intimidad. Dicha tercera persona solo vería una imitación, quizás muy buena, pero nunca la cosa misma.

Por lo consiguiente, la investigación solo podría ser realizada por el médico general, en el curso de su trabajo cotidiano, sereno y sin perturbaciones, amo soberano de su propio dominio médico (1977, p.19).



### **Planificación de actividades**

Los encuentros están dirigidos a todos los profesionales que trabajen con pacientes en el sector de Salud Mental del Nuevo Hospital “San Antonio de Padua” de la ciudad de Río Cuarto.

Con una frecuencia de un encuentro por semana, los mismos se dan a lo largo de aproximadamente un mes y medio. Cada encuentro tiene una duración aproximada de 90 minutos. El horario de los encuentros está pensado en función de que no interfiera con las consultas y las tareas de cada profesional. Se realizan en un espacio de la institución que cuente con sillas suficientes para todos los participantes. Participan a su vez, un/a coordinador/a, un/a especialista en comunicación de grupo y un/a especialista en interdisciplina. La cantidad de participantes es de 8 a 12 profesionales.

El/la coordinador/a debe poseer mínimo 3 años de experiencia en conducción o coordinación de espacios de formación, acompañado de espacios de supervisión y análisis personal.

## **Encuentro N°1: Conociéndonos**

**Objetivo:** Favorecer canales de comunicación asertiva entre disciplinas.

A partir de las siguientes actividades se intenta hacer un primer contacto entre los participantes y el/la coordinador/a. De esta forma, ir generando una dinámica de grupo en donde todos encuentren un espacio para expresar sus puntos de vista.

### ***Actividad 1: Vos por mí, yo por vos***

- Se presenta el/la coordinador/a a todo el grupo, contando un poco de su historial profesional, su formación, trabajos realizados, entre otras cosas.

- Se reparten breves cuestionarios individuales a cada uno de los participantes para la evaluación de resultados (ver anexo 1).

- Actividad de presentación “Vos por mí, yo por vos”: Se invitará a los participantes del encuentro a agruparse en grupos de a dos con alguien que, en lo posible, sea un desconocido o conozca poco. Luego se tomarán unos minutos cada uno para contarle al otro su historia. Por último, cada uno presentará a su compañero/a la totalidad del grupo. Esta actividad tiene la intención de colocar a los participantes “en los zapatos” del otro e ir generando una dinámica grupal.

- Explicación del cronograma de actividades.

- Duración: 30 minutos

### ***Actividad 2: Comunicación asertiva***

- El coordinador presenta a un especialista sobre comunicación asertiva para que realice una exposición sobre el tema, que implica y como puede llevarse a cabo, utilizando ejemplos y conceptos técnicos.

- Luego se habilita un espacio para comentar situaciones problemáticas sobre casos, talleres o toda otra cuestión que atañe al rol profesional, invitando a los participantes que utilicen lo aprendido sobre comunicación asertiva.

- El coordinador mediará un estilo de debate entre los participantes sobre estas cuestiones.

- Duración: 1 hora.

**Recursos:** Cañón proyector, pizarra, fibrones y borrador.

## **Encuentro N°2: Escuchemos**

**Objetivo:** Favorecer canales de comunicación asertiva entre disciplinas.

La intención de este encuentro es que los participantes, a partir de lo trabajado en el encuentro anterior y de lo que surja en este, interactúen entre ellos, expresando sus inquietudes y encontrando posibles soluciones a partir de las ideas de sus compañeros/as.

### ***Actividad 1: ¿Qué es un grupo Balint?***

- Presentación por parte del coordinador de lo que es un grupo Balint, los beneficios que tiene y porque es necesaria su realización.

- Utilizando las problemáticas sobre casos, la institución, cambios, ideas expresadas en el encuentro anterior, se apagarán los celulares, se formará un círculo y se dará inicio a un dispositivo de grupo Balint. Se buscará generar una sensación de libertad y comodidad en la que el o la participante pueda expresarse espontáneamente.

- Duración: 1,30 horas.

