

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de grado Plan de Intervención

Licenciatura en Psicología

“Taller Psicoeducativo para promover la integración social y la participación de los familiares de pacientes que asisten a Hospital de día”

Casco, María Victoria

PSI03645

Director de Tesis: Dr. Y Lic. Rubén M. Pereyra

Córdoba Capital

Julio 2020

Índice

Resumen	2
Introducción.....	3
Línea estratégica de intervención	5
Resumen de la organización	7
Delimitación del problema/necesidad	12
Objetivos.....	14
Justificación	15
Marco teórico.....	18
- Capítulo 1: <i>Salud mental a nivel Mundial, Nacional y Provincial</i>	18
- Capítulo 2: <i>Familia y tratamiento</i>	22
-Capítulo 3: <i>Inclusión, vinculación y acompañamiento familiar</i>	24
-Capítulo 4- <i>Taller psicoeducativo</i>	27
Actividades	30
Cronograma	37
Recursos	38
Presupuesto.....	39
Evaluación	40
Resultados esperados.....	41
Conclusión.....	42
Referencias	43
Anexos.....	53

Resumen y palabras claves

El presente trabajo Final de grado se desarrolla en el marco de la Universidad Siglo 21, Córdoba, Argentina y comprende el desarrollo de un Plan de Intervención. Se trabajó con el Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua” y se detectó la ausencia de inclusión, vinculación y acompañamiento a familiares de pacientes que asisten al Hospital de Día. La intervención se realizó mediante un dispositivo de taller Psicoeducativo compuesto por 5 encuentros, en los cuales algunos participaron solo familiares y en otros familiares y pacientes, con una frecuencia semanal los días jueves de 10:00 a 11:30am. Se trabajó de manera teórica y práctica, con el objetivo de promover la integración social y la participación de los familiares.

Dicho taller se midió a través de una evaluación de impacto que se aplica al principio y al final del mismo, con el propósito de valorar los logros obtenidos y efectuar las recomendaciones futuras en dicha institución.

Palabras claves: Inclusión familiar – acompañamiento familiar - Hospital de día
- Taller Psicoeducativo.

Introducción

Una enfermedad que se presenta en un miembro de la familia no solo afecta al paciente, sino que involucra también al ámbito familiar. Como señalan Cardona Patiño, Zuleta Guzmán, Londoño Bernal, Ramírez Nieto y Viveros Chavarría (2012) una enfermedad no es individual, involucra un contexto, una sociedad y a la misma familia.

Debido a esto investigadores se han dedicado a estudiar la relación que hay entre familia y enfermedad mental y demuestran que esta relación es de vital trascendencia en la recuperación de los pacientes.

Por otro lado, el apoyo familiar comprende la protección y ayuda que la familia otorga a un pariente con trastornos psiquiátricos severos que se encuentra recibiendo tratamiento en servicios de atención ambulatoria, y considera los siguientes aspectos: cuidados básicos, implicancia en el tratamiento, preocupación por la medicación, interacción social y búsqueda de la autovalencia del enfermo. (Leal Soto, Espinosa Cortés, Vega Terrazas y Vega Terrazas, 2012)

Entonces, siguiendo las líneas y bases de los autores mencionados, la familia del paciente debe ser entendida como una unidad, en la que al producirse una alteración o transformación de uno de los integrantes, seguramente se influirá en todos los demás sistemas. (Bautista Rodríguez, Arias Velandia y Carreño Leiva, 2016)

Por lo expuesto anteriormente, se puede agregar que a través de los talleres psicoeducativos se ve facilitado el desarrollo Social de los familiares que pasan por tan delicada situación, acentuando la importancia de saber cómo actuar ante la diversidad de situaciones que se presentan.

Es por esto que en el presente trabajo final de grado, se ha optado por la realización de un taller psicoeducativo dirigido a un grupo que estará conformado por 15 personas. El mismo constará de cinco encuentros a llevar a cabo en el Hospital de día del Nuevo Hospital “San Antonio de Padua” en los cuales se realizarán actividades dirigidas a trabajar sobre el vínculo, la integración social, la participación familiar, la contención y la comunicación, con el objetivo de establecer vínculos saludables y mejorar la calidad de vida del paciente y del núcleo familiar.

Línea estratégica de intervención

En el siguiente trabajo se llevó a cabo un plan de intervención, para realizar el mismo se abordó la línea temática estratégica “Nuevos paradigmas en salud mental”. En primer lugar se describirán algunos conceptos básicos en cuanto a la línea temática escogida y luego, el plan de intervención propiamente dicho.

Un paradigma es una manera de ver las cosas y, por eso, lo entendemos como “un conjunto de principios organizativos de la percepción, de modo tal que es una condición previa, temporal y conceptualmente a la percepción misma”. (Palma, 2008, p. 87)

A su vez, Kuhn (1992) lo define como “la completa constelación de creencias, valores y técnicas compartidas por los miembros de una comunidad dada” (p.169).

Hablar de nuevos paradigmas implica que el mapa del mundo está cambiando. Un nuevo paradigma nos proporciona una comprensión más profunda de la naturaleza de los cambios cuánticos en sistemas complejos, tanto naturales como sociales. (Laszlo, 2009)

Siguiendo con la OMS, define a la salud mental como un “estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, para poder trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (OMS, 2001, p.1)

La LEY 26657 (2010) establece en el ARTÍCULO 3° que la salud mental es un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de

construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

Por otro lado, Parales (2008) afirma que actualmente “la salud mental se refiere a posibilidades y capacidades de realizarse personalmente y contribuir a la comunidad a la que se pertenece”. (p. 664)

El plan de intervención anteriormente mencionado se llevó a cabo en el Nuevo Hospital de Río Cuarto "San Antonio de Padua", dentro del Servicio de Salud Mental en el dispositivo terapéutico grupal “Hospital de Día”. El plan se desarrolló con el objetivo de responder a la problemática de inclusión, vinculación y acompañamiento familiar de los pacientes que asisten al Hospital de día.

Se considera pertinente la línea temática estratégica escogida para abordar la problemática planteada hacia el Hospital, debido a que desde paradigma de la complejidad se considera que la realidad no es simple y los elementos que la conforman están interconectados, y el hospital al trabajar con el paciente de manera holística y desde un abordaje integral e integrador adhiere al mismo.

En definitiva, se vive en un contexto social de creciente exigencia y complejidad, las personas con enfermedad mental comparten las necesidades comunes propias a las de todo ser humano, aunque al ser en su mayoría altamente vulnerables son dependientes de su red social de apoyo, sobre todo de su familia. (Modelo de atención a personas con Enfermedad Mental Grave, 2006)

Resumen de la organización

El Nuevo Hospital Río Cuarto "San Antonio de Padua" fue creado en 1948 durante el gobierno de Juan Domingo Perón en la ciudad de Río Cuarto, ubicándose en el barrio Las Ferias con dirección en calle General Mosconi 486. Desde sus comienzos hubo una concepción social de la medicina y como parte de las políticas del momento se estableció la gratuidad en la atención de salud, estudios, tratamientos y provisión de medicamentos. (Universidad Siglo 21, 2019. s/p. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervención-modulo-0#org4>)

En un principio comenzó funcionando como un hospital de nivel 2, brindando prestaciones de baja y mediana complejidad contando con cuatro especialidades básicas, entre ellas, clínica médica, cirugía, pediatría y tocoginecología. Con el transcurso del tiempo y en función de la demanda no solo local, sino regional, se fueron incorporando otras especialidades. (Universidad Siglo 21, 2019. s/p. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervención-modulo-0#org4>)

