

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado Plan de Intervención
Licenciatura en Psicología
“Taller Psicoeducativo sobre Sexualidad Integral para personas con Psicosis”
Hospital de Día San Antonio de Padua
Autor: Subirachs, Martina
Leg. PSI03824
Tutor: Dr. y Mgter. Rubén M. Pereyra
Río Cuarto, 2021

Agradecimientos

A mis pilares de este recorrido:

Mi Papá, por la perseverancia y permitirme cumplir este sueño,

Gonzalo, por el amor y la fuerza,

India y Pulga, por su energía que ilumina mis días,

Alejandra, por sus palabras justas.

Índice

Resumen.....	pág. 4
Introducción.....	pág. 5
Presentación de la línea temática elegida.....	pág. 7
Síntesis de la institución.....	pág. 8
Historia y datos generales.....	pág. 8
Misión.....	pág. 12
Visión.....	pág. 12
Delimitación del problema/necesidad objeto de la intervención.....	pág. 13
Objetivos	pág. 15
Objetivo general.....	pág. 15
Objetivos específicos.....	pág. 15
Justificación.....	pág. 16
Marco Teórico.....	pág. 18
Capítulo 1.....	pág. 18
Capítulo 2.....	pág. 24
Capítulo 3.....	pág. 31
Capítulo 4.....	pág. 43
Plan de acción	pág. 49
Actividades.....	pág. 51
Diagrama de Gantt.....	pág. 68
Recursos.....	pág. 69
Presupuesto para el Plan de acción.....	pág. 71
Evaluación.....	pág. 72
Resultados.....	pág. 77
Conclusión.....	pág. 78
Referencias.....	pag. 80

Resumen

El presente Plan de Intervención corresponde al Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21 sede Río Cuarto.

A partir de la necesidad detectada dentro del Hospital de Día perteneciente al Hospital San Antonio de Padua de la ciudad, es que se ha dispuesto implementar un dispositivo taller llamado “Psicoeducación sobre Sexualidad integral a pacientes con psicosis”. El dispositivo pretende generar y fomentar conductas saludables sobre Sexualidad integral mediante el establecimiento de un espacio de información, reflexión, contención, para generar conciencia, responsabilidad y autoconocimiento sobre esta temática que atraviesa a todo ser humano. Teniendo en cuenta también, los factores de riesgo y protección necesarios para vivir una Sexualidad satisfactoria y saludable.

El taller está conformado por seis encuentros con frecuencia semanal de dos horas cada uno, brindando dos actividades distintas cada día dependiendo los objetivos que se aspiran alcanzar.

Dentro de las actividades planificadas, se encuentra el aprendizaje acerca de los métodos anticonceptivos, los órganos sexuales, los derechos sexuales que posee cada individuo, abordando también la autoestima y los cuidados responsables y saludables del cuerpo, entre otros.

Para finalizar, al concluir el taller, se realizará una evaluación de impacto mediante un cuestionario con la intención de verificar los beneficios alcanzados, y sugerir las recomendaciones que se consideren pertinentes a la institución para su continuidad.

Palabras claves: Sexualidad, psicosis, psicoeducación, hábitos saludables, dispositivo taller.

Introducción

Para adentrarnos brevemente en la psicosis, Ey (1994), postula que se genera una pérdida o ruptura con la realidad por parte del sujeto y un debilitamiento del Yo. Esto causa que la persona sienta una fragmentación como si se rompiera en pedazos.

Es por lo antedicho, que se trabajó en la intención de formular un plan de intervención que de alguna manera pudiese integrarse en los talleres que funcionan de manera periódica en el dispositivo Hospital de Día, perteneciente al área de salud mental del Hospital Regional “San Antonio de Padua”; ya que se considera elemental abordar algunos puntos que han quedado sin ser tratados, teniendo en cuenta la importancia de la Sexualidad integral en la vida debido a que atraviesa de algún u otro modo a todos los individuos.

Lo que se plantea, es la necesidad de establecer un dispositivo taller, permitiendo ser un instrumento eficaz para responder a las necesidades y demandas concretas de las personas con Psicosis que asisten al Hospital de día; ya que, por lo general, los individuos con trastornos mentales graves tienden a la escases de información y hábitos saludables en relación a la Sexualidad abordada de manera integral.

En relación al dispositivo Taller, Egg (1991), lo define como un sistema de enseñanza-aprendizaje; abordándolo desde un punto de vista pedagógico.

La estrategia utilizada para llevar a cabo el presente plan de intervención es la psicoeducación. Definida por Campero y Ferraris (2015), como una estrategia basada en la información ofrecida a las personas afectadas por alguna dolencia, con el objetivo de

mejorar el nivel de funcionamiento, la calidad de vida, y la adherencia al tratamiento.

Favoreciendo con la implementación de este taller la integración con los demás talleres de los pacientes que asisten al dispositivo Hospital de Día.

Presentación de la línea temática elegida

Dentro de las opciones de trabajo final de grado que ofrece la Universidad Siglo 21, se ha optado por trabajar con lo que se ha dado a llamar “Plan de intervención”. Dicha estrategia es “un conjunto de acciones y procedimientos organizados que están destinados a alcanzar un objetivo específico” (Canvas, 2019, p. 2).

Siguiendo a Canvas (2019), “en un Plan de intervención, se proponen vías de resolución fundamentadas y críticas sobre problemas o necesidades concretas, especificando los medios y recursos necesarios para su realización” (p. 2).

Conforme a lo dicho, se ha elegido como institución objeto de la intervención al Nuevo Hospital de Río Cuarto “San Antonio de Padua”.

En lo que respecta a la línea temática estratégica escogida, se ha seleccionado a la denominada “Vulnerabilidad y conductas de riesgo en la actualidad”.

Según Canvas (2019):

La vulnerabilidad se define como una capacidad disminuida de una persona o colectivo para anticiparse, hacer frente y resistir a los efectos o consecuencias de un peligro natural causado por la actividad específicamente humana y/o para recuperarse de las consecuencias del mismo.

Las conductas de riesgo son aquellas acciones que pueden poner en peligro el equilibrio de la salud (física o mental) de la propia persona.

Por otro lado, la Real Academia Española (2020), define a la vulnerabilidad como: “adj. Que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente”. También, al riesgo como “contingencia o proximidad de un daño”.

Síntesis de la institución

Historia

El Hospital Regional de Río Cuarto fue creado en el año 1948, bajo la presidencia del primer gobierno de Perón, como parte de un programa de creación a nivel nacional de instituciones de salud pública (Canvas, 2019).

En sus comienzos, el primer edificio estaba ubicado en el barrio Las Ferias, al sur de la ciudad, y brindaba prestaciones de baja y mediana complejidad. Las especialidades que ofrecía a la población en ese momento eran: clínica médica, cirugía, pediatría, y tocoginecología; con el paso del tiempo, y la incorporación de profesionales especializados, fue habilitado el servicio de salud mental en el año 1969. (Canvas, 2019).

Ante la demanda cada vez mayor de pacientes, y las necesidades de innovación tecnológica, y la de incorporar nuevas especialidades, por el año 2004 el hospital fue trasladado al oeste de la ciudad de Río Cuarto, en la calle Guardias Nacionales 1027, lo que comenzaría a ser su nuevo edificio (Canvas, 2019).

Actualmente el servicio brinda prestaciones de alta complejidad, en un edificio de aproximadamente 20.000 mts² cubiertos, en los que hay disponibles 200 camas. La principal población que asiste al hospital, lo constituyen sectores de bajos recursos económicos, que no cuentan con obra social. Su área de cobertura incluye los departamentos Río Cuarto, General Roca, Presidente Roque Sáenz Peña, y Juárez Celman (González, 2015).

En lo que respecta al área de salud mental (con la que específicamente se va a trabajar), es oportuno poner de manifiesto que según Canvas (2019), fue inaugurada a mediados de 1969, y su primer jefe de servicio fue el Dr. Lucero Kelly. Con la transferencia de los hospitales nacionales a la provincia en la década del 70', el servicio psiquiátrico nacional, pasa a la correspondencia del Viejo Hospital San Antonio de Padua.

En el año 1978, la salud mental comenzó a ser un servicio del Hospital San Antonio de Padua, aunque en ese momento se constituyó casi totalmente en un servicio para alcoholismo y patologías psiquiátricas crónicas (Canvas, 2019).

Como se detalla en Canvas (2019), en el año 1993 se realizó un nuevo traslado hacia el Hospital Central de Río Cuarto, momento en el que hubo un cambio en la denominación del Servicio de Salud Mental, que paso a denominarse Unidad Programática de Salud Mental del Sur, que tuvo como principal innovación, las nuevas políticas de transformación de la salud mental, con un nuevo enfoque que dio en llamarse “democratización de la salud mental”.

En 1997 se comenzó a trabajar bajo la denominación Servicio de Salud Mental del Hospital Central de Río Cuarto (Canvas, 2019).

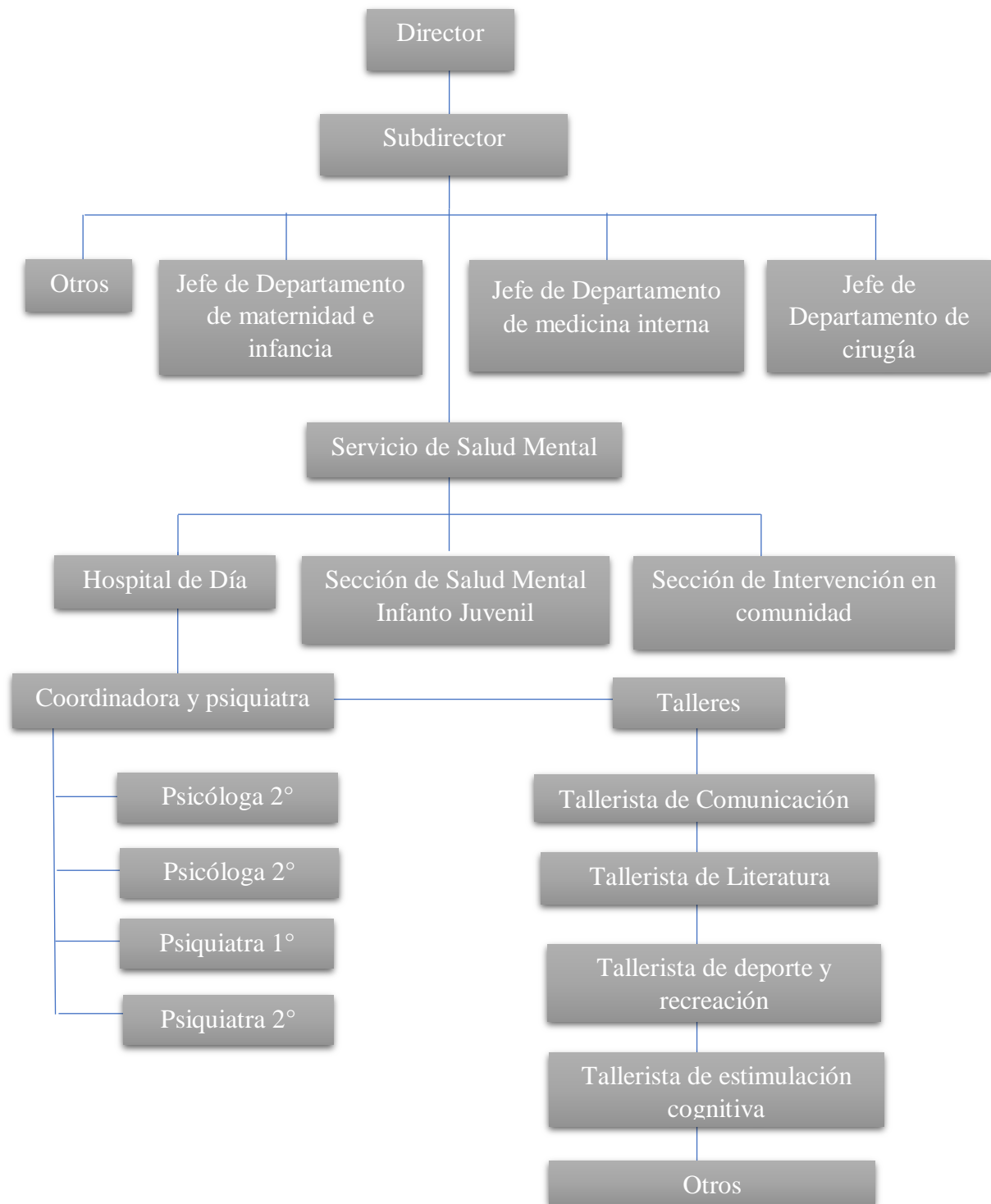
Ya en el año 2011 se puso en movimiento la creación de dos áreas hasta el momento inexistentes en el servicio: Hospital de Día e Intervención Comunitaria, y se generó una distribución interna de estas actividades. Desde la jefatura de Departamento y la Dirección del Hospital, se apoyó la iniciativa, concediendo por resolución interna la posibilidad de disponer de un pabellón específico para el funcionamiento de Hospital de Día (Canvas, 2019).

No fue hasta el año 2014, cuando se ordenó el traslado del Servicio de Salud Mental, con funcionamiento en la vieja sede, al edificio central y actual, ubicado en Guardias Nacionales 1027. Como se describe en Canvas (2019), una de las causas que motivó el traslado fue el poder adecuar el modo de abordaje de la salud mental a los fundamentos filosóficos y epistemológicos que subyacen a las nuevas leyes de salud mental provincial N° 9848 y nacional N° 26657.