### ***Actividad 2: Tarea***

- A través de la investigación y exposición conjunta de la relación entre cada profesional de la salud y sus pacientes, la relación entre profesional y la institución, el coordinador busca fomentar que el resto aporte sus opiniones al respecto asignando tareas que no demanden mucho tiempo.

- Como tarea: pensar posibles soluciones a los problemas que surgieron en el dispositivo, en el debate y en la actividad de grupo.

- Como tarea (opcional): lectura sobre casos de trabajos interdisciplinarios en instituciones de salud pública que funcionen desde la complejidad facilitados por el coordinador. Los casos utilizados como ejemplo serán compartidos vía Google Drive.

- Aviso: El coordinador invita, a aquellos que lo deseen, a traer sus computadoras personales para el siguiente encuentro.

- Duración: 10 minutos.

**Recursos:** Cañón proyector, pizarra, fibrones y borrador.

### **Encuentro N°3: Complejicemos**

**Objetivo:** Integrar una ética de trabajo desde la complejidad.

A través de este encuentro, se busca reforzar e ir trabajando la interdisciplina, el trabajo en conjunto, la aceptación de diversas opiniones e ideas.

#### ***Actividad 1: Repasemos***

- Buscando aplicar lo leído, lo debatido anteriormente y las posibles soluciones pensadas, se acompaña a trabajar de vuelta las cuestiones que surjan. Permitiendo varias opiniones y puntos de vista.

- El coordinador/a realiza preguntas abiertas al grupo para generar una dinámica de debate y reflexión sobre los temas que emerjan.

-Duración: 30 minutos.

#### ***Actividad 2: Actividad grupal***

- Generar grupos de intercambio conformados por 4 participantes. Se realizan los grupos al azar, enumerándose del uno al cuatro todos los allí presentes. Esta actividad permite que, a partir de la variedad de puntos de vista, los participantes, lleguen a través de la comunicación y el debate interno del grupo a soluciones conjuntas. Pueden realizar la exposición utilizando la pizarra o el cañón proyector, a partir de una presentación de power point.

- Exponer los resultados a la totalidad de los asistentes. Deben explicar porque sus soluciones son las ideales para la problemática a tratar.

- Duración: 1,15 horas.

**Recursos:** Cañón proyector, pizarra, fibrones y borrador.

## **Encuentro N°4: Intercambemos**

**Objetivo:** Integrar una ética de trabajo desde la complejidad.

En este encuentro se explican los beneficios que trae el trabajo interdisciplinar y como llevarlo a cabo. Se busca, además, trabajar la empatía y el reconocimiento del otro.

### ***Actividad 1: Interdisciplina***

- El coordinador/a presenta a un especialista en trabajos interdisciplinarios para que explique porque sería de utilidad y los beneficios que trae considerarla como ética de trabajo.

- Duración: 45 minutos

### ***Actividad 2: Debate sobre la charla***

- Posterior a la charla, se abre un espacio para preguntar al especialista y conversar sobre lo escuchado. El coordinador/a puede ayudar haciendo algunas preguntas abiertas que abran el debate con el/la especialista.

- Como tarea: pensar en cómo ayudar a otro compañero de trabajo, profesional, colega con nuestros propios conocimientos, ideas y opiniones.

- Como tarea: pensar cómo solucionar el problema de deserción de personal de talleres y de otros espacios de trabajo.

- Duración: 30 minutos.

**Recursos:** Cañón proyector, pizarra, fibrones y borrador.



## **Encuentro N°5: Ayudádonos**

**Objetivo:** Formar perfiles profesionales interdisciplinarios.

Llegado este encuentro, se intenta fortalecer el trabajo entre los participantes, fomentando la diversidad de opiniones, la apertura de cada uno a hablar de sus problemas y los problemas que considera que hay en la institución. Además, se trabaja sobre posibles soluciones para problemas propios y de los demás.

### ***Actividad 1: Pensemos en soluciones***

- A través de lo trabajado sobre interdisciplina, comunicación asertiva y el grupo Balint, se exploran las distintas situaciones problemáticas que se plantean.