A mediados del año 1969 el doctor Lucero Kelly médico psiquiatra, realizó gestiones en el Instituto Nacional de Salud Mental para abrir el primer Servicio de Salud Mental en el Hospital Regional de Río Cuarto. A partir de esas gestiones, se logró que ese mismo año comenzara a funcionar el Servicio de Salud Mental, bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica. (Universidad Siglo 21, 2019. s/p. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervención-modulo-0#org4>)

Cabe destacar que la creación de unidades efectoras de salud mental formaba parte de una incipiente política de transformación, que había comenzado en la Europa de la posguerra, con algunos movimientos que fueron precursores de aquello que luego dio en llamarse salud mental como disciplina. Se encontraban, entre otros, el movimiento antipsiquiátrico. Si bien los fundamentos de esa época no estaban tan desarrollados como están ahora las actuales políticas de salud mental, la inspiración provenía de una política de transformación que ya se orientaba a un enfoque de derechos y desestigmatización social de la enfermedad mental. (Universidad Siglo 21, 2019. s/p. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervención-modulo-0#org4>)

Posteriormente, en el año 2004 el Hospital se trasladó a una nueva sede ubicada en el sector oeste de la ciudad con dirección en Guardias Nacionales 1027 y conserva esa ubicación hasta la actualidad. (Universidad Siglo 21, 2019. s/p. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervención-modulo-0#org4>)

La misión de la institución consiste en 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). En menor medida y solo accesoriamente, despliega acciones de promoción de la salud, prevención y asistencia de enfermedades del primer nivel (baja complejidad), dado que este es competencia de la jurisdicción municipal. (Universidad Siglo 21, 2019. s/p. Recuperado de:

<https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervención-modulo-0#org4>)

En cuanto a la visión, la actual política provincial de salud está en consonancia con las políticas nacionales y los pronunciamientos y recomendaciones de organismos transnacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estas 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 (alimentación, condiciones sanitarias, educación, inmunizaciones). Del mismo modo, una vez presentada la enfermedad, el propósito es lograr el mayor nivel de recuperación, minimizando los efectos seculares de ésta mediante una rehabilitación integral no solo del daño físico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales. (Universidad Siglo 21, 2019. s/p. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervención-modulo-0#org4>)

En el año 2010 el servicio de Salud Mental se encontraba sólidamente organizado en cuanto al área asistencial, tanto en prácticas ambulatorias como en internación. El sistema de atención por guardia funcionaba correctamente al igual que lo referido a la capacitación en servicio. Al siguiente año se puso en movimiento la creación de dos áreas hasta ese momento inexistentes en el servicio: Hospital de Día e Intervención en Comunidad. (Universidad Siglo 21, 2019. s/p. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervención-modulo-0#org4>)

Actualmente el Hospital se encuentra avalado y rige por las leyes de Salud Mental provincial N. ° 9848 y Nacional N. ° 26657 y depende de financiación estatal.

(Universidad Siglo 21, 2019. s/p. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervención-modulo-0#org4>)

El Hospital cuenta con área de Recursos Humanos la cual está compuesta por el personal y los recursos Humanos y también posee Servicio de Salud Mental. (Universidad Siglo 21, 2019. s/p. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervención-modulo-0#org4>)

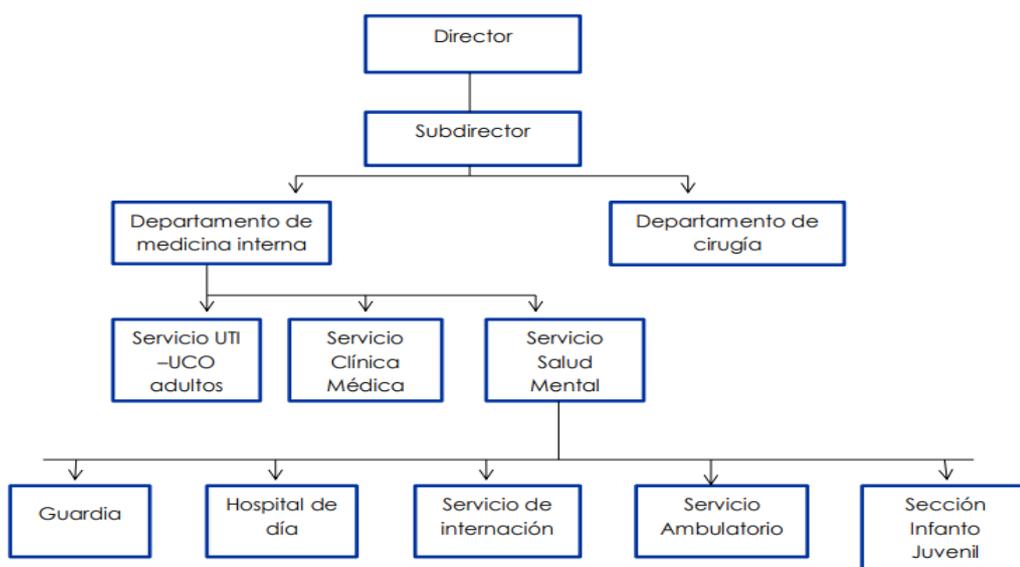
Dentro del servicio de Salud Mental, el abordaje de la problemática psicopatológica tiene un carácter holístico, integral e integrador. Se entiende que el ámbito social y cultural de pertenencia del paciente es el lugar donde la problemática subjetiva emerge y es indudable que todo padecimiento subjetivo 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. (Universidad Siglo 21, 2019. s/p. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervención-modulo-0#org4>)

Por otra parte, trabajan 15 personas de las cuales: 9 pertenecen a personal de planta, 5 son contratados y 1 corresponde a locación de servicio. Estos profesionales corresponden a diferentes disciplinas, entre ellas, psiquiatría, psicología, psicopedagogía, trabajo social y enfermería. (Universidad Siglo 21, 2019. s/p. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervención-modulo-0#org4>)

El sistema de atención está formado por asistencia de guardia las 24hs., asistencia ambulatoria (consultorio externo y grupo terapéutico (Hospital de día)), sección infanto-juvenil e internación. Cabe destacar que desde los diferentes abordajes terapéuticos en su conjunto se apunta a la disminución del sufrimiento psíquico. (Universidad Siglo 21, 2019. s/p. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervención-modulo-0#org4>)

El Hospital de Día inició con la intención de crear un nuevo espacio terapéutico intermedio entre la hospitalización completa y la asistencia por consultorio externo. Este dispositivo 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. (Universidad Siglo 21, 2019. s/p. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervención-modulo-0#org4>)

Organigrama (Quirós Feijoo, 2019, p.16)



Delimitación de la necesidad o problema objeto de la intervención

Se puede definir a un problema como una “Situación inesperada que ocurre en un momento dado y que produce cambios en los objetivos previstos o distorsiona la realidad”. (Carrión Rosende y Berasategi Vitoria, 2010, p.21)

Se detectó la problemática de inclusión, vinculación y acompañamiento de los familiares de pacientes que asisten al Hospital de día, a raíz de que el dispositivo asistencial propone entre sus objetivos generar un lugar de contención y psicoeducación para familiares y crear un espacio que permita favorecer y estimular el vínculo paciente-familia, pero dentro de las actividades que se realizan en el mismo no hay participación familiar, lo que los lleva a la exclusión del tratamiento. (Universidad Siglo 21, 2019. s/p. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervención-modulo-0#org4>)

Se puede argumentar lo expuesto a través de la Ley 26657 (2010) en el artículo 7º donde el Estado reconoce a las personas con padecimiento mental los siguientes derechos:

d) Derecho a recibir tratamiento y a ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, que menos restrinja sus derechos y libertades, promoviendo la integración familiar, laboral y comunitaria.

e) Derecho a ser acompañado antes, durante y luego del tratamiento por sus familiares, otros afectos o a quien la persona con padecimiento mental designe.