Como se puede apreciar en Canvas (2019), las actividades que se llevan a cabo en el área, contemplan la atención ambulatoria con sus tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos, atención en internación con internaciones voluntarias e involuntarias con abordaje interdisciplinario; también cuenta con guardia las 24 horas para urgencias y emergencias, interconsultas con otros servicios, dispositivo de Hospital de Día, y sección de Intervención Comunitaria.

Por otra parte, en lo que respecta al organigrama, el Servicio de Salud Mental, según Canvas (2019):

Depende del Departamento de Medicina Interna, que a su vez está formada por otras especialidades, tales como clínica médica, terapia intensiva para adultos, nefrología y hemodiálisis, etc. El equipo de trabajo del área está compuesto por 15 personas: 9 pertenecen al personal de planta, 5 son contratados y 1 corresponde a locación de servicio. Los profesionales que desarrollan su actividad, pertenecen a diferentes disciplinas: psiquiatría, psicología, psicopedagogía, trabajo social y enfermería. Entre ellos 8 son médicos psiquiatras, 2 son psicopedagogos, y 5 son psicólogas. La jornada laboral de los profesionales es de 35 horas semanales, distribuidas de diferente manera.



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).

Como postula Canvas (2019), el Hospital como institución del estado provincial, tiene vinculaciones institucionales, naturales o implícitas, con las jurisdicciones nacional y municipal, y con instituciones de otros sectores y jurisdicción por convenio. Los convenios que se encuentran vigentes actualmente tienen que ver con la Universidad Nacional de Río Cuarto (UNRC), Universidad Siglo 21, Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Universidad Católica de Córdoba (UCC), Cruz Roja Argentina e Instituto Superior Berrotarán; el Instituto Médico Río Cuarto, Centro de Tomografía y Resonancia, Grupo OULTON y la ONG Fundación Nuevo Hospital.

Misión

El propósito de la institución es atender la salud de la población perteneciente a la región de integración sanitaria E, que comprende los 4 departamentos del sur de la provincia de Córdoba. Para poder llevar a cabo esta misión, las acciones más importantes que se contemplan son de prevención, asistencia, y rehabilitación de las enfermedades en los niveles 2 y 3 (acciones de mediana y alta complejidad). En menor medida se realizan acción de promoción de la salud, prevención y asistencia de enfermedades del primer nivel debido a que esto es correspondencia de la jurisdicción municipal (Canvas, 2019).

Visión

Prosiguiendo con el material analizado en Canvas (2019), la actual política provincial de salud está en consonancia con las organizaciones transnacionales (OMS y OPS). Se trabaja con el objetivo de evitar las enfermedades, siempre haciendo foco en mejorar la calidad de vida de la población. Así mismo una vez presentada una enfermedad, el propósito es lograr el mayor nivel de recuperación, minimizando los efectos seculares de esta mediante una rehabilitación general no solo del daño físico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales.

Delimitación del problema/necesidad objeto de la intervención

Según la información extraída de Canvas (2019), es importante destacar que 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 lo tanto, se ha optado por trabajar dentro del dispositivo Hospital de Día, el cual conforme a Canvas (2019), opera de manera interdisciplinaria con los pacientes que asisten al lugar, a los fines de lograr un estado de restitución psicológica, social, y familiar. El objetivo de esta herramienta es la no cronificación de los sujetos en una institución de salud mental, acorde al espíritu de la actual ley de salud mental.

En este contexto, en base a la lectura de Canvas (2019), al interés por la temática a abordar y como consecuencia de ello, a la necesidad identificada de reactivar algunos talleres que se han discontinuado en Hospital de Día o que no han sido llevados a cabo, es que se propone diseñar un dispositivo taller para abordar la temática sobre la sexualidad en la psicosis. Destinado a los sujetos con diagnóstico de psicosis que se encuentren estabilizados, y concurran periódicamente al dispositivo Hospital de Día. El móvil de esta iniciativa está fundamentado, como sostiene Lozano, R. (s/f), en la necesidad de acercarse a la población elegida para abordar el plan de intervención, una realidad escasamente conocida, agravada por el desconocimiento y limitada por los prejuicios sociales y morales, que toda actividad de las funciones afectivo-sexuales conllevan. Al mismo tiempo, “sacar a la luz esta dimensión, fundamental para el ser humano, es una labor que consideramos esencial para la mejor asistencia y conocimiento de las personas con enfermedad mental” (Lozano, R., s/f, p. 52).

Para adentrarnos brevemente en la psicosis, hay una pérdida o una ruptura con la realidad por parte del sujeto, un debilitamiento del Yo. Esto causa que la persona sienta una fragmentación como si se rompiera a pedazos (Ey, 1994).

Henry Ey (1994) psiquiatra y médico francés intento hacer un acercamiento entre la psiquiatría y el psicoanálisis; habla de las psicosis delirantes crónicas y las define: "...por "ideas delirantes" permanentes que constituyen lo esencial del cuadro clínico" (p. 448).

Los Delirios crónicos son en cierto modo más completos..., puesto que el Delirio no es tan solo pasivo y accidental..., sino que está activamente prendido en las relaciones permanentes que unen la persona a su mundo. Es decir que el Delirio está incorporado a la personalidad del delirante, los Delirios crónicos son en este sentido enfermedades de la personalidad, modalidades delirantes del Yo alienado. Estos enfermos delirantes son, en efecto, los "alienados" en el sentido más completo del término, ya que se conducen y piensan en función de su concepción delirante en vez de obedecer a la verdad y a la realidad comunes. (p. 448).

En relación al dispositivo Taller, Ander Egg (1991), lo define como un sistema de enseñanza-aprendizaje. Su explicación será desde un punto de vista pedagógico. El autor señala que taller hace referencia al lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado. Desde la pedagogía, se trata de aprender y enseñar algo que se realiza conjuntamente, es un aprender haciendo en grupo.

Objetivos

Objetivo General

- Psicoeducar sobre Sexualidad integral a pacientes con diagnóstico de psicosis que asisten al Hospital de día del hospital san Antonio de Padua a través de un dispositivo taller.

Objetivo Específico

- Abordar la sexualidad de manera integral habilitando un espacio de información, diálogo y contención acerca de la misma.
- Afrontar de una manera saludable la dimensión sexual para que puedan vivenciarla de forma responsable, satisfactoria y consciente.
- Identificar factores de riesgo y de protección en el ejercicio de la sexualidad.

Justificación

Conforme a Canvas (2019), el Dispositivo Hospital de Día tiene como objeto de su intervención brindar un espacio terapéutico para aquellos pacientes que según valoración médica no necesitan estar internados en el hospital. Es por ello que se han puesto en funcionamiento diferentes talleres que trabajan de manera interdisciplinaria, con el fin de lograr la rehabilitación de la persona (psicológica, social, familiar, etc.), para que esta pueda integrarse al medio social en el cual se encuentra inserta.

En el presente trabajo sobre Sexualidad integral en la psicosis, a partir de la necesidad de generar un dispositivo taller para brindar un espacio psicoeducativo para los pacientes con psicosis que asisten al hospital de día del hospital san Antonio de Padua, se entiende que es pertinente desarrollarlo ya que se desconoce en gran medida la realidad sexual de los pacientes con este diagnóstico: a pesar de ser una incógnita, podemos habernos hecho una idea errónea motivada por conductas aparentes, a pesar de ello las personas con psicosis tienen su sexualidad, la cual no es ni mejor ni peor, mayor o menor que otras personas, simplemente es su sexualidad. Esta sexualidad forma parte de ellos, sea de la manera que sea, y como tal debemos considerarla: educar y cultivar esta realidad, ayuda a la persona psicótica a vivenciarla de la forma más idónea, saludable y gratificante como sea posible (Lozano, R., s/f).

Siguiendo con Lozano, R. (s/f), al decir de la Sexualidad, no nos referimos a esa capacidad de la persona en tener hijos, ni limitarse al placer que ofrecen la estimulación de los órganos genitales. Al hablar de Sexualidad nos estamos refiriendo a una manera de vivir y de ser de cada uno de nosotros. Es amar, emocionarnos, sentir placer; esa vivencia de la Sexualidad la enfocamos básicamente como comunicación, comunicación con uno mismo y con las personas, sea desde el cuerpo, con sus gestos, posturas, y sea desde la palabra, donde también encontramos el silencio.

Tomando como punto de partida lo anteriormente mencionado, lo que interesa resaltar, es la necesidad de poner a disposición un plan de intervención compuesto de un dispositivo taller para generar un espacio para Psicoeducar a los pacientes con psicosis que asisten al hospital de día acerca de la Sexualidad.

Marco teórico

Capítulo 1: Contextualizaciones centrales sobre la población, necesidad y línea estratégica de intervención.

La Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2020), alerta que según la Organización Mundial de la Salud [OMS], la salud mental a nivel individual está determinada por factores sociales, psicológicos y biológicos. Entendiendo, que son factores múltiples con los que dispone cada individuo para su salud mental, teniendo en cuenta, además, las presiones sociales y económicas persistentes que conforman un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades.

Continuando con lo expresado por la OPS (2020), las pruebas más certeras, están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y las condiciones de vida de las personas. La salud mental es una parte integral de la salud y va más allá de la ausencia de trastornos mentales. Por esto, su abordaje pretende de intervenciones conjuntas desde distintos sectores, a fin de promoverla y abordar su tratamiento. También la salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a los ambientes de trabajo estresantes, a la discriminación y los mandatos de género, a la exclusión social, a los estilos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y a las violaciones de los derechos humanos.

También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona tenga más vulnerabilidad a determinados trastornos mentales. Por último, los trastornos mentales también pueden tener causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Datos y cifras a nivel global según la Organización Panamericana de la Salud (2020):

- Los trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de sustancias representan el 10% de la carga mundial de morbilidad y el 30% de las enfermedades no mortales.
- Cerca de 1 de cada 5 niños, niñas y adolescentes es diagnosticado con algún trastorno mental.
- La depresión es uno de las principales enfermedades que afecta a la población mundial, siendo una de las causas más importantes de discapacidad.
- Cada 40 segundos aproximadamente 1 persona se suicida en el mundo.
- Los individuos con trastornos mentales graves mueren entre 10 a 20 años antes que la población general.

En cuanto a la inversión económica, a pesar de estas cifras, el gasto en servicios de salud mental en todo el mundo representa un 2.8% del gasto total destinado a la salud en general. En países de menores ingresos el presupuesto determinado a salud mental representa el 0,5% del presupuesto general de salud, mientras que en los países de mayores ingresos este porcentaje asciende a 5.1%. Es decir, que en los países de ingresos bajos el gasto en salud mental es de menos de 1 dólar per cápita, en comparación a los 80 dólares per cápita en países de ingresos altos (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Con relación al contexto mundial y actual de Covid-19 y en referencia a lo que explicita la OPS (2020), las condiciones generadas por la pandemia, han llevado a una ampliación en el número de personas con nuevas condiciones de salud mental o que experimentan un empeoramiento de condiciones ya existentes. Esta situación, ha

expuesto la necesidad de que la salud mental se constituya como un componente central dentro de los planes de respuesta y recuperación de los sistemas de salud y los gobiernos nacionales. Es válido aclarar, que las políticas de salud mental que adopten los países deberían abordar asuntos que incluyan la promoción y prevención de la salud mental y no sólo ocuparse de los trastornos mentales. Para hacerlo es fundamental incorporar, en el desarrollo de estas políticas, a sectores como el de educación, empleo, justicia, vivienda, desarrollo social, así como a la sociedad civil, además del sector salud. En el contexto por desarrollar políticas relativas a la salud mental, es elemental, no solo proteger y promover el bienestar mental de los ciudadanos, sino también satisfacer las necesidades de las personas con trastornos de salud mental.

Adentrándonos en las Psicosis, según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2019), las psicosis se caracterizan por anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje, la percepción del yo y la conducta. Las psicosis suelen ir acompañadas de alucinaciones y delirios. Visualizando, percibiendo u oyendo en las primeras algún objeto y/o situación inexistente y en las segundas generándose una distorsión de algún objeto o idea percibida. Estos trastornos pueden dificultar que la persona trabaje o estudie con estabilidad.

Continuando con la misma fuente, la estigmatización y la discriminación se pueden traducir en una carencia en los accesos a los servicios sociosanitarios. Habiendo también un riesgo elevado de que no se respeten los derechos humanos de las personas afectadas, por ejemplo, mediante su internamiento prolongado en centros psiquiátricos.

Con respecto a cifras, la OMS (2019), sostiene que, entre las Psicosis más conocidas, el Trastorno Afectivo Bipolar afecta a alrededor de 45 millones de personas en todo el mundo. Éste, se caracteriza por la alternancia de episodios maníacos y depresivos separados por períodos de estado de ánimo normal. Siendo la Esquizofrenia el trastorno mental posiblemente más grave que perjudica alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo.