- El coordinador/a invita a disponer las sillas en círculo y pide amablemente silenciar los celulares.

- Se realiza una actividad basada en que aquel que traiga una problemática no puede decir cómo solucionarla, todos los asistentes a medida que quieran ir participando tendrán que proponer una posible solución.

- Duración: 45 minutos

### ***Actividad 2: ¿Te doy una mano?***

- A través de la tarea a realizar para este encuentro, planteada en el encuentro anterior, cada uno de los participantes propone las distintas soluciones a problemas de

otros compañeros y cada uno expone los argumentos de porque sería necesaria tal ayuda y como puede esa persona serle de ayuda.

- Duración: 45 minutos.

**Recursos:** Cañón proyector, pizarra, fibrones y borrador.

## **Encuentro N°6: Reflexionemos**

**Objetivo:** Formar perfiles profesionales interdisciplinarios.

A partir de estas actividades, el coordinador/a da un cierre a los encuentros de forma reflexiva a partir de un grupo Balint y una dinámica de cierre.

### ***Actividad 1: Grupo Balint***

- El coordinador invita a los participantes a que coloquen las sillas en círculo, a que se silencien los celulares y da comienzo nuevamente a un espacio en el que los participantes se sientan libres de expresar sus inquietudes, problemáticas, posibles soluciones, entre otras cuestiones que vayan surgiendo.

- Al finalizar la actividad, se reparten los cuestionarios individuales y anónimos a cada uno de los participantes para comparar los resultados con los cuestionarios realizados al comenzar el primer encuentro (ver cuestionarios en Anexo 1).

- Duración: 30 - 45 minutos

### ***Actividad 2: Cierre***

- El coordinador invita a los asistentes, todavía sentados en círculo, a expresar su experiencia personal a través de los múltiples encuentros con total libertad.

- Dinámica de cierre de grupo “La frase”: El coordinador reparte un papel y una lapicera a cada participante. En el papel deben escribir una frase que sintetice su

experiencia a lo largo de todos los encuentros. Luego se exponen una por una y se pegan en una lámina que contendrá todas las frases del grupo.

- Duración: 30 – 45 minutos.

**Recursos:** Cañón proyector, pizarra, fibrones y borrador. Lapiceras, una lámina grande y múltiples papeles rectangulares de 20x10 cm aproximadamente.

## Diagrama de Gantt

|                  |                       |              | Semana   |          |          |          |          |          |
|------------------|-----------------------|--------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|                  |                       |              | Semana 1 | Semana 2 | Semana 3 | Semana 4 | Semana 5 | Semana 6 |
| <b>Encuentro</b> | <b>Conociéndonos</b>  | Actividad 1  |          |          |          |          |          |          |
|                  |                       | Actividad 2  |          |          |          |          |          |          |
|                  | <b>Escuchemos</b>     | Actividad 3  |          |          |          |          |          |          |
|                  |                       | Actividad 4  |          |          |          |          |          |          |
|                  | <b>Complejicemos</b>  | Actividad 5  |          |          |          |          |          |          |
|                  |                       | Actividad 6  |          |          |          |          |          |          |
|                  | <b>Intercambiemos</b> | Actividad 7  |          |          |          |          |          |          |
|                  |                       | Actividad 8  |          |          |          |          |          |          |
|                  | <b>Ayudándonos</b>    | Actividad 9  |          |          |          |          |          |          |
|                  |                       | Actividad 10 |          |          |          |          |          |          |
|                  | <b>Reflexionemos</b>  | Actividad 11 |          |          |          |          |          |          |
|                  |                       | Actividad 12 |          |          |          |          |          |          |

(Fuente: elaboración propia).

## **Recursos**

Los recursos utilizados son los siguientes:

### **Recursos humanos**

En todos los encuentros:

- Un coordinador.

Encuentro N°1:

- Especialista en comunicación asertiva.

Encuentro N°4:

- Especialista en interdisciplina.

