

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado Plan de Intervención
Licenciatura en Psicología
“Seguimiento de Externalizaciones para la Reinserción”
Nuevo Hospital San Antonio de Padua
García, Camila Teresa
Legajo PSI03868
Tutor: Dr. y Mag. Rubén M. Pereyra
Córdoba, Diciembre 2021

Índice

Resumen	pág. 4
Introducción	pág. 5
Línea estratégica de intervención	pág. 6
Presentación de la institución	pág. 8
Organigrama institucional	pág. 16
Delimitación del problema/necesidad objetivo de intervención	pág. 17
Objetivos.....	pág. 21
Justificación.....	pág. 22
Marco teórico.....	pág. 23
Capítulo 1	pág. 23
Capítulo 2	pág. 25
Capítulo 3	pág. 27
Capítulo 4.....	pág. 29
Plan de acción del plan de intervención	pág. 30
Actividades.....	pág. 31
Actividad N°1.....	pág. 31
Actividad N°2.....	pág. 32
Actividad N°3.....	pág. 33
Actividad N°4.....	pág. 34
Actividad N°5.....	pág. 35
Actividad N°6.....	pág. 36
Actividad N°7.....	pág. 37
Actividad N°8.....	pág. 38
Diagrama de Gantt.....	pág. 39
Presupuesto y recursos.....	pág. 40

Evaluación.....	pág. 42
Resultados esperados.....	pág. 43
Conclusión.....	pág. 44
Referencias.....	pág. 45
Anexos.....	pág. 49

Resumen

En el presente Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21 se realizó un Plan de Intervención para el Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua.

A través de un análisis exhaustivo y completo de la bibliografía proporcionada por la Universidad Siglo 21, que contaba con la recolección de datos de la Institución, fue posible delimitar la problemática que implicaba el seguimiento de pacientes externados del área de Salud Mental para su posterior reinserción social y comunitaria. Por lo que se planteó abordar dicha necesidad a partir del reforzamiento de lazos sociales y familiares y de brindar herramientas para mejorar las habilidades sociales mediante la línea estratégica sobre Nuevos Paradigmas en Salud Mental.

Se propone talleres Psicoeducativos quincenales de tres horas cada uno, con un total de cuatro encuentros y ocho actividades programadas.

Para finalizar se realiza una evaluación de impacto para de la intervención para reconocer cambios, fortalezas y debilidades y poder así generar recomendaciones futuras en la Institución.

Palabras Claves: Externación – Reinserción Comunitaria y Social – Lazos Familiares y Sociales – Habilidades Sociales – Taller Psicoeducativo

Introducción

Pensar en salud y enfermedad es pensar en un modelo de conceptualizar al ser humano, como tal, estos han cambiado con la historia y actualmente se abre la posibilidad de nuevos modelos de salud mental que contemplan la complejidad de la naturaleza humana en todas sus formas de expresión (Canvas, 2019).

Este entrecruzamiento entre los nuevos modelos de salud mental y la realidad de quienes tienen un padecimiento mental lleva al cuestionamiento teórico y práctico de la psicología y la psiquiatría, una de las prácticas más relevantes ha sido el movimiento de desmanicomialización y el mayor acceso a derechos por parte de los pacientes; tal es así que el artículo tres del capítulo II de la Ley de Salud Mental 26.657 cita el reconocimiento “a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ley 26.557 de 2010. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Deróguese la Ley N° 22.914. 2 de Diciembre de 2010. Argentina).

Es así como se decaen las prácticas de encierro, castigo y violencia subjetiva que han estado vigente por mucho tiempo, aportando a partir del nuevo posicionamiento político y social una mirada integradora donde los vínculos sociales y familiares se vuelven primordiales (Canvas, 2019). Es por esto que trabajar en el seguimiento de pacientes externados y su reinserción social y comunitaria es una forma de cumplimentar la visión de derechos y da lugar a comprender al sufrimiento subjetivo como interactuante con su medio tanto para su producción como su recuperación (Canvas, 2019). El presente plan de intervención busca abordar esta necesidad, logrando objetivos como el reforzamiento de lazos sociales y familiares además de la mejora de habilidades sociales.

Presentación Línea Temática Escogida

Para elaborar el trabajo final de grado de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo 21, se ha escogido seguir la línea estratégica de intervención referente a Nuevos Paradigmas en Salud Mental. La misma es de vital importancia para trabajar con el Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua debido a que en el mismo se habría adecuado el modo de abordaje de la salud mental de acuerdo a los fundamentos filosóficos y epistemológicos que subyacen a las nuevas leyes de salud mental, tanto provincial N° 98.481 como nacional N° 26.657 (Canvas, 2019). Las disquisiciones aquí brindadas podrían signar una orientación a las prácticas de dicha Institución. Para esto es menester definir el primer constructo que da cuerpo a esta definición es decir, de qué se habla cuando se refiere a un paradigma; uno de sus principales referentes es Kuhn cuya acepción principal de paradigma, según Palma (2008), refiere a una manera de ver las cosas, es decir que describe a un conjunto de principios organizativos de la percepción. Es verdaderamente, una concepción del mundo, un conjunto de valores y creencias que determinan la forma de estructurar, categorizar y clasificar (producir taxonomías): “La completa constelación de creencias, valores, técnicas, compartidos por los miembros de una comunidad dada” (Kuhn, 1992, p.169). De modo tal que el paradigma incluye supuestos compartidos, resolución de problemas, valores, reglas de aplicación, y elementos específicos como los modelos y las generalizaciones simbólicas (Palma, 2008).

Kuhn (1992) también describe a los paradigmas como “realizaciones universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica” (p. 13).

Es de importancia definir Salud Mental, al desglosar este constructo se obtienen dos conceptos que han sido investigado por varios autores, entre ellos Ferrari (1996),

quien separándose de una concepción estática de la noción de salud la define “como el alcance de la capacidad física, mental y social de una persona para percibir, responder, adecuarse y recuperarse de factores potencialmente patógenos” (p.22). Siguiendo el mismo patrón de definición el autor menciona que lo mental “interesa como un concepto operativo, ya que la mente es un lugar virtual desde donde el yo otorga sentido a la experiencia, donde se vincula consigo mismo en estrecha relación con su cuerpo y sus objetos” (Ferrari, 1996, p.27). Entonces tomando ambas definiciones, junto a un concepto dinámico de salud-enfermedad se establece que salud mental “es el estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto, la cultura y los grupos. Con crisis previsibles e imprevisibles, registrable subjetiva u objetivamente, en la que las personas y grupos participan activamente en sus propios cambios o en los de su entorno social.” (Ferrari, 1996, p.27).

Síntesis de la Organización o Institución Seleccionada

A partir de los datos provistos del Canvas (2019) se podría resumir una breve reseña histórica del Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua. El mismo se creó en el año 1948, durante el gobierno del general Juan Domingo Perón, con dependencia nacional, como parte de un plan nacional de creación de hospitales. En ese momento, el ministro de Salud Pública era Ramón Carrillo, destacado neurólogo y neurocirujano, denominado como el padre del sanitarismo en Argentina. Durante el desempeño de sus funciones, Carrillo llevó a cabo una transformación sin precedentes en la salud pública de Argentina, con una concepción social de la medicina. Como parte de esa transformación, entre 1946 y 1951, se construyeron a lo largo del país 21 hospitales, entre los cuales se cuenta el hospital de Río Cuarto. Al mismo tiempo, como parte de las políticas del momento, se estableció la gratuidad en la atención de salud, estudios, tratamientos y provisión de medicamentos.