La esquizofrenia suele iniciarse al final de la adolescencia o principio de la edad adulta. El tratamiento adecuado con fármacos y apoyo psicosocial es fundamental. Con un tratamiento apropiado y apoyo social, los pacientes pueden llevar una vida productiva e integrarse en la sociedad. La facilitación de la vivienda asistida, las subvenciones para la vivienda y las ayudas para la inserción laboral son medidas de apoyo para que las personas que padecen trastornos mentales graves, vayan superando etapas en su rehabilitación y superen los obstáculos que les dificultan encontrar y mantener un empleo y una vivienda, OMS (2019).

Haciendo referencia en los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales, la OMS (2019), sustenta que éstos no solo se desarrollan por características individuales tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también entran en juego los factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. Otros agentes que pueden ser causantes de trastornos mentales tienen que ver con el estrés, la herencia genética, la alimentación, las infecciones perinatales y la exposición a riesgos ambientales.

En lo respectivo a los recursos de los sistemas de salud, la OMS (2019), manifiesta que todavía no han dado una respuesta adecuada y acorde a la carga de trastornos mentales; por consiguiente, la divergencia entre la necesidad de tratamiento y su prestación es amplia en todo el mundo. En los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de los sujetos con trastornos mentales graves no recibe tratamiento; siendo extensa también la cifra en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%.

En el IV encuentro entre investigadores en salud mental, pacientes y familiares realizado en la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III, en Madrid, Con el lema ‘Superando el estigma hacia la recuperación’, en opinión de Celso Arango, jefe de grupo del CIBERSAM (2018), sostiene que uno de los aspectos más importantes para los investigadores de esta área de la salud, es lograr trasladar los resultados de sus estudios tanto a los pacientes como a sus familias. En estas investigaciones de los últimos diez años se ha constatado que los programas asistenciales de intervención temprana dan una respuesta rápida y mejoran el pronóstico de pacientes con primeros episodios psicóticos. Esto contribuye, entre otros aspectos, a que puedan acceder de nuevo a un puesto de trabajo, mejorar su calidad de vida y reducir el riesgo de suicidio.

En Argentina, Eduardo Leiderman, investigador y profesor del Departamento de Psicología de la Universidad de Palermo, una investigación llamada “Prevalencia de sintomatología psicótica en la población general de la Ciudad de Buenos Aires”. La misma reveló que un quinto de la población de la Ciudad presenta síntomas psicóticos. Para la realización del estudio se llevó a cabo una encuesta en la que se entrevistó a mil

treinta y seis transeúntes con una edad promedio de treinta y siete años en quince barrios de la ciudad de Buenos Aires, entre los meses de agosto y noviembre de 2009.

Según este estudio, el 22,4% de las personas encuestadas están en tratamiento psiquiátrico o psicológico, y un 8,6% en tratamiento psicofarmacológico. Otro 3,6% fue diagnosticado con una enfermedad mental y un 4% cree tener un trastorno mental; mientras un 18% de la población dijo tener, al menos, un síntoma psicótico la semana previa a la realización del presente estudio. De ellos, el 15,1% toma medicación y un 27% está en tratamiento psiquiátrico o psicológico.

Además, uno de cada veinte individuos presenta tres o más síntomas psicóticos. 47% de ellos está bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico, 34% está medicado y sólo uno de cada cuatro cree tener una enfermedad mental.

El estudio resalta la cantidad de individuos que no se encuentran bajo ningún tratamiento psiquiátrico y con indicios psicóticos. En general, la baja escolaridad y el estrés son las características que más inciden en la presencia de estos síntomas.

A pesar de que el género no es una característica influyente, las mujeres acuden más que los hombres a tratamientos psiquiátricos o psicológicos, y reciben más tratamientos con psicofármacos.

Con respecto al tipo de síntoma psicótico, un 7,2% presentó en la última semana alucinaciones auditivas, 9,7% alucinaciones visuales, 3,1% ideas de control, 1,4% inserción de pensamiento, 2,8% robo de pensamiento, 5,6% ideas de referencia y 4,2% ideas de perjuicio.

Capítulo 2: Características generales de la población sobre la que se aplicará el Plan de Intervención.

A lo largo de la historia de la psicopatología, es decir del estudio de las enfermedades mentales, numerosas corrientes teóricas han intentado dar explicaciones de la génesis de este proceso patológico tan complejo y amplio, no habiendo logrado sus pretensiones. Esto ocurre particularmente por lo intrincado del fenómeno de la patología mental, y por eso se considera actualmente, que las diversas explicaciones que intentan dar cuenta del fenómeno no deberían ser contrapuestas sino más bien complementarias.

Tomando la definición del Diccionario de Psicoanálisis de Laplanche y Pontalis (1996):

En clínica psiquiátrica, el concepto psicosis se toma casi siempre en una extensión extremadamente amplia, comprendiendo toda una serie de enfermedades mentales, tanto si son manifiestamente organogénicas (como la parálisis general progresiva) como si su causa última es problemática (como la esquizofrenia).

El psicoanálisis no se ocupó desde un principio de construir una clasificación que abarcara la totalidad de las enfermedades mentales de las que trata la psiquiatría; su interés se dirigió primero sobre las afecciones más directamente accesibles a la investigación analítica y, dentro de este campo, más restringido que el de la psiquiatría, las principales distinciones se establecieron entre las perversiones, las neurosis y las psicosis (p. 321).

En “Neurosis y Psicosis” (1924), Freud sostiene: *“la neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior”* (p. 155).

Agrega, el padre del psicoanálisis (1924), que el estallido para la etiología de una psicosis tiene que ver con una frustración. El impedimento de algún deseo de la infancia, que tan profundas raíces tienen en nuestra organización psíquica. Esa frustración, siempre es, una frustración externa; puede partir de aquella instancia interna del super yo, que ha asumido la subrogación del reclamo de la realidad. Por consiguiente, el efecto patógeno, depende de lo que haga el yo en semejante tensión conflictiva: *“si permanece fiel a su vasallaje hacia el mundo exterior y procura sujetar al ello, o si es avasallado por el ello y así se deja arrancar de la realidad...”* (p. 157).

Freud, en su obra “La Pérdida de Realidad en la Neurosis y la Psicosis” (1924), describe que en la génesis de la psicosis se perfilarían dos pasos:

El primero de los cuales, esta vez, arrancara al yo de la realidad, en tanto el segundo quisiera indemnizar los perjuicios y restableciera el vínculo con la realidad a expensas del ello. Y efectivamente, algo análogo se observa en la psicosis: también en ella hay dos pasos, de los cuales el segundo presenta el carácter de la reparación; pero aquí la analogía deja el sitio a un paralelismo mucho más amplio entre los procesos. El segundo paso de la psicosis, quiere también compensar la pérdida de realidad, mas no a expensas de una limitación del ello, como la neurosis lo hacía a expensas del vínculo con lo real, sino por otro camino más soberano: por creación de una realidad nueva... (p. 195).

Con esto quiero decir, que, mientras en la neurosis se evita mediante una huida una fracción de la realidad, en la psicosis se reconstruye. Es decir, en la neurosis no se

desmiente la realidad, sino que se limita a no querer saber acerca de ésta, mientras que, en la psicosis, se desmiente y procura sustituirla (Freud, 1924).

En Psicosis (2001) recopilación bibliográfica realizada en la Facultad de Psicología de la UBA-, cuyo autor no se menciona, se expresa que:

En la psicosis, las funciones del Yo están dañadas, especialmente la pérdida de relaciones objetales, las defensas son más regresivas y toman menos en cuenta la realidad, hay una gran distorsión o desorganización de la personalidad; su funcionamiento social suele estar muy alterado. También se halla presente una alteración de la capacidad para discriminar entre las experiencias subjetivas y la realidad. De la misma forma, el modo de vida psicopatológico es aceptado por el paciente, la transformación por él experimentada se convierte en su modo de relacionarse. No reconoce que está enfermo y por lo tanto no desea que le cambien su estado subjetivo, puesto que es egosintónico. El delira o alucina y actúa en consecuencia con su delirio (p. 43).

En base a lo que se viene manifestando se cree oportuno traer a colación lo que enuncia Ey (1969) en relación con la semiología de la alienación de la persona (El yo psicótico o delirante):

La alienación del yo consiste en una inversión de las relaciones de realidad del yo con su mundo. Dicho de otra manera, esta alienación es el delirio. No el delirio de la experiencia delirante, delirio vivido sobre el registro de la actividad percibida, sino el delirio de la creencia delirante, de la idea delirante (p. 125).

Y continua,

La alienación de la persona, lo que los psicoanalistas denominan el yo psicótico, se manifiesta clínicamente por síntomas (convicciones y juicios dogmáticos, formulaciones ideó verbales, comportamientos y actitudes gobernadas por creencias irreductibles, que constituyen para el sujeto una especie de verdad y del ideal que no están de acuerdo con la realidad ni se adaptan a la coexistencia con los demás); síntomas que manifiestan el trabajo de germinación y de construcción de las ideas delirantes. Unas veces estas forman un sistema, otras forman una concepción fantástica y hay, finalmente otras que forman un laberinto impenetrable (p. 125).

Tomando lo que describe el servicio de Salud Mental IPSE en su página web, el Hospital de Día es una modalidad terapéutica para abordar patologías de la salud mental. Entre ellas, la esquizofrenia, psicosis, alcoholismo y neurosis graves, como así también trastornos de la personalidad y trastornos de la alimentación entre otros.

Este dispositivo terapéutico permite trabajar con las enfermedades mentales sin necesidad de alterar la vida de relación del que padece ni de sus familiares.

IPSE plantea, que las actividades que se desarrollan en los talleres contienen actividades dentro de las áreas de terapia ocupacional, narrativa, musicoterapia, expresión y trabajo corporal, plástica; siendo todas complementarias al tratamiento de la enfermedad de cada individuo, generando y fortaleciendo la expresión de lo que le ocurre al paciente al realizarla poniendo en juego principalmente la palabra utilizando cada una de ellas y con ese material poder trabajar los terapeutas que conducen la cura dentro del equipo interdisciplinario.

El servicio de Hospital de día, tiene como ventaja la posibilidad de socialización, que en estos pacientes suele encontrarse muy deteriorada y también mejorar las vinculaciones familiares a través de las reuniones grupales y de familia.

Este servicio de Salud Mental, sostiene que la internación de pacientes en clínicas psiquiátricas hoy en día se tiene como último recurso, generalmente ante pacientes resistentes a la medicación o con serias dificultades familiares para la contención y ayuda necesarias para el tratamiento.

Por otro parte, en el Hospital de Día se trabaja interdisciplinariamente con el objetivo de tener distintas miradas y abordajes en la problemática de un paciente, por ello es elemental un equipo integrado por psiquiatras, psicólogos, musicoterapeutas, terapeutas ocupacionales, plásticos, entre otros.

Además, sostienen el valor y resultado que tiene la música como la pintura en el desenlace de sentimientos, sensaciones, emociones y afectos que colaboran a la hora de trabajar la enfermedad y recuperar en el paciente lo más profundo de su ser, aún en determinados casos desconocido para él. Por su parte, la terapia ocupacional y el resto de talleres aportan lo suyo a los efectos de que el paciente reconozca sus capacidades y posibilidades, pudiendo así potenciar en ellos sus fortalezas.

Por ello el Hospital de Día, como sostiene IPSE, es de elección para el proceso de cura de pacientes graves, por cuanto no sólo tiene como ventaja el que no sean internados y apartados de su entorno socio-familiar, sino que, además, en términos de costo es mucho menor que el de la internación y admite que el paciente pueda desarrollar sus capacidades con el objeto de poder insertarse o reinsertarse en la sociedad con buenas posibilidades de inclusión.

Desde este dispositivo de Salud Mental, IPSE, sostienen que los servicios abordados por un equipo multidisciplinario de salud son los siguientes:

- Control psiquiátrico y prescripción farmacológica.
- Servicio de enfermería a cargo de administración y control de medicación.
- Psicoterapia individual, grupal, familiar.
- Terapia ocupacional.
- Musicoterapia.
- Expresión corporal.
- Actividades recreativas y sociales.
- Jornada simple y/o completa.

Siendo dirigido para pacientes con patologías cuyo estado no revista peligrosidad para si o terceros, pudiendo admitirse el ingreso de pacientes con diagnóstico de:

- Neurosis grave.
- Cuadros depresivos.
- Trastornos de personalidad.
- Psicosis compensadas.
- Pacientes dados de alta de una internación psiquiátrica que necesitan continuar su atención, hasta que puedan continuar su tratamiento por consultorios externos.
- Pacientes en los que se trata de evitar una internación psiquiátrica.

La Fundación Orienta de Barcelona, es una institución monográfica con más de 40 años de especialización en la atención integral a la salud mental comunitaria de niños, adolescentes y familias; basándose su modelo asistencial en la atención integral, ética y respetuosa con las personas, el rigor científico y la innovación. Esta reconocida fundación, sostiene que el hospital de día psiquiátrico se define como: *“un recurso asistencial intensivo y de tiempo limitado, para pacientes con descompensaciones psicopatológicas que requieren atención continuada sin necesidad de tratamiento en régimen de hospitalización total”*. Manifiesta que esta alternativa tiene la ventaja de evitar el aislamiento absoluto del paciente de su entorno de vida habitual, reduciendo así el estigma asociado, y se conforma como una modalidad asistencial que propone al paciente un rol más activo y participativo en su propio proceso de tratamiento.