### **Recursos materiales y técnicos**

En todos los encuentros:

- Aula con buena iluminación.
- Sillas para todos los participantes.
- Cañón proyector.
- Pizarra.
- Fibrones.
- Borrador.

Encuentro N°6:

- Lapiceras

- Lamina grande.
- Múltiples papeles rectangulares de 20x10 cm.

**Recursos de contenidos**

- Carpeta de Google Drive con los casos prácticos sobre trabajos interdisciplinarios en instituciones de salud pública.

### Presupuesto

Todos los materiales que no sean incluidos dentro del presupuesto se pedirán prestado a la institución, como, por ejemplo, aula con buena iluminación, sillas, cañón proyector, pizarra, entre otros.

| <b>Material</b>       | <b>Cantidad</b> | <b>Total</b> | <b>Total</b>   |
|-----------------------|-----------------|--------------|----------------|
| Fibrones para pizarra | 4               | \$130        | \$520          |
| Lamina grande         | 2               | \$30         | \$60           |
| Resma de hojas A4     | 1               | \$500        | \$500          |
| Lapiceras             | 10              | \$75         | \$750          |
| <b>Total</b>          |                 |              | <b>\$1.830</b> |

El Colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba establece que, a partir del 1° de julio de 2021, los honorarios mínimos éticos profesionales por conducción o coordinación de espacios de formación serán de \$ 2.540 (pesos) por hora de trabajo (en total son 9 horas). Esto implica un total de: \$22.860 (pesos) por la labor del coordinador/a en todos los encuentros. Al igual que el/la coordinador/a, se deberá pagar un total de \$5.080 (pesos) a los especialistas (\$2.540 a cada uno/a) por conducción o coordinación de los respectivos encuentros a los que asistan. Todo esto da un total de: \$27.940 (pesos) por los recursos humanos.



| <b>Recursos</b>   | <b>Total</b>    |
|-------------------|-----------------|
| <b>Materiales</b> | \$1.830         |
| <b>Humanos</b>    | \$27.940        |
| <b>Total</b>      | <b>\$29.770</b> |

El costo total de la realización de los encuentros será de: \$29.770 (pesos).

## **Evaluación**

Para determinar el impacto y los resultados obtenidos a lo largo del desarrollo de los encuentros y de la aplicación del dispositivo de grupo “Balint”, así como también, los múltiples debates y talleres de aprendizaje en el Nuevo Hospital “San Antonio de Padua” de la ciudad de Río Cuarto, se realiza una serie de evaluaciones para observar si los encuentros han sido efectivos o no en satisfacer la necesidad de la institución.

El procedimiento a emplear en la recolección de datos es un pre-post test, que implica la administración de dos cuestionarios individuales, uno al comienzo del primer encuentro y otro al finalizar el último encuentro. Una vez obtenidos los resultados, se plasman en una matriz de evaluación de impacto para comparar los resultados. El esquema de los cuestionarios y la matriz se incluye en anexos

### **Resultados esperados**

Se espera que a partir de los múltiples encuentros se refuerce el trabajo interdisciplinar entre los profesionales de salud mental que trabajen en el Nuevo Hospital “San Antonio de Padua” de la ciudad de Río Cuarto.

Comenzando los encuentros, trabajando de forma introductoria temas como la comunicación asertiva y la interdisciplina, se pretende que al finalizar los profesionales no solo hayan aprendido los conceptos, sino que también los hayan aplicado en los encuentros, que luego los puedan aplicar en su día a día en el Hospital y que puedan ser integrados como herramientas útiles en tres tipos de relaciones distintas pero correlacionadas: con los compañeros de trabajo, con los pacientes y consigo mismos. Ésta última es de particular importancia, porque lo que principalmente busca un plan de intervención de este tipo es generar un impacto transformativo en la forma de trabajar de los profesionales que les sea beneficioso, que se sostenga en el tiempo y, sin un cambio interno (por lo menos en aquellos/as que sea necesario) esto no sería posible.