El Hospital de Río Cuarto, desde su fundación, estuvo ubicado al sur de la ciudad, en el barrio Las Ferias, con dirección en calle General Mosconi 486. El predio del hospital ocupaba una manzana completa.

Comenzó a funcionar como un hospital de nivel dos, brindando prestaciones de baja y mediana complejidad. Inicialmente, estas eran las cuatro especialidades básicas: clínica médica, cirugía, pediatría y tocoginecología. Con el transcurso del tiempo, y en función de la demanda no solo local, sino regional, se fueron incorporando otras especialidades. Así es como, en el año 1969, se habilitó el Servicio de Salud Mental por iniciativa del entonces Instituto Nacional de Salud Mental, cuya dirección estaba a cargo del doctor Vicente Galli.

Casi 10 años más tarde, en 1978, durante el gobierno de facto se dispuso transferir a los estados provinciales la mayoría de los hospitales nacionales. De este modo, todo el

hospital general pasó a la jurisdicción provincial. Esto se puso en evidencia cuando la dirección del hospital fue intervenida y asumió como director un médico militar. En el hospital no se dispone de documentación referente a esta disposición, que ordena la transferencia de la jurisdicción nacional a la provincial.

En el año 2004, el hospital se trasladó a una nueva sede ubicada en el sector oeste de la ciudad, con dirección en Guardias Nacionales 1027, y conserva esta ubicación hasta la actualidad.

Un dato destacado en la actualidad es la incorporación de la digitalización de las historias clínicas.

La misión de la Institución es atender la salud de la población en general perteneciente a la región de integración sanitaria E, que comprende los cuatro departamentos del sur de la Provincia de Córdoba, con una población estimada en 450.000 habitantes. Para cumplir esta misión, las acciones son preponderantemente de prevención, asistencia y rehabilitación de las enfermedades en los niveles dos y tres (acciones de mediana y alta complejidad). En menor medida y solo accesoriamente, despliega acciones de promoción de la salud, prevención y asistencia de enfermedades del primer nivel (baja complejidad), dado que este es competencia de la jurisdicción municipal.

En cuanto a la visión, la actual política provincial de salud está en consonancia con las políticas nacionales y los pronunciamientos y recomendaciones de organismos transnacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estas se orientan a preservar la salud como condición ineludible, con la finalidad de evitar enfermedades, sin perder de vista las condiciones y calidad de vida de la población (alimentación, condiciones sanitarias, educación, inmunizaciones). Del mismo modo, una vez presentada la enfermedad, el propósito es lograr el mayor nivel de recuperación, minimizando los efectos seculares de ésta mediante

una rehabilitación integral no solo del daño físico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales.

Servicio de Salud Mental: reseña histórica

A mediados del año 1969, el doctor Lucero Kelly, médico psiquiatra, realizó gestiones en el Instituto Nacional de Salud Mental para abrir el primer Servicio de Salud Mental en el Hospital Regional de Río Cuarto, que por ese entonces tenía dependencia nacional. A partir de esas gestiones, se logró que ese mismo año comenzara a funcionar el Servicio de Salud Mental, bajo la modalidad de Comunidad Terapéutica. Su apertura formó parte de la creación de unidades efectoras de salud mental en hospitales generales. El lugar destinado para este servicio fue el pabellón 5 del predio del Hospital Regional, ubicado al sur de la ciudad de Río Cuarto en barrio Las Ferias, con dirección en calle General Mosconi 486.

Este servicio fue uno de los primeros que se creó en el interior del país, contando desde sus inicios con un perfil multidisciplinario. A pesar de encontrarse dentro del mismo predio del hospital, funcionó de manera independiente tanto en su parte administrativa como en la técnica. Contaba con un amplio equipo de salud que incluía a psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, técnicos en electroencefalogramas y personal de enfermería. En cuanto a elementos materiales de utilidad e infraestructura, se contaba con una cámara Gesell, un salón de actos y un horno de cerámica. Tanto los recursos humanos, técnicos o de infraestructura como los financieros eran propios, sustentados con dinero que provenía del Estado.

En la década de los 70, el servicio continuó con un funcionamiento independiente, dedicado a dar respuestas a las necesidades de salud mental. Con posterioridad al fallecimiento del Dr. Lucero Kelly, se fueron sucediendo diversos directores.

Cabe destacar que la creación de unidades efectoras de salud mental formaba parte de una incipiente política de transformación, que había comenzado en la Europa de la posguerra, con algunos movimientos que fueron precursores de aquello que luego dio en llamarse salud mental como disciplina. Se encontraban, entre otros, el movimiento antipsiquiátrico, la psiquiatría de sector en Francia, la psiquiatría social y comunitaria y las corrientes de psicoterapia institucional. Si bien los fundamentos de esa época no estaban tan desarrollados como lo están ahora las actuales políticas de salud mental, la inspiración provenía de una política de transformación que ya se orientaba a un enfoque de derechos y desestigmatización social de la enfermedad mental. Sin embargo, no se planteaba la transformación de los hospitales monovalentes, que respondían a un modelo manicomial.

En el año 1978, por medio de una disposición, se resolvió que los servicios nacionales pasarían a tener dependencia provincial. La resolución indicaba el traslado de los hospitales a las provincias, delegándoles a éstas todo el poder. En el marco de las legislaciones propias del proceso militar en curso, se produjo el traslado de todos los elementos del Servicio de Salud Mental hacia el Hospital San Antonio de Padua, que brindaba atención a casos de tuberculosis, pero se encontraba casi desocupado.

De manera repentina se trasladó todo el mobiliario, los recursos humanos y los pacientes, dejando de funcionar la Comunidad Terapéutica de Salud Mental como entidad independiente. De este modo, comenzó a ser un servicio del Hospital San Antonio de Padua. Este cambio condujo a que muchos profesionales presentaran la renuncia, entre ellos el doctor Carlos Ternengo, director en ese momento, junto con el administrador. Como consecuencia de esta situación, se produjeron pérdidas materiales de elementos que nunca se recuperaron. En ese momento, se constituyó casi totalmente en un servicio para alcoholismo y patologías psiquiátricas crónicas.

En el año 1981, se incorporaron más camas y más profesionales al servicio y se comenzó a trabajar con pacientes alcohólicos. En ese mismo año, ingresó a trabajar por primera vez una psicopedagoga.

En el año 1984, se creó la Dirección de Salud Mental en la Provincia de Córdoba. Esto y la apertura democrática significaron un importante crecimiento para el servicio, de modo tal que la atención comunitaria y el área de Rehabilitación se plantearon con estrategias terapéuticas no tradicionales que incluían teatro, talleres literarios, artesanías, huerta, etcétera. Debido a las mayores afluencias de profesionales y preocupación por la salud mental, se produjeron cambios en la dinámica de trabajo.

En el año 1987, se contaba con tres psicólogos, una psicopedagoga y un licenciado en Enfermería. De este modo, se constituyó el equipo de atención comunitaria.