Detallan en su página web, que los primeros hospitales de día en psiquiatría aparecen en la primera mitad del siglo XX, como un intento para reducir el uso de las camas hospitalarias y con la vocación de favorecer y asistir en la reintegración social del paciente. A partir de los años sesenta, empieza a expandirse este tipo de dispositivos que juegan, desde allí, un papel clave en la desinstitucionalización psiquiátrica y en el auge de la psiquiatría comunitaria.

La Fundación Orienta, describe al hospital de día en psiquiatría, como un dispositivo asistencial de tratamiento activo de los trastornos mentales en régimen de día. Como tratamiento activo hacen referencia a la integración de los diversos abordajes, entre ellos, psicofarmacológico, psicoterapéutico, institucional y familiar, así como a la aplicación de todas aquellas técnicas y procedimientos que el avance científico y la experiencia clínica han demostrado como eficientes. Con régimen de día, se refieren a la estadía diaria del paciente en el dispositivo durante al menos cinco horas durante el día.

Capítulo 3: Constructo o temas centrales del Plan de Intervención.

Al decir de Lozano, R. P. (s/f), se pretende acercar a la población una realidad escasamente conocida, dificultada por el desconocimiento y limitada por los prejuicios sociales, morales, que conllevan las cuestiones afectivo-sexuales. Sacar a la luz esta dimensión, esencial para el ser humano, es una labor que se considera fundamental para la mejor asistencia, atención y conocimiento de las personas con enfermedad mental, comienza hablando el autor.

Y continúa, la esfera sexual para la población sigue siendo una dimensión generadora de conflictos: gran parte del origen de esta conflictividad recaería en los mecanismos educativos, morales, sociales, sociosanitarios y políticos, que rodean el Hecho Sexual Humano.

Siguiendo con Lozano, R. P. (s/f), para el individuo aquejado de alteraciones mentales severas, en lo referido al sexo, es frecuente observar conductas de oscurecimiento, falseo, silencio o tergiversación. Si, además tenemos en cuenta la escasa información que sobre estos procesos tienen las parejas de las personas con psicosis, sus familiares y, el entorno emocional, convivencial y laboral de éstos, nos encontramos con escasos recursos para dar alternativas satisfactorias en la experiencia vital del sujeto. Pero, no hay que olvidarse, que por escasos que sean, siempre hay recursos.

Principalmente me gustaría destacar en este marco teórico, como sostiene Lozano, R. P. (s/f), que no se hace referencia cuando se aborda la sexualidad, a la capacidad de la persona en tener hijos, ni tampoco limitarse al placer que nos ofrece la estimulación de los órganos genitales. La sexualidad, es más amplia de lo que tal vez, nos acostumbran socialmente a entender. Por sexualidad se va entender a una manera de vivir la peculiar

forma de ser de cada sujeto, a una experiencia íntima como seres sexuados. Es amar, emocionarse, sentir placer; teniendo en cuenta principalmente que, a esa vivencia de la sexualidad se la enfoca como comunicación, comunicación con uno mismo y con las personas, con otro; sea desde el cuerpo, con sus gestos, ademanes, posturas, y sea desde la palabra, donde también encontramos el silencio.

Aceptando esta perspectiva de la sexualidad, se reconocerá que no hay una realidad diferente entre la persona psicótica y la que consideramos normal (normal viene de norma y, especialmente, en lo referido a la sexualidad ¿quién, íntimamente, se ajusta a la norma?). Bueno, mejor dicho, el que padece psicosis vive su sexualidad con unas peculiaridades muy concretas: en ocasiones la incompreensión de los demás y la variada capacidad de expresión vivencial que presenta el amplio abanico de alteraciones de la característica “psicosis”. Esto, unido a las actitudes que tiene la sociedad con respecto a la sexualidad y a las circunstancias que rodean a las personalidades con psicosis hace que éstas se encuentren con muchos problemas a la hora de desarrollar una vida afectiva y sexual satisfactorias. Actitudes de prohibición, condena, proteccionismo, miedo, enmascaramiento o sublimación... se pueden encontrar en la actualidad en el entorno social de la persona con psicosis. Aceptando que la sexualidad es, fundamentalmente, comunicación, nos encontramos con individuos que tienen mermada la dimensión verbal, por lo que utilizan sobre todo la corporal para comunicarse; otras veces dominará la dimensión verbal en la comunicación, estando mermada la corporal, y en este espectro de conductas también nos encontramos con personas que mantienen mermadas ambas dimensiones (Lozano, R, P. s/f, p. 53).

Para retomar sobre alguna posible definición o característica esencial de las Psicosis, se remitirá al autor Ey (1994), citado en Rodriguez, Y. L (2016), que plantea que en la psicosis hay una pérdida o una ruptura con la realidad por parte del sujeto, un debilitamiento del Yo. Esto causa que la persona sienta una fragmentación como si se rompiera a pedazos. Regularmente la persona no tiene conciencia de estar enferma.

La misma autora tomando a Ey (1994), manifiesta que los delirios crónicos están activamente prendidos en las relaciones permanentes que unen la persona a su mundo. Es decir que el delirio está incorporado a la personalidad del delirante; los delirios crónicos son en ese sentido enfermedades de la personalidad, modalidades delirantes del Yo alienado. Estos enfermos delirantes son, vendrían a ser, los “alienados” en el sentido más completo del término, ya que funcionan a raíz de su concepción delirante en vez de obedecer a la verdad y a la realidad común.

En el DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) encontramos la definición de psicosis en el capítulo Esquizofrenia y Otros Trastornos Psicóticos. Aquí nos explica que el término históricamente no tiene un consenso universalmente aceptado. Se presenta el término psicótico como la presencia de síntomas, los cuales varían según las distintas caracterizaciones diagnósticas. La psicosis principalmente se caracteriza por ideas delirantes y el delirio es lo que una a la persona con el mundo externo.

Glen Gabbard (2002), nos plantea una división en tres grupos de los síntomas separándolos en positivos, negativos y los desórdenes en las relaciones personales. Los

síntomas positivos serían aquellos que se adquieren con la psicosis, lo que se origina en el transcurso de la enfermedad, estos serían las alucinaciones, los delirios, los trastornos en el pensamiento, los trastornos del movimiento y las manifestaciones conductuales como pueden ser la labilidad emocional o agitación. Los síntomas negativos, son aquellos aspectos que el paciente disminuye o pierde en el transcurso de la psicosis y se vinculan a una detención de los comportamientos normales del paciente y de las emociones. Se puede visualizar en estos pacientes afecto plano o restringido, apatía, anhedonia, apatía, pobreza en el pensamiento; lo que trae aparejado también anomalías de la estructura cerebral, bajo rendimiento en el aprendizaje, inconvenientes al momento de tener y mantener un empleo o situación estable.

Desde este punto de vista, adhiriendo a lo que Lozano (s/f) se pregunta: “¿cómo podemos acercarnos a la sexualidad de una persona con psicosis? (p. 53)”. Teniendo en cuenta, que éste presenta una desorganización que transgrede en sus procesos mentales, psicosociales y los demás síntomas deficitarios. Así, la esfera sexual queda ensombrecida por la importancia que, desde la sintomatología general, se otorga al resto de las alteraciones.

Ingresando en la perspectiva sexológica, nos encontramos con tres realidades en este proceso de construirnos como personas sexuadas, plantea Lozano, R, P. (s/f) tomando el decir de E. Amezúa (1983) y C. de la Cruz (2003): la Sexuación, la Sexualidad y la Erótica.

- La sexualidad: es la manera que cada persona tiene de vivir el hecho de ser sexuado. Es una categoría subjetiva y no hace referencia solo a funcionamientos anatómicos y fisiológicos, si no a las vivencias, es decir, lo que cada individuo siente en

su intimidad. Se entiende que cada persona vivirá su sexualidad de la manera en que lo sienta, teniendo en cuenta que ésta no es estable, sino que está en permanente evolución.

Siguiendo con Lozano, R. P. (s/f), la personalidad psicótica puede verse ajustada en este proceso vivencial por determinados factores procedentes de su historia de vida: las interrelaciones con los iguales en la infancia, si la psicosis se manifiesta de forma temprana, sobrelleva una particular manera de sentirse en ese papel de varones o mujeres. El lenguaje que desde el exterior delimita su conducta y sus vivencias también supone un matiz importante en una particular forma de entenderse y expresarse ante el mundo. La medicación administrada ofrece un sesgo en las vivencias que el sujeto experimenta en su autopercepción como ser sexuado.

- La sexuación: todo comienza en el preciso instante de la fecundación. hasta la muerte. Entre estos dos momentos se van a ir dando toda una serie de niveles o estructuras que, evolutivamente, van sexuando a cada individuo. Los niveles a los que refieren son varios. El primero tiene que ver con el cromosoma, con la X o Y que aporta el espermatozoide. Después vendrán: las gónadas, los genitales internos, los genitales externos, las hormonas. Y más adelante, tras el parto, aún sigue el proceso con la asignación de sexo, la crianza diferencial, la pubertad, el climaterio, la andropausia. De todo esto surge que sexos hay dos, pero cada uno de ellos está repleto de posibilidades. Hay muchas maneras de formarse como varón o como de mujer. De hecho, tal vez, no existan ni los varones ni las mujeres completamente “puros” en todos sus niveles. Un varón siempre tendrá gradientes femeninos, al igual que una mujer elementos masculinos. Estos desarrollos de la sexuación son vividos por las personalidades con psicosis en la misma medida que las personas mentalmente sanas.

- La erótica, es la forma concreta de expresar todo lo descrito anteriormente: lo que somos, lo que vivimos y cómo nos sentimos. Como es lógico, tiene múltiples y variadas formas dependiendo cada sujeto: cada cual tiene su propia erótica, como tiene sus propias peculiaridades. Para el desarrollo de la erótica entran en juego variados factores. Además de lo antes expresado, también se pone en juego, los propios valores y creencias, la forma de pensar y de entender las relaciones sexuales y las relaciones de pareja, los sentimientos y la importancia que se den a los mismos, así como todas las demás cosas que se puedan considerar importantes.

Posiblemente sea la realidad de la erótica la categoría más conflictiva, a nivel personal y relacional, en los registros del Hecho Sexual Humano de la personalidad psicótica: la expresión y comprensión de gestos, fantasías y deseos a veces supone duros enfrentamientos, dudas e interrogantes para estas personas.

En relación a lo que nos compete en este escrito, Rodríguez, Y. L. (2016), expresa que si bien el psicótico tiene dificultades vinculares en la decodificación de las necesidades del otro, esto no excluiría la posibilidad del ejercicio de una sexualidad autoerótica.

Hay que tener en cuenta, que uno de los efectos secundarios más importantes que corresponden a la medicación que suele tomar la persona con psicosis, es el descenso en la intensidad de la libido, o energía sexual que puede llegar incluso a la ausencia total del deseo sexual en el paciente. En lo pertinente al vínculo sexualidad - psicosis podemos ver una lectura que desde la sexología plantea que no habría motivo por lo cual el psicótico no pueda acceder al ejercicio de ella (Rodríguez, Y. L. 2016).

Rodriguez, Y. L. (2016) tomando a Sapetti (s/f), manifiesta que algunos de los efectos secundarios más comunes son la disminución de la libido, las disfunciones eréctiles, disminución en la lubricación vaginal, priapismo (erección prolongada o dolorosa, que en alguna ocasión se puede llegar a una intervención quirúrgica), la aneyaculación y eyaculación retrograda. A la hora de trabajar con pacientes con psicosis, se debería tener presente estas sintomatologías para que el paciente no abandone el tratamiento y siempre ir buscando otras alternativas como pueden ser bajar la dosis, suspender y cambiar por otro antipsicótico, breves terapias sexuales y suministrar información al paciente. Las hospitalizaciones y la institucionalización de los pacientes con psicosis aumentan y potencializan que los trastornos sexuales se agraven. Hay que tener en cuenta, además, que, todo lo que refiere a la persona con psicosis también incide en su núcleo más cercano, es decir, familiares, amigos, compañeros de trabajo, los cuales se encuentran bajo los mismos tabúes e intentan proteger al paciente con psicosis. En algunas ocasiones se puede llegar a vivir como una problemática en que la persona con psicosis intente expresar su sexualidad.

En la necesidad de definir la sexualidad y al realizar una búsqueda acerca de la concepción de ésta, Rodriguez Y. L. (2016), plantea que se pueden verificar puntos disimiles y que en muchas ocasiones se confunde con el concepto de sexo o se suele pensar que es lo mismo, pero, como se habría hecho mención anteriormente, la sexualidad va mucho más allá... Por lo que se considera necesario diferenciarlos:

(...) no hay que confundir el sexo, la sexualidad y la sexuación. El sexo va a designar el órgano con el que el individuo adviene al mundo, los caracteres sexuales que vienen con el germen, lo transmitido vía ADN; la sexualidad (...)

refiere a las pulsiones que hacen del encuentro con el Otro, con la libidinización del sujeto, con las zonas erógenas y el autoerotismo. Por último, la sexuación (en principio para Freud) es la operación de ubicación de los sexos, que va a determinar la posición o identidad sexual que un sujeto elija (...) (Pujana, 2013, p., 559).

Según la OMS (2006): *“la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual”*.

Aquí algo a remarcar es que lo presenta como un “aspecto central” y que introduce que uno de sus aspectos es la reproducción, pero también el placer. Concepto de placer que durante mucho tiempo estuvo “oculto” detrás del de reproducción. Esta definición agrega: (...) se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (OMS, 2006).