A través de dispositivos como el grupo Balint, los profesionales pueden discutir las problemáticas que surgen en la relación con sus pacientes y las problemáticas que ellos consideren que existan en la institución. De esta manera, a partir de un espacio de libertad en el que pueden expresarse de forma espontánea, pueden interrelacionarse con los demás profesionales, escuchar ideas y opiniones diversos. Se considera que todo esto trae como resultado una amplificación de la complejidad en las perspectivas de los profesionales y como consecuencia, profesionales con perfiles más interdisciplinarios y complejos.

Luego de los encuentros, los profesionales habrán compartido momentos de reflexión y aprendizaje que fortalecerán los vínculos entre ellos. De esta forma, pueden encontrar en el otro a alguien como un par, un colega, alguien que puede ayudar, sin tener en cuenta las diferencias conceptuales que diferencian a las disciplinas a las que pertenecen.

También se espera que los profesionales comiencen a utilizar recursos como los trabajados a lo largo de los encuentros, generar la iniciativa en ellos de establecer dinámicas entre las distintas disciplinas, hablar entre ellos, cuestionarse y debatir posibles soluciones a problemas que vayan surgiendo.

## Conclusión

La interdisciplina es un concepto que prácticamente todos los profesionales conocen, pero que no siempre emplean en su práctica. Estamos en una época en la que escuchar la diversidad de opiniones es fundamental para tener una perspectiva más integral, ya sea de un diagnóstico o hasta de una problemática institucional, como para nombrar algunas de las posibilidades. Además, la posibilidad de abrirse como persona a los demás y contar nuestras experiencias, tiene muchos beneficios que llevarán al profesional a estar más saludable y realizar su tarea de forma más eficaz.

Una de las principales fortalezas de este plan de actividades como forma de intervención en esta institución, es la diferencia que puede hacer en la calidad de vida de los profesionales. No siempre aquellos que trabajan con la salud de los demás, tienen un espacio para su propia salud. Muchos son descuidados. Por lo tanto, se considera que brindar un espacio de tales características a través de los múltiples encuentros puede llegar a ser muy beneficioso.

No solo será beneficioso para los profesionales, sino también, para los pacientes. Que los profesionales que trabajan con ellos tengan un espacio de supervisión, de reflexión, de debate, en el que otros colegas aporten ideas y esclarezcan posibles sesgos, permitirá que de la relación emerjan mejores resultados.

Una de las limitaciones del plan, además la más complicada de solucionar, es la imposibilidad de conseguir un espacio físico disponible dentro de la institución a partir de las restricciones y los cuidados para prevenir y tratar los contagios por COVID-19. En momentos tan críticos como este se prioriza la salud física por sobre la mental. Por lo

tanto, que se lleve a cabo una actividad formativa en un espacio que puede ser utilizado para salvar la vida de, aunque sea, una persona, no es posible.

En relación con la limitación anterior es la posible ausencia de participantes debido a emergencias por COVID-19 o de otro tipo. Esta complicación no se considera como un impedimento para realizar la actividad, ya que, al ser la mayoría colegas no habría problema si alguien se retirara en medio de una actividad para atender a uno de sus pacientes y la actividad podrá seguir su desarrollo.

Otra limitación, es la brevedad del plan de intervención. Al ser breve el tiempo que se dispone para trabajar con los participantes, quizás el impacto que se intenta generar no pueda ser logrado. De todas formas, este es un riesgo que puede suceder en cualquier tipo de plan de intervención.

Por último, se considera que este plan de intervención, si logra lo que intenta lograr en la ética de trabajo de los profesionales y si estos últimos siguen aplicando lo aprendido, traerá beneficios a largo plazo que, si perduran, transformaran la institución.

## Referencias

Álvarez Gallego, E y Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (1): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 257-265.

Balint, M. (abril 1955). The doctor, his patient, and the illness. *The Lancet*, 265 (6866), 683 – 688. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(55\)91061-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(55)91061-8)

Balint, M. (1977). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros básicos.