En el año 1993, debido al cierre del Hospital San Antonio de Padua, se realizó un nuevo traslado hacia el Hospital Central de Río Cuarto. Luego de este, hubo un cambio en la denominación del Servicio de Salud Mental, que pasó a llamarse Unidad Programática de Salud Mental del Sur, con dependencia directa de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Todo esto sucedió ya en el marco de las nuevas políticas de transformación de la salud mental, que reconocen como antecedentes los sucesos mencionados anteriormente, pero con un nuevo enfoque que en general dio en llamarse de “democratización de la salud mental”, en consonancia y a partir de la propuesta de Franco Basaglia en Trieste (Italia).

Debido a la crisis administrativa pública provincial, se restringieron los recursos y la unidad programática pasó a transformarse en un servicio más del hospital general. Es así que, en el año 1997, se comenzó a trabajar bajo la denominación Servicio de Salud Mental del Hospital Central de Río Cuarto.

En el año 2004, todo el hospital se trasladó al edificio actualmente denominado Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, exceptuando el Servicio de Salud Mental, que quedó funcionando en el viejo predio, pero con total dependencia del hospital general.

En la segunda mitad del año 2005, comenzaron los trabajos de Práctica Profesional de estudiantes de cuarto año de la carrera de Psicología de la Universidad Siglo 21. Desde estas prácticas se contribuye con la formación de los alumnos con orientación clínica por medio del contacto directo con los pacientes y profesionales.

A partir de mayo de 2010, ante un cambio de gestión en el servicio, se comenzaron a generar cambios de enfoque y apertura a nuevas prácticas dentro de éste. El servicio se encontraba sólidamente organizado en cuanto al área asistencial, tanto en prácticas ambulatorias como en internación. El sistema de atención por guardia funcionaba correctamente, al igual que lo referido a la capacitación en servicio, los sistemas de capacitación de posgrado, la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental y la Residencia de Psiquiatría, de acuerdo con las disposiciones vigentes.

Es así que, a instancias de la nueva jefatura y con el apoyo de la Dirección del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, se participó de manera activa y por primera vez de una actividad anual organizada por la Dirección de Salud Mental: la Semana Provincial de la Cultura, el Arte y la Salud Mental, realizada del 6 al 10 de diciembre de 2010. Si bien en ese momento no se contaba en el servicio con ningún tipo de actividad del orden de lo creativo, se organizó una semana de actividades artísticas y culturales, con invitados de la comunidad y la participación de pacientes. Esta actividad se instaló como el inicio de la creación de nuevas áreas en el servicio.

En el curso del mismo año (2010), se planteó como objetivo prioritario de la nueva gestión la generación de un espacio pensado desde la salud y destinado a ex-presos

víctimas del terrorismo de Estado. El proyecto surgió bajo el convencimiento de que, como parte del Estado, se debe incluir y, de alguna manera, dar una respuesta al daño producido.

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 en Comunidad. Para ello, se realizaron reuniones informales con los agentes que componen el servicio y, en función de los intereses propios de los profesionales, se planteó una distribución interna de estas actividades. Con posterioridad a la conformación programática de estas áreas, desde la Jefatura de Departamento y la Dirección del hospital, se apoyó la iniciativa, otorgando por resolución interna la posibilidad de disponer de un pabellón para el funcionamiento de Hospital de Día.

En septiembre de 2014, el Dr. Héctor Schiaroli, quien fuera en ese momento director del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua (NHRC SAP), ordenó el traslado del Servicio de Salud Mental, emplazado y con funcionamiento en los pabellones 5 y 6 de la sede hospitalaria de Gral. Mosconi 426, al edificio central del NHRC SAP, ubicado en Guardias Nacionales 1027.

Dicho traslado se realizó de manera programada y progresiva, comenzando con el traspaso de la atención de consultorio externo, en el transcurso de dos meses. En el predio del viejo hospital, aún permanecían el Servicio por Guardia, el Internado, el Hospital de Día, el área Administrativa y la Jefatura de Servicio. Estaba programado que el traslado estuviera finalizado en noviembre, con la mudanza de la jefatura y el sector administrativo. Se esperaba que el servicio se encontrara ya instalado en sus nuevas dependencias para la fecha en que el Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua celebrara su décimo aniversario de inauguración. Una epidemia regional imposibilitó que la mudanza se realizara de acuerdo con el cronograma.

Hospital de Día se trasladó en diciembre de ese mismo año; sin embargo, el Internado, el área de Administración y la Jefatura de Servicio lo hicieron entre fines de 2015 y los dos primeros meses del año siguiente.

Uno de los objetivos que motivó este proceso de traslado fue el de adecuar el modo de abordaje de la salud mental a los fundamentos filosóficos y epistemológicos que subyacen a las nuevas leyes de salud mental, tanto provincial N° 98.481 como nacional N° 266.572.

El traslado del Servicio de Salud Mental hacia el hospital general, por diversos motivos, generó posicionamientos encontrados. Una nota del diario La Voz refleja esta controversia ante la noticia del traslado del servicio al hospital general (Corresponsalía, 1 de octubre de 2014).

Como se puede observar en lo descrito, el perfil, la ubicación y el modo de funcionamiento del Servicio de Salud Mental fueron cambiando a lo largo del tiempo.

Actualmente, el Servicio de Salud Mental funciona dentro del Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua.

Organigrama de la Institución

Se podrá observar el organigrama de la institución Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua, véase figura 1 (Quirós Feijoo, 2019 p.16).

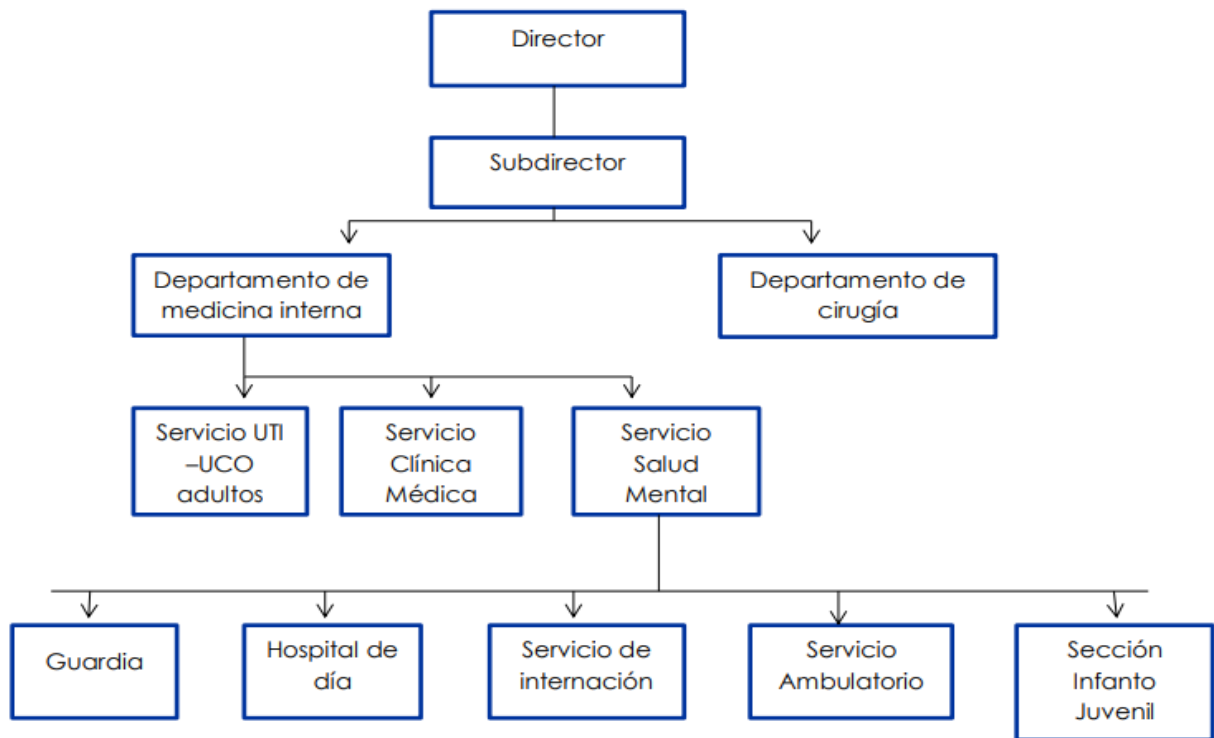


Figura 1. Organigrama del Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua

Delimitación del problema o necesidad objetivo de la intervención

Luego de la lectura del relevo de datos realizados por la Universidad Siglo 21 sistematizado en Canvas (2019), se podrían inferir las siguientes necesidades o problemáticas:

- ✓ Inespecificidad del área de recursos humano.
- ✓ Deficiencia en la organización.
- ✓ Falta de acreditación del hospital.
- ✓ Falta de personal y de presupuesto.
- ✓ Inexistencia de programas con otras instituciones.
- ✓ Falta de profesionales con dedicación exclusiva al hospital de día.
- ✓ Falta de profesionales con dedicación exclusiva para la intervención en la comunidad por lo que no pueden cumplirse los objetivos propuestos.
- ✓ El proceso posterior a la externalización de los pacientes del servicio de salud mental reviste escaso seguimiento por parte de los profesionales.
- ✓ Existen personas con ciertas patologías que son excluidos de una intervención comunitaria.
- ✓ Cierre de talleres.
- ✓ El trabajo en red es solo de manera situacional.
- ✓ Los talleres son en su mayoría con trabajo ad honorem y no se establece una planificación de actividades estructurada.
- ✓ No se cuenta con datos sistematizados estadísticamente del trabajo elaborado en el hospital.

- ✓ La inclusión social de los pacientes se limita a recursos de comunicación masiva, difusión y participación de eventos.

- ✓ Talleristas para el hospital de día sin formación en área de salud mental.

De las problemáticas y necesidades aquí descritas podríamos decir que aquellas que son susceptibles de ser trabajadas, y por ende, buscar una respuesta a través de la psicología son:

- ✓ Inespecificidad del área de recursos humano.

- ✓ Inexistencia de programas con otras instituciones.

- ✓ El proceso posterior a la externalización del paciente del servicio de salud mental reviste escaso seguimiento por parte de los profesionales.

- ✓ Hay personas con ciertas patologías que son excluidos de una intervención comunitaria.

- ✓ Cierre de talleres.

- ✓ El trabajo en red es solo de manera situacional.

- ✓ La inclusión social de los pacientes se limita a recursos de comunicación masiva, difusión y participación de eventos.

- ✓ Talleristas para el hospital de día sin formación en área de salud mental.

Luego de la lectura exhaustiva para el encuentro de las diferentes problemáticas se tomará como necesidad o problema de intervención al proceso posterior a la externalización del paciente que reviste escaso seguimiento por parte de los profesionales.

Se vuelve una problemática debido a que en el año 2011 comienza a funcionar, la sección de intervención comunitaria en el Nuevo Hospital San Antonio de Padua que tiene como uno de sus ejes la externalización asistida, sin embargo,

El proceso posterior a la externación del paciente del Servicio de Salud Mental es un hecho complejo que reviste escaso seguimiento por parte de los profesionales del servicio. Esto adquiere particular importancia en el caso de personas con patologías que impactan en el lazo social (Canvas, 2019, p.27).

Para cumplimentar con este proceso se debe continuar el camino que el Hospital ha empezado a recorrer, con la implementación de prácticas sociales y comunitarias, esto es romper con los abordajes focalizados y asistenciales para brindar una atención integral, multidisciplinaria e inclusiva tal como lo plantea la Ley de Salud Mental N° 26.657 como se encuentra representado en su cuarto capítulo donde expone los derechos de las personas con padecimiento mental; o en el artículo nueve de su quinto capítulo que refiere a que la atención que debe realizarse en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud y en la promoción de los lazos sociales.

En un trabajo de Ardila-Gómez, Hartfiel, Fernández, Ares Lavalle, Borelli, & Stolkiner, (2016) refieren a que

La transformación de la atención en salud mental supone tomar como eje de trabajo la inclusión social, considerando tanto los beneficios que la vida comunitaria trae para las personas con trastorno mental, como los que podría tener para las demás personas de la comunidad... Los resultados sugieren que uno de los beneficios que encuentran los asistentes es el establecimiento de vínculos, ligados al apoyo informal. A su vez, se

observan transformaciones positivas en las ideas respecto a las personas con “enfermedad mental”, aunque las mismas parecieran estar más del lado de la integración que de la inclusión social (p. 265).

Objetivo General

Abordar comunitaria y socialmente el seguimiento de externalización de pacientes del Nuevo Hospital San Antonio de Padua a través de talleres psicoeducativos.

Objetivos Específicos

Brindar herramientas para mejorar las habilidades sociales.

Fortalecer los vínculos familiares y sociales.

Justificación

Esta práctica de intervención tendrá como propósito abordar comunitaria y socialmente el seguimiento de externalización de pacientes del Nuevo Hospital San Antonio de Padua a través de una serie de talleres psicoeducativos. La misma se llevará a cabo para seguir la tendencia del funcionamiento actual del servicio de Salud Mental de la Institución, la cual en los últimos 13 años ha sido desalentar las prácticas puramente institucionales donde la internación pasa a ser un recurso más dentro de una amplia gama de herramientas para el abordaje del padecimiento psíquico, junto con la dimensión social y comunitaria de la enfermedad (Canvas, 2019).

Esta propuesta acompaña a los ejes principales contemplados por los dispositivos del Hospital en cuanto a salud mental donde el enfoque es de derechos y en especial de los derechos humanos (Canvas, 2019). Además podría completar el programa de externalización asistida para así acabar la visión deseada en cuanto al programa comunitario de los pacientes externados del servicio (Canvas, 2019).

Marco Teórico

Capítulo 1: El ser social y comunitario de la locura

El padecimiento mental, o la mal llamada locura, va más allá de un sustrato biológico sino que se encuentra determinada por factores culturales y sociales que además la enmarcan y la delimitan (Garre & Sánchez, 2020). Así es como nace junto al Estado moderno un espacio para alojar la locura para depositar a los alienados y se desprende de la medicina una rama, la psiquiatría, que permitiría dar convalidación científicamente a este espacio, que vendría a revalorizar el asistencialismo sumándole la medicalización. (Stolkiner, 2003). Basaglia (1979) en una de sus conferencias anuncia que “La historia de la psiquiatría es la historia de los psiquiatras y no la historia de los enfermos”. (p.25) haciendo referencia que para el enfermo mental existen solo denominaciones, etiquetas, creando una relación indisoluble con su psiquiatra.