Rodriguez Y. L. (2016) a través de las primeras teorizaciones de Freud (1905), plantea que el inconsciente tiene un lugar central para comprender la sexualidad, y dado que para formar parte de la sociedad renunciamos en algunas circunstancias a los deseos sexuales más primitivos este esfuerzo produce que el deseo sexual sea uno de los

conflictos psíquicos más comunes visto en los hombres y las mujeres. Este conflicto de los deseos sexuales, con la represión se puede ver luego traducido en síntomas. Él no cree que la sexualidad sea algo netamente de los adultos, sino que esta también se puede visualizar tempranamente en la infancia. Esta visión más amplia de la sexualidad le permite separarla de la genitalidad e introduce como novedad la existencia de los instintos sexuales en la infancia. Esta visión más amplia de la sexualidad le permite separarla de la genitalidad e introduce como novedad la existencia de los instintos sexuales en la infancia, planteando una separación en fases o etapas del desarrollo a las cuales las divide en pre-genital y genital. Puede verse así un modelo de desarrollo psicosexual dinámico donde la noción de fases habla de cierta plasticidad: Implica la presencia de un trabajo que, lejos de estar inscripto y prescrito en el desarrollo biológico, es efecto de los vínculos con los otros, que, encontrando su determinación en estos aspectos de la historia, abren las puertas a las diferentes formas de asumir la existencia sexuada de los seres humanos. Este complejo proceso de identificaciones tiene como pilar la relación madre-bebé a través de la cual el organismo biológico del niño en su inicio se unifica y organiza en torno a la necesidad de lograr una diferenciación y discriminación del otro para el logro de la identidad. Esta identidad incluye la noción de mismidad constitutiva del yo y la de identidad sexual, ser hombre o mujer, ésta se establece no en función del cuerpo biológico, ni de los órganos genitales, sino de la idea freudiana de que el objeto de la pulsión es concomitante con la historia del individuo (Freud, 1915). Noción fundamental que muestra como este cuerpo sexuado se construye a partir de los vínculos primarios.

Pensando en la psicosis, Freud (1915) tomado en Rodriguez, Y. L. (2016), establece que se vincula con la necesidad del Yo de retirar las investiduras libidinales de los objetos externos y de las personas sin luego sustituirlas por otras en el registro de la

fantasía. Surge esta pregunta: ¿cuál es el destino de la libido sustraída de los objetos en la esquizofrenia?: El delirio de grandeza propio de estos estados nos indica aquí el camino. Sin dudas nació a expensas de la libido de objeto. La libido sustraída del mundo exterior fue conducida al Yo y así surgió una conducta que podemos llamar narcisismo.

Rodriguez, Y. L. en su trabajo sobre “La sexualidad en la Psicosis” (2016), profundiza sobre los mitos acerca de la sexualidad en estos pacientes. Explica sobre un estudio que se llevó a cabo con los pacientes con trastorno mental grave en un centro de España para poder “descubrir” los mitos que existían entre ellos. Durante el mismo, que se realizó a través de un cuestionario de 18 preguntas, se verifico que:

Accedieron más los hombres (80%) que las mujeres (20%) a realizarlo y que en su gran mayoría se encontraban institucionalizados y el nivel académico era medio. En este se tuvo como conclusión que los mitos dependen según el sexo y el nivel de estudio (igual a otros estudios con pacientes no psicóticos). Se verificó que los mitos son en su mayoría referidos a la sexualidad femenina debidos a los tabúes y los años de “represión” sexual que han pesado sobre la mujer. También demuestra que las mujeres tienen mitos que los hombres no comparten y esto también se ha visto en la población “normal”. En el ámbito de la psicosis se verificó que los mitos sobre la masturbación en estos pacientes no eran fuertes dado por una sexualidad autoerótica, expresión también de la dificultad vincular característica del psicótico. Ellos lo viven como una fuente de placer en tanto no enfrentan el dilema de la alteridad. De estos resultados se concluyó que los pacientes con trastorno mental grave tienen problemas o dificultades sexuales

como cualquier otro individuo en una población normal, si bien las causas pueden ser diferentes (p. 31).

Lozano, (s/f) también reflexiona acerca de otra dimensión a tomar en cuenta dentro de la sexualidad: el amor y cómo los pacientes con psicosis lo viven. El amor punto central en la vida de los individuos. El psicoanálisis habla del amor y lo remite también al desarrollo psicosexual.

Fernando Colina (2000), tomado en Rodríguez, Y. L. (2016), presenta las diferentes versiones del amor y la amistad desde la paranoia y la esquizofrenia y otras psicosis. Nos habla de las expresiones del amor en estos pacientes:

Pero la esquizofrenia y el amor, aunque ansiosos de unión, viven sometidos al desorden, a la disgregación, y al arrebató pasional. En este sentido el carácter disociativo o no disociativo -desordenado u ordenado-, que distingue clínicamente las psicosis observadas desde su vértice, se corresponde simétricamente con el amor y la amistad (p. 38).

Y con esto, hace alusión a que el amor también es eso desordenado o disociativo de la presentación de las psicosis y la forma en cómo la vive el paciente. Y que en tanto este amor viene, se presenta para poder llegar a la cura del delirio psicótico citando a Freud en su referencia a que *“no debemos menospreciar el amor como poder curativo de los delirios”* (p. 39). Plantea que se establece una diferencia entre distintos amores (pasional, placentero, físico, vanidad) y que en la esquizofrenia los ingredientes están del amor pero que estos se encuentran carentes de *“su objetivo natural, desplazado de su*

desenvolvimiento normal, sustraídos de toda posibilidad de intercambio y correspondencia” (p. 38).

Para finalizar, esto es hablar de sexualidad en su más amplio espectro, no olvidándonos que no es el vínculo de pareja o la concepción o la satisfacción o estimulación de los órganos genitales solamente, sino, la intimidad que vive cada uno como individuo, como ser sexuado, la capacidad de amar y ser amado y la posibilidad de estimular y promover la comunicación con uno mismo y con otro, comunicación con el cuerpo, los gestos, la palabra o el silencio. (Lozano s/f). Teniendo en cuenta la subjetividad de cada individuo y pudiendo en base a esto, comprender, informar y buscar la manera o la alternativa, para que cada paciente con psicosis, pueda vivirla su sexualidad libre y saludablemente.

Capítulo 4: Dispositivo utilizado para el Plan de Intervención.

Según Campero y Ferraris (2014),

El concepto de psicoeducación fue introducido en la literatura médica en el año 1911 por el Dr. John Donley. Tres décadas más tarde, el término alcanzó reconocimiento internacional a través del Tratado sobre la estabilidad del comportamiento humano de Brian Tomlinson. Recién en 1980 y de la mano de Anderson se sientan las bases de lo que hoy en día se conoce como abordaje psicoeducacional. Con el fin de disminuir recaídas y reingresos, Anderson propone educar a los familiares de los pacientes, fundamentalmente esquizofrénicos, respecto de los síntomas y del proceso de la enfermedad (p. 54).

Respecto a las diversas modalidades y corrientes teóricas desde las cuales puede abordarse la psicoeducación, los mismos autores mencionan que:

Implican una gran variedad de enfoques, desde aquellos que enfatizan la facilitación de información a aquellos que privilegian el apoyo mutuo o la resolución de problemas. Incluye el tratamiento de lo familiar, de lo individual, y/o grupal y se lo puede realizar en espacios convivenciales, terapéuticos, o incluso de esparcimiento (p. 54).

Una vez introducido el tema, se considera elemental dejar claramente definido que es la psicoeducación y cuáles son los objetivos que persigue, al respecto Campero y Ferraris (2014), mencionan que:

La psicoeducación es una estrategia de intervención basada en la información ofrecida a las personas afectadas por estas dolencias, con el objeto de mejorar su nivel de funcionamiento, la calidad de vida y la adherencia al tratamiento. La

propuesta integra la participación familiar y proporciona a la persona una comprensión teórica y práctica acerca de la enfermedad que lo aqueja. En este modelo de tratamiento, el paciente deviene actor activo en la evolución favorable de su enfermedad (p. 54).

Entre sus objetivos primordiales siguiendo la referencia al mismo autor, se pueden encontrar los siguientes,

Informar al paciente y a sus familiares sobre la patología mental para mejorar la comprensión del hecho y facilitar el manejo de los cuadros que suscita. Esta acción refuerza fortalezas, recursos y habilidades propias del paciente para enfrentar la enfermedad y contribuye a lograr más bienestar y estado más saludable con un enfoque a largo plazo (p. 54).

Cuando se habla de planificación, Ander Egg (1991), sostiene que se asocia a la idea de organizar, ordenar, coordinar, prever. La idea central que aparece es la de generar cursos de acción con el objetivo de alcanzar determinados fines, mediante el uso eficiente de los medios. Se trata de “hacer que ocurran cosas que, de otro modo, no habrían ocurrido”, o de “crear alternativas, allí donde antes no había nada”.

El autor, para acercarse aún más al quehacer de la planificación, se pregunta acerca de porqué planificar. Se podría decir, que todas las actividades de la vida llevan de una planificación previa. Es fácil constatar que permanentemente confrontamos el hecho de que en casi todas las actividades humanas los medios y recursos son escasos y los objetivos a alcanzar múltiples y diversos. Para resolver esta situación, que se da en casi todos los campos y dominios del quehacer humano, se torna necesario realizar un análisis y diagnóstico sobre la realidad en la que se ha de actuar, para tomar luego decisiones y proceder a la acción, y así, obtener los resultados previstos o deseados.

Ander Egg (1991), para darle un mayor acercamiento científico y técnico al término, plantea tres conceptos que se configuran estrechamente ligados al de planificación, es decir: racionalidad, conocimiento de la realidad y adopción de decisiones.

Además, el autor sostiene, que, asimismo, la planificación suministra un marco que, como referencia direccional, proporciona un horizonte que orienta y predetermina un conjunto de acciones y criterios operacionales para guiarse que: suponen un conocimiento de la realidad sobre la que se va a actuar, expresada en un diagnóstico; por consiguiente, procura incidir en el curso de ciertas situaciones con el fin de que se modifique una “situación inicial” por otra llamada “situación objetivo” a la que se querría alcanzar.

Haciendo referencia a la definición, Ander Egg (1991), manifiesta que:

Planificar es la acción consistente en utilizar un conjunto de procedimientos mediante los cuales se introduce una mayor racionalidad y organización en un conjunto de actividades y acciones articuladas entre sí que previstas anticipadamente, tiene el propósito de influir en el curso de determinados acontecimientos, con el fin de alcanzar una situación elegida como deseable, mediante el uso eficiente de medios y recursos escasos o limitados (p. 3-4).

Ander Egg (1991), en su escrito “el taller una alternativa de la renovación pedagógica” define al taller como un “*sistema de enseñanza-aprendizaje*” (p. 1). Su explicación es enmarcada desde un punto de vista pedagógico. El autor, sostiene que el taller hace referencia al espacio donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado. Señala el autor que, “*desde la pedagogía, se trata de aprender y enseñar algo que se realiza conjuntamente, es un aprender haciendo en grupo*” (p. 1).

Ander Egg (1991, p. 10), establece ocho puntos que caracterizan al taller, en cuanto modelo de enseñanza – aprendizaje:

- 1) Es un aprender haciendo. Lo que plantea con esta terminología el autor, es que la acción y la práctica en conjunto con la teoría, son necesarias para el aprendizaje. Aquí predomina el aprendizaje por sobre la enseñanza. Se trata de un aprendizaje por descubrimiento. Esto se reduce a través de la realización de un proyecto de trabajo.
- 2) La metodología es participativa. La acentuación está puesta en el que aprende. Se trata de una experiencia de enseñanza – aprendizaje, realizada en conjunto, en la cual todos están involucrados como sujetos/agentes. Para que esto se genere, se hace necesario, por un lado, desarrollar conductas participativas y, por otra parte, formarse para saber participar.
- 3) La pregunta como herramienta elemental. En el taller el conocimiento se produce en respuesta a las preguntas que surgen y la reflexión que de allí surge. Problematizar, interrogar, buscar respuestas, plantear problemas y tratar de resolverlos, es lo que conecta al taller con una tarea de investigación.
- 4) Trabajo interdisciplinario y enfoque sistémico. El taller da espacio a la incorporación de diferentes perspectivas profesionales integrándose entre ellas, para actuar sobre un algún aspecto de la realidad.
- 5) El vínculo docente-alumno se genera en base a la tarea conjunta. Ambos son protagonistas en este modelo de enseñanza-aprendizaje. Los roles ya no serán los tradicionales, sino que aquí el docente será activo, orientando, asesorando y asistiendo técnicamente al educando. Este último será, sujeto y partícipe de su propio aprendizaje, apoyándose en el docente

- 6) Carácter globalizante e integrador de su práctica. A partir de la modalidad operativa del taller, es posible lograr proceso de enseñanza-aprendizaje.
- 7) Conlleva y requiere de un trabajo grupal y del uso de técnicas apropiadas para tal fin.
- 8) En el proceso de enseñanza-aprendizaje se integran tres instancias: docencia, investigación y la práctica. La docencia surge desde la situación de enseñanza-aprendizaje, plasmada en el proyecto a realizar; la investigación florece como una exigencia previa a la acción y la práctica está plasmada en las actividades y tareas que se llevan adelante en el proyecto.