D'Ambrosio, F. (marzo-abril 2016). Risk factors for burnout and job satisfaction in a sample of health professionals in Italy. *Ig Sanita Pubbl*, 72(2), 129-36.

De Lellis, M. y Fotia, G.D. (2019). Interdisciplina y Salud Mental. *Anuario de Investigaciones*, 26, 179-187. Universidad de Buenos Aires.

Dinámicas Grupales (2016-2020). *Dinámica “La Frase”*. Buenos Aires, Argentina:

Dinámicas

Grupales.

<https://dinamicasgrupales.com.ar/dinamicas/cierre/dinamica-la-frase/>

Giménez, S. B., Gilla, M. A., Morán, V. E., y Olaz, F. O. (2018). Burnout y sintomatología psicopatológica en profesionales argentinos de la salud mental.

*PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 10, doi:

10.5872/psiencia/10.3.22

Jure, G. (s.f.). *Entrevistada por Universidad Siglo 21*. Universidad Siglo 21 – Sede Río

Cuarto.

Kuhn, T. S. (1962). *La estructura de las revoluciones científicas*. México DF: FCE.

Ley 26.657 de 2010. Ley Nacional de Salud Mental. 2 de diciembre de 2010. D.O. No.

32041.



Luchina, I. (1982). *Grupos Balint*. Buenos Aires: Paidós.

Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.

Material de plataforma virtual CANVAS. (2019). *Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”*. Universidad Siglo 21.

Morin, E. (1990). *Introducción al Pensamiento Complejo*. Barcelona: Gedisa.

Peña, F. (2018). *Inclusión Social en pacientes de Hospital de Día en vinculación con sus familiares*. Trabajo Final de Graduación. Universidad Siglo 21.  
<https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/15994/PE%C3%91A,%20Floren%20cia.pdf?sequence=1>

Platón. (1871). Carmides. En *Obras completas de Platón. Tomo I* (Trad. P. Azcárate)  
(156b). Medina y Navarro.

## Anexos

### Anexo 1: Cuestionario anónimo individual

Un cuestionario realizado antes de comenzar el primer encuentro y otro al finalizar el último.

Consigna: Lea las preguntas de forma individual y marque, siendo 1 “nada” o “nunca” y 5 “mucho” o “siempre”:

1) ¿Se considera una persona que trabaja en grupo?

1                                  2                                  3                                  4                                  5

2) Cuando está en grupo ¿Comparte sus experiencias e ideas?

1                                  2                                  3                                  4                                  5

3) Cuando está en grupo ¿Escucha y trata de comprender los problemas de los demás?

1                                  2                                  3                                  4                                  5

4) ¿Qué tan seguido ofrece su ayuda a alguien que podría necesitarla?

1                                  2                                  3                                  4                                  5

5) ¿Pide ayuda cuando la necesita?

1                                  2                                  3                                  4                                  5

6) ¿Alguna vez descartó un consejo por venir de un desconocido?

1                                  2                                  3                                  4                                  5

7) Cuando está en grupo ¿Puede hablar de sus problemas?

1                      2                      3                      4                      5

8) ¿Se considera una persona que coopera con los demás?

1                      2                      3                      4                      5

9) ¿Trabajaría con alguien de una disciplina diferente?

1                      2                      3                      4                      5

10) ¿Considera que su disciplina es la única y la mejor manera de explicar aquello que intenta explicar?

1                      2                      3                      4                      5

## Anexo 2: Matriz de evaluación de impacto

| Cualidad de análisis           | Indicador   | Respuestas |
|--------------------------------|---|------------|
| <b>Interdisciplina</b>         | Los profesionales pueden trabajar problemas con especialistas de otras disciplinas. |            |
|                                | Los profesionales aceptan y escuchan consejos sobre su práctica.                    |            |
| <b>Funcionamiento en grupo</b> | Los profesionales escuchan e intercambian opiniones con los demás.                  |            |
|                                | Los profesionales crean vínculos solidarios entre ellos.                            |            |
| <b>Apertura</b>                | Los profesionales pueden hablar de sus problemas frente a otros.                    |            |