A principios del siglo XX comienza el cuestionamiento al modelo asilar que empieza a tener notoriedad a partir de la Segunda Guerra Mundial y de la implementación de los Estados de Bienestar y es así que en 1953 la OMS recomendó la transformación en comunidades terapéuticas a los hospitales psiquiátricos, tomando el modelo propuesto por Inglaterra (Stolkiner, 2003). Progresivamente, la OMS va acercándose a un enfoque comunitario de la desmanicomianización en el sentido de que recomienda el reemplazo de los grandes hospitales psiquiátricos por centros de atención comunitaria con el apoyo de la asistencia a domicilio y de las camas psiquiátricas en los hospitales generales a partir del año 2001 y reconoce desde el año 2010 a las personas con problemas de salud mental como un grupo que sufre discriminación, marginación y estigmatización social, grupo que a la vez, se encuentra vulnerado e ignorado por los programas de desarrollo, siendo

una problemática con gran impacto económico en las familias y comunidades (Garre & Sánchez, 2020). Como contrapunto la OMS fomenta dar información adecuada en los centros educativos y medios de comunicación; facilitar la interacción y los lazos sociales de quien padece una enfermedad mental, integrándolos en la vida cotidiana y laboral; brindarles apoyo a ellos y a sus familias; impulsar la investigación multidisciplinar para poder medir los efectos de las medidas aplicadas; prestarles una atención sanitaria y social de calidad; así como entender la enfermedad mental desde toda su complejidad cultural (Garre & Sánchez, 2020).

En la actualidad existe una multiplicidad de instrumentos de intervención comunitaria que se articulan en el campo de la salud mental. En este campo de prácticas, resulta necesario revisar críticamente los marcos teórico-conceptuales e incorporar nuevos desarrollos (Bang, 2014).

Capítulo dos: Poblaciones

El abordaje de la problemática psicopatológica entiende que el ámbito social y cultural de pertenencia del paciente es donde la problemática subjetiva emerge y donde todo padecimiento subjetivo interactúa inevitablemente con el medio tanto en su producción como en su recuperación (Canvas, 2019)

Según la OMS (2019) los trastornos mentales se caracterizan por una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás; se puede incluir al trastorno afectivo bipolar, a la depresión, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo como el autismo.

En la actualidad existe el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, APA) que contiene los signos, síntomas, descripciones y otros criterios para diagnosticar trastornos mentales así como el Código Internacional de Enfermedades (CIE 10), elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OMS (2019) no solo advierte que las tasas de a nivel mundial de personas que padecen trastornos mentales va en aumento causando importantes efectos en la salud de las personas y graves consecuencias a nivel socioeconómico y en el ámbito de los derechos humanos en todos los países, sino que, también advierte, que los determinantes de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales tales como la capacidad para gestionar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales.

Finalmente Stolkiner (2008) también arguye que el padecimiento mental constituye un problema en incremento, donde los costos sociales y económicos son altos, particularmente porque afecta a personas jóvenes en edad productiva, y porque la situación suele implicar recursos y esfuerzos de las familias en forma prolongada, y termina afirmando que las personas que padecen problemas tradicionalmente abordados por la psiquiatría son víctimas de exclusión y de falta de garantía de derechos.

Capítulo tres: Seguimiento de Externalizaciones para la Reinserción

Solo teniendo en cuenta los escenarios históricos, presentes y futuros para la construcción de salud es que se puede pensar en una externalización eficiente, para esto es importante tener en cuenta tanto los niveles de lo colectivo como de lo singular (Díaz, Jure, & Pérez, 2007). Es igual de importante tener presente las representaciones sociales ya que las mismas se cuelean en la práctica de la salud, éstas no son simples reproducciones sino que son construcciones por medio del cual un sujeto se relaciona con un objeto, pensando al sujeto como productor de sentido es decir, que da su experiencia en el mundo social (Díaz et al, 2007).

Es así que cuando hablamos de subjetividad estamos hablando de una de las implicancias que tiene la institución y entre ellas su responsabilidad ante el seguimiento en la externalización de pacientes y como afirma Galende (2008).

Las instituciones son productoras de subjetividad –todas las instituciones– de una manera buena a veces, porque hay instituciones que generan capacidades creativas, autonomía, capacidad de pensamiento, desarrollos intelectuales como en cualquier agrupamiento humano. Y otras que son crueles, otras que son nefastas porque tienden al aplastamiento de aquello que constituye verdades del sujeto como sujeto social y a construir una subjetividad artificial (p.398).

Bien vale lo señalado desde otro punto de vista por Ceberio (2007) quien dice que hoy en día “ser objetivo aún es sinónimo de excelsitud y la subjetividad es pecaminosa” (p. 9) sin embargo aclara que objetividad y subjetividad no comparten el mismo estatus y que las relaciones tienen diferentes niveles de objetividad y subjetividad por lo que seguir un modelo sistémico va más allá de la psicoterapia sino que remite más bien a una forma

de vida desde la epistemología, implica articular multiplicidad de ópticas que devienen de campos teóricos como la antropología, medicina, filosofía, neurociencias, entre otros, que constituyen aportes para construir una hipótesis lo más completa posible.

González, Vidal, Carrillo & Machado, (2010) nos advierten del carácter polisémico de los términos habilitación, rehabilitación, reinserción y resocialización que los autores definen como el restablecimiento y/o desarrollo de conocimientos y/o habilidades mediante el aprendizaje y el entrenamiento de las personas que han sufrido de un trastorno mental con el objetivo de elevar los niveles de capacidad funcional y mejorar su calidad de vida.

En un estudio realizado por Morales Piña & Gutiérrez Chávez (2019) se concluye que la rehabilitación psicosocial es efectiva en el funcionamiento y reinserción social en pacientes con trastornos mentales que disminuye las recaídas, mejora la adherencia al tratamiento, evidenciando la mejora en la evolución clínica permitiendo que los pacientes se reinserten a la sociedad en forma temprana y oportuna.

Dice Salazar (2017) que lo que hace común a los trastornos mentales es la distorsión del pensamiento, influyendo en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes, por lo que en su tratamiento es importante hacer que evidencie sus propias interpretaciones acerca de su enfermedad, la entienda y sobre todo la acepte, ayudándolo a definir objetivos y enseñándole aplicar técnicas psicológicas que contribuyan a disminuir el malestar asociado al padecimiento; no solo eso sino que la psicoterapia cognitivo-conductual, tiene su dimensión comunitaria ofreciendo psicoeducación para las familias, capacitándolas sobre el diagnóstico y proporcionándoles las herramientas para la comprensión y manejo de la persona que lo padece; además les brinda una guía sobre los distintos factores de riesgos o de beneficio, reduciendo así la carga y estrés logrando una mayor estabilidad emocional.

Capítulo Cuarto: Taller psicoeducativo

Distintos autores han escrito sobre lo que refiere a un taller entre ellos Maya (1996) quién lo describe como un espacio/tiempo donde se dan la convivencia, la reflexión y el pensar como síntesis del sentir, el hacer y el pensar habiendo espacio para el aprendizaje y la participación. Mientras que para Ander Egg (1991) es la síntesis entre la teoría y la práctica ya que es un es “un aprender haciendo” (p. 10) con metodología participativa y la pregunta como herramienta esencial. En la misma línea se posiciona Herrera (2003) quien agrega que es importante que una intervención psicoeducativa tenga no solo temas que se desarrollen sino una experiencia práctica de los mismos, un proceso de teorización sistematizada basada en la práctica y experiencia de los participantes y finalmente una socialización del conocimiento para generar desde un conocimiento individual uno colectivo.