Egg (1991) plantea,

Que el taller se lleva a cabo en torno a un proyecto de trabajo, relacionado con el campo de formación profesional donde se dicta. Será una relación directa si lo que se busca es “hacer algo”; e indirecta si lo que se pretende es la adquisición de habilidades (p. 4).

Para lograr los objetivos propuestos en el taller, Egg (1991), describe ciertas condiciones para que se puedan llevar a cabo:

- La actividad didáctica estará centrada en la resolución de sus problemas reales o asociadas al dominio de capacidades y habilidades.
- La constitución de un equipo de trabajo, entre alumnos y docentes, donde el docente no enseña, sino que ayuda al educando a que aprenda a aprender.
- Capacitación del tallerista para el buen funcionamiento de este dispositivo.
- Es primordial que el proyecto por el cual se implementa el taller sea factible de realizarse.

Para el funcionamiento del taller, Egg (1991), plantea que es necesario aplicar diversas técnicas grupales procurando que el grupo sea más operativo en cuanto a su

capacidad de alcanzar los objetivos propuestos y que cada miembro se sienta gratificadamente en cuanto a la pertenencia en el grupo.

Aguilar (1997), habla sobre diferentes tipos de técnicas: de iniciación, técnicas de producción grupal y técnicas de mediación y control:

- Las de iniciación, se utilizan para la conformación del grupo. Por ejemplo, técnicas de presentación: ¿Quiénes somos?
- Las de producción, sirven para que el grupo lleve a cabo la tarea.
- Las de mediación y control, se utilizan como un medio de evaluación de lo realizado.

Plan de acción

El presente plan de acción se inserta dentro del dispositivo Hospital de Día, que funciona en el Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua. Vale aclarar que esta propuesta es nueva en lo que respecta a su dinámica específica, pero el marco institucional y normativo del proyecto, será el mismo que se viene empleando en los otros talleres con el fin de acatar lo dispuesto por las autoridades de dicho nosocomio, a los fines de no alterar el normal funcionamiento de la institución.

Los destinatarios del presente serán los pacientes con psicosis que actualmente ya concurren a otros talleres, lo que significa que están aptos según criterio médico para poder participar.

El taller ha sido diagramado para llevarse a cabo con una frecuencia semanal con una duración de 2 horas por cada encuentro dictándose los lunes por la mañana en el horario de 10:00 a 12:00 horas en el espacio asignado a Hospital de Día teniendo una duración aproximada de un mes y medio; posteriormente se realizará una evaluación, para que, si las autoridades lo consideran pertinente, establecerlo de manera permanente junto a los otros talleres que conforman el Hospital de Día. Se pretende con la implementación de este taller producir resultados beneficiosos para los pacientes.

El Programa de Educación Sexual de Chile CESOLAA (curso de educación sexual on line de auto aprendizaje), plantea una serie de recomendaciones para los talleres con jóvenes que se tendrán en cuenta para la realización del presente dispositivo:

- El educador debe mantener entusiasmo, sensibilidad, empatía, tolerancia, flexibilidad, calidez, discreción y creatividad.

- Estar atento para entender el lenguaje no verbal de los participantes del taller.
- Orientar, guiar y mostrar opciones. Teniendo en cuenta que orientar no es lo mismo que aconsejar o recomendar, sino facilitar la opción de una decisión propia. El/la docente debe tener cuidado de no imponer su punto de vista a los/las adolescentes o jóvenes.
- Tener la capacidad de ubicarse en la realidad, valores, conocimientos y sentimientos de cada participante del grupo.
- Evitar las críticas a través de palabras, actitudes o gestos, ya que pueden ser percibidas como signos de no aceptación o rechazo, lo que puede conducir al distanciamiento de los/las jóvenes.
- También se debe evitar las burlas y descalificaciones entre los compañeros/as, favoreciendo permanentemente un clima de respeto y confianza.
- Evitar actitudes sobreprotectoras, porque crearán dependencia y no ayudarán al desarrollo personal de los participantes.
- Respetar el ritmo de cada joven y no forzarlos a hablar.
- Respetar demostraciones afectivas que pudieran surgir de la dinámica y estar alerta para evitar entrar en situaciones de tensión emocional innecesarias que pudieran dificultar el manejo o control de la situación.
- Derivar a un profesional adecuado en caso de problemas que estén más allá de su capacidad de resolución.

Actividades

Encuentro 1

- Actividad 1: “¿Cómo me veo mí mismo?”
- Tema: Autoestima mediante la aplicación de la escala de Rosenberg.
- Objetivo general del encuentro: Explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.
- Materiales: Hojas impresas que contengan la escala de autoestima de Rosenberg, lápices de color negro, gomas de borrar, sillas y mesa para poder realizar la encuesta de manea confortable.
- Tipo de estrategia: Respuesta a un cuestionario y espacio reflexivo.
- Tiempo estimado: 45 a 60 minutos.
- Instrucciones para el coordinador:
 1. Se comenzará por convocar a los participantes a la zona donde funciona Hospital de Día. Se procederá a pedirle a los asistentes que tomen asiento en las sillas distribuidas en el aula, y posteriormente se explicara y se tomara la primera parte del encuentro para dialogar sobre la incorporación de este nuevo taller y la importancia de implementar este nuevo plan que viene a sumarse complementariamente a los otros dispositivos que ya vienen funcionando detallándoles a los integrantes los objetivos del presente dispositivo. No será necesario que los asistentes se presenten entre si ya que se conocen de los talleres a los que concurren frecuentemente.
 2. Se procederá a explicar la actividad programada, consistente en la realización de un cuestionario auto evaluativo que brindara información sobre el concepto que se tiene sobre sí mismo. Para esto se les preguntara previamente que imaginan o

que conocen sobre el término autoestima. Si no lo conocen se les solicitará que descomponiendo la palabra imaginen a qué podría hacer referencia y de qué manera esto se relaciona con la situación que cada uno vive.

3. Una vez que todos hayan hecho su propia reflexión sobre el significado del concepto, se recurrirá a brindar precisiones sobre lo que esta palabra técnicamente significa y qué importancia tiene en el desarrollo de la personalidad.
4. Una vez finalizada esta primera etapa, se darán las instrucciones sobre cómo responder al cuestionario, que es relativamente sencillo y de corta duración.
5. Se entregará a cada uno de los sujetos la hoja con el cuestionario que consta de diez preguntas, donde se debe contestar con la frase más adecuada según cada caso. Previa al comienzo se hará un repaso general en voz alta leído por el coordinador sobre las preguntas que contiene el cuestionario y se dará a modo de ejemplo una respuesta al azar para que los pacientes puedan comprender mejor el mecanismo del procedimiento.
6. Se dará comienzo a la realización del cuestionario disponiendo de un tiempo neto aproximado de 20 minutos para finalizarlo.
7. Visto y considerando que la codificación de las respuestas es bastante rápida y sencillo, una vez que hayan terminado todos, y con la ayuda de algún asistente, el coordinador procederá a decodificar cada planilla para hacer un comentario y reflexión sobre las respuestas brindadas por cada uno de los participantes a los fines de que no sea en vano la toma de este cuestionario y sirva de alguna manera para resaltar aspectos positivos que colaboren en una mejora en la autoestima.
8. Por último, se hará una puesta en común para hacer un cierre acerca de cómo se sintieron respondiendo el cuestionario y que cada participante pueda reflexionar y rever el término de autoestima una vez realizado el cuestionario y también estos

últimos minutos serán para sacar las dudas que puedan llegar a surgirle a cada integrante.

- Actividad 2: “¿Se nace con esto de la Sexualidad?”

- Tema: Sexualidad, Sexo, Género.

- Objetivo general del encuentro: Que las y los participantes aporten las ideas o nociones que tienen y conocen acerca de los conceptos de sexualidad, sexo y género, y conozcan otros conceptos teóricos que le ayuden a aclarar, complementar o cambiar sus ideas y conocimientos previos.

- Materiales: Cartulinas de colores, revistas, fibras, lápices de escribir, gomas, tijeras, plasticola, power point, una computadora, un proyector, sillas, mesas.

- Tipo de estrategia: Collage con debate reflexivo y posterior charla informativa.

- Tiempo estimado: 60 minutos.

- Instrucciones para el coordinador:

1) El coordinador les explica a los integrantes que deben realizar un collage en una hoja en blanco escribiendo y pudiendo utilizar todos los materiales que hay a disposición con el objetivo de que puedan expresar lo que para ellos significan los conceptos de sexualidad, sexo y género.

2) Esta actividad se debe llevar a cabo en silencio; si alguien considera que algún recorte significa para él sexualidad, sexo o género, lo recorta y lo pega, y también pueden escribir lo que se les venga a la cabeza sobre estos conceptos.

3) Cuando hayan transcurrido los 45 minutos destinados a esta actividad, el o la coordinadora indica a los miembros de cada equipo que se sienten formando una ronda y muestren su collage al resto de sus compañeros, para comenzar a exponer

cada uno lo que realizo y que puedan explicar las razones por las cuales escogieron esos recortes o escribieron determinadas ideas, así como cuál es la relación que tienen con los conceptos analizados.

- 4) Una vez finalizado el debate acerca de lo que cada uno conoce y considera sobre los conceptos, el coordinador les indica que vuelvan a sentarse en sus lugares y mediante un power point que se proyectara, va a brindar una charla teórica informativa acerca de los conceptos trabajados incluyendo también ejemplos concretos de la vida cotidiana para una mejor comprensión.

Encuentro 2

- Actividad 1: *“Mi cuerpo, mi sexualidad”*.
- Tema: Los órganos sexuales.
- Objetivo general del encuentro: Trabajar y concientizar a los y las participantes sobre los términos que ordinariamente se utilizan para nombrar aspectos de la anatomía y fisiología de los órganos sexuales.
- Materiales: Hojas en blanco tamaño A3, lápices y fibras.
- Tipo de estrategia: Escritura y debate reflexivo.
- Tiempo estimado: 60 minutos.
- Instrucciones para el coordinador:
 - 1) El o la instructora divide al grupo en equipos pequeños, de acuerdo con el número de participantes y les entrega hojas en blanco.
 - 2) Cada equipo escribe sinónimos con los cuales comúnmente se conocen los términos: pene, vagina, relaciones sexuales.
 - 3) Cada equipo expone ante los demás equipos su lista de sinónimos.
 - 4) El o la instructora hace una lista en la que se anotan los sinónimos que se repitan.
 - 5) Al finalizar las exposiciones, hace las siguientes preguntas: ¿Alguien se sintió apenado cuando vio, escribió o leyó en voz alta los términos? Responden sí o no y por qué. ¿Cuándo usamos términos sexuales vulgares? ¿Cuándo usamos términos sexuales correctos y por qué? ¿Existen diferencias entre los términos asociados con el hombre y con la mujer?
 - 6) El/la coordinadora deja un cuestionario de deber para que contesten los participantes de manera individual en sus hogares frente a un espejo y desnudos. Tarea que se dialogara y reflexionara al comienzo del siguiente encuentro.

Cuestionario:

1. ¿De quién es el cuerpo que tengo?
2. ¿Qué valor tiene?
3. ¿Las y los demás lo valoran?
4. ¿Cómo son sus contornos, su figura?
5. ¿Qué sensaciones tiene y me genera?
6. ¿Cómo son los ruidos que hace?
7. ¿Qué olor tiene?
8. ¿Qué color tiene?
9. ¿Cómo son sus genitales?
10. ¿Cómo me siento con mi cuerpo?
11. ¿Cómo actúa y que edad tiene?

- Actividad 2: “Veo, veo... ¿Quién soy”.

- Tema: Anatomía, fisiología y cuidado de los órganos sexuales.

- Objetivo general del encuentro: Conocer y entender el funcionamiento de los órganos sexuales e introducir a los y las jóvenes en el cuidado de su salud sexual y las técnicas de autoexploración.

- Materiales: Imágenes ilustrativas, cinta, pizarrón, tizas, sillas, mesas.

- Tipo de estrategia: Oral y escrita.

- Tiempo estimado: 60 a 90 minutos.

- Instrucciones para el coordinador:

- 1) Colocar en el pizarrón las láminas con los órganos sexuales femenino y masculino.
- 2) Repartir tiras etiquetas con los nombres de los órganos sexuales. Se sugiere entregar a los hombres las etiquetas de las mujeres y viceversa.

- 3) Leer en voz alta la descripción y /o principal función de cada órgano, uno por uno.
- 4) Pedir a la persona que tenga la etiqueta con el órgano descrito pase al frente y lo pegue en la lámina identificándolo correctamente.
- 5) Abrir un espacio para preguntas y respuestas.
- 6) Dar una charla y debatir entre todos los integrantes del taller acerca de los cambios que se producen en el cuerpo en las distintas etapas evolutivas: niñez, pubertad, adolescencia, adultez, vejez.
- 7) Hacer un cuadro comparativo en el pizarrón dividiéndolo en las cinco etapas evolutivas que ordene las ideas sobre los cambios corporales que surgieron en la reflexión.