Así mismo, en la información brindada por Universidad siglo 21 (2019) se detalla que al dispositivo asistencial asisten personas de escasos recursos económicos que, por diversos motivos carecen de una contención familiar adecuada y esta situación

influye directamente en la estabilidad y orden que se requiere para un adecuado tratamiento.

Con la información expuesta anteriormente, se considera pertinente abordar esta problemática para trabajar el fortalecimiento de los vínculos, la inclusión social y brindar los derechos que le corresponden al paciente.

Objetivos

Objetivo general

- Promover la integración social y la participación de los familiares de pacientes que asisten a Hospital de día en el Nuevo Hospital Rio Cuarto “San Antonio de Padua” a través de un Taller de Psicoeducación familiar

Objetivos específicos:

- OE1: Brindar herramientas para el desarrollo de la contención familiar
- OE2: Fortalecer vínculos entre pacientes- familia
- OE3: Reforzar la comunicación entre paciente- familia

Justificación

La modalidad de trabajo en el Hospital de día se realiza mediante talleres disciplinares, los cuales tienen una finalidad terapéutica. Se pudo detectar que los talleres que se llevan a cabo excluyen a la familia, entre ellos: Lectura de diarios, Deporte, Literatura, arte, teatro, comunicación, estimulación cognitiva, autogestión, autocuidado, asamblea de pacientes, folclore y actividades de la vida cotidiana. (Universidad Siglo 21, 2019. s/p. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervención-modulo-0#org4>)

Por lo tanto, se considera factible abordar la problemática de inclusión, vinculación y acompañamiento familiar de los pacientes que asisten al dispositivo ya que entre sus objetivos el Hospital de Día propone: generar un lugar de contención y psicoeducación para familiares y crear un espacio que permita favorecer y estimular el vínculo paciente-familia. (Universidad Siglo 21, 2019. s/p. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervención-modulo-0#org4>)

Así mismo, se puede argumentar la problemática planteada través de la Ley 9848 (2010) en el Artículo 5° y el Artículo 11°:

Artículo 5.- Se deberá priorizar acciones que favorezcan Ley 9848 (2010):

a) Los procesos de inclusión social a través de la integración de las personas con padecimiento mental en su red de vínculos familiares y comunitarios.

- Artículo 11.- Todas las personas con padecimiento mental tienen derecho a Ley 9848 (2010):

f) Ser acompañadas durante las etapas de tratamiento por familiares o allegados

A continuación, se abordan dos antecedentes para la viabilidad del plan, en primer lugar el trabajo realizado por Mayoral, Berrozpe, De la Higuera, Martínez-Jambrina, De Dios Luna y Torres-González (2015) donde se evalúa la eficacia de un programa de intervención familiar en comparación con el tratamiento habitual en una muestra ambulatoria de pacientes con esquizofrenia.

El estudio fue multicéntrico, controlado y aleatorizado en España y la muestra fue compuesta por 88 familias aleatorizadas en 2 grupos, el grupo experimental recibió un programa de intervención familiar y el grupo control mantuvo su tratamiento habitual. Los resultados arrojaron que los pacientes que siguieron la intervención familiar redujeron un 40% el riesgo de hospitalización respecto a los pacientes que se mantuvieron con tratamiento. Por lo que se puede concluir, que las intervenciones familiares psicoeducativas reducen el riesgo de hospitalización y mejoran el estado clínico y el funcionamiento social de las personas con esquizofrenia. (Mayoral et al., 2015)

Por otro lado, otro estudio realizado por Padilla, Obando Posada y Sarmiento Medina (2018) tiene como objetivo identificar las actitudes y comportamientos que evidencian y caracterizan la adherencia familiar al tratamiento en pacientes con trastorno mental grave. Se realizó un estudio descriptivo cualitativo y el muestreo fue intencional. Se escogieron 12 profesionales de psiquiatría, enfermería y psicología con experiencia en atención a pacientes con trastorno mental grave.

Se realizaron 12 entrevistas semiestructuradas y se definieron 2 categorías de la adherencia familiar: familia y tratamiento (cooperación con el tratamiento, conocimiento de la enfermedad y atención a la evolución de la enfermedad) y actitudes de la familia hacia el paciente (cuidado al paciente, promoción de autonomía del paciente y vinculación afectiva con el paciente) y una tercera categoría mostró los aspectos que disminuyen la adherencia familiar. (Padilla et al., 2018)

El resultado arrojó que los profesionales participantes coinciden en la relevancia del constructo denominado «adherencia familiar». La adherencia familiar puede verse como un comportamiento de participación activa, pero también como un proceso de fortalecimiento de los vínculos, lo que puede disminuir la sobrecarga y el sufrimiento en familiares, cuidadores y pacientes. (Padilla et al., 2018)

Marco teórico

Capítulo 1: Salud Mental a nivel Mundial, Nacional y provincial

Para todas las personas, la salud mental y física y el bienestar social son componentes vitales inextricablemente ligados. Con el desarrollo del conocimiento acerca de esta interrelación, surge claramente que la salud mental es crucial para asegurar el bienestar general de los individuos, sociedades y países. En efecto, la salud mental puede ser definida como el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades. No obstante, en la mayor parte del mundo, ni remotamente se le atribuye a la salud mental y los trastornos mentales la misma importancia que a la salud física. Por el contrario, la salud mental ha sido objeto de abandono e indiferencia. (World Health Organization, 2004)

Cabe destacar que tanto en países de altos como de bajos ingresos hay una larga historia de estigmatización de las personas con trastornos mentales y de sus familias. Esto se traduce en estereotipos negativos, temor, incomodidad, rabia, y rechazo o evitación. Los mitos y concepciones erradas afectan la vida diaria de las personas llevando hasta la discriminación y la negación de incluso los más elementales derechos humanos. En todo el mundo, las personas con trastornos mentales enfrentan la negativa de empleo y de oportunidades de educación, de discriminación en los sistemas de seguros de salud y en los programas de vivienda. En algunos países el trastorno mental puede ser causa para negar el derecho a votar o para afiliarse en asociaciones profesionales, en otros, el matrimonio puede ser anulado si la mujer ha sido afectada por un trastorno. El estigma y la discriminación pueden, a su vez, afectar la capacidad de la

persona para ganar acceso a una atención apropiada, recuperarse de su enfermedad e integrarse a la sociedad. (World Health Organization, 2004)

A nivel mundial, existen varias barreras que impiden que las personas accedan a una atención apropiada en salud mental, entre ellas, estigma, medicamentos inexistentes, personal del nivel primario de atención inepto, planes de seguro de salud discriminatorios, prioridades erradas, políticas y legislación en salud mental que carecen de bases racionales y de integridad. (World Health Organization, 2004)

- El 40% de los países no tiene una política de salud mental.
- El 25% de los países no tiene legislación de salud mental
- El 30% de los países no cuenta con un programa nacional de salud mental.