Siguiendo a Abarca & Galicia (2011) establecen que al momento de plantear un taller psicoeducativo es crucial definir su diseño instruccional esto es la creación intencional de condiciones en el entorno de aprendizaje para facilitar el logro de objetivos que luego serán evaluados

A partir de lo observado de ciertas de intervenciones psicoeducativas se puede dar cuenta de los procesos de cambio que si bien se diferenciarían de los procesos psicoterapéuticos en diversos aspectos, pueden asemejarse en cuanto acciones orientadas a la modificación de hábitos, actitudes disfuncionales y cogniciones (Miracco, Scappatura, Traiber, De Rosa, Arana, Lago & Keegan, 2012).

Plan de acción

El Plan de Intervención está pensado con el desarrollo de las actividades para dar seguimiento a pacientes externados del Nuevo Hospital San Antonio de Padua brindando su reinserción en sociedad. Ha sido pensado para desarrollarse de ocho talleres Psicoeducativos para no más de 15 personas por grupo, ya que es lo recomendado por Ander Egg (1991) para un óptimo trabajo en taller, serán encuentros de una vez cada 15 días y cada uno de ellos tendrá una duración de aproximadamente 180 minutos con un receso en el medio de 20 minutos. Al interior de cada encuentro se realizarán actividades y dinámicas que permiten dar cumplimiento a los objetivos planteados en este proyecto.

Actividades

Tema: Habilidades Sociales.

Objetivo general del encuentro: Conocer a los participantes

Actividad 1: Reconocerse en el otro

Materiales: Salón amplio y luminoso, sillas para todos los participantes, lapiceras negras, hojas A4.

Tipo de estrategia: Presentación.

Tiempo estimado: 60 minutos

Instrucciones para el Coordinador: Disponer sillas en forma de círculo el terapeuta/facilitador empieza hablando diciendo su nombre y rol en el taller y tanto lo que le gustaría como lo que no le gustaría que sucediera en el transcurso de los talleres. Luego pide que la persona que esté sentada a su derecha haga lo mismo y así sucesivamente para toda la ronda. Se prosigue formando grupos de tres a cuatro personas y se pide que se haga un listado de diez cosas que tengan en común, solicitando que exceptúen partes del cuerpo y ropa; una persona del grupo será responsable de tomar nota para luego compartir en grupo.

Tema: Habilidades Sociales

Objetivo general del encuentro: Reconocer que los pensamientos despiertan sentimientos

Actividad 2: ¿Cómo pienso?

Materiales: Salón amplio y luminoso, sillas para todos los participantes

Tipo de estrategia: Actuación, reflexión

Tiempo estimado: 100 minutos

Instrucciones para el Coordinador: Se le pide al grupo que cuenten historias de algún momento en el que hayan vivido muchas emociones encontradas (si ninguno de los talleristas se anima a ser el primero el terapeuta/facilitador puede empezar contando una historia propia) pidiendo a los oyentes que digan si alguna vez sí sintieron algo similar lo hagan saber. Luego entre todos se selecciona la historia que más los haya conmovido o que sea más genérica para actuarla en role-playing. A medida que la van actuando se pide al grupo que levante la mano y vaya opinando cómo podrían modificar alguna acción de la historia original si se hubiese introduciendo un pensamiento radicalmente diferente y demostrar al actuarla cómo cambia el estado de ánimo del que actúa. Luego se hace una reflexión al final como cierre donde se conversa cómo se sintieron y cómo los pensamientos afectan a las acciones y al estado de ánimo.

Tema: Habilidades Sociales.

Objetivo general del encuentro: Escucha Activa

Actividad 3: ¿Nos sentimos escuchados?

Materiales: Salón amplio y luminoso, sillas para todos los participantes lapiceras negras, pizarra, fibra para pizarra, hojas A4,

Tipo de estrategia: Puesta en común, reflexión

Tiempo estimado: Está pensado realizarse como dos actividades usando todo el recurso del tiempo 100 minutos

Instrucciones para el Coordinador: En una pizarra el terapeuta/facilitador va a escribir en mayúscula los conceptos ESCUCHA ACTIVA, EMISIÓN DE MENSAJES, RESPUESTAS y va a abrir el debate respecto a el cómo, el para qué, el cuándo y por qué de estos conceptos buscando problematizarlos y definirlos en conjunto.

Como segundo paso se le pide a los talleristas que se sienten en pares, cada pareja se contará una anécdota o historia personal intentando explicar cómo se sintió, se comportó e intentando de no criticar, juzgar o culpabilizar la conducta de nadie en la emisión del mensaje. Mientras el que escucha intentará prestar una escucha activa, según lo que han definido con anterioridad, para poder contarla en forma de respuesta al grupo demostrando que ha comprendido no solo los hechos narrados sino las emociones involucradas. Por último se cambian los papeles y el que contó pasa a escuchar.

Tercer paso se les pide que comenten y valoren la experiencia: ¿Cómo se sintieron al darse cuenta que eran escuchados y atendidos? ¿Cambiarían algo de las definiciones del debate anterior?

Tema: Habilidades Sociales.

Objetivo general del encuentro: Reconocimiento de emociones

Actividad 4: Comprendiéndome con el otro.

Materiales: Salón amplio y luminoso, sillas para todos los participantes

Tipo de estrategia: Reflexión, actuación

Tiempo estimado: 60 minutos

Instrucciones para el Coordinador: Se divide al grupo en grupo de no más de 5 personas y se solicita que en cada uno de los grupos uno de los miembros del equipo interpreta a una persona que se acerca al resto del grupo con una queja particular en una situación emocional muy obvia, como enojo, tristeza, entusiasmo. El resto de participantes debe actuar para entenderlo y guiarlo a resolver el conflicto pacíficamente.

Luego cada grupo pasará a actuar su historia frente al resto de sus compañeros.

Tema: Fortalecer vínculos familiares

Objetivo general del encuentro: Reconocimiento de las relaciones

Actividad 5: Los opinologos

Materiales: Salón amplio y luminoso, sillas para todos los participantes, pizarra, fibra para pizarra, ovillo de lana.

Tipo de estrategia: Reflexión, puesta en común.

Tiempo estimado: 100 minutos

Instrucciones para el Coordinador: El terapeuta/facilitador pedirá que todos se sienten en círculo y escribirá en la pizarra la palabra OPINOLOGOS y le preguntará a los talleristas si conocen personas en su entorno familiar o social que, sin intención de hacernos daño, aconsejen o den opiniones constantes sobre la vida y las decisiones propia pero que pueden atentar contra nuestros intereses y les propondrá debatir sobre cómo deberíamos actuar frente a ellos, todo se anota en la pizarra.

Luego representarán esas ideas de la siguiente manera un tallerista tendrá el ovillo de lana y dirá un deseo y el terapeuta/coordinador, que queda por fuera del círculo, emitirá una opinión negativa al respecto entonces quien haya dicho el deseo replicará esta opinión con alguna de las estrategias debatidas y tomando la punta del ovillo hará entrega del resto de la lana a un compañero lejano, se repetirá el proceso hasta formar una tela de araña.

El terapeuta/facilitador le pedirá a los talleristas que reflexionen sobre lo sucedido, sobre la fortaleza interna, sobre el vínculo con uno mismo, sobre cómo vamos construyéndolo y como la tela de araña puede ser interna como externa y cómo la fortaleza interna mejora mis vínculos con los otros.

Tema: Fortalecer vínculos con uno mismo y los otros

Objetivo general del encuentro: Mejorar la autoestima y la proyección a futuro

Actividad 6: Mi árbol

Materiales: Salón amplio y luminoso, sillas para todos los participantes, hoja A4, lapiceras negras.