Encuentro 3

- Actividad 1: “Entre reflexiones”.
- Tema: Reflexión grupal sobre el cuestionario de tarea.
- Objetivo general del encuentro: Que las y los participantes socialicen las respuestas que dieron al cuestionario que tenían que realizar de tarea, en un ambiente de confianza y respeto a las ideas u opiniones de los demás.
- Materiales: Sillas, los cuestionarios de tarea.
- Tipo de estrategia: Reflexión y debate oral.
- Tiempo estimado: 30 a 60 minutos.
- Instrucciones para el coordinador:
 - 1) A partir de la tarea que se había pedido la clase anterior, los participantes forman un círculo dentro del salón.
 - 2) La coordinadora pedirá que de forma voluntaria se expongan o expresen las respuestas del cuestionario con relación al tema.
 - 3) Después de haber socializado las ideas o respuestas del cuestionario, el o la instructora deberá explicar el sentido y el objetivo de esta técnica, dando a conocer lo importante que es el autoconocimiento de su cuerpo como etapa final y generando conciencia acerca del respeto por las ideas de los demás.

- Actividad 2: “Carta a mi cuerpo”.
- Tema: Sensaciones, sentimientos y emociones sobre mi cuerpo.
- Objetivo general del encuentro: Que las y los participantes expresen de manera escrita las emociones tanto positivas como negativas que sienten hacia su cuerpo.
- Materiales: Hojas y lápices.

- Tipo de estrategia: Escritura y debate reflexivo oral.
- Tiempo estimado: 30 a 50 minutos.
- Instrucciones para el coordinador:
 - 1) La coordinadora entrega una hoja a cada integrante.
 - 2) Les pide a los participantes que expresen por escrito todas las emociones y sentimientos que en ese preciso momento sienten hacia su cuerpo, no dejando de lado la tarea que se compartió anteriormente.
 - 3) Al terminar todos los participantes sus cartas, la coordinadora pide al grupo que de manera voluntaria lean su carta.
 - 4) La coordinadora indica y resalta la importancia que tiene el respeto a las opiniones e ideas de los demás y la importancia sobre aceptar las diferencias, para evitar burlas o malos entendidos dentro del grupo.

Encuentro 4

- Actividad 1: “*Aprendiendo a cuidarme*”.
- Tema: Autocuidado de la salud.
- Objetivo general del encuentro: Introducir a los y las jóvenes en el cuidado de su salud sexual y las técnicas de autoexploración.
- Materiales: Una computadora, un proyector, power point, folletos, planilla de trabajo “Adivina como me cuido”, lápices, sillas, mesas.
- Tipo de estrategia: Charla informativa.
- Tiempo estimado: 60 a 90 minutos.
- Instrucciones para el coordinador:
 - 1) El o la coordinadora presenta al profesional de ginecología que llevo para ese encuentro y realizan una lluvia de ideas generada por todos los integrantes del taller para llegar a una definición de lo que entiende cada integrante por Salud Sexual y hacer una lista sobre las cosas que podemos hacer para su cuidado.
 - 2) Formar equipos de a 3, entregar la planilla de trabajo “Adivina como me cuido” y dar 15 minutos para que resuelvan la hoja de manera grupal.
 - 3) En ronda, revisar las respuestas correctas de la hoja de trabajo.
 - 4) El profesional invitado dará mediante un power point una charla informativa sobre las técnicas de exploración mamaria y testicular. Además, repartirá un folleto a cada integrante con imágenes sobre el paso a paso para aprender este método de auto cuidado.

- Actividad 2: “Banderines”.
- Tema: Mitos sobre la sexualidad.
- Objetivo general del encuentro: Que los participantes reflexionen acerca del impacto que tienen algunos mitos en la sociedad y la manera en que han influido en su vida a través de la educación que han recibido, para que amplíen su perspectiva en cuanto al concepto de sexualidad y todo lo que éste implica.
- Materiales: Banderines.
- Tipo de estrategia: Juego recreativo e informativo.
- Tiempo estimado: 60 minutos.
- Instrucciones para el coordinador:
 - 1) La o el coordinador/a entrega a cada participante dos banderines, los cuales indican verdadero y falso.
 - 2) Expone junto al profesional invitado al grupo varias ideas relacionados con el tema de la sexualidad que han surgido a través del tiempo.
 - 3) Les da a conocer las reglas y las instrucciones de la actividad: A cada mito o idea que la coordinadora anuncie, los participantes deben alzar uno de los banderines, de acuerdo con sus conocimientos y creencias.
 - 4) Le pregunta a cada participante el por qué creen que esa idea es verdadera o falsa. El participante debe dar sus razones y justificar su elección.
 - 5) Es importante dar importancia a las preguntas, para que al final de la actividad sean expresadas y de esta manera la coordinadora y el profesional puedan aclararlos, explicar sobre dudas que puedan surgir y realizar una reflexión sobre la actividad y la importancia de poder deconstruirse sobre esos pensamientos culturales.

Guión de mitos:

1. Del tamaño que tienes el pie tienes el pene.

2. En tu primera relación sexual no quedas embarazada.
3. Entre más grande el pene mayor placer.
4. El hombre es el único que debe tomar la iniciativa en las relaciones sexuales.
5. Si te masturbas con frecuencia, te crece el pene.
6. La ausencia de himen prueba que una mujer ya no es virgen.
7. La primera vez que se realiza coito se siente dolor y se sangra.
8. Un verdadero hombre no llora ni expresa sus sentimientos.
9. Las bebidas alcohólicas potencializan la erección y el deseo sexual.
10. La mujer tarda más en alcanzar el orgasmo que el hombre.

Encuentro 5

- Actividad 1: “Consciencia y responsabilidad”.
- Tema: Relaciones sexuales.
- Objetivo general del encuentro: Sensibilizar a las y los participantes sobre la importancia de la responsabilidad en las relaciones sexuales.
- Materiales: Cartulinas, colores, fibras, lápices, mesas, sillas.
- Tipo de estrategia: Representaciones y charla informativa - reflexiva.
- Tiempo estimado: 60 minutos.
- Instrucciones para el coordinador:
 - 1) La coordinadora presenta a los participantes al psicólogo invitado especialista en sexualidad y les pide a los participantes que formen equipos de a 2.
 - 2) A cada equipo se le asigna un tema que incluye aspectos que involucra una relación sexual a muy temprana edad.
 - 3) Cada equipo debe representar el tema o título que le haya tocado.
 - 4) Los temas son los siguientes: Influencia de los amigos - Falta de información - Embarazo no deseado - Transmisión de Infecciones Sexuales - Problemas familiares - Baja autoestima.
 - 5) La coordinadora les da a conocer las diferentes opciones que tienen los participantes para exponer su tema a sus compañeros: sociodrama, imagen congelada, dibujo o canción.
 - 6) Por ejemplo, a un equipo le tocó el tema de las causas de una relación sexual a temprana edad y el equipo decide escenificarlo por medio de un sociodrama. A otro equipo le tocó el tema de las posibles consecuencias, pero decide representarlo a través de una canción, y así por el estilo.

7) Al término de la actividad, la profesional invitada, explica de forma realista y fundamentada las verdaderas causas y consecuencias y demás aspectos que están involucrados en una relación sexual a temprana edad.

8) Al finalizar la actividad la coordinadora generará unos minutos para espacio de reflexión y dudas que hayan surgido al respecto.

- Actividad 2: “La importancia de la comunicación”.

- Tema: Comunicación asertiva.

- Objetivo general del encuentro: Identificar los elementos que facilitan la comunicación asertiva.

- Materiales: Lista de frases, sillas, mesas, cinta.

- Tipo de estrategia: Recreativa – informativa.

- Tiempo estimado: 60 minutos.

- Instrucciones para el coordinador:

1) Colocar en las paredes del salón carteles que digan: Frase Asertiva, Frase No Asertiva, Indeciso.

2) La instructora ira leyendo una a una las frases contenidas en la lista y pedirá al grupo que se desplace al lado del salón donde esté el letrero que refleja más su opinión.

3) La instructora pedirá a los y las jóvenes que opinen sobre por qué consideran o no asertiva la frase en cuestión.

4) La instructora aclarará porque es o no asertiva cada frase.

5) Debate reflexivo acerca de la importancia de la escucha a los sentimientos de uno mismo y lo esencial que es la comunicación asertiva con el otro.

Encuentro 6

- Actividad 1: “Entre métodos es mejor”.
- Tema: Métodos anticonceptivos.
- Objetivo general del encuentro: Conocer los principales métodos anticonceptivos disponibles. Aprenderán el uso correcto del condón. Conocer herramientas prácticas para apoyar la toma de decisiones responsables.
- Materiales: Cartulinas, fibras, lápices, sillas, mesas, papeles con información y explicación e imagen de cada método anticonceptivo, folletos informativos.
- Tipo de estrategia: Informativa.
- Tiempo estimado: 60 minutos.
- Instrucciones para el coordinador:
 - 1) Se harán equipos de a dos participantes y se le entregara a cada uno una papeleta con información sobre un método anticonceptivo, cada equipo debe tener uno diferente.
 - 2) La papeleta contiene, de cada método anticonceptivo: Concepto – Forma de uso - Ventajas – Desventajas – Efectividad.
 - 3) Cada equipo lee y analiza la información. Luego tiene que armar un anuncio o comercial oral, con carteles y cartulinas promocionando el método anticonceptivo que le tocó, cómo debe usarse y las ventajas de usarlo adecuadamente y exponerlo al frente de los compañeros.
 - 4) Al final la especialista invitada hace una recapitulación sobre los métodos anticonceptivos ahí vistos brindándole a cada participante un folleto con información sobre cada método anticonceptivo.
 - 5) La especialista dará una breve explicación mediante un power point acerca de las siguientes enfermedades de transmisión sexual: sífilis, virus del papiloma

humano, herpes, gonorrea y sida. A nivel grupal, la coordinadora explica la gravedad de cada infección y a la vez la facilidad con que se puede contraer si no se tiene un adecuado cuidado de prevención durante las relaciones sexuales, o si falta higiene.

- Actividad 2: “Mi derecho, mi elección”.
- Tema: Cierre y derechos sexuales.
- Objetivo general del encuentro: Reconocer mis derechos sexuales y los de los demás.
- Materiales: Carteles de colores con los derechos sexuales, cinta, sillas, mesas.
- Tipo de estrategia: Recreativa – informativa.
- Tiempo estimado: 60 minutos.
- Instrucciones para el coordinador:
 - 1) Realizar una presentación sobre cada Derecho Sexual con carteles de distintos colores pegándolos en el pizarrón para darlos a conocer y poder dialogar acerca de cómo se siente cada participante con respecto a estos derechos.
 - 2) Derechos:
 - Derecho a decidir en forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad.
 - Derecho a manifestar públicamente mis afectos.
 - Derecho a ejercer y disfrutar plenamente mi vida sexual.
 - Derecho al respeto de mi intimidad y mi vida privada.
 - Derecho a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad.
 - Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad.
 - Derecho a vivir libre de toda discriminación.
 - Derecho de vivir libre de violencia sexual.
 - Derecho a la libertad reproductiva.

- Derecho a los servicios de salud sexual y a la salud reproductiva.
- Derecho a la información completa, científica y laica sobre la sexualidad.
- Derecho a la educación sexual.
- Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad.

3) Generar un espacio de cierre con debate y reflexión acerca de cómo se sintieron durante el transcurso de todo el taller, dialogar acerca de dudas que pueden haber quedado a lo largo de cada encuentro y poder realizar de manera individual una conclusión sobre cómo se han sentido.

Diagrama de Gantt

ACTIVIDAD	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6
<i>¿Cómo me veo a mi mismo?</i> <i>¿Se nace con esto de la Sexualidad?</i>	Encuentro 1					
<i>Mi cuerpo, mi Sexualidad</i> <i>Veo, veo... ¿Quién soy?</i>		Encuentro 2				
<i>Entre reflexiones</i> <i>Carta a mi cuerpo</i>			Encuentro 3			
<i>Aprendiendo a cuidarme</i> <i>Banderines</i>				Encuentro 4		
<i>Consciencia y responsabilidad</i> <i>La importancia de la comunicación</i>					Encuentro 5	
<i>Entre métodos es mejor</i> <i>Mi derecho, mi elección</i>						Encuentro 6

Recursos necesarios

Recursos humanos:

- Un (1) coordinador Licenciado en Psicología,
- Un (1) profesional Psicólogo especializado en Sexualidad,
- Un (1) profesional Médico especialista en Ginecología.

Materiales técnicos:

- Una (1) mesa grande,
- Quince (15) sillas,
- Una (1) sala o SUM,
- Una (1) pizarra y sus respectivos fibrones,
- Un (1) proyector,
- Una (1) computadora con parlantes.

De contenido:

- Hojas blancas varias,
- Quince (15) lápices negros,
- Quince (15) gomas de borrar,
- Seis (6) tijeras varias,
- Seis (6) plasticolas,
- Dos (2) cinta scotch anchas,
- Fibrones de color negro, rojo, verde, amarillo y azul varios,
- Carteles de colores con los derechos sexuales,

- Quince (15) papeles informativos y descriptivos con imágenes de cada método anticonceptivo,
- Quince (15) folletos ilustrativos explicativos,
- Lista de frases asertivas y no asertivas,
- Banderines de verdadero y falso,
- Power point,
- Quince (15) planilla de trabajo “Adivina cómo me cuido”,
- Quince (15) cuestionarios de tarea,
- Láminas con imágenes ilustrativas de los órganos sexuales,
- Pequeñas tiras de papeles con los nombres de los componentes sexuales,
- Hojas en blanco tamaño A3 varias,
- Cartulinas de colores varias,
- Seis (6) revistas,
- Quince (15) impresiones de la Escala de autoestima de Rosenberg

Económicos:

- Honorarios profesionales invitados.
- Honorarios profesional que dictará el taller.