En el año 2002 se creó el Programa Mundial de Acción en Salud Mental, el cual constituye un nuevo y enérgico esfuerzo, y se apoya en cuatro estrategias para lograr su propósito: mejorar la salud mental de las poblaciones. (World Health Organization, 2004)



A modo de contextualización, La Ley Nacional de Salud Mental 26.657 entró en vigencia en Argentina el 2-12-2010, convirtiéndose en la primera que da un marco nacional a las políticas del área de Salud Mental. Inaugura un período de cambios, de revisión de prácticas y concepciones. (Hermosilla y Cataldo, 2012)

Por otro lado, La ley provincial 9848 de protección de la salud mental fue promulgada el 20-10-2010, y en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental, se destaca que los servicios de salud mental tienen por objetivo abordar, previniendo desde una perspectiva rehabilitadora y articulada, los padecimientos o trastornos de origen emocional u orgánico que tienen la capacidad de producir un deterioro en la aptitud humana de pensar, responder emocionalmente, recordar, comunicar, interpretar la realidad y relacionarse socialmente. (Ley 9848, 2010)

A su vez, se considera pertinente mencionar la Ley 2440 (1991) la cual concibe a la internación como último recurso terapéutico y luego del agotamiento de todas las formas y posibilidades terapéuticas previas.

A raíz de lo expuesto, se mencionará la modalidad de dispositivo asistencial Hospital De día, que es donde se llevó a cabo el plan de intervención.

Ante las crecientes y diversas necesidades de la población, se requiere una red de servicios de salud mental y psiquiatría. El concepto de red alude a los vínculos que se establecen entre personas, grupos y/o instituciones que reconocen la necesidad de crear lazos y aunar esfuerzos para el cumplimiento de objetivos comunes, compartiendo espacio de igualdad, donde las relaciones son horizontales y se reconocen los distintos saberes y aportes. Esta modalidad de red responde a la creación de nuevos abordajes

enmarcados en las anteriores leyes, dando surgimiento a dispositivos de Hospital de Día. (Minoletti y Zaccaria, 2005)

Entonces, los hospitales psiquiátricos existentes serán parte de una red de servicios de salud mental y psiquiatría de sus respectivos Servicios de Salud, diferenciando unidades funcionales como parte de dicha red, entre ellas encontramos el Hospital de Día. El Hospital de Día es un dispositivo que se encuentra dentro del nivel secundario de resolución (nivel comuna-provincia) organizado como alternativa a la hospitalización para pacientes con enfermedades graves que cuentan con red social de apoyo pensado como un período de post alta para acortar el tiempo de la internación. (Minoletti y Zaccaria, 2005).

De acuerdo a lo expuesto por Minoletti y Zaccaria (2005) El Hospital de Día se orienta al trabajo grupal, pretende la mejora, beneficio o estabilidad del paciente en consonancia con la promoción y el tratamiento de la salud. También, enfatiza la creación y el restablecimiento de lazos familiares, sociales y laborales que proponen las leyes abordadas anteriormente con el fin de ubicar el padecimiento mental como una condición que no incapacita al sujeto de realizar diversas actividades, promoviendo así su autonomía y responsabilidad frente a esta condición.

Para concluir, Ardila (2009) plantea que uno de los objetivos de la reforma de la atención psiquiátrica en el mundo ha sido lograr la permanencia de las personas con trastorno mental en los ámbitos cotidianos de vida para que conserven su estatuto de ciudadanos y sean incluidos en los contextos sociales. Esto ha implicado, entre otras cosas, la transformación de las modalidades de atención, es decir, se pasa de un modelo biopsicista a un modelo biopsicosocial en el que la mente y el contexto son fuentes de tratamiento. Ardila encontró que en la recuperación de los pacientes que presentan

diagnóstico de enfermedad mental, además del tratamiento farmacológico, otro aspecto fundamental lo constituye el apoyo familiar, puesto que de dicho apoyo dependerá la integración de las personas con trastorno mental.

Capítulo 2: Familia y tratamiento

Se puede definir a la familia como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común, un grupo en el cual se generan fuertes sentimientos de pertenencia, en el cual existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. (Malde Modino, 2012)

Entonces, tal como plantean Planiol y Ripert (2002):

La familia es el medio específico en donde se genera, cuida y desarrolla la vida. En este sentido se convierte en el “nicho ecológico por excelencia, y por qué no, en la primera escuela de la humanización, de transmisión generacional de valores éticos, sociales y culturales que aporta un sentido mucho más amplio a la misma existencia humana”. (p.178)

A su vez, es importante concebir abiertamente a la familia como un grupo social básico creado por vínculos de parentesco, presente en todas las sociedades. Idealmente, la familia proporciona a todos sus miembros: cuidados y protección, compañía, seguridad y socialización. (Oliva Gómez y Villa Guardiola, 2013)

En este marco de referencia, se toma a la familia como un sistema abierto y activo que se desarrolla entre personas de diferente sexo y en diferentes estadios de maduración física y mental, es un sistema natural de seres humanos en el cual las personas se encuentran relacionadas por medio de lazos sanguíneos y de afinidad, reunidos en un lugar común delimitado cultural y geográficamente para satisfacer las necesidades básicas, físicas y psicológicas de sus miembros. (Oliva Gómez y Villa Guardiola, 2013)

Pérez Lo Presti y Reinoza Dugarte (2011):

Desde su origen, la familia tiene varias funciones que podríamos llamar universales, tales como: reproducción, protección, la posibilidad de socializar, control social, determinación del estatus y canalización de afectos, entre otras. La forma de desempeñar estas funciones variará de acuerdo a la sociedad en la cual se encuentre el grupo familiar. (p.629).

Desde el abordaje de la teoría sistémica, la familia implica un cúmulo de relaciones familiares integradas, se la considera un subsistema social que forma parte del macrosistema social denominado sociedad, esas relaciones se consideran como un elemento fundamental en el proceso de desarrollo de la personalidad. (Oliva Gómez y Villa Guardiola, 2013)

Con lo anteriormente expuesto, es importante destacar que los miembros de la familia son con frecuencia los cuidadores primarios de las personas con trastornos mentales. Como tal, ellos proveen apoyo emocional e instrumental, y con no menor frecuencia también deben afrontar los costos financieros asociados con el tratamiento y la atención. (World Health Organization, 2004)

Battaglia y Schettini (2010) afirman que las familias son parte central en el tratamiento psiquiátrico de pacientes hospitalizados. Incluir a la familia en el proceso del tratamiento, ha permitido crear espacios de confrontación emocional y reflexión, y por este motivo, se crearon grupos de auto-ayuda que tienen como fin aprovechar los recursos personales desarrollados para la intervención grupal, transformar la vivencia y la misma idea de la enfermedad mental.