Tipo de estrategia: Reflexión, puesta en común.

Tiempo estimado: 60 minutos

Instrucciones para el Coordinador: El terapeuta/coordinador les pide a los talleristas que cierren los ojos y se imaginen a sí mismos pero dentro de 5 años y lenta y pausadamente va preguntando ¿Cómo te imaginás físicamente?, ¿a qué crees que te dedicás?, ¿qué hobby tenés?, ¿Con quién vivís?, ¿Quiénes son tus amigos?, ¿cómo es la relación con tus padres?, ¿tenés pareja?, ¿tal vez hijos?, ¿sos feliz?, ¿de qué te sentís más orgulloso?. Luego el terapeuta/facilitador les pide que abran los ojos y les indica que en una hoja dibujen un árbol, con las raíces, las ramas, hojas y frutos y en ese árbol van a indicarle las cualidades positivas que cada uno cree tener para alcanzar todos los objetivos que se imaginaron recién; en las raíces van a escribir sus fortalezas internas, en las ramas, las cosas positivas que hacen para llegar a los objetivos y en los frutos, los éxitos o triunfos que van obteniendo a corto plazo por sus esfuerzos.

Tema: Fortalecer lazos sociales

Objetivo general del encuentro: Reconocimiento de las redes

Actividad 7: Quienes son mis redes

Materiales: Salón amplio y luminoso, sillas para todos los participantes, pizarra, fibra para pizarra, cinta adhesiva tipo scotch.

Tipo de estrategia: Reflexión, puesta en común.

Tiempo estimado: 100 minutos

Instrucciones para el Coordinador: El terapeuta/facilitador reparte una hoja a cada tallerista y le pide que piensen, reflexionen y anoten todas las personas e instituciones por las que se han sentido apoyados y pensando en eso en quienes creen que no se han apoyado aún pero podrían hacerlo si quisieran, puede dar ejemplos como guía. Durante este tiempo el terapeuta/facilitador dibuja en la pizarra una RED al estilo de las de pesca.

Luego compartirán en sus reflexiones y anotaran las instituciones o grupos coincidentes en grande en una hoja A4 y se pegará en el pizarrón en algún punto de unión entre líneas hasta completar toda la red. Allí se abrirá nuevamente el debate y se preguntará ¿Es una red fuerte? ¿Es una red flexible? ¿Qué necesidades satisface? ¿Cuáles de las siguientes instituciones podrían brindar un apoyo más inmediato? ¿Cuáles brindarían un apoyo más a largo plazo? ¿Es una red funcional? ¿Funcional a qué?

Objetivo general del encuentro: Fortalecimiento de vínculos

Actividad 8: Círculo del cuidado

Materiales: Salón amplio y luminoso, sillas para todos los participantes

Tipo de estrategia: Reflexión, puesta en común, despedida.

Tiempo estimado: 60 minutos

Instrucciones para el Coordinador: El terapeuta/facilitador le solicita a todos los talleristas que formen un círculo de pie y tomados de la mano. Una vez que esto suceda el terapeuta/facilitador va a empezar a hablar diciendo que el círculo representa una gran unión: la mano derecha simboliza nuestra capacidad de ayudar y está extendida hacia la mano izquierda de un compañero/a mientras que la mano izquierda recibe a la mano derecha simbolizando la aceptación de la ayuda. Ambas manos representan la necesidad y la posibilidad de intercambio y al mismo tiempo en que recibimos ayuda podemos brindar ayuda. El círculo es una gran red de contención, en donde todos se pueden mirar como iguales porque hay una energía en equilibrio entre dar y recibir.

Luego de pronunciar estas palabras, el terapeuta/facilitador invita a que cada integrante de cuenta de uno o dos aprendizajes que se lleva al finalizar el curso o taller, y Al concluir, deben autoregalarse unos aplausos.

Diagrama de Gantt

Actividades	Duración	Quincena 1	Quincena 2	Quincena 3	Quincena 4
N° 1	60 Min.				
N° 2	100 Min.				
N° 3	100 Min.				
N° 4	60 Min.				
N° 5	100 Min.				
N° 6	60 Min.				
N° 7	100 Min.				
N° 8	60 Min.				

Presupuesto

La institución cuenta con materiales y recursos que forman parte de la infraestructura hospitalaria que podrían estar disponibles para la realización de los encuentros del taller como un salón amplio e iluminado equipado con sillas para dieciséis personas y con artefactos disponibles según el clima tales como un ventilador o calefactor.

Será necesario adquirir:

Materiales	Cantidad	Costo Estimado
Resma de hojas blancas A4 70 gr	2	\$530 c/u
Lapiceras negras	25	\$ 450 caja por 50 unidades
Pizarra Blanca 90x120	1	\$ 12.500
Fibrones para pizarra	4	\$230 c/u
Borrador para pizarra	1	\$300
Ovillo de lana económico	400 gr	\$900
Cinta adhesiva tipo scotch	1	\$40
Total	-	\$16.170

En cuanto a los recursos humanos, deberá contarse con un coordinador (Lic. En Psicología) cuyas funciones son: la planificación del proyecto, la realización del plan de acción y la evaluación de las actividades, cuyos honorarios se rigen según la Resolución de Gobierno de la Junta de Psicólogos de la Provincia de Córdoba Ley 8312 Resolución N°15/20 la cual establece que a partir del primero de julio del 2021 los honorarios para conducción o coordinación de espacios de formación es de \$2540.

Presupuesto Recursos Humanos para la coordinación de los talleres					
Cantidad de profesionales	Tiempo de cada encuentro	Número de encuentros	Importe mínimo ético	Cantidad de horas totales	Total por todos los encuentros
1	180 min	4	\$ 2540	12 hs.	\$10.160

Evaluación

Con el objetivo de conocer la incidencia de las actividades del Plan de intervención en relación a los objetivos propuestos, se les aplica a los participantes del taller en el Servicio de Salud Mental del Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua, un Cuestionario ad-hoc, ver Anexo II, que permitiría la recolección de datos, aplicando un metodología Pre-Post test obteniendo el mismo a partir de una Matriz de Evaluación de Impacto creada ad-hoc, ubicada en Anexo I. Dicho instrumento ha sido elaborado a partir de las categorías de análisis de los objetivos específicos, elaborando una serie de indicadores para cada uno de ellos.

Al ser una metodología Pre-Post test, posterior al desarrollo de todas las actividades, se volverá a evaluar a los participantes mediante el mismo cuestionario ad hoc, que se aplicará en la última actividad del último encuentro, luego estos datos permiten llenar la matriz de evaluación de impacto y sacar las conclusiones del proceso de evaluación; lo que brindará la presunción de que si hay cambios en las respuestas, es debido a la realización de los talleres por parte de los participantes, y no debido a motivos azarosos.

Resultados Esperados

A través del presente Plan de Intervención se pretende abordar comunitaria y socialmente el seguimiento de externalización de pacientes del Nuevo Hospital San Antonio de Padua a través de talleres psicoeducativos.

A partir de las dinámicas de trabajo planteadas, se cultivan habilidades sociales con el fin de lograr en los pacientes un conjunto de conductas, pensamientos y emociones que le sirvan no solo para vincularse sino también para resolver problemas de forma efectiva, de esta manera mejorar la conexión consigo mismos y los otros.