Presupuesto para el Plan de acción

Recursos	Cantidad	Precio unitario	Precio total
Cinta scotch de embalaje transparente	1	230	230
Goma de borrar	10	30	300
Lápiz negro	10	30	300
Resma punax hojas A4 75 gr lisas blancas	1	550	550
Sacapuntas	2	45	90
Plasticola transparente sintética 30 Cc	3	70	210
Tijeras 13 cm	6	100	600
Fibrones color: negro (4), rojo (1), verde (1)	6	93	558
Block 24 hojas cartulinas colores (para collage)	1	345	345
Folletos ilustrativos (blanco y negro)	10	50	500
Impresiones: - Escala de autoestima de Rosenberg (10) - Planilla de tarea (10) - Cuestionario “Adivina cómo me cuido” (10) - Hoja de frases asertivas y no asertivas (1) - Impresiones informativas con imágenes de métodos anticonceptivos (10) - Hoja con los nombres de los componentes sexuales para cortar en tiras (1)	42	4	168
Cartulinas de colores (para cada derecho sexual)	13	10	130
2 Banderines (para cada integrante)	20	5	100
Honorarios profesionales invitados	2	2.540	5.080
Honorarios coordinadora (por encuentros)	6	2.540	15.240
TOTAL			\$ 24.401

(Fuente: elaboración propia).

El cuadro representa el presupuesto de los materiales necesarios para la realización del taller. Asimismo, dentro de éste se cuenta con los aranceles percibidos por el profesional. Se toma como parámetro el arancel mínimo ético determinado por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba para la conducción o coordinación de espacios de formación, el cual establece un costo de \$2.540 por encuentro.

Teniendo en cuenta lo anteriormente calculado, se estima que el presupuesto total para la realización del taller sería de: \$24.401.

Evaluación

Con el propósito de evaluar el impacto generado por la implementación del taller en el Hospital San Antonio de Padua en el marco de Hospital de día, se propone un cuestionario de evaluación que permitirá determinar el cumplimiento o no de los objetivos planteados y la efectividad del plan de intervención.

Cada uno de los tópicos del cuestionario, está conformado por diez preguntas con sus respectivas cinco opciones de respuesta que el participante debe seleccionar, pudiendo elegir más de una opción.

Es importante hacer alusión a que el mismo se debe llenar de manera individual, completando nombre y edad del paciente. Administrándose al principio del taller y al finalizar el mismo pudiéndose observar mejoras en la calidad de las respuestas brindadas, como consecuencia de haber incorporado hábitos psicoeducativos beneficiosos.

Cuestionario

Nombre y apellido:

Edad:

Deberá responder las siguientes preguntas eligiendo la opción que considere correcta:

1. *¿Cuáles de estos métodos previenen infecciones de transmisión sexual y/o embarazos?*

- DIU.
- Pastillas Anticonceptivas.
- Inyecciones.
- Preservativo.
- Todas las opciones son correctas.

2. *Si mi pareja quiere tener relaciones sexuales y yo no tengo muchas ganas...*

- Accedo para que no lo haga con otra mujer.
- Accedo para que no se enoje ni se sienta mal.
- Accedo porque por algo soy su pareja.
- Le comunico explicándole que no quiero.
- Invento una excusa para que no se sienta mal.

3. *Mi cuerpo...*

- Me avergüenza.
- Está mal.
- Es de mi pareja.

- Es mío y de mi pareja.
- Es mío y solo yo decido sobre él.

4. *La maternidad es...*

- Un instinto de las mujeres.
- Una elección de las mujeres.
- Una elección de los hombres.
- Un pedido de otras personas.
- Un deseo y elección de la pareja.

5. *El uso de preservativo es...*

- Decisión de los hombres porque ellos deciden.
- Decisión de la mujer.
- Decisión de una persona y la otra debe respetarlo.
- Decisión de los hombres porque ellos lo usan.
- Decisión de las personas que van a tener relaciones sexuales.

6. *Las pastillas Anticonceptivas se toman:*

- Día de por medio.
- Todos los días.
- De Lunes a Viernes.
- Solo los fines de semana.
- Cuando yo lo considere pertinente.

7. *Para tener relaciones sexuales debo:*

- Tener una pareja estable.
- Estar casado/a.
- Realizarlo solo con el fin de procrear.
- Estar informado, y realizarlo cuando quiera y de manera consciente y responsable.
- Realizarlo sin protección.

8. *Cuanto considero que conozco a mi cuerpo:*

- En su totalidad.
- Mucho.
- Ni mucho ni poco.
- Poco.
- Nada.

9. *¿Conozco sobre los derechos sexuales?*

- En su totalidad.
- Mucho.
- Ni mucho ni poco.
- Poco.
- Nada.

10. *En relación a los derechos sexuales, ¿con cuál me siento identificado/a?*

- Derecho a decidir con quién compartir mi vida y mi sexualidad
- Derecho al respeto de mi intimidad y mi vida privada.
- Derecho a la educación sexual.

- Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad.
- Todas las anteriores son correctas.

Resultados

La puesta en marcha del plan de acción presentado a lo largo del presente trabajo tiene como objetivo principal lograr que los pacientes diagnosticados de psicosis que asisten a Hospital de Día puedan incorporar a través de la psicoeducación, hábitos saludables en cuanto a la Sexualidad de manera integral que les permitan obtener mejores estándares de vida; considerando las cuantiosas dificultades que suele presentar esta patología mental en la vida de cualquier sujeto. Se espera así, poder sensibilizar, informar y generar un espacio de diálogo y contención para dar a conocer a los individuos sobre la importancia de la incorporación de hábitos sexuales saludables y responsables en sus vidas. Además, que puedan visualizarse como agentes de cambio frente a esta necesidad de aprendizaje para que puedan vivir su Sexualidad de manera satisfactoria y consciente.

Conclusión

El trabajo final de grado que se ha presentado, surge ante la necesidad de poder realizar algún aporte a lo que se ha dado a llamar como “vulnerabilidad y conductas de riesgo en la actualidad”. En este sentido, se ha considerado que la población elegida para abordar el plan de intervención, puede ser tomado dentro de la línea temática mencionada ya que son sujetos que están expuestos a situaciones de alto riesgo y vulnerabilidades que llegan a poner en riesgo su integridad física a causa del deterioro global que se puede apreciar en las psicosis.

En conexión con lo enunciado, se puede definir a la vulnerabilidad, “como una capacidad disminuida de una persona o colectivo para anticiparse, hacer frente y resistir ante los efectos o consecuencias de un peligro natural causado por la actividad específica humana y/o recuperarse de las consecuencias de este” (Canvas, 2019). Es por esto que, las conductas de riesgo serían aquellas acciones que pueden poner en peligro el equilibrio de la salud física y/o mental del sujeto.

Fue a raíz de esta amenaza detectada, que se pudo visualizar que desde el dispositivo Hospital de Día se abordaban diversas áreas que tienen que ver con el funcionamiento mental de los pacientes afectados de psicosis, pero que carecía de un espacio referente a los hábitos saludables, información, diálogo, entre otros sobre la Sexualidad integral.

No se puede dejar de recordar que el objetivo principal que motivo esta propuesta fue la de generar un espacio de psicoeducación en Sexualidad abordada de manera integral, que partiendo desde allí se terminó de dar forma a lo que aquí se presenta, intentando cubrir necesidades y problemas reales y concretos con la pretensión de lograr un cambio o transformación en la calidad de vida de estos sujetos.

Es menester reconocer que una de las fortalezas de la propuesta sea el dispositivo grupal elegido para llevarla a cabo, es decir, el taller psicoeducativo. El mismo provee de un espacio propicio para la construcción grupal y el intercambio, pudiendo incluir diversas dinámicas lúdicas, reflexivas, de debate o informativas, que motivan la participación activa de los integrantes del taller.

Además, la posibilidad de trabajar con un grupo reducido de pacientes se contempla como un aspecto favorable, ya que de esta manera se puede lograr un tratamiento y seguimiento mucho más preciso de cada uno de ellos. Asimismo, el hecho de poder insertar este plan de acción en un dispositivo que ya está funcionando con otros talleres, es una faceta beneficiosa, porque implica no tener que realizar grandes modificaciones en la estructura de funcionamiento.

Sin embargo, es necesario el reconocimiento de las limitaciones que presenta la propuesta. Una de ellas sería la posibilidad de que la información referida a la institución se encuentre sesgada, ya que fue recolectada por la universidad y no existió la posibilidad de ir al campo y recaudar información directamente desde la fuente.

También, tener en cuenta que la salud pública depende exclusivamente del financiamiento del estado, y no se sabe si este, estará presto a realizar la inversión (si bien es mínima), para la puesta en marcha y funcionamiento del plan de intervención.

Referencias

Ábalos, C. (2015). Tercera parte: Recapitulando, un programa para trabajar con padres diseñado en talleres. En Apellido autor/es, inicial/es del nombre. *El taller. Un dispositivo para el encuentro y la reflexión* (pp. 119/121). Buenos Aires: La Crujía Icrj. Recuperado de Canvas 2021, correspondiente a la materia Psicoterapia IV.

Aguilar, M. J. (1997). *Técnicas de animación grupal*. Editorial Espacio. Bs As. Recuperado de Canvas 2021, correspondiente a la materia Psicoterapia IV.

Ander Egg, E. (1991). *El taller una alternativa de la renovación pedagógica*. Buenos Aires: Magisterio del Río de La Plata. Recuperado de Canvas 2021, correspondiente a la materia Psicoterapia IV.

Ander Egg E. (1991). La planificación. Adaptación del texto *“Introducción a la Planificación” Ezequiel ANDER EGG - Siglo XXI – 1991.*

Campero, M.A., Ferraris, L. (2014). La psicoeducación como herramienta estratégica en el abordaje de la patología mental en el dispositivo de guardia. *Revista del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Eva Perón*, 4, pp. 52-55. Recuperado de <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/inmanencia/article/view/6297/5674>

Canvas. (2019). Universidad Siglo 21. Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/11571/pages/plan-de-intervencion-modulo-0>

Canvas. (2019). Universidad Siglo 21. Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/11571/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>

Canvas. (2019). Universidad Siglo 21. Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/11571/pages/plan-de-intervencion#lectural>

Canvas. (2019). Universidad Siglo 21. Recuperado de <https://siglo21.instructure.com/courses/11571/pages/plan-de-intervencion#lectura2>

Centro de Investigación Biomédica en Red Salud Mental (CIBERSAM). (2018). IV° Encuentro denominado “*Superando el estigma hacia la recuperación*”. Recuperado de <https://www.cibersam.es/noticias/expertos-senalan-la-importancia-de-combatir-la-discriminacion-en-salud-mental-y-promover-la-reinsercion-de-las-personas-afectadas>

Ey, H., Bernard, P., Brisset, C. (1969). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Toray-Masson, S.A.

Freud, S. (1923). *Neurosis y Psicosis*. En *Obras Completas*, vol. 19 (pp. 155-156). Buenos Aires: Amorrortu

Freud, S. (1924). *La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis*. En *Obras Completas*, vol. 19 (pp. 194-195). Buenos Aires: Amorrortu.

Fundación Orienta. Institución integral de Salud Mental para niños, adolescentes y familias. Barcelona. Recuperado de: <https://www.fundacioorienta.com/es/hospital-de-dia-concepto-y-modalidades/>

González Torres, M. (2015). *Trabajo de sistematización de primer año de la residencia interdisciplinaria de Salud Mental*. Manuscrito no publicado.

IPSE Salud Mental. Institución dedicada a la Salud Mental. Buenos Aires. Recuperado de <https://ipsesm.com.ar/servicios/hospital-de-dia/>

Laplanche y Pontalis. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica SA.

Leiderman, E. (2010). *Prevalencia de sintomatología psicótica en la población de la ciudad de bs. As.* Universidad de Palermo, Buenos Aires, Argentina.

Lozano, R. P. (s/f). *Sexo y sexualidad en las psicosis.* Recuperado de <https://sid.usal.es/idocs/f8/fdo6996/05sexualidad.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Trastornos mentales.* Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#:~:text=esencial%20del%20tratamiento.-,Esquizofrenia%20y%20otras%20psicosis,personas%20de%20todo%20el%20mundo.>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *No hay salud sin salud mental.* Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>

Programa de Educación Sexual CESOLAA (curso de educación sexual on line de auto aprendizaje). Aporte de la Vicerrectoría de Asuntos Estudiantiles y Comunitarios

(VAEC) de la Universidad de Chile y expresión de la experiencia acumulada desde 1986, en Educación Sexual del Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA), de la Facultad de Medicina de la U. de Chile. Recuperado de: <http://educacionsexual.uchile.cl/index.php>

Rodriguez, Y. L. (2016). *La Sexualidad en la Psicosis*. Trabajo final de grado. Monografía. Facultad de Psicología, Universidad de la República Uruguay. Recuperado de: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg-_final_pdf_y_da_luz.pdf

Sin autor. (2001). *Psicosis*. Recopilación bibliográfica: Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/psicosis.pdf