En resumen, las familias forman parte sustancial del proceso psiquiátrico por el que atraviesa cualquier individuo. Las investigaciones hechas en este tema coinciden en la importancia de una atención multidisciplinaria para mejorar la calidad de vida de la persona, con presencia de acompañamiento familiar constante y oportuno. (Cardona Patiño et al., 2012)

Capítulo 3: Inclusión, vinculación y acompañamiento familiar

Actualmente se acepta plenamente a las familias dentro del contexto institucional y se constituyen grupos dedicados a ellas, ya que en el pasado los pacientes eran acogidos y tratados sin que se crearan espacios de escucha y de referencias para sus familiares, para sus angustias y, como consecuencia, se presentaba su desorientación. Antes, se consideraba a la familia de manera implícita o explícita como la causante de la patología del paciente y, por ende, se les expulsaba del tratamiento por considerarla como un elemento perturbador. (Battaglia y Schettini, 2010)

Es por eso que las instituciones de salud deben involucrar a las familias en los tratamientos de pacientes, debido a que pueden convertirse en factores protectores para los enfermos y ayudarles a evitar recaídas. Cada vez más, se ofrecen alternativas de

intervención familiar orientadas a un modelo de intervención en el que se brinda información sobre la enfermedad mental y apoyo emocional a los familiares. (Cardona Patiño et al., 2012)

Pese a que el paciente es el actor principal del proceso de recuperación, la familia y las personas allegadas también desempeñan un papel destacado en este proceso. Señalan Muñoz-Céspedes y Tirapu-Ustárriz (2001) que contar con los familiares como agentes involucrados en el proceso rehabilitador resulta imprescindible para garantizar el éxito de los programas de rehabilitación. Al compartir con los pacientes un mayor número de horas, se encuentran en una posición única para fomentar en el individuo el uso de estrategias compensatorias o actuar como control externo.

Afirma Polzella (2008) que otra de las ventajas de la inclusión de la familia en el tratamiento de los pacientes es la disminución del sentimiento de culpa que la exclusión suele originar. Desde el Hospital de día se compromete a la familia con el esquema terapéutico y en la asunción de responsabilidades en el tratamiento para que los pacientes puedan continuarlo luego del alta. De esta manera, se distribuyen los conflictos y se crean redes extra-familiares.

A raíz de lo expuesto, los grupos de auto-ayuda dirigidos a familiares nacieron con la finalidad de aprovechar todos los recursos que se tenían en la institución para transformar la vivencia y la idea misma de enfermedad mental. (Cardona Patiño et al., 2012)

Cabe destacar que el afecto y las emociones forman parte y son evidentes dentro de las terapias grupales que se efectúan con familias y pacientes. Sassenfeld (2010) plantea que los afectos y la regulación afectiva como fenómenos inevitablemente

insertos en contextos relacionales, también traen consigo concepciones sobre la génesis y las características básicas de los estados psicopatológicos. Para Gómez González et. al (2011) las dificultades en el cuidado de estos enfermos tienden a afectar el equilibrio emocional y la armonía de las familias y ello se refleja en cada uno de sus miembros, en un desgaste tanto físico como mental. Según Villaseñor, Baena, Virgen, Aceves, Moreno y Gonzáles (2003) es necesario que el paciente psiquiátrico mantenga el vínculo familiar porque se trata de un factor sustancial en el tratamiento recuperación-rehabilitación. La familia puede contribuir en el apego terapéutico porque es un elemento indispensable para evitar una recaída o una agudización del cuadro. La familia acompaña, apoya, detecta y recibe la información necesaria para la continuidad del cuidado del paciente y se convierte en el canal a través del cual fluye la comunicación con el enfermo. (Cardona Patiño et al., 2012)

Para reafirmar la importancia de la inclusión familiar, Dávila, Pancorbo, Jiménez, Cruz y García (2012) destacan que:

Las principales actividades del cuidador familiar en el hospital son de acompañamiento, entretenimiento, soporte emocional e intermediación. El desconocimiento de la actividad inhibe al cuidador familiar a realizar más actividades; si se educa y entrena al cuidador familiar en las actividades de cuidado, se harán más. (p. 1)

Para concluir, Tinoco, Tavaré y Féres (2009) exponen que antes de la sistematización de un tratamiento específico, se debe responder a la pregunta de cuándo se hace el contacto con la familia y buscar, de acuerdo con las prácticas de los profesionales, el diseño de un servicio que incluya los miembros de la familia. A su vez, Hernández (2005) considera que ante la diversidad de organizaciones familiares que

coexisten en la actualidad, es necesario comprender sus problemas en un continuo de explicaciones que combine los factores intrínsecos y extrínsecos del funcionamiento familiar. (Cardona Patiño et al., 2012)

Capítulo 4: Taller psicoeducativo

Un taller psicoeducativo es una experiencia grupal en la cual los participantes interactúan entre sí en torno a una tarea específica, tomando un rol protagónico en su aprendizaje. (Herrera, 2003)

Siguiendo con Ander-Egg (1991) el autor afirma:

Taller es una palabra que sirve para indicar un lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado. Aplicado a la pedagogía se trata de una forma de enseñar, y sobre todo de aprender, mediante la realización de “algo” que se lleva a cabo conjuntamente.
(p.11)

Plantea García (1997) que el taller se convierte entonces en un lugar de vínculos y de participación, esta instancia se convierte en un camino con alternativas metodológicas diversas que estimula el aprendizaje, las intersubjetividades y la creatividad. Es un espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización. (Citado en Herrera, 2003)

A su vez, mediante este dispositivo grupal, se privilegia la posibilidad de vivir una situación de enseñanza-aprendizaje diferente que prioriza el aprendizaje de

actitudes, valores, habilidades, conductas y destrezas relevantes para el desarrollo psicosocial de las personas. (Herrera, 2003)

Propone Ander-Egg (1991) principios y supuestos del taller, entre ellos, es un aprender haciendo (ya que reemplaza el mero hablar repetitivo por un hacer productivo, en el que se aprende haciendo) es una metodología participativa, es un entrenamiento que tiende al trabajo interdisciplinario, se destaca el carácter globalizante e integrador de su práctica e implica y exige de un trabajo grupal y el uso de técnicas adecuadas.

Para una buena realización de los talleres la planificación y la evaluación son fundamentales, nos permiten evitar caer en improvisaciones y acercarnos lo más posible a alcanzar lo que nos hemos propuesto (Herrera, 2003)

Así mismo:

Para el funcionamiento del taller es necesario aplicar diversas técnicas grupales, estas son: Un conjunto de medios y procedimientos que, utilizado en situación de grupo, atiende simultáneamente a la productividad grupal (el logro de los objetivos) y a la gratificación. (Ander Egg, 1991, p. 81)

Los talleres psicoeducativos son un dispositivo valioso en el ámbito de la psicología. Lo que se hace en ellos básicamente, es compartir la información científico técnica que los profesionales poseen acerca de un determinado trastorno con los pacientes, sus familiares y allegados. Éstos pueden ser implementados de diferentes modos: individual, grupal o multifamiliar (Apfelbaum, et al., 2005).

La psicoeducación postula la necesidad de generar la capacidad de afrontar con la mayor eficacia posible las manifestaciones o las alteraciones conductuales de un

determinado trastorno o enfermedad. Para lograrlo, no alcanza solo con conocer las características de la misma, su evolución, el pronóstico y formas de abordaje terapéuticas. Sino que además, comprende la generación de una serie de habilidades: aceptación del problema, identificación de las manifestaciones y de los factores relacionados a su aparición, formas de entender las manifestaciones de la enfermedad, modos de acción eficaces para hacer frente a dicha problemática, entre otras. (Apfelbaum, et al., 2005)

Actividades

A continuación se plasma la elaboración de un taller Psicoeducativo que consiste en 5 encuentros, cada encuentro tiene frecuencia de una vez por semana los días jueves a las 10 am con una duración de 1 hora y media. Las actividades a realizar son grupales, coordinadas por un psicólogo y los destinatarios son familiares de pacientes que asisten al Hospital de día. Se espera que al menos un familiar de cada paciente, que esté recibiendo tratamiento ambulatorio, participe del taller.

Cada encuentro se elabora en una estructura, a continuación se explicita el primer encuentro.

Primer encuentro

Objetivo del encuentro: Reflexionar sobre la importancia del vínculo familiar

Duración: de 10 a 11:30am

Actividad 1: Conociéndonos

- Materiales a utilizar: Computadora, proyector, escritorio, 16 sillas.
- Duración: 50 minutos
- Tipo de estrategia: Presentación grupal
- Instrucciones para el coordinador: Para iniciar el taller el coordinador se presenta y presenta al taller mediante un PowerPoint ad hoc.

Duración: 10 minutos

Luego el coordinador pide a los familiares que se presenten, será mediante la actividad “*Mi valija de viaje*”. Se les propone a los participantes que se sienten en

ronda y consideren que realizarán un viaje, de a uno por vez deben presentarse y compartir al grupo que llevarían en sus valijas (ya sean objetos, ropa, tecnología, libros, elementos simbólicos, o cualidades). Se busca que puedan ir conociéndose y realizando un pensamiento profundo sobre sí mismos, mediante escucha y participación activa.

Para dar cierre a esta actividad, se le pide a cada participante que comente que es lo que más le sorprendió o si agregarían algún elemento de la valija de otro compañero.

Duración: 40 minutos.

Actividad 2: “Nuestras alas”

- Materiales a utilizar: 30 hojas y 30 lapiceras
- Duración: 40 minutos
- Tipo de estrategia: Puesta en común
- Instrucciones para el coordinador: El coordinador hace una breve introducción definiendo los conceptos vínculo y familia, y luego propone a los participantes realizar un avioncito de papel y escribir en el mismo de un lado que se les viene a la cabeza con la palabra *vínculo* y del otro lo mismo con la palabra *familia*. Una vez que todos hayan finalizado, se intercambiarán los avioncitos teniendo la oportunidad de leer la opinión de otra persona y a modo de cierre se hará una puesta en común. En esta actividad participan el paciente y el familiar.

Segundo encuentro

- Objetivo del encuentro: Reconocer la importancia del vínculo
- Duración: de 10 a 11:30am

Actividad 1: “El espejo”

- Duración: 50 minutos
- Tipo de estrategia: Vivencial
- Instrucciones para el coordinador: En esta actividad participan el familiar y el paciente. El coordinador propone que los participantes se dividan en parejas, ambos participantes deben ubicarse en frente, y cada uno se vuelve la imagen del espejo del otro, jugando a nivel físico con todo el cuerpo y las palmas de las manos hacia delante. Uno interpretaría al paciente que realiza el tratamiento y el otro al familiar que asiste al taller. Primero iniciará el trabajo uno y el otro intentará devolver la misma imagen, al mismo tiempo. Luego se invierten los roles.

En la reflexión, se busca recuperar las emociones puestas en juego, llevarlos a darse cuenta de las actitudes reflejadas en y con el otro y enfatizar en la importancia del vínculo.

Actividad 2: Mi árbol, mi fruto

- Duración: 40 minutos
- Tipo de estrategia: Creativa
- Materiales a utilizar: 15 hojas, 15 lapiceras, 16 sillas

Instrucciones para el coordinador: Cada participante dibujará en una hoja su árbol genealógico familiar nuclear con raíces, tronco, ramas, hojas y frutos. Una vez dibujado deberá de poner en las raíces las cualidades y capacidades que considera tener como grupo familiar, en las ramas puede poner acontecimientos importantes del grupo familiar, y en las hojas y frutos

cosas positivas y negativas que considera tener el grupo. En una puesta en común, cada participante presentará su árbol y explicará sus características.

Tercer encuentro

- Objetivo del encuentro: Enfatizar la importancia de la comunicación familiar.
- Duración: de 10 a 11:30am

Actividad 1: “Recordando-ando”

- Duración: 50 minutos
- Tipo de estrategia: Reflexiva
- Instrucciones para el coordinador: En esta actividad participan el familiar y el paciente. Cada miembro del grupo familiar de a uno por vez, debe compartir y recordar alguna situación en la cual considera que hubo poca/mala comunicación con su familiar enfermo y agregar una posible solución. Una vez que todos hayan finalizado, cada paciente le devolverá a este familiar un aporte, un comentario o una devolución. Se busca poder hacer una reflexión vincular en torno a la importancia de la comunicación.

Actividad 2: “Nuestra torre”

- Duración: 40 minutos
- Tipo de estrategia: Trabajo en equipo y puesta en común

- Materiales a utilizar: diarios, 2 cintas scotch anchas, 15 hojas, 15 lapiceras.
- Instrucciones para el coordinador: Se dividen en dos grupos y los integrantes deben construir en silencio y entre todos, una torre de papel. Cada integrante comienza a moldear los diarios con diferentes ideas: bollitos, conos, cintas, varios dobleces, etc. Una vez que hayan finalizado se les realiza una breve encuesta ad hoc en la cual cada integrante podrá informar a través de distintas preguntas que siente en tener que realizar algo en conjunto sin comunicarse, que considera que es la comunicación, si creen que la comunicación es fundamental en un vínculo, y si piensan que la falta de comunicación produce malentendidos- disgustos- suposiciones erróneas.

Cuarto encuentro

- Objetivo del encuentro: Intensificar la comunicación familiar
- Duración: 10 a 11:30am

Actividad 1: Nuestra historia

- Duración: 40 minutos
- Tipo de estrategia: Producción conjunta y reflexión
- Materiales a utilizar: 3 hojas y 3 lapiceras
- Instrucciones para el coordinador: Los participantes divididos en subgrupos de a 5 personas se sientan en círculo, y elaboran un cuento por relevos, es decir, cada participante dice una frase del relato, y el siguiente continúa tomando en cuenta lo que se haya dicho hasta el momento que

interviene. Al mismo tiempo, una persona va escribiendo la narración, hasta que la consideren finalizada. Luego, cada grupo lee su producción. Se busca de esta manera reflexionar la importancia de comunicarse, de unificar relatos, del hilo conductor de una conversación, etc.

Actividad 2: “Pasame la sal”

- Duración: 50 minutos
- Tipo de estrategia: Reflexiva y puesta en común
- Materiales: 15 hojas, 15 lapiceras, computadora, proyector, parlantes
- Instrucciones para el coordinador: Se pasarán dos videos de Youtube enteros como actividad disparadora:
 - https://www.youtube.com/watch?v=Wu_bBaScbjg
 - <https://www.youtube.com/watch?v=GiAP52fJPNg>

Luego se hará una reflexión en común y a modo de cierre cada integrante en una hoja de papel deberá anotar aspectos que consideren a mejorar para reforzar la comunicación con su familiar enfermo.

Quinto encuentro

- Objetivo del encuentro: Reforzar la contención familiar.
- Duración: De 10 a 11:30hs

Actividad 1: El taller de los abrazos

- Duración: 40 minutos

- Tipo de estrategia: Vivencial

- Instrucciones para el coordinador: En este encuentro participan familiares y pacientes. El coordinador indica que deben dividirse en dos grupos y ponerse en fila, y de a un participante por vez de cada grupo deberá pasar y abrazar a cada miembro que pertenece a su grupo, de manera que todos los participantes abracen y hayan sido abrazados. Una vez que hayan finalizado se pedirá a los participantes que se pongan en ronda y se les preguntará:

- ¿Qué sintieron?
- ¿Se sintieron mejor luego de ser abrazados?
- ¿Se abrazan seguido con sus familiares?
- ¿Son de abrazar o de recibir abrazos?
- ¿Un abrazo es terapéutico? ¿Por qué?

A modo de cierre, se reflexionará sobre la importancia y necesidad de brindar contención a su familiar enfermo.

Actividad 2: Role Playing

- Duración: 50 minutos
- Tipo de estrategia: Vivencial

- Instrucciones para el coordinador: En esta actividad participan el familiar y el paciente. Le presenta el coordinador la siguiente situación a los participantes: “Un adolescente cada vez que se pelea con sus amigos, se tira en la cama, deja de comer y pasa días llorando”. Luego se pide a los participantes que se pongan en pareja con su familiar, primero uno hace de la madre (familiar) y otro del hijo (paciente) de modo que el participante que hace de la madre “contenga” a este

hijo y luego se invierten los roles. Una vez finalizado se realiza una reflexión acerca de que sintieron, si les costó contener a este “hijo” y si a diario se presentan situaciones similares y que piensen como reaccionan.

Cronograma

CRONOGRAMA TALLER PSICOEDUCATIVO					
FECHA	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5
	Jueves	Jueves	Jueves	Jueves	Jueves
ENCUENTRO Y ACTIVIDADES	06/08/20	13/08/20	20/08/20	27/08/20	03/09/20
1 <i>-Conociéndonos</i> <i>-“Nuestras alas”</i>					
2 <i>-“El espejo”</i> <i>- Mi árbol, mi fruto</i>					
3 <i>- “Recordando-ando”</i> <i>- “Nuestra torre”</i>					
4 <i>-Nuestra historia</i> <i>-“Pásame la sal”</i>					
5 <i>-El taller de los abrazos</i> <i>-Role Playing</i>					

Recursos

En el siguiente apartado se especifican los recursos humanos y materiales necesarios para llevar a cabo el taller:

- Recursos humanos: Se requiere de un Psicólogo para llevar a cabo la organización y la intervención de los cinco encuentros que componen el taller.

Materiales
Sala de uso común iluminada
Proyector
Computadora
Sillas
Escritorio
Parlantes
Hojas A4
Lapiceras
Diarios
Cinta scotch
Fotocopias (evaluación)

Presupuesto

El Nuevo Hospital “San Antonio de Padua” cuenta con los siguientes recursos:

- Salón multiusos
- Sillas
- Escritorio

El coordinador dispone de:

- Notebook
- Diarios

En la siguiente lista se detalla un presupuesto con los materiales que no cuenta la institución y se necesitan:

CANTIDAD	MATERIAL	COSTO
1	Paquete de Hojas A4	\$290
30	Lapiceras	\$615
2	Cinta scotch ancha	\$195
15	Fotocopias	\$15
2	Parlantes para computadora	\$1100
1	Proyector	\$8500
TOTAL		\$10.715

El Colegio de psicólogos de la Provincia de Córdoba establece en la resolución de junta de gobierno que los honorarios mínimos éticos profesionales de psicoterapia grupal es de \$ 410 por cada integrante. Teniendo en cuenta la modalidad de taller

desarrollado, y la cantidad de participantes, se estipulan como honorarios profesionales \$6150 por cada encuentro. Al ser 5 encuentros el total sería: \$30.750

En definitiva, la institución para llevar a cabo el taller debe hacer una inversión de \$41.465

Evaluación

Se realiza una valoración del taller mediante una evaluación de impacto, la misma se podría definir según Gertler, Martínez, Premand, Rawlings, Vermeersch (2011) como un tipo de evaluación que forma parte del grupo de evaluaciones que se basan en evidencias.

Estas evaluaciones, específicamente lo que intentan responder es a las preguntas sobre las causas y efectos que produce la aplicación, en este caso, un taller. Es decir, “sólo interesa el impacto del programa: el efecto directo que tiene en los resultados. Una evaluación de impacto analiza los cambios en el resultado directamente atribuibles al programa.” (Gertler, et.al., 2011, p.7).

En este plan de intervención, se decide que la evaluación de impacto se aplica a través del instrumento cuestionario que se aplica de forma pre y post test, en el primer encuentro luego de la presentación y en el último encuentro luego de realizar las dos dinámicas a modo de cierre. Mediante dicha evaluación se busca mediante una herramienta poder conocer el impacto individual que generó en los participantes a los que estaba dirigida la intervención.

A su vez, el cuestionario nos permitirá realizar una recopilación de datos y una evaluación a nivel cuantitativo mucho más eficaz que permitirá evaluar:

- OE1: Brindar herramientas para el desarrollo de la contención familiar
- OE2: Fortalecer vínculos entre pacientes- familia
- OE3: Reforzar la comunicación entre paciente- familia

Resultados esperados

Mediante el plan de intervención se pretende un incremento de la inclusión familiar en el tratamiento que realizan los pacientes en el Hospital de día y también que a dichos familiares se les brinde acompañamiento y contención desde el Hospital. A su vez, se espera mediante el taller el fortalecimiento de vínculos, mejorar la comunicación y brindar herramientas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Se considera que la familia es un factor imprescindible a la hora de realizar un tratamiento psicológico/psiquiátrico, incluir a la misma en el tratamiento permite brindar apoyo al familiar enfermo, mejorar la calidad de vida, crear una red de contención, facilitar la inclusión social, brindar conocimiento a los miembros familiares sobre la enfermedad y crear espacios de contención emocional al grupo familiar.

Conclusión

Tras una exhaustiva búsqueda y revisión de información se considera que hay poca información respecto a la inclusión de la familia en tratamientos que realizan pacientes del Hospital de día.

El Hospital de día del Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua entre sus objetivos plantea generar un lugar de contención y psicoeducación para familiares, y crear un espacio que permita favorecer y estimular el vínculo paciente-familia, pero en los talleres que se realizan no se los involucra. Frente a ello, se decide realizar una intervención mediante un taller, abordándose de modo grupal distintas actividades de reflexión y vivenciales, para incluir, acompañar, contener y brindar un espacio a la familia.

Se estima que la inclusión familiar en el tratamiento permite enfatizar la importancia del acompañamiento y la recuperación del paciente, ya que una vinculación emocional y social saludable permite al enfermo y su familia afrontar con alivio la transición de la enfermedad.

Por otra parte, se considera como una limitación del plan de intervención no poder asistir a la organización, ya que esto impide que se pudiera detectar realmente la necesidad o problemática contenida en la institución.

Referencias

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

Apfelbaum, S. y Gagliesi, P. (2004). El Trastorno Límite de la Personalidad: consultantes, familiares y allegados [Versión electrónica], *Vertex*, 15(58), 295-302.

Ardila, S. (2009). El apoyo familiar como uno de los pilares de la reforma de la atención psiquiátrica. Consideraciones desde una perspectiva psicosocial. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502009000100009&script=sci_arttext

Battaglia, A. y Schettini, C. (2010). Extendiendo el contexto relacional al tratamiento de las patologías psiquiátricas graves: la experiencia de un grupo de padres de pacientes psicóticos. *Revista electrónica de psicoterapia*, 4, 518-530. Recuperado de <http://www.agorarelacional.com/LinkClick.aspx?fileticket=pCs1RHduvNY%3d&tabid=729>.

Bautista Rodríguez, L. M., Arias Velandia, M. F., y Carreño Leiva, Z. O. (2016). Percepción de los familiares de pacientes críticos hospitalizados respecto a la comunicación y apoyo emocional. *Revista cuidarte*, 7(2), 1297-1309.

Cardona Patiño, D., Zuleta Guzmán, V. A., Londoño Bernal, L. V., Ramírez Nieto, L. V., Ramírez Nieto, L. A. y Viveros Chavarría, E. F. (2012). ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR DURANTE EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(2), 243-258.

Carrión Rosende, I. y Berasategi Vitoria, I. (2010). *Guía para la elaboración de proyectos*. Recuperado de https://issuu.com/conalep1docente/docs/guia_para_la_elaboracion_de_proyectos_100_ok

Dávila, Pancorbo, Jiménez, Cruz y García. (2012). Qué hace el cuidador familiar en el hospital. Cómo se ve a sí mismo y cómo lo ven los profesionales. *Rincón científico comunicaciones*, 23 (1). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v23n1/comunicacion1.pdf>

Gertler, P. J., Martínez, S., Premand, P., Rawlings, L. B., y Vermeersch, C. M.

(2011). *La evaluación de impacto en la práctica*. The World Bank.

Hermosilla, A. M. y Cataldo, R. (2012). Ley de salud mental 26.657: antecedentes y perspectivas. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3331/333127382008.pdf>

Herrera, P. (2003). *Bases para la elaboración de talleres Psicoeducativos: una oportunidad para la prevención en salud mental*. Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Kuhn, T. S. (1992). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.

Laszlo, E. (2009). *El cambio cuántico. Cómo el nuevo paradigma científico puede transformar la sociedad*. Barcelona: Kairós.

Leal Soto, F., Espinosa Cortés, C., Vega Terrazas, J., y Vega Terrazas, S. (2012).

Sobrecargas objetivas y nivel de apoyo familiar a pacientes adultos con esquizofrenia: Objective overcharges and familiar support level to adult patients with schizophrenian. *Revista Salud Uninorte*, 28(2), 218-226. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522012000200005&lng=en&tlng=es.

Ley 2440. (1991). LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO SANCIONA CON FUERZA DE L E Y. Recuperado de <http://www.fundacionrecuperar.org/alippi/docsalud/7.pdf>

Ley 9848. (2010). Régimen de la Protección de la Salud Mental en la Provincia de Córdoba. Legislatura de la Provincia de Córdoba. Recuperado de <http://web2.cba.gov.ar/web/leyes.nsf/85a69a561f9ea43d03257234006a8594/40ed8f3bd4407b42032577d600628328?OpenDocument>

Ley 26657. (2010). Ley Nacional de Salud Mental. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Malde Modino, I. (2012). Qué es la familia. Definición e implicaciones del concepto <http://www.psicologia-online.com/monografias/separacion-parental/que-es-la-familia.html>.

Mayoral, F., Berrozpe, A., De la Higuera, J., Martínez- Jambrina, J. J., De Dios Luna, J. y Torres-González, F. (2015). Eficacia de un programa de intervención familiar en la prevención de hospitalización en pacientes esquizofrénicos. Un estudio multicéntrico, controlado y aleatorizado en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 8(2), 83-91.

Minoletti, A. y Zaccaria, A. (2005) Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v18n4-5/28097.pdf>

Modelo de Atención a personas con Enfermedad Mental Grave. (2006). Madrid: Documento de Consenso, Madrid.

Muñoz-Céspedes, J. M. y Tirapu Ustárroz, J. (2001). *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Síntesis.

Oliva Gómez, E. y Villa Guardiola, V. J., (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11-20.

OMS (2001). Fortaleciendo la promoción de la Salud Mental. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (Hoja informativa No. 220).

Padilla, E. M., Obando Posada, D., y Sarmiento Medina, P. (2018). La adherencia familiar en el trastorno mental grave. *Atención Primaria*. 50(9), 519-526.

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

Parales, C. J. (2008). Anomia Social y Salud Mental Pública. *Revista de Salud Pública*, 10(4), 658-666.

Pérez Lo Presti, A y Reinoza Dugarte, M. (2011). El educador y la familia disfuncional. *Educere*, 15(52), 629-634.

Planiol, M. y Ripert, G. (2002). *Tratado Práctico de Derecho civil Francés*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Polzella, C. (2008) *Hospital de día. Abordaje interdisciplinario*. Buenos Aires: Letra Viva.

Quirós Feijoo, M. L. (2019). *Taller para fortalecer la reinserción social. Hospital de día San Antonio de Padua* (Bachelor's thesis).
Recuperado: <https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/handle/ues21/17747>

Universidad Siglo 21 (2019). *Nuevo Hospital Río Cuarto "San Antonio de Padua"*.
Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>

World Health Organization. (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Anexos

CUESTIONARIO

CATEGORIA DE ANALISIS	PREGUNTAS	RESPUESTAS (entrevista individual)
<i>Comunicación</i>	¿La palabra es el mejor medio para comunicarse?	SI – NO - NOSE
	¿Diste algo por sentado alguna en vez de preguntar?	SI – NO – NOSE
	¿Aportó la actividad de comunicación en la que recibes una devolución?	SI- NO - NOSE
	¿Consideras que la comunicación con un familiar enfermo es importante?	SI- NO – NOSE
	¿Has tenido situaciones en las que con un familiar hubo poca- mala comunicación?	SI- NO- NOSE
	¿Crees que luego del taller	SI- NO- NOSE

	mejorará la comunicación con tu familiar enfermo?	
<i>Contención</i>	¿En tu núcleo familiar hay contención?	SI- NO- NOSE
	¿Brindas apoyo a tu familiar enfermo?	SI- NO- NOSE
	¿Te da pudor abrazar?	SI- NO- NOSE
	¿Crees que con contención un enfermo puede llevar su tratamiento de manera más eficaz?	SI- NO -NOSE
	¿El Hospital brinda la contención que necesitas con un miembro familiar enfermo?	SI- NO- NOSE
	¿Consideras que el taller te brinda recursos?	SI- NO- NOSE
	<i>Vínculos</i>	¿Es importante formar vínculos?
¿Vínculos saludables mejoran la relación con otra persona?		SI- NO- NOSE
¿Consideras que debes fortalecer vínculos con tu		SI- NO- NOSE

	familiar enfermo?	
	¿Consideras que se te incluye desde el Hospital de día?	SI- NO- NOSE
	Luego del taller, ¿Realizarás más actividades junto a tu familiar enfermo?	SI- NO- NOSE
	¿Crees que debes tener más participación en el tratamiento ambulatorio que realiza tu familiar en esta institución?	SI- NO- NOSE

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE IMPACTO

CATEGORIA DE ANALISIS	INDICADORES	RESPUESTAS (entrevista individual)
<i>Comunicación</i>	- Forma comunicativa	
	- Capacidad de indagación	
	- Considera otra interpretación	
	- Comunicación familiar	
	- Comunicación ineficaz	
	- El taller fomenta la comunicación fluida	
	- Contención familiar	
	- Apoyo familiar	
	- Contención mediante abrazo	
	- Contención y	

<i>Contención</i>	enfermedad	
	- El hospital brinda contención	
	- El taller brinda recursos	
<i>Vínculos</i>	- La importancia del vínculo	
	- Vínculos saludables	
	- Fortalecimiento de vínculos	
	- Inclusión en Hospital de día	
	- Incremento de actividades familiares	
	- Participación en el tratamiento	