Fundamentalmente las expectativas de esta intervención es reforzar la externalización y la reinserción social y comunitaria para minimizar al máximo la reincidencia de internaciones de los pacientes para esto se intenta fortalecer lazos sociales y familiares para que de este modo puedan incrementar la revinculación y el sostenimiento de la salud mental en el medio social.

Conclusión

Para concluir es posible plantearse las limitaciones, las fortalezas, ajustes y mejoras de la propuesta para de esta manera pensar recomendaciones a futuro para implementar en el Plan de Intervención.

En una primera instancia los datos de la institución para reconocer necesidades y problemas dentro de la misma no se obtienen de manera personal ni directa, sino que estos datos son recogidos y brindados por la Universidad Siglo 21 lo que genera cierta distancia y limitación para la búsqueda de necesidades y problemas.

Se puede tomar como fortaleza la línea estratégica escogida, nuevos paradigmas en salud mental, lo que permite un enfoque de derechos e integral de la persona con padecimiento mental para la construcción de los talleres.

Como ajuste podría pensarse actividades en un futuro que involucren al círculo primario o primordial de los pacientes externados o cualquier otra mejora que se piense pueda fortalecer los objetivos aquí propuestos. Para esto es importante contar con los resultados de la evaluación y futuras investigaciones.

Referencia

Abarca, J., & Galicia, G. (2011). Taller psicoeducativo para favorecer el desarrollo del aprendizaje estratégico en adolescentes de 3 de secundaria.

Ardila-Gómez, S., Hartfiel, M. I., Fernández, M. A., Ares Lavalle, G., Borelli, M., & Stolkiner, A. (2016). El desafío de la inclusión en salud mental: análisis de un centro comunitario y su trabajo sobre los vínculos sociales. *Salud colectiva*, 12, 265-278.

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

Bang, C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*, 13(2). Recuperado de: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile%20/399/340>

Basaglia, F. (1979) *La condena de ser loco y pobre*. Argentina: Topia

Canvas, (2019). *Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”*. Argentina: Universidad Siglo 21. Recuperado de: <https://siglo21.instructure.com/courses/12814/pages/plan-de-intervencion-modulo-0#org4>

Ceberio, M. R. (2007). ROMPER EL MITO DEL MANICOMIO: LA LIBERTAD ES TERAPÉUTICA.

Díaz, C. B., Jure, M. G., & Pérez, K. (2007). Externación: ¿libertad y trabajo? In *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Ferrari, H., (1996). *Salud mental en medicina*. Argentina: Libreros López.

Galende, E. (2008). "Desmanicomialización institucional y subjetiva.". *Psicoanálisis: Revista de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 30.

Garre, J. M. H., & Sánchez, B. D. M. (2020). Antropología de la locura: de los paradigmas de exclusión e inclusión social al rearme neokraepeliano. *Mana*, 26.

González, H. M., Vidal, C., Carrillo, E. A., & Machado, I. D. C. R. (2010). REHABILITACIÓN EN PSIQUIATRÍA. CONSIDERACIONES TEÓRICAS Y UNA PROPUESTA INTEGRAL. *Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana*, 7(1).

Herrera, P. (2003). Bases para la elaboración de Talleres Psicoeducativos: una oportunidad para la prevención en salud mental. *Universidad Academia de Humanismo Cristiano*. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/95176109/Bases-Para-La-Elaboracion-de-Proyectos-Psicoeducativos>

Kuhn, T., (1992). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: FCE

Ley Nacional N 26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Argentina

Miracco, M., Scappatura, M. L., Traiber, L., De Rosa, L., Arana, F., Lago, A. & Keegan, E. (2012). Perfeccionismo en la universidad: talleres psicoeducativos, una intervención preventiva. In IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Morales Piña, M. G., & Gutiérrez Chávez, S. M. (2019). EFECTIVIDAD DE LA REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL EN EL FUNCIONAMIENTO Y REINSERCIÓN SOCIAL EN PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019) *Trastornos Mentales*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

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

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

Salazar, M. L. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Poiésis*, 1(33), 139-145.

Stolkiner A. (2003). Nuevos Enfoques en Salud Mental. *14° Congreso Latinoamericano de Arquitectura e Ingeniería Hospitalaria*. Buenos Aires. Recuperado de:

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_nuevos_enfoques.pdf

Stolkiner A. (2008). Argentina Investiga. Divulgación científica y noticias universitarias. Universidad Nacional de Lanús. Recuperado de:

89http://argentinainvestiga.edu.ar/noticia.php?titulo=reinsercion_social_de_pacientes_psiquiaticos&id=121)

Anexos

Anexo I

Matriz de evaluación de impacto

Categorías de Análisis	Indicadores	Respuestas de entrevistas
Brindado de herramientas para habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Decodifica emociones propias. • Decodifica emociones en el otro <ul style="list-style-type: none"> • Es asertivo/a en la comunicación • Reflexiona sobre los pensamientos que conducen a emociones 	
Reforzamiento de los vínculos familiares y sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencia entre opiniones propias y ajenas • Tiene buen autoestima 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Genera proyección de futuro • Reconoce sus redes 	
--	---	--

Anexo II

Cuestionario Pre/post test

A continuación encontrará una serie de frases y preguntas. Por favor lea atenta y cuidadosamente cada una de ellas y conteste según su criterio poniendo una X en la respuesta que usted considera adecuada. Para este cuestionario no hay respuestas correctas o incorrectas, intente ser lo más exacto y honesto posible. Tenga presente que:

1= Significa **NUNCA**

2= Significa **CASI NUNCA**

3= Significa **A VECES**

4= Significa **CASI SIEMPRE**

5= Significa **SIEMPRE**

1) ¿Soy capaz de discriminar las emociones que experimento en diferentes situaciones?

1 2 3 4 5

2) ¿Puedo discriminar las emociones que generalmente experimento en la interacción con otros?

1 2 3 4 5

3) Cuando estoy en una conversación ¿puedo reconocer el estado de ánimo o emoción del otro?

1 2 3 4 5

4) Puedo prestar atención y escuchar activamente a otro.

1 2 3 4 5

5) Cuando transmito un mensaje ¿puedo hacerlo de un modo directo, honesto y adecuado?

1 2 3 4 5

6) Al momento de comunicarme ¿puedo defender mis derechos, hacer pedidos y expresar opiniones personales?

1 2 3 4 5

7) Puedo ponerle palabras a las emociones que siento.

1 2 3 4 5

8) Tengo autocontrol de mis pensamientos y emociones.

1 2 3 4 5

9) Cuando tengo una opinión me encuentro dispuesto a defenderla incluso si mi círculo más cercano se opone.

1 2 3 4 5

10) Puedo actuar según lo que a mí me parezca conveniente sin sentir culpa si los otros tienen una opinión diferente.

1 2 3 4 5

11) Tengo la capacidad de reconocer mis cualidades y fortalezas.

1 2 3 4 5

12) Como persona, me considero y siento igual que cualquier otra persona; ni inferior, ni superior; sencillamente, igual en dignidad.

1 2 3 4 5

13) Genero planes para mi vida futura basada en intenciones y expectativas.

1 2 3 4 5

14) Tengo metas y objetivos para trabajar a largo plazo.

1 2 3 4 5

15) Sé a quién o quiénes recurrir en caso de un conflicto o problema.

1 2 3 4 5

16) Asisto a instituciones u organizaciones ante alguna necesidad.

1 2 3 